

Promouvoir la santé dès la petite enfance

Accompagner la parentalité

DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

Sous la direction de
NATHALIE HOUZELLE

**Promouvoir la santé
dès la petite enfance**

Promouvoir la santé dès la petite enfance

Accompagner la parentalité

Sous la direction de
NATHALIE HOUZELLE

Avec l'appui de
MARYLINE REBILLON

Préface de
THANH LE LUONG



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Jeanne Herr**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cet ouvrage sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Houzelle N., Rebillon M. dir.
Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité.
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 192 pages.

ISBN 978-2-9161-9239-0

Les auteurs

Nathalie Coulon, docteure en psychologie, maîtresse de conférences en psychologie, université de Lille 3, laboratoire Psychologie : interactions, temps, émotions, cognition (PSITEC)

Daniel Coum, psychologue clinicien (formé à et par la psychanalyse), directeur de Parentel, chargé d'enseignement, membre associé à l'unité de recherches en psychopathologie clinique, clinique du lien et création subjective, université de Bretagne occidentale, Brest

Nathalie Houzelle, chargée de mission, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Dominique Mariage, cadre supérieur de santé, puéricultrice, chef mission prévention et petite enfance, Conseil général du Pas-de-Calais

Gérard Neyrand, sociologue, professeur-chercheur à l'université de Toulouse, Faculté des sciences du sport et du mouvement humain (F2SMH), directeur du Centre interdisciplinaire méditerranéen d'études et de recherches en sciences sociales (CIMERSS)

Olivier Prévot, maître de conférences en sciences de l'éducation, directeur de l'IUT de Belfort-Montbéliard, université de Franche-Comté

Coordination

Nathalie Houzelle, chargée de mission, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Appui à l'écriture et à la conception

Maryline Rebillon, maîtresse de conférences associée en sciences de l'éducation, université Pierre et Marie Curie-Sorbonne, directrice de Comment Dire, Paris

Comité de pilotage

Trois réunions du comité de pilotage ont eu lieu, une au début du projet, la seconde à mi-parcours et la troisième à la fin du projet.

Deux premiers comités de pilotage (2008 et 2009)

Mirentchu Bacquerie, École des parents et des éducateurs Île-de-France (EPE IdF)

Delphine Bonvalet, Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

François Marie Caron, Association française des pédiatres ambulatoires (AFPA)

Éliane Dénécheau, Mutualité sociale agricole (MSA)

Mélissa Fort, Direction générale de l'action sociale (DGAS)-Bureau Enfance et famille

Catherine Gerhart, Inpes, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Nathalie Houzelle, Inpes, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Brigitte Lefevre, Direction générale de la santé (DGS)

Carole Lombart, Délégation interministérielle à la famille (DIF)

Corinne Mayer, Syndicat national des médecins de PMI, PMI de Gironde

Florence N'Da Konan, Union nationale des associations familiales (UNAF)

Catherine Paclot, Direction générale de la santé (DGS)

Brigitte Samson, Société française de pédiatrie (SFP)

Karen Soyer-Hooge, Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Troisième comité de pilotage (2012)

Mirentchu Bacquerie, École des parents et des éducateurs Île-de-France (EPE IdF)

Frédéric Bodo, Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), Petite enfance et parentalité

Delphine Bonvalet, Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), Département Enfance et parentalité

Alice Brochard, Réseau français des Villes-Santé OMS

François Marie Caron, Association française des pédiatres ambulatoires (AFPA)

Éliane Dénécheau, Mutualité sociale agricole (MSA)

Catherine Dumont, Inpes, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Serge Fraysse, Agence nationale de la cohésion sociale (Acsé), Direction de l'éducation, de la santé, de la famille et de la jeunesse

Martine Govart-Salot, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Bureau Familles et parentalité

Nathalie Houzelle, Inpes, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Maud Jerber, Agence nationale de la cohésion sociale (Acsé), Direction de l'éducation, de la santé, de la famille et de la jeunesse

Brigitte Lefeuvre, Direction générale de la santé (DGS), Bureau Santé des populations

Sophie Maggiani, Union nationale des associations familiales (UNAF), Pôle Droit, psychologie, sociologie de la famille

Corinne Mayer, Syndicat national des médecins de PMI, PMI de Gironde

Catherine Paclot, Direction générale de la santé (DGS), Bureau Santé des populations

Brigitte Samson, Société française de pédiatrie (SFP)

Comité de lecture

Le comité de lecture rassemble des professionnels de terrain, susceptibles d'utiliser cet ouvrage dans leur pratique au quotidien. Ces professionnels sont regroupés en fonction de leur rattachement institutionnel. Ils sont présentés par ordre alphabétique. Les objectifs du comité de lecture étaient d'apprécier la cohérence globale de l'ouvrage, sa pertinence, son utilisation par les différents professionnels, le langage employé, l'intérêt des exemples proposés, etc.

Professionnels accompagnant les porteurs de projet

Michelle Amrani, conseillère technique en action sociale parentalité, coordinatrice Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap 76), Caisse d'allocations familiales (Caf) de Seine-Maritime, Rouen

Brigitte Deroo, directrice, Centre de santé (association 1901, convention d'objectifs avec la mairie), Grande-Synthe

Alain Féretti, Caisse d'allocations familiales (Caf) Alpes de Haute-Provence, président du Conseil d'administration

Christine Ferron, psychologue, directrice, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne, Rennes

Mathieu Fortin, coordonnateur santé, ville de Villeurbanne, Direction de la santé publique

Karine Rondeau Gaultier, conseiller socio-éducatif, chef de service dans le champ de la petite enfance, ville de Saint-Brieuc, Direction environnement santé et développement durable (DESDD)

Professionnels impliqués dans la mise en œuvre de projet de promotion de la santé et de soutien à la parentalité

Alexia Audibert, puéricultrice, Maison départementale de la solidarité et de l'insertion (MDSI) de Langon

Hélène Bidard, psychologue, formatrice et copilote du Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap 29), Parentel, Service écoute parents, Brest

Huguette Boissonnat, médecin, référente santé, Mouvement ATD Quart Monde

Christine Bonnefoy, Foyer départemental de l'enfance de Chambéry, cadre socio-éducatif, chef de service et référente pédagogique, Maison de la famille

Michel Dugnat, praticien hospitalier, responsable de l'unité Parents-Enfant du service de pédopsychiatrie du professeur F. Poinso (CHU Sainte-Marguerite, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille), président de la société Marcé Francophone, secrétaire général de la WAIMH Francophone

Christine Lalire, éducatrice de jeunes enfants, coordinatrice La Parenthèse, Lieu d'accueil enfants-parents (LAEP) Vaucluse, Centre communal d'action sociale (CCAS) d'Avignon

Mariette Legendre, médecin à la retraite, alliée permanente, secrétariat famille, Mouvement ATD Quart Monde

Catherine Leyrit, médiatrice familiale, Caisse d'allocations familiales (Caf) du Puy-de-Dôme, Clermont-Ferrand

Emmanuèle Luneau, agent de développement social local en charge de projets autour de la parentalité, Mutualité sociale agricole (MSA) de Maine-et-Loire

Isabelle Witrant, puéricultrice à la Maison du département solidarité (MDS) de l'Arrageois, Conseil général du Pas-de-Calais

Inpes

Christine César, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Département appui aux acteurs et aux institutions, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Catherine Dumont, directrice, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Annick Fayard, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Département développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Juliette Guillemont, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Département évaluation et expérimentation, Direction des affaires scientifiques

Emmanuelle Hamel, chef du Département développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles, Direction de l'animation des territoires et des réseaux

Béatrice Lamboy, chef du Département évaluation et expérimentation, Direction des affaires scientifiques

Stéphanie Pin, sociologue, Direction de la programmation

Thomas Saïas, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, Département évaluation et expérimentation, Direction des affaires scientifiques

Documentation

Olivier Delmer, Céline Deroche, documentalistes, DAS, Inpes
Remerciement à **Hélène Melin**, documentaliste à l'Union nationale des associations familiales (Unaf), qui a mis à notre disposition ses ressources.

Préface

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) met en œuvre les programmes nationaux de prévention et développe une expertise en matière d'éducation pour la santé. Ce guide d'aide à l'action s'inscrit dans la stratégie globale de l'Inpes de promotion de la santé des enfants. Afin de réduire les inégalités sociales de santé, l'Institut a choisi de soutenir les parents d'enfants de 0 à 6 ans, de renforcer leur capacité d'agir pour favoriser la santé physique, émotionnelle et sociale de leurs enfants. S'appuyant sur les données probantes issues de la recherche interventionnelle et de l'expérience des professionnels, l'Institut contribue à améliorer les connaissances des parents par la diffusion de supports d'information comme sur les accidents domestiques, la nutrition, l'hygiène ou la vaccination et à renforcer les compétences des professionnels en contact direct avec les parents : professionnels de santé, du social ou de l'éducation, à domicile, en milieu de soin ou en milieu scolaire. Cet ouvrage propose une approche globale du sujet en développant une variété de stratégies d'intervention. Il est le premier d'une série d'ouvrages qui développeront certaines modalités d'intervention, permettant ainsi de compléter les ressources pour mettre en œuvre des programmes d'accompagnement à la parentalité intégrés.

Ce guide, élaboré à partir des attentes et des besoins des principaux acteurs du champ de l'accompagnement et du soutien à la parentalité, rappelle que les inégalités sociales de santé se creusent dès les premières années de vie et que la santé se construit d'abord au sein de relations familiales et sociales. En explicitant les concepts et les méthodes, il a pour objectif de fournir aux publics concernés des outils pour développer, mettre en œuvre ou évaluer des actions ou programmes de promotion de la santé auprès des jeunes enfants et de leurs parents.

L'approche promue ici est une approche socio-environnementale de la santé qui envisage le jeune enfant et ses parents comme nichés au cœur de relations sociales et sociétales plus étendues. Promouvoir la santé et accompagner la parentalité supposent tout d'abord d'en appréhender les multiples déterminants. Ceci implique aussi de ne pas s'arrêter, comme c'est parfois le cas, aux déterminants individuels, comportements ou compétences des parents qu'il suffirait de combler ou de renforcer. Le guide incite à prendre en compte également les déterminants sociaux, tels que les relations familiales, amicales ou le voisinage, les déterminants organisationnels, comme le cadre de l'emploi ou la prise en compte des contraintes familiales par l'employeur, ainsi que les déterminants sociétaux, à l'instar des représentations sociales de la famille ou de la parentalité, les normes et valeurs de la société. L'approche socio-environnementale implique donc une action globale, le travail en réseau, et l'intersectorialité, à plusieurs niveaux d'intervention. Cela suppose, par exemple, des modifications organisationnelles et l'aménagement ou l'amélioration de milieux de vie particuliers. Enfin, ce guide défend l'idée d'une évaluation des actions mises en œuvre autant dans un objectif d'amélioration continue des pratiques et du service rendu aux usagers, parents, jeunes enfants et professionnels, que pour rendre compte des bénéfices et pouvoir ajuster l'action en cas d'effets indésirables inattendus.

Fruit d'une écriture collaborative et participative, travail à plusieurs voix qui entend cerner les multiples facettes de la parentalité et des interventions possibles, cet ouvrage questionne les enjeux actuels du soutien à la parentalité et de la place de la santé dans cet univers. Ce rapprochement est relativement récent. Il a donné lieu à plusieurs interpellations et mises en garde contre les risques d'instrumentalisation, de stigmatisation ou de normalisation. Vigilance et respect des principes éthiques doivent fonder ces programmes, comme dans toute intervention de santé publique.

Ce guide peut servir de support aux réflexions préalables des intervenants, décideurs et partenaires qui vont développer des actions dans une dynamique récemment réaffirmée par les pouvoirs publics au travers de la Convention d'objectifs et de gestion 2013-2015 entre la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) et l'État et des décisions du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP). Les différentes mesures prévues, dotées de moyens financiers supplémentaires, s'attachent tout particulièrement à la réduction des inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux services et à la concertation des parties prenantes afin de garantir la qualité des réponses proposées.

Je remercie l'ensemble des contributeurs à cet ouvrage, représentants d'institutions mobilisés lors des différents comités de pilotage, experts engagés dans ce champ, et relecteurs, qui ont ainsi par ce guide contribué à développer des projets de promotion de la santé dès la petite enfance et d'accompagnement à la parentalité, avec pour finalité le bien-être de l'enfant et de ses proches.

Thanh Le Luong
Directrice générale de l'Inpes

Sommaire

	I	Préface
21	I	Introduction
25	I	La parentalité dans toutes ses dimensions
25	I	De la famille à la parentalité
25		Historique et évolution de la famille
28		Émergence et développement du terme de parentalité
33		La difficile transcription juridique de la mutation de la famille
44	I	Parentalité et santé : perspective socio-écologique
44		La famille productrice de santé
50		La parentalité en tant que système de collaborations
63	I	De l'aide à la parentalité à la promotion de la santé des parents et des jeunes enfants
63	I	Analyse des approches stratégiques et des postures professionnelles
63		Le cadre social de l'intervention
66		L'approche contraignante
66		L'approche compensatoire
69		L'approche qualifiante
70		L'approche participative

73	Accompagner la parentalité en s'appuyant sur les cinq axes stratégiques de la promotion de la santé
74	La promotion de la santé : une intervention socio-écologique
79	Axe 1 : élaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants
83	Axe 2 : créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants
87	Axe 3 : renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants
91	Axe 4 : développer et renforcer les compétences parentales
94	Axe 5 : réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents
103	Développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé
105	Préparer et concevoir un projet
105	Quelle opportunité pour élaborer un projet ?
107	Élaborer un projet en équipe impliquant des partenaires
113	Quelles modalités de travail ?
116	Justifier et décrire le projet
116	Analyse de la situation
119	Fixer des objectifs SMART

123	 	Planifier et suivre le projet
123		La planification du projet
126		Le suivi du projet
130	 	Évaluer et communiquer sur le projet
130		Évaluer un projet de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité
142		Communiquer
146	 	Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre
146		Les services de l'État
150		Les collectivités territoriales
156		Les organismes de protection sociale
157		Les professionnels
157		Les associations
165	 	Conclusion
167	 	Annexes
169		Bibliographie
180		Sitographie
183		Liste des sigles
188		Liste des figures et des tableaux

Introduction

Fruit de la collaboration entre différents experts des champs de la promotion de la santé et de la parentalité, cet ouvrage est un outil d'accompagnement, d'une part pour les professionnels de la petite enfance, et d'autre part pour les adultes en position parentale qui souhaitent entreprendre des actions alliant promotion de la santé et accompagnement à la parentalité. Ses objectifs sont de soutenir des initiatives et susciter des innovations en matière de pratiques professionnelles et communautaires.

Il s'adresse aux différents intervenants (professionnels ou non) du sanitaire, du social et de l'éducation développant des actions d'aide, de soutien et d'accompagnement à la parentalité et de promotion de la santé. L'idée est de favoriser la rencontre entre les différents intervenants de la petite enfance travaillant dans le champ de l'accompagnement à la parentalité, notamment dans les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, et ceux intervenant dans celui de la promotion de la santé.

Les auteurs, issus de différents champs professionnels, ont été invités, à partir d'une commande de l'Inpes, à écrire un ouvrage méthodologique destiné plus particulièrement aux professionnels de la petite enfance. Avant de passer à la rédaction proprement dite, ils ont pris le temps d'échanger sur ce qu'ils entendaient produire ensemble. Le champ de la

parentalité étant l'objet d'une multitude de regards (sociologique, psychologique, juridique, psychanalytique, etc.), les rencontres et discussions entre les auteurs ont donné lieu à des débats enrichis par la diversité de leurs expertises et conceptions théoriques. L'articulation des points de vue s'est réalisée au fil de la production des écrits par ajustements successifs. Le contenu de cet ouvrage, ayant évolué en fonction des relectures externes et des demandes d'aménagements et de modifications, ne donne finalement qu'un aperçu des enrichissements mutuels et des évolutions de pensée des auteurs. Pour compléter son approche, le lecteur pourra se référer aux différents écrits produits par ailleurs par les auteurs (parfois même dans le même temps).

Aborder la parentalité nécessite de retracer l'histoire de la famille, tant les bouleversements en 30 ans ont été nombreux. Cette approche historique permet de comprendre comment s'est élaboré le concept de parentalité et de décrypter les principales étapes qui ont permis à cette notion de devenir aujourd'hui si présente dans les médias et les politiques. Du fait de la diversité des emplois du terme parentalité, l'appropriation du concept à partir d'une définition opérationnelle « clés en main » semble difficilement envisageable.

La vision de la parentalité qui se dégage de l'ouvrage s'appuie sur l'approche socio-écologique du développement humain et celle de la promotion de la santé.

Par souci de cohérence avec leur vision de la parentalité, les auteurs ont choisi de parler d'adultes en position parentale et non de parents, ce dernier terme apparaissant en effet trop réducteur en ce sens qu'il écarte d'une certaine façon les familles d'accueil, les beaux-parents, les parents non reconnus juridiquement comme c'est le cas dans les couples homosexuels ou encore, les assistantes maternelles, voire les grands-parents ou d'autres membres de la famille, etc. Ces différents adultes qui ne sont pas des parents géniteurs se trouvent tout de même en position parentale.

Pour les auteurs, les enjeux fondamentaux pour la promotion d'une parentalité positive seraient de :

- reconnaître la diversité des formes familiales et des divers acteurs en position parentale ;
- promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes en position parentale dans les sphères publiques et privées ;

- agir pour réduire les inégalités sociales de santé ;
- banaliser le recours à l'accompagnement à la parentalité en le présentant comme un droit pour tous.

Cet ouvrage comporte trois chapitres :

- le premier propose quelques clés favorisant la compréhension du contexte et de son évolution. Il met en correspondance l'histoire de la famille avec les orientations sociétales et leur évolution ;
- le deuxième fait le lien entre promotion de la santé et modèle socio-écologique et insiste sur l'intérêt de l'accompagnement à la parentalité pour la santé des parents et des enfants. Une analyse des approches et des postures professionnelles en matière d'accompagnement à la parentalité y est proposée ;
- le troisième illustre la façon dont le développement de projets peut s'appuyer sur une méthodologie de projet illustrée par des actions menées par les professionnels de la petite enfance.

Dans la toute dernière partie de l'ouvrage, le lecteur trouvera des ressources documentaires pour approfondir les différents thèmes abordés (bibliographie, sitographie, ainsi qu'une liste de sigles).

La parentalité dans toutes ses dimensions

Ce chapitre tente d'analyser le contexte d'émergence du concept de parentalité en retraçant les évolutions de la famille et leur difficile transcription juridique. Il propose une conception de la parentalité en tant que système de collaborations autour du jeune enfant qui permet d'articuler les approches socio-écologiques du développement humain et celles de la promotion de la santé.

DE LA FAMILLE À LA PARENTALITÉ

Historique et évolution de la famille

Lorsque l'on s'intéresse à la place des parents, une difficulté surgit d'emblée : le fait que la parenté, définie par les règles de l'alliance et de la filiation, et la parentalité, définie par des fonctions et des pratiques, ne soient pas superposables.

Si les parents sont le plus souvent les premiers éducateurs de leurs enfants, ils sont néanmoins dépendants de l'organisation sociale. La mission parentale est ainsi encadrée par un ensemble de droits et de devoirs dévolus aux parents, enregistrés comme tels dans un système juridique qui organise non seulement la filiation mais aussi la parentalité. La responsabilité de l'enfant incombe ainsi d'abord à la société et à son représentant, l'État. Ce dernier, en entérinant les rôles parentaux à travers le droit de la filiation, par exemple, leur reconnaît la tâche d'élever et d'éduquer l'enfant [1]. En quelque

sorte, les parents sont les premiers dépositaires d'une autorité qu'ils exercent sur leurs enfants avec mission de les socialiser, d'assurer leur développement et leur insertion sociale et scolaire, mais ils peuvent bénéficier pour cela du soutien de tout un ensemble d'acteurs qui interviennent aussi dans leur socialisation (structures d'accueil, école, éducateurs, famille élargie, etc.).

Les approches anthropologiques [2-4] ont très tôt insisté sur les multiples façons d'articuler les différentes fonctions parentales et les diverses catégories d'acteurs parentaux. Ainsi, l'autorité sur l'enfant peut par exemple être détenue dans une société matrilineaire par le frère de la mère, l'oncle maternel. La définition des rapports de parenté dans une société ne prend donc pas forcément en compte la totalité des positions parentales possibles, et des individus « en position de parents » ne sont pas toujours reconnus comme tels, par exemple des beaux-parents dans nos sociétés, ou encore des grands frères ou des grandes sœurs. Les sociétés occidentales en ont pris conscience en quelques décennies, car la famille a connu une formidable mutation. Cette mutation explique qu'une partie des fonctions parentales, notamment de soin et d'éducation, dévolue aux parents d'origine ou adoptifs, puisse être de plus en plus souvent partagée avec d'autres adultes, comme les beaux-parents, les familles d'accueil, les grands-parents, voire, dans certains cas, des grands frères ou des grandes sœurs. Si elle se concrétise au tournant des années soixante-dix, dans le prolongement de la contestation de l'ordre ancien initiée en mai 1968, elle peut être interprétée comme la cristallisation de tout un ensemble d'évolutions sociales, de natures et de temporalités différentes, qui trouvent dans cette période une véritable synergie [encadré 1].

Ces évolutions associées à l'accession de la génération du *baby-boom* aux études supérieures permettent des changements radicaux dans la sphère privée. Sont alors affirmées l'égalité entre les sexes, l'autonomie des individus, la critique de l'éducation autoritaire et plus globalement des pouvoirs institués. Ce qui se traduit sur le plan des rapports familiaux par la remise en cause de la position dominante du père de famille, de l'autorité répressive symbolisée par la figure paternelle, du contrôle de la sexualité des jeunes et des femmes, et l'importance accordée au plaisir, à la liberté, aux sentiments et à la libre disposition de soi.

Plusieurs lois se succèdent très rapidement afin d'harmoniser le système juridique avec les valeurs et les comportements affirmés par les individus : réforme des régimes matrimoniaux qui établit l'égalité et la solidarité conjugale entre les époux (1965) ; légalisation de la contraception (1967) ; remplacement de la puissance paternelle par l'autorité parentale conjointe (1970) ; égalité des filiations (légitime, adultérine, naturelle) (1972) ; abaissement de l'âge de la majorité civile à 18 ans (1974) ; légalisation de l'avortement et (ré)introduction du divorce par consentement mutuel (1975). Le processus de désinstitutionnalisation du conjugal, qui a vu baisser le taux de mariages et s'amorcer une montée des unions libres dès le début des années

ENCADRÉ 1

Présentation synthétique et chronologique des principales évolutions sociales depuis le milieu du XVII^e siècle

- Promotion de l'individu, initiée par les Lumières¹. L'individualisme trouve dans la laïcisation de la société comme dans le développement du libéralisme économique des points d'appui majeurs. Cette affirmation des individualités passe par la reconnaissance progressive de ces individus particuliers que sont d'une part les femmes et d'autre part les enfants [5].
- Massification de la scolarisation républicaine, qui, après avoir étendu aux filles l'obligation de l'enseignement secondaire jusqu'à un âge de plus en plus tardif, voit les enfants des couches moyennes accéder en plus grand nombre aux études supérieures dans le dernier tiers du XX^e siècle.
- Évolution du capitalisme industriel vers le machinisme et le passage à une société post-industrielle, marquée par la tertiarisation de l'économie.
- Reflux de la famille élargie et généralisation de la famille nucléaire, comme la
- mieux adaptée à l'évolution économique et à l'urbanisation qui lui correspond.
- Aspiration des jeunes femmes au travail salarié, liée au développement de leur formation scolaire et favorisée par l'impact des guerres mondiales.
- Maîtrise progressive de la contraception, grâce aux nouvelles connaissances médicales.
- Émancipation progressive des femmes de la puissance paternelle et de leur minorisation juridique et politique. L'émancipation parallèle des enfants ne sera, elle, que partielle car les mineurs, du fait de leur immaturité psychologique, demeurent irresponsables au niveau juridique et doivent se soumettre à l'autorité parentale, désormais partagée.
- En parallèle, transformation des représentations des rôles liés au sexe et aux conceptions de l'éducation et du partage des fonctions parentales, etc.

1. Les Lumières sont un mouvement culturel et philosophique qui émerge dans la seconde moitié du XVII^e siècle sous l'impulsion de philosophes comme Spinoza, Locke, Baylen, Newton et Voltaire, avant de se développer dans toute l'Europe, et notamment en France, au XVIII^e siècle.

soixante-dix, s'affirme alors avec l'explosion des divorces et des séparations. Enfin, la dissociation de la sexualité et de la reproduction (que viendra confirmer dès le début des années quatre-vingts la possibilité d'une assistance médicale à la procréation), et la dissociation de la conjugalité et de la parentalité se concrétisent. C'est d'ailleurs sur la prise en compte de ces deux dissociations que pourra s'élaborer la question homoparentale.

L'ampleur de cette mutation de la famille est telle que l'on peut parler d'une véritable « révolution anthropologique », dont les indicateurs démographiques [6] rendent pleinement compte aujourd'hui : taux de divortialité supérieur à 45 %, âge au premier enfant approchant les 30 ans pour les femmes et les 32 ans pour les hommes, taux de naissances hors mariage supérieur à 50 %, etc.

Cette évolution s'est déroulée presque en parallèle d'une précarisation économique touchant des proportions de plus en plus importantes de familles. En effet, dès 1974, avec le premier choc pétrolier qui signe l'arrêt de la croissance économique caractéristique des « trente glorieuses », commence une phase de montée du chômage qui va faire entrer dans la précarité un nombre croissant de familles.

C'est dans ce contexte qu'on assiste à un recul de la forme traditionnelle de ce que l'on appelle encore « la famille »² et que s'opère sa mutation [encadré 2]. Désormais, les familles sont plurielles : traditionnelles, recomposées, élargies, monoparentales, homoparentales, etc., et il existe une diversité de nouveaux acteurs qui sont susceptibles d'occuper une position parentale³.

ENCADRÉ 2

Évolution de la composition des familles

L'Insee [8, 9], dans ses recensements de la population, montre cette évolution de la composition des familles en distinguant par exemple les couples (mariés ou non) avec enfants, les familles monoparentales, les familles recomposées et les familles sans enfant. Il définit la famille comme « la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple marié ou non (Pacte civil de solidarité - Pacs ou pas), avec le cas échéant son ou ses enfants appartenant au même ménage ;

- soit d'un adulte avec son ou ses enfants appartenant au même ménage (famille monoparentale). »

Ainsi, depuis 1999, on assiste à une augmentation du pourcentage d'enfants vivant hors d'une famille « traditionnelle ou nucléaire », c'est-à-dire dans une famille monoparentale ou recomposée (en 1999, 11,4 % des enfants vivent dans une famille monoparentale, et en 2006, ils sont 15 % dans ce cas ; en 1999, 7,3 % des enfants vivent dans une famille recomposée, et en 2006, ils sont 8,7 % dans ce cas).

Émergence et développement du terme de parentalité

C'est l'**approche anthropologique** anglophone [10, 11], dès 1930 avec Bronislaw Malinowski, qui, par la notion de *parenthood* introduit l'idée de parentalité, abordant le fait parental par l'idée de fonctions tenues par les parents à l'égard de leurs enfants⁴ [13]. Ce sont cinq de ces fonctions [2] qui seront développées par la suite : la procréation, le nourrissage, l'éducation, l'attribution d'identité, l'accès au statut d'adulte.

2. Famille dite « nucléaire », habituellement composée dans les années soixante du père, de la mère et de deux ou trois enfants.

3. Pour plus de détails, voir [7].

4. M. Godelier [12] renvoie ainsi à l'utilisation qu'en fait B. Malinowski dès 1930.

Dans les années soixante, une autre approche est développée par des psychanalystes [14, 15], qui insistent sur la parentalité comme construction des positions parentales en référence au processus psychique du « devenir parent »⁵. Par la suite (années quatre-vingt-dix), des pédopsychiatres et des psychanalystes s'approprièrent ce concept [16-19] tout en l'explicitant. Didier Houzel [20] a, avec son équipe, essayé de formaliser une définition opérationnelle de la parentalité sur laquelle nous reviendrons plus tard.

En France, à la fin des années quatre-vingt-dix, se mettent en place les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap). En effet, il s'agit de donner une assise conceptuelle à des pratiques nouvelles devenues nécessaires pour aider autrement les parents.

L'approche sociologique, faisant un autre usage du néologisme « parentalité », est venue le complexifier à partir du constat de la diversification des situations parentales et a introduit la monoparentalité [21], puis la beau-parentalité [22], l'homoparentalité [23], la grand-parentalité [24], etc., termes visant la description de situations spécifiques de parentalité. Au même moment, des questionnements émergent aussi dans l'action sociale (notamment dans la protection de l'enfance) autour des modalités de soutien et d'accompagnement des parents avec une volonté croissante de préserver le lien parental.

Fort de ses multiples filiations, le terme « parentalité » voit son utilisation croître dans les médias. Mais malgré les efforts d'explicitation réalisés⁶, les discours politiques et sociaux continuent à en faire un usage flou. Pourtant, en s'appuyant sur toutes ces analyses, plusieurs définitions de la parentalité ont été ébauchées ; l'une d'elle, soumise ici à la réflexion, provient du *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* : « Ce que vient montrer l'analyse de la parentalité c'est qu'il n'est pas forcément nécessaire d'être géniteurs pour être parents, car c'est l'affiliation qui fonde la place parentale, aussi bien en inscrivant juridiquement un enfant et ses parents dans un dispositif qui les légitime comme tels qu'en attachant enfant et parents dans un lien qu'ils tissent dans leurs interactions concrètes autant qu'imaginaires. [...] Ce qui fait problème dans la parentalité c'est autant de se heurter à la non-reconnaissance sociale de situations parentales de fait, que de constater que si les affiliations psychiques sont dynamiques elles peuvent se défaire et entrer dans des processus de désaffiliation. Ainsi, la parentalité n'est pas comme l'est la parenté une notion juridique, elle rend compte d'un changement de perspective sur les situations parentales, en incluant dans l'analyse des rapports parentaux non seulement la dimension de la désignation sociojuridique des liens de parenté, mais aussi celle des situations de fait. Elle fait rentrer dans le cadre

5. En anglais, il existe un autre terme, *parenting*, qui est traduit par les Québécois par « parentage », terme qui n'est pas passé dans le langage courant en France ; peu d'auteurs se sont emparés de ce terme pour l'explicitier. On pourrait considérer que le parentage est une sous-partie de la parentalité, considérant que le parentage renvoie à la pratique de la parentalité (voir les travaux menés par D. Houzel et son équipe dans l'encadré 4, p. 31).

6. Avec le travail fondateur de l'équipe de D. Houzel. Voir notamment [25].

d'analyse ceux qui occupent une position considérée comme parentale sans en avoir les attributs sociaux, en mettant en avant pour définir les liens parentaux deux dimensions étrangères au droit de la filiation : l'affectivité et la temporalité. [...] Elle trouve dès lors dans l'action sociale un immense champ d'application, tant parce qu'elle permet de repenser les situations complexes : familles d'accueil, adoption, recomposition familiale, homoparentalité, etc., que parce qu'elle ouvre des voies pour un soutien et un accompagnement des parents qui visent d'abord à préserver le lien parental, et ses diverses expressions, et non plus à contrôler et recadrer les familles au regard d'une norme unique et immuable » [26].

Placé auprès du ministre en charge de la famille, le Comité national de soutien à la parentalité (CNSP)⁷ est créé fin 2010. Ses missions sont de favoriser la coordination des acteurs et veiller à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs d'appui à la parentalité, afin d'améliorer l'efficacité et la lisibilité des actions menées auprès des familles. Il veille à ce que ces dispositifs s'adressent à l'ensemble des parents. Il en définit les priorités d'action. De plus, il met en œuvre une démarche d'évaluation, de communication et d'information en matière d'accompagnement des parents.

Les membres du CNSP [28, 29] se sont accordés sur un certain nombre de points caractérisant la parentalité, à savoir : son caractère multidimensionnel, la neutralité du terme permettant de distinguer parenté et autorité parentale, son caractère évolutif, le fait que ce terme renvoie à une qualité⁸ et enfin, le fait que la finalité de la parentalité est l'intérêt supérieur de l'enfant. Une définition de la parentalité a été validée et publiée fin 2011 par le CNSP [encadré 3]. Durant l'année 2012, le comité a réalisé un état des lieux des dispositifs de soutien à la parentalité⁹.

ENCADRÉ 3

Définition de la parentalité par le Comité national de soutien à la parentalité

Ainsi, « la parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et

l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » [30].

7. Les travaux de ce comité sont en ligne : [27].

8. En anglais, on dispose de deux termes : *parenting* pour le processus et *parenthood* pour la qualité de parent.

9. Le CNSP a décrit 15 dispositifs qui seront mis en ligne sur le site du CNSP [27].

La notion de parentalité, développée dans le contexte d'une mutation de la famille, montre combien les positionnements parentaux sont en perpétuelle évolution et se diversifient aujourd'hui. Nous avons insisté sur le fait que parenté et parentalité ne sont pas superposables. En conséquence, définir le concept de parentalité et ses principes a constitué un enjeu important du développement de cette nouvelle culture théorique et pratique. Dans cette perspective, en 1998, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a demandé à D. Houzel (pédopsychiatre) de mobiliser un groupe de travail pluridisciplinaire¹⁰ pour analyser le concept de parentalité, et a commandé à Irène Théry (sociologue du droit) un rapport sur l'évolution du droit de la famille au regard de l'évolution des mœurs.

Le résultat du travail d'analyse du concept de parentalité par le groupe dirigé par D. Houzel [20, p. 105-164], qui aujourd'hui encore fait référence, met en évidence des dimensions distinctes, quoiqu'habituellement mêlées voire confondues de la parentalité : la pratique de la parentalité, l'expérience de la parentalité et l'exercice de la parentalité [encadré 4].

ENCADRÉ 4

Dimensions de la parentalité

■ **La pratique de la parentalité** représente l'ensemble des tâches qui incombent aux détenteurs de la fonction parentale et, par extension, à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont en charge un enfant : soins nourriciers, interactions comportementales contribuant à l'éveil, aux acquisitions, etc., et pratiques éducatives diverses et variées. Cette pratique de la parentalité relève de compétences parentales, lesquelles correspondent à la capacité des adultes en position parentale à répondre aux besoins de l'enfant en s'appuyant sur les ressources disponibles : les leurs et celles présentes dans l'environnement.

■ **L'expérience de la parentalité** renvoie à la dimension subjective c'est-à-dire affective, intime et ressentie de l'engagement de l'adulte dans la paternité ou la maternité. En effet, la parentalité s'éprouve (émotion, affectivité, représentations, ressentis, etc.) de manière subjective singulière, dans la rencontre entre le parent et l'enfant.

■ **L'exercice de la parentalité** a trait aux droits et aux devoirs qui sont attachés à la fonction parentale et qui, d'une manière ou d'une autre, oblige et légitime les parents : déclaration de naissance, autorité parentale, liens de filiation et de parenté, etc.

10. Ce groupe de travail était composé de Jacques Dayan, secrétaire scientifique, et Roselyne Bécue-Amoris, Alain Bouregba, Dominique Favre, Aniéla Feo, Hervé Hamon, Françoise Jardin, Joëlle Lalanne, Josette Leclerc, Endrika Ong, Hanna Rottman, Catherine Sellenet, Françoise Tendron, Véréna Thorn.

Le rapport sur l'évolution du droit de la famille au regard de l'évolution des mœurs d'I. Théry [31] donne lieu à une étude systématique des enjeux de cette évolution qui passe par une analyse de la parentalité et sa décomposition en instances fondamentales. Déjà en 1993, I. Théry évoque par le terme de « démariage » [32] la sortie du modèle matrimonial de construction de la famille et met en évidence la dissociation des trois composantes de la filiation que la « fiction juridique » du mariage réunissait dans les personnes des parents : biologique (les géniteurs), domestique (les éducateurs), généalogique ou sociojuridique (les parents légitimes) [33] [encadré 5].

ENCADRÉ 5 Évolution du droit de la famille

■ **La composante biologique**, incontestablement partie prenante du lien de filiation, fait du parent un géniteur. Être parent selon le sang (ou le gène) n'implique pas, à coup sûr, l'engagement des géniteurs dans le rapport à l'enfant. L'adoption ou la procréation médicalement assistée, en isolant pour s'en libérer le facteur biologique, démontre que s'il est nécessaire il n'est pas suffisant. Dans ce sens, « génitalité et procréation » ne garantissent pas la « parentalité et la filiation ». Le seul exemple des filiations adoptives nous indique qu'il n'y a pas à proprement parler de famille « naturelle » et que la famille est toujours, peu ou prou, une construction sociale.

■ **La composante domestique** s'entend, ici, en référence au temps, à l'espace et à la

relation partagée avec l'enfant, le plus souvent « à la maison »¹¹. L'engagement d'un adulte vis-à-vis de l'enfant en développement, fait de celui-là un parent –papa ou maman– c'est-à-dire un éducateur.

■ **La composante généalogique** fait référence aux places et aux relations qui sont instituées dans la configuration familiale, quelle qu'elle soit, c'est-à-dire référées à la loi sociale (droit de la famille) et non seulement aux seules exigences des relations affectives.

Les deux parents, que la tradition instituait jusqu'alors comme les seuls détenteurs possibles et/ou souhaitables de la responsabilité d'éducation, ne s'imposent plus comme l'unique référence familiale possible.

11. D'où « domestique », issu du latin *domus* : la maison.

Ces deux analyses ont concouru à légitimer la pluralité des configurations familiales pour autant qu'elles mettent en œuvre, d'une manière ou d'une autre, non plus une norme, mais des compétences parentales.

Cependant, pour parler de la diversité et du développement des formes familiales, les outils conceptuels qui semblent les plus familiers sont chargés de représentations, de théories implicites, de valeurs, de normes, etc.

Par exemple, lorsque l'on parle de « famille », la représentation habituelle est celle d'une certaine configuration familiale, en tout cas dans notre pays –le père, la mère et les enfants– les autres modalités « d'être en famille » ne pouvant dès lors que faire exception à la règle. Et pourtant, la diversité des formes familiales –monoparentalité, homoparentalité, recomposition familiale, adoption, gestation pour autrui, etc.– confronte la société à toute une série de questions nouvelles, inédites et plus ou moins dérangeantes. À quoi servent des parents ? Qu'est-ce qu'une famille ? À quelles conditions une configuration sociale répond-elle aux exigences requises pour être considérée comme famille ? Comment définir la « fonction parentale » ? Quelle mission lui est dévolue ?

On note que les enfants élevés par plusieurs adultes s'en sortent plutôt bien à condition que les différentes sphères travaillent ensemble (ce qui n'est pas toujours effectif ou évident, en particulier en cas de placement immédiat nécessaire à la protection de l'enfant). Rappelons que la délégation a été, de tout temps, un usage social en vigueur. Les adultes en position parentale, pour autant qu'on les y autorise et qu'ils s'organisent en conséquence, apprécient d'être secondés et, ce faisant, de partager la parentalité. Non seulement parce qu'il est objectivement difficile d'élever seul un enfant, mais aussi parce que l'isolement du parent l'expose à mettre l'enfant à une place où l'exclusivité de la relation se conjugue mal avec l'impératif de séparation. L'enfant a donc fondamentalement besoin de plusieurs adultes impliqués dans son éducation¹² et la parentalité se révèle donc plurielle¹³. Pour autant, il convient cependant que les places occupées par ceux qui en sont les acteurs soient non seulement définies socialement et/ou reconnues par la collectivité, et ainsi légitimées, mais encore articulées entre elles¹⁴.

La difficile transcription juridique de la mutation de la famille

Retranscrire juridiquement la mutation de la famille est complexe : en effet, de nombreuses lois ont été votées dans plusieurs domaines du droit durant les quarante dernières années. Il s'agit notamment du droit de la famille (on pense en particulier à l'autorité parentale), des lois se rapportant à la bioéthique (en particulier, la procréation qui questionne la notion même de « parents »), de textes instituant de nouveaux dispositifs (comme les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), et de lois réformant la Protection de l'enfance. Ces différentes évolutions juridiques seront

12. Le célèbre sociologue É. Durkheim affirmait en 1903 qu'« une des précautions les plus efficaces qui puisse être prise à cet égard, est d'empêcher que les enfants ne soient formés que dans un seul et unique milieu, et, plus encore par une seule et unique personne ». « L'enfant exclusivement élevé par sa famille devient la chose de celle-ci. [...] L'école, ajoutait-il, le libère de cette dépendance trop étroite » [34].

13. La notion de « pluriparentalité ordonnée » est proposée par la psychanalyste G. Delaisi de Parseval en 1981 [16] et reprise en 2001 dans un ouvrage collectif dirigé par D. Le Gall et Y. Bettahar [35].

14. Lire à ce sujet D. Coum [36].

rapidement retracées dans cette partie afin de mieux saisir les difficultés que le législateur rencontre lorsqu'il élabore des textes prenant en compte la mutation de la famille.

Évolution du droit de la famille

Face à cette mutation, le droit de la famille a connu des difficultés à s'adapter et, pendant quelques années, les référentiels censés gérer les différentes situations familiales n'ont pas été en harmonie.

Après 1975, la diffusion du divorce par consentement mutuel à une époque où l'union libre se banalise a entraîné une diversité de situations de prise en charge des enfants, alors même que la norme conjugale antérieure était toujours présente. Les cadres juridiques se sont alors retrouvés décalés. Ainsi, le principe de coparentalité, appliqué lorsque les couples restaient unis, n'était pas encore la référence lorsque ceux-ci se séparaient. La garde concernait avant tout les mères, conformément aux représentations sociales encore dominantes, en ne laissant aux pères que bien peu de place dans l'éducation de leurs enfants. Il fallut les protestations véhémentes de pères constitués en associations pour que la coparentalité devienne un principe de référence de la gestion de l'après-séparation, en complément de celui affiché depuis 1975 d'intérêt de l'enfant.

En 1987, la notion de garde de l'enfant de parents divorcés disparaît ; on parle désormais de la résidence habituelle dévolue à un parent (le plus souvent la mère). L'autorité parentale est conjointe. En 1993, cette mesure s'applique aussi aux enfants d'ex-concubins. Mais il faut attendre la loi de 2002 sur l'autorité parentale **[37]** pour que soit enfin reconnue comme légitime la possibilité d'une résidence de l'enfant en alternance aux domiciles de chacun des parents. Cette loi précise que « l'enfant a le droit d'entretenir des relations personnelles avec ses ascendants ». Elle modifie certains articles du code civil ; à titre d'exemple, l'article 371-1 est ainsi rédigé : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ».

Près de 30 ans séparent l'introduction de la coparentalité dans la famille conjugale et dans la famille désunie.

En parallèle, le processus de désinstitution du mariage se poursuit et en 1999, le Pacte civil de solidarité (Pacs) **[encadré 6]** est instauré ; il offre à deux partenaires, y compris de même sexe, la possibilité de passer un contrat organisant leur vie commune. L'union libre –ou concubinage– est désormais officiellement reconnue, et fondée sur des textes juridiques. Durant la dernière décennie, plusieurs pays européens ont rendu le mariage homosexuel possible. Ainsi, il a été autorisé aux Pays-Bas en 2000, en Belgique en 2003, en Espagne en 2005, en Suède en 2009, avec une disposition obligeant l'Église à trouver un pasteur célébrant des mariages religieux pour

des conjoints du même sexe. Ce fut ensuite le cas de la Norvège en 2009, du Portugal et de l'Islande en 2010 et du Danemark en 2012. Dans ces huit pays européens, ces couples ont les mêmes droits que les couples hétérosexuels¹⁵. On peut maintenant ajouter la France, puisque la Loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe a été votée en mai 2013 [38].

ENCADRÉ 6 Le Pacte civil de solidarité

« Le Pacs est de plus en plus prisé par les Français. Créé en 1999, il est réformé en 2005 pour rapprocher le statut des pacsés de celui des mariés, notamment au niveau fiscal. Cent soixante-quinze mille couples ont choisi le Pacs en 2009 ; 95 % de ces Pacs ont été conclus par des partenaires de sexes opposés [...] Au total, après tout juste dix années d'existence, plus de 700 000 Pacs ont déjà été signés.

Inversement, les mariages se font moins

fréquents : 256 000 ont été célébrés en 2009, soit 3,5 % de moins qu'en 2008. Les couples choisissent de plus en plus le Pacs pour officialiser leur union : en 2008, deux Pacs avaient été conclus pour quatre mariages célébrés ; en 2009, ce sont deux Pacs pour trois mariages » [40].

Les chiffres de 2010 montrent une augmentation du nombre de Pacs (9 073 Pacs de même sexe et 194 807 de sexe opposé [41, 42].

Évolution des techniques de procréation et des lois bioéthiques

D'autres évolutions rendent cette transcription juridique complexe, telle la place que prend le biomédical dans la procréation. Dès 1982 (4 ans après l'Angleterre), la France a connu son premier « bébé éprouvette », Amandine, ce qui parachevait l'importance prise par le biomédical dans la vie des couples. Désormais, non seulement la contraception moderne permettait de planifier et décider le moment de la venue de l'enfant dans le couple, mais en plus la médecine remédiait aux difficultés de conception des couples inféconds, voire autorisait certaines personnes à concevoir des enfants en dehors de rapports sexuels. L'introduction d'un tiers –donneur de gamètes– dans le processus de procréation bouleversait la conception et la filiation. En effet, les enfants conçus avec un donneur anonyme de gamètes ont pour père le compagnon de la mère sans qu'il y ait besoin de lien génétique entre le père et l'enfant.

Un Comité consultatif national d'éthique (CCNE) [encadré 7] a été constitué dans l'urgence pour répondre aux « questions posées par l'assistance médicale à la procréation et l'expérimentation sur l'homme. Sa réflexion s'étend très vite à d'autres thèmes tels que la recherche sur l'embryon humain, l'accès à l'information génétique, ou encore la notion de consentement » [43].

15. Pour en savoir plus sur les choix de ces pays, voir le site internet [39].

ENCADRÉ 7

Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

La France a été le premier pays à créer un CCNE¹⁶. Ses missions sont désormais inscrites dans la loi de bioéthique du 6 août 2004 [45] qui lui confère le statut d'autorité indépendante. Certains des avis¹⁷ donnés par le CCNE sont liés à la procréation :

- avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle (n° 3-23 octobre 1984) ;

- état des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons (n° 18-15 décembre 1989) ;

- avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation (n° 42-30 mars 1994) ;

- problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (n° 110-1^{er} avril 2010).

16. Voir sur le site internet du CCNE les pages concernant son histoire [43] et les pages concernant ses missions [44].

17. Ces différents avis sont téléchargeables sur le site internet du CCNE.

En 1994, trois lois dites « de bioéthique » sont votées [45] pour fournir de nouveaux cadres normatifs à ces situations inédites. Dès le vote, les parlementaires en prévoient la révision tous les cinq ans, afin que soient prises en compte les évolutions médicales. Pour préparer le nouveau texte attendu en 1999, le CCNE donne en 1998 un premier avis pour la révision de cette loi (avis n° 60). Cette révision ne sera abordée que deux ans plus tard, à partir de 2001, le CCNE émettant alors un second avis (avis n° 67). Ici aussi, on constate qu'il est difficile d'adapter les textes juridiques aux différentes mutations rencontrées par la société. Les règles qui régissent la bioéthique et par exemple les dons de gamètes et d'embryons, le statut des donneurs, la gestation pour autrui, la procréation médicalement assistée, etc. sont difficiles à poser et sont réétudiées au fur et à mesure des découvertes médicales et des questions posées par la société civile, voire en regard des lois votées par d'autres pays [encadré 8].

ENCADRÉ 8

Historique des lois de bioéthique en France (1994, 2004 et 2011) [46]

En juillet 1994, trois lois ont été promulguées

La loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au

traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé [47], la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994



relative au respect du corps humain, la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. C'est cette dernière loi qui a fait l'objet d'une révision en 2004.

En août 2004, révision de la loi n°94-654

Cette loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique interdit entre autres le clonage, la recherche sur l'embryon et crée une Agence de la biomédecine.

En juillet 2011, révision de la loi n°2004-800

La loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 est l'aboutissement de la clause de révision inscrite dans la loi de 2004 et doit faire l'objet d'un nouvel examen d'ensemble par le Parlement dans un délai maximal de sept ans après son entrée

en vigueur. Les principales innovations de ce nouveau texte portent sur les points suivants :

- autorisation du don croisé d'organes intervenant en cas d'incompatibilité entre proches ;
- nouvelle définition des modalités et critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration.

Les députés ont refusé une disposition adoptée par le Sénat qui permettait aux femmes homosexuelles de recourir à l'assistance médicale à la procréation. L'Assemblée nationale a adopté un amendement rejetant l'ouverture d'une possibilité « d'accès à l'identité du donneur pour les personnes issues d'un don de gamètes » prévue par le texte du projet de loi initial.

Vers de nouveaux dispositifs : de l'intérêt de l'enfant... à l'accompagnement des parents

Dans le même temps, les représentations de l'enfant, et plus particulièrement de la petite enfance [5], évoluent, jusqu'à aboutir au repositionnement international sur le sujet que représente la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) de 1989 [48]. La CIDE est un traité international rédigé sous l'égide de l'Organisation des nations unies (ONU) en 1989 dans le but de reconnaître et protéger les droits spécifiques des enfants¹⁸. Fondée sur 4 principes (la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à la vie, à la survie et au développement, le respect de l'opinion de l'enfant), elle est le premier instrument juridique international ayant force obligatoire qui énonce toute la panoplie des droits de l'homme qu'ils soient civils, culturels, économiques, politiques ou sociaux [encadré 9].

18. Sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé, une version de la CIDE est adaptée aux enfants [49].

ENCADRÉ 9

La Convention internationale des droits de l'enfant

Composée de 54 articles, elle est traduite en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe. Nous avons sélectionné deux articles illustrant la façon dont la CIDE promeut le lien parent-enfant.

« Article 9

1. Les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3. Les États parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un État partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'État partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un

autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les États parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 18

1. Les États parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les États parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises. »

En France, à partir de cette période, la question de la parentalité est posée en tant que telle, voyant en quelque sorte se concrétiser son importance avec la création des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) en 1999 [50, 51]. Ces réseaux transversaux aux différentes institutions vont traverser les divers changements d'orientation politique sans être remis en cause car ils répondent à une évolution structurelle des conditions de prise en charge des enfants [encadré 10].

L'accompagnement à la parentalité, dont on a vu combien il gagne à être pluriel, appelle à rompre avec une culture traditionnelle de l'intervention sociale à la mesure de la mutation qu'a connue la famille d'aujourd'hui. *De facto*, les besoins n'étant plus les mêmes, les modalités d'intervention doivent également changer.

ENCADRÉ 10

Les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

Mis en place en 1999, les Reaap [50] ont pour mission la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités.

Dans ce contexte de mutation et face au désarroi perceptible des parents dans les tâches d'éducation, le politique a promu un dispositif –les Reaap– apte à les soutenir, de manière particulière, dans leur mission.

Les Reaap ont pour objectif de redonner confiance aux parents et de les aider, par la mise en réseau, à assurer leur rôle parental. Il s'agit d'unir les actions et les acteurs, engagés ici et là, autour de la cause commune et partagée qu'est l'éducation des enfants, en prenant en compte la diversité des structures familiales, des formes d'exercice de la parentalité et de la reconnaissance des parents en tant qu'éducateurs premiers, mais non exclusifs, de leur enfant. Ces

actions, menées au titre de l'aide à la parentalité, concernent l'ensemble des parents et, au-delà d'eux, tous ceux qui, de près ou de loin, partagent le souci et la responsabilité de l'éducation des enfants.

Les Reaap sont destinés à venir en appui aux parents ayant des doutes ou des difficultés. Ainsi, les parents peuvent être aidés par le soutien que l'entourage peut leur apporter, soit directement en consolidant leur rôle, soit indirectement en partageant la prise en charge de l'enfant.

Ils ont deux priorités que précise la circulaire :

- s'adresser à toutes les familles, parce que toutes peuvent être concernées ;
- s'appuyer sur les initiatives existantes pour développer de nouvelles actions. La mise en réseau des différents intervenants, tout en respectant leur diversité, permet de construire une cohérence et une visibilité des actions menées.

Au début des années deux mille, l'espace social est alors prêt pour que soit explicitée la question de l'homoparentalité, même si celle-ci continue à susciter de nombreuses oppositions [23]. De fait, la reconnaissance progressive de la diversité des situations familiales contribue à la promotion d'une nouvelle notion, celle de pluriparentalité, dont le contenu sera explicité en

2001 dans un ouvrage pluridisciplinaire qui analyse les multiples formes de parentalité [35].

Contexte d'émergence de la nouvelle loi de Protection de l'enfance

La situation, dans laquelle de nouvelles dispositions émergent, est contrastée : d'un côté, on note une certaine ouverture à l'égard de la diversification des situations parentales ; d'un autre, on constate une évolution visant à intégrer dans la loi et le règlement la notion d'une parentalité jugée défaillante et devant être sanctionnée. Parmi les mesures envisagées, l'une a pour objectif de prévenir la délinquance dès l'âge de 3 ans. Celle-ci, intégrée dans la loi de Prévention de la délinquance alors en discussion, a suscité l'indignation d'un certain nombre d'associations et d'acteurs et a finalement été retirée de la loi votée en mars 2007 [encadré 11]. Dans la même logique, diverses mesures centrées sur le contrôle d'une parentalité présumée défaillante sont successivement proposées : dans le cadre de la loi sur « l'égalité des chances » [52], votée en mars 2006, le Contrat de responsabilité parentale (CRP)¹⁹ (décret d'application en septembre 2006), et en application de la loi de « Prévention de la délinquance » [53], le Stage de responsabilité parentale [54] (décret septembre 2007). Ces nouvelles dispositions confèrent aux présidents des Conseils généraux, aux maires et aux juges de nouveaux pouvoirs de contrôle de la parentalité. Le CRP permet ainsi aux présidents des Conseils généraux d'imposer aux parents une liste d'obligations éducatives sous peine de suspension des allocations familiales. Le Conseil pour les droits et devoirs des familles²⁰, présidé par le maire, est rendu obligatoire pour les communes de plus de 50 000 habitants. À noter que certaines de ces mesures sont abrogées par le gouvernement actuellement au pouvoir, ce qui est le cas du CRP, supprimé en octobre 2012.

ENCADRÉ 11

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance

En France, les lois de décentralisation²¹ de 1984 et la loi 89-487 du 10 juillet 1989 [56] ont fait du département (Conseil général), la collectivité pivot en matière sociale. La loi 83-663 du 22 juillet 1983 [57] a transféré

aux Conseils généraux les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les actions de Protection maternelle et infantile (PMI), et le service départemental d'action sociale.



21. La décentralisation est un transfert de compétences de l'État à des institutions distinctes de lui, en particulier des collectivités territoriales. La déconcentration consiste en une délégation de compétences à des services de l'administration d'État.

19. Le CRP a été créé par la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. Il est aujourd'hui codifié à l'article L.222-4-1 du Code de l'action sociale et des familles [53].

20. Le Conseil pour les droits et devoirs des familles est le principal instrument mis à la disposition du maire par la loi du 5 mars 2007 pour responsabiliser les parents et restaurer leur autorité. En 2013, un guide *Aide à l'installation d'un CDDF* est mis en ligne [55].

La loi de Protection de l'enfance **[58]** vise à redéfinir les objectifs prioritaires de ce dernier domaine, notamment pour répondre aux situations de violence et de maltraitance. Trois objectifs sont affirmés :

- renforcer la prévention, en essayant de détecter le plus précocement possible les situations à risque par des bilans réguliers aux moments essentiels du développement de l'enfant : entretiens systématisés au 4^e mois de grossesse, visites à domicile dans les premiers jours suivant la sortie de maternité, bilans systématiques à l'école maternelle, puis en élémentaire, etc. ;
- améliorer le dispositif d'alerte et de signalement : création dans chaque département d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccu-

pantes. Afin de mieux coordonner protection sociale et protection judiciaire, la loi a fixé les critères précis de saisine de l'autorité judiciaire et amélioré les échanges d'informations entre le président du Conseil général, chef de file de la protection de l'enfance, et l'autorité judiciaire. Par ailleurs, la loi a autorisé, tout en l'encadrant strictement, le partage d'informations entre professionnels soumis au secret professionnel, dans le but d'évaluer au mieux les situations individuelles et de mettre en œuvre les actions de protection nécessaires ;

- diversifier les modes de prise en charge des enfants : possibilité d'accueils ponctuels ou épisodiques hors de la famille sans pour autant qu'il s'agisse d'un placement en établissement ou en famille d'accueil.

La loi de Protection de l'enfance, votée en mars 2007, est la première loi qui n'est pas une loi de Prévention de la délinquance ; elle fait de la prévention un axe majeur de la protection de l'enfance et vise à prévenir le plus en amont possible les risques de mise en danger de l'enfant en évitant qu'ils ne surviennent ou en limitant leurs effets. Elle s'appuie énormément sur le système de santé et préconise le recours à des dispositifs existants à des moments-clés. Le ministère de la Santé et des Solidarités a édité, au lendemain de l'adoption de cette loi, cinq guides pratiques d'accompagnement **[59]**. Destinés aux institutionnels, aux collectivités territoriales, aux professionnels et aux associations des secteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs ou en charge de la protection judiciaire de la jeunesse, ces documents ont pour objectif d'accompagner la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007. Le *Guide de la prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* a pour principal objet d'exposer les apports de la loi en matière de prévention. Il expose les dispositions nouvelles, les situe dans les dispositifs existants et donne les grands axes qui ont inspiré la réforme. Il se situe en amont des dispositifs de protection, depuis la prévention primaire jusqu'à la lisière des actions préventives à domicile de l'Aide sociale à l'enfance. À partir de la loi, il aborde trois axes d'action :

- la prévention périnatale ;
- la prévention des difficultés éducatives parentales ;
- la prévention en direction des enfants et des adolescents.

Le service de PMI a de ce fait un rôle pivot et ses compétences spécifiques de prévention périnatale et de suivi des enfants de moins de 6 ans sont confortées. Le service de PMI permet d'initier un dialogue et une relation de confiance entre les parents et les professionnels de santé pouvant s'élargir à leur environnement, leur contexte de vie et les aspects quotidiens d'ordre médical, éducatif, social, économique et culturel²².

Cette difficile transcription de la parentalité dans le droit s'est confirmée dans la mesure où être parent s'exerce dans un cadre juridique précis²³ et reste en lien avec des attendus sociaux (normes, usages, représentations sociales, etc.) et des obligations énoncées dans la loi²⁴. Les propositions de légiférer sur un statut des beaux-parents, et plus généralement des tiers intervenant dans l'éducation des enfants²⁵, faites par la défenseure des enfants²⁶, Dominique Versini, n'ont pas été retenues par certains parlementaires pensant que cette reconnaissance ouvrirait la porte à une légalisation des familles homoparentales. Pour autant, l'importance de « veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur » apparaît pour la première fois dans la loi de 2007, dans les missions attribuées aux services de l'ASE, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ou à des services mandatés [60].

Quand on regarde l'ensemble des lois qui abordent les questions de parentalité, on constate que l'autorité parentale est reconnue (depuis 1987) comme étant la prérogative des deux parents, que le mariage n'est plus incontournable pour que cette autorité parentale soit conjointe (1993) et que les enfants peuvent résider alternativement chez l'un et l'autre de leurs parents (2002). Quinze années ont été nécessaires pour que les textes évoluent en ce sens. Plus récemment, avec la loi sur l'égalité des chances, le législateur a souhaité pouvoir pénaliser plus fortement les manquements à certaines obligations parentales. Ce qui soulève la question de l'accompagnement des parents menacés de sanction dans le cas où, en dépit de cet accompagnement, ils ne satisferaient pas aux obligations éducatives inscrites dans le CRP. Cela d'autant plus pour les familles ayant de faibles ressources financières. La sanction financière avec la suppression des allocations familiales, ressource essentielle pour ces familles, au lieu de leur donner les moyens d'élever leurs enfants, les leur enlève. À noter que cette mesure a été abrogée par le Sénat en octobre 2012.

22. Voir encadré 18, p. 152 sur les services de Protection maternelle et infantile.

23. Ce cadre est spécifié d'une part par le Code civil et d'autre part par le Code de la famille et de l'action sociale.

24. Et en tout premier lieu dans les textes sur l'autorité parentale : cf. art 371-1 et suivants du Code civil.

25. *L'enfant au cœur des nouvelles parentalités : statut des tiers, statut du beau-parent ?* Conférence-débat organisée par Dominique Versini, Défenseure des enfants, Paris, Cour de cassation, 7 novembre 2007.

26. Le Parlement français a voté le 6 mars 2000 une loi créant un Défenseur des enfants pour montrer l'importance qu'il attache au respect effectif des droits fondamentaux des enfants. Le rôle du Défenseur des enfants est de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant tels qu'ils ont été définis par la loi ou par un engagement international comme la CIDE, ratifiée par la France en 1990. Voir JORF n° 56 du 7 mars 2000, Loi n° 2000-196 du 6 mars 2000.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

En quarante ans, l'ampleur de la mutation de la famille est telle que plusieurs lois vont se succéder rapidement pour harmoniser le système juridique avec les valeurs et les comportements affirmés par les individus. Cette mutation est complexe et le droit de la famille a connu des difficultés à s'adapter.

Le terme « parentalité » émerge et se développe car il permet d'aborder l'ensemble des fonctions tenues par les parents à l'égard de leurs enfants. Son utilisation dans les médias et les discours politiques s'accroît. La parentalité est une notion relativement récente et polysémique qui a donné lieu à des débats controversés à plusieurs niveaux (politique, social, institutionnel et professionnel). L'équipe de D. Houzel [20] met en évidence trois dimensions distinctes de la parentalité : la pratique, l'expérience et l'exercice.

En France, c'est dans les années quatre-vingt-dix que la question de la parentalité est posée en tant que telle et se concrétise au travers de la création de Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents en 1999. Ces réseaux transversaux aux différentes institutions ne sont pas remis en cause au fil des différents changements politiques et sont même à conforter pour l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son récent rapport [60]. Il s'agit en particulier de « renforcer la qualité de l'offre, la qualité des actions » en élaborant « un référentiel national des actions » parentalité ». L'IGAS recommande de « banaliser l'accès en développant l'offre d'accompagnement à la parentalité dans des lieux universels, naturels,

fréquentés par les familles : écoles, centres sociaux, crèches, relais petite enfance, centres PMI... ». Le rôle de prévention primaire des actions d'accompagnement à la parentalité est confirmé par les investigations de l'IGAS.

La parentalité, par définition plurielle, existe de fait dans le champ social. Le CNSP [28, 29] s'est accordé en 2011 sur un certain nombre de points caractérisant la parentalité, à savoir : son caractère multidimensionnel, la neutralité du terme permettant de distinguer parenté et autorité parentale, son caractère évolutif, le fait que ce terme renvoie à une qualité, enfin le fait que la finalité de la parentalité est l'intérêt supérieur de l'enfant. Une définition de ce terme a été validée par les membres du CNSP. Ainsi, « la parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » [27, 30].

PARENTALITÉ ET SANTÉ : PERSPECTIVE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

Le développement en santé des enfants et des adultes en position parentale est vu aujourd'hui comme une responsabilité partagée qui justifie de considérer la parentalité comme un processus impliquant des partenariats et des soutiens à différents niveaux²⁷. Cette vision implique une reconnaissance du partage des responsabilités sociales au regard de la santé de l'enfant et une prise en compte du « travail profane » de soin produit par le milieu familial (on peut aussi parler du travail domestique, usuel ou traditionnel)²⁸. Sans *a priori* disqualifiant, elle rejette les conceptions simplistes de la famille productrice de divers maux sanitaires et sociaux²⁹.

En tant qu'éducateurs de première ligne, les adultes en position parentale jouent un rôle essentiel. En fonction de diverses contraintes et opportunités, ils aménagent et organisent la vie de l'enfant autour du domicile familial, qui est généralement son premier et principal milieu de vie. La compétence parentale à créer les conditions d'un développement satisfaisant de l'enfant n'est pas la seule à devoir être interrogée car la vie quotidienne des adultes et des enfants implique différents milieux et s'inscrit dans un contexte global qui l'influence. La perspective socio-écologique présentée dans cette partie invite à élargir le champ de l'intervention en tenant compte des relations entre milieux de vie, et en considérant aussi les compétences d'une société à créer les conditions nécessaires et suffisantes à la mise en place et au maintien d'une parentalité positive par le biais de l'alliance entre les institutions et la société civile.

La famille productrice de santé

Envisager la famille productrice de santé et de bien-être n'est pas une démarche habituelle dans le champ de la santé [63, 64]. Pourtant, les ressources mobilisées et les activités réalisées dans et par la famille à travers les soins quotidiens liés aux fonctions d'entretien à la vie produisent de la santé. Parmi ces activités, il y a celles qui consistent à créer et à entretenir des conditions de vie favorables au développement de l'enfant, celles qui relèvent de son éducation à la santé, d'autres qui renvoient à sa prise en charge quand il est malade, mais aussi celles qui permettent de faire face aux crises auxquelles le groupe familial est exposé ainsi que toutes celles qui font le lien avec l'extérieur de la famille. Ces pratiques de *care* consistant à prodiguer des soins nécessaires tout en se souciant du bien-être de la personne qui les reçoit, sont des pratiques profanes de soin et d'éducation. Considérées tant dans leur universalité que dans leur diversité culturelle, ces pratiques profanes étaient

27. Voir par exemple [61].

28. Ce terme de « travail profane » est utilisé dans les publications des sociologues pour le valoriser et ne pas l'opposer au travail des experts et des professionnels.

29. Voir par exemple [62].

le développement global³⁰ du jeune enfant (intégrant les dimensions physique, intellectuelle, sociale et émotionnelle) **[encadré 12]**.

ENCADRÉ 12

Les pratiques profanes de soin et d'éducation implicites du développement de l'enfant

Transmises par le groupe culturel, les pratiques profanes de soin et d'éducation renvoient à ce que l'on pense raisonnable et naturel de faire pour s'occuper d'un enfant et l'élever au mieux. Elles sont associées à des objectifs de développement dépendant de normes et de valeurs culturelles, et liées à des croyances ou « théories naïves parentales » qui leur donnent du sens **[66, 67]**.

Quand ces pratiques prennent la forme de comportements ajustés au niveau du développement de l'enfant, elles sont appréhendées comme des compétences parentales « intuitives » (le langage adressé au jeune enfant en est un exemple) **[68]**.

Elles dépendent des conditions de vie écono-

miques et sociales, des cultures, des environnements fonctionnels, des caractéristiques de l'enfant et de l'histoire personnelle des parents, de leur éducation, leurs expériences, etc. Accepter leur diversité culturelle ne revient cependant pas à accepter toutes les pratiques sans considérer leur rôle dans la reproduction des inégalités ou la nature du traitement réservé aux enfants. Rappelons que certaines pratiques traditionnelles sont préjudiciables à la santé de l'enfant, comme le rappelle l'article 24-3 de la CIDE : « Les états parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants » **[voir encadré 14, p. 95]**.

La conception de la famille productrice de santé met l'accent sur le travail réalisé autour de la prise en charge de l'enfant et non sur la structure familiale en tant que telle **[encadrés 4 et 5, p. 31 et 32]**. La capacité d'une organisation familiale à soutenir le développement d'un enfant n'est pas liée aux liens biologiques parent-enfant, ni à l'hétérosexualité du couple parental, elle dépend surtout de la qualité des étayages offerts à l'enfant **[69]**.

Le travail de soin et d'éducation est variable en qualité et en volume, il est imprévisible car redéfini constamment au fur et à mesure du développement de l'enfant. Le *care* nécessite une implication relationnelle intimement liée à l'activité, mais aussi, au niveau normatif, une évaluation permanente des situations. Il est important que l'adulte en position parentale puisse se rendre disponible pour répondre aux besoins évolutifs du jeune enfant **[encadré 13]**, mais il aura aussi à arbitrer entre différents besoins souvent impossibles à satisfaire en même temps au sein de la famille **[63]**. Par exemple, cela peut consister à laisser pleurer le premier enfant pendant que l'on s'occupe du cadet, ou inversement.

30. Pour en savoir plus sur le développement du jeune enfant, voir **[65, 66]**.

ENCADRÉ 13

De la difficulté de définir les besoins du jeune enfant

L'on attend des parents, pour qu'ils assument aussi correctement que possible leur rôle, qu'ils disposent, en premier lieu, d'une connaissance suffisamment précise des besoins de l'enfant en général et de leur enfant en particulier : en effet, comment les parents pourraient-ils accompagner leur enfant dans leur développement s'ils n'ont pas connaissance de ses besoins ? Et dans un second temps, on attend d'eux qu'ils élaborent, mettent en œuvre et adaptent leurs comportements au savoir qu'ils ont de ce dont leur enfant a besoin : en effet, comment répondre convenablement aux besoins de l'enfant si ce n'est en mettant en œuvre un savoir, qui devient dès lors savoir-faire et savoir-être ?

Le besoin d'une relation étayante et sécurisante avec au moins un adulte engagé dans la durée est essentiel. Mais, il semble impossible d'explicitier ce que seraient tous les besoins d'un jeune enfant, une fois pris en compte ceux que l'on considère comme

vitaux (nourriture, sommeil, logement, etc.). En effet, si certains besoins sont liés à la survie de l'enfant, à sa sécurité physique et psychique, d'autres dépendent des circonstances de sa vie auxquelles il doit s'adapter, et d'autres encore sont socialement définis et redéfinis en fonction de la valeur et de la place accordée à l'enfant dans la société (du point de vue des éducateurs, mais aussi en fonction des enjeux socio-économiques qui peuvent les dépasser).

Des besoins supposés des enfants ne pourraient trouver une réponse uniquement dans la sphère familiale. C'est le cas par exemple des besoins de relations sociales qui seront satisfaits dans les rapports que l'enfant va entretenir avec les autres personnes présentes dans son environnement (les pairs, les différents adultes comme ses grands-parents, ses beaux-parents, ses frères et sœurs plus grands ou plus petits, les éducateurs, les enseignants, etc.).

Le développement biopsychosocial de l'enfant ne repose pas simplement sur une série d'activités, il nécessite une certaine constance dans le temps de ces activités. Ainsi, pour se développer, un enfant doit pouvoir compter sur l'implication concrète, durable et affective d'au moins une personne qui s'engage activement dans les soins et partage régulièrement avec lui des activités. La régularité et l'inscription dans la durée de ces échanges et de ces activités permettent la mise en place de processus qui, en se complexifiant, suscitent le développement des compétences de l'enfant (cognitives, langagières, sociales, émotionnelles, etc.) [70]. Ces compétences sont considérées comme des ressources pour entrer en relation avec ses différents milieux de vie, réaliser diverses activités et s'adapter aux circonstances de sa vie³¹. Si les relations qui s'instaurent entre l'enfant et cette (ou ces) personne(s)

31. Cette idée était déjà présente dans la pensée du chercheur français H. Wallon (1879–1962) qui s'intéressait aux milieux de vie de l'enfant et au développement de la capacité de celui-ci à entrer en relation avec ses milieux de vie.

engagée(s) auprès de lui aboutissent à la création de liens d'attachement garantissant la sécurité affective **[71-73]**, le développement s'en trouvera optimisé.

Dans la dynamique développementale, la santé est un résultat de l'adaptation du jeune enfant à un moment donné qui devient une ressource pour ses adaptations ultérieures. Au fur et à mesure, l'enfant s'appuie sur ses nouvelles compétences pour en développer d'autres. L'adulte ou les adultes en position parentale s'adapte(nt) aussi dans le temps et développe(nt) des compétences parentales pour produire de la santé pour eux-mêmes et pour leur enfant.

Le travail parental peut être plus difficile dans certaines circonstances. La sensibilité aux signaux du jeune enfant, l'adéquation des réponses à ces signaux et des attentes réalistes quant au développement de l'enfant, sont des atouts pour un bon fonctionnement de la relation. Mais la qualité de la relation peut pâtir du stress et de l'épuisement physique et psychique générés par certains contextes : travail concret autour de l'enfant et charge mentale de sa prise en charge non partagés, récurrence de violents conflits conjugaux, tempérament difficile de l'enfant, besoins particuliers de l'enfant³² (du fait d'un petit poids de naissance, d'un déficit sensoriel, d'une maladie chronique, d'une naissance prématurée, etc. **[74, 75]**), conditions de vie matérielles difficiles, etc.

Quand naît le sentiment d'incompétence chez l'adulte en position parentale, l'actualisation des compétences disponibles devient plus difficile à réaliser. C'est alors un cercle vicieux **[76, 77]** qui risque de se mettre en place : l'enfant, par ses réponses à un comportement moins ajusté de l'adulte, va confirmer et renforcer ce sentiment. Toutes les situations qui génèrent du stress, de l'épuisement psychique, menacent donc la santé de l'adulte (anxiété, dépression, *burn out*, etc.), et, à travers la relation, celle de l'enfant **[encadré 14]**. Tenir compte des circonstances de la vie des familles et des défis auxquels elles sont soumises permet d'éviter des mises en relation simplistes entre structure familiale et problèmes sanitaires, éducatifs et sociaux et les accusations qui pourraient en découler **[78]**.

Les inégalités sociales de santé « font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. [...] Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations » **[79]**.

32. Pour travailler sur la reconnaissance des besoins spécifiques des enfants en situation de handicap, il est possible de s'appuyer sur la CIDE et plus particulièrement sur son article 23 (voir encadré 9, p. 38).

ENCADRÉ 14

Comprendre les processus qui conduisent aux inégalités sociales de santé

Le gradient social de santé est un concept traduisant le fait que les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres mais que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure.

Par conséquent, la réduction de ces inégalités sociales de santé suppose des interventions qui portent sur l'ensemble de la structure sociale et des groupes sociaux [80].

La position dans la hiérarchie sociale peut être appréhendée par des indicateurs socio-économiques tels que le revenu, la profession et l'éducation. Des ressources financières suffisantes (en lien avec les positions sociales le plus souvent) permettent par exemple d'accéder à un logement, à des services ou à des biens, et élargissent l'éven-

tail des choix possibles pour faire face au quotidien. La pauvreté, quant à elle, restreint les options possibles dans tous les registres et soumet les personnes à davantage de sources quotidiennes de stress, dans des conditions de vie difficiles et des environnements de moindre qualité. Elle peut exclure les personnes de la vie sociale et collective. Ainsi, le manque d'argent peut transformer la pratique, l'exercice et l'expérience de la parentalité en un défi plus difficile à relever, non pas par manque de compétences, mais du fait de l'accumulation d'évènements négatifs, de contraintes s'exerçant sur la vie du groupe familial, ou de l'isolement dans le cas de stigmatisations liées à la pauvreté.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead [81], présenté ci-dessous, tente d'articuler les trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal [figure 1].

FIGURE 1

Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991)



La qualité du travail profane de soin pour un enfant donné dépend non seulement des ressources des parents et des caractéristiques de cet enfant, mais aussi du soutien social perçu **[encadré 15]**. Les processus d'étayage du développement peuvent être socialement soutenus ou minés **[70]**. Par exemple, un cadre soutenant se traduit par de l'assistance dans la prise en charge de l'enfant, des encouragements, des relais, une reconnaissance du statut de parent, l'expression d'admiration et d'affection. Ce soutien peut émaner de tierces personnes, de l'entourage (comme les parents, les oncles, les tantes, les grands-parents, les cousins, les amis, etc.), d'institutions ou d'organisations qui œuvrent dans le champ de la parentalité.

ENCADRÉ 15 Le soutien social perçu

En tant que ressource sociale, le soutien social perçu est défini de diverses façons **[82]**, mais il renvoie toujours à une aide pluridimensionnelle **[63]** et protéiforme

émanant de l'entourage (par exemple cercle des intimes, personnes du quartier, professionnels).

Exemples de comportements de soutien	Type d'impact	Bénéfices possibles
Manifester de l'intérêt, de l'amour, écouter avec empathie, réconforter	Affectif et émotionnel	Sentiment retrouvé d'assurance, de protection, etc.
Donner de l'information, conseiller, aider à comprendre un problème	Cognitif	Nouvelles informations susceptibles d'aider à résoudre un problème, à prendre des décisions, etc.
Faciliter l'accès à des ressources matérielles, des services, agir pour la personne ou avec elle dans l'environnement pour le modifier favorablement	Assistance directe	Accès aux services disponibles dans la communauté, disponibilité effective d'argent, de biens, etc.
Valider le comportement de la personne, suggérer des comportements adéquats	Normatif, visant le maintien de l'estime de soi	Confiance retrouvée sur les capacités à faire face, renforcement de la confiance de la personne en elle-même, etc.

Il ne suffit pas d'avoir des relations sociales pour se sentir soutenu ; plus que l'aide offerte ou effectivement reçue, c'est la qualité du soutien perçu qui importe. La dimension fonctionnelle du soutien social, qui réfère aux bénéfices procurés par la relation sociale et au caractère adapté du soutien, est donc essentielle.

Le soutien social peut avoir un effet indirect sur la santé en diminuant l'état de stress

et/ou un effet direct en facilitant l'adoption de comportements sains et l'utilisation de services de santé.

Cependant, le fait de recevoir de l'aide peut être perçu comme dévalorisant et le soutien procuré peut induire un sentiment d'inefficacité. Le soutien qui n'attire pas l'attention sur lui, soutien invisible mais réel, ou sur la personne qui le reçoit semble particulièrement efficace dans des situations de stress **[83]**.

Permettre aux personnes, dès l'enfance, de participer, dans la mesure du possible, aux processus de décision qui concernent leur vie et leur milieu et d'exercer des responsabilités est une façon efficace de faire croître les compétences sociales, les sentiments de contrôle et d'efficacité perçus [84]. Dans les milieux se créent des liens sociaux, autant pour les adultes que pour les enfants. La diversité des formes d'affiliation peut avoir des effets bénéfiques sur la santé des individus (adultes, parents, enfants, etc.) et rejaillir sur les relations interpersonnelles vécues dans d'autres milieux. Il existe diverses formes d'affiliation : à des personnes (amour, amitié, attachement) [85], à des milieux de vie [86, 87] ou à des territoires (sentiment d'appartenance) [88, 89].

La parentalité en tant que système de collaborations

Dès le début de la vie, le développement humain ne peut s'envisager qu'en contexte [90, 91]. La relation d'étayage nécessaire au processus de développement se met généralement en place dans le milieu familial, mais elle peut aussi s'envisager dans d'autres milieux. D'ailleurs, différents acteurs et actrices issus des milieux de la petite enfance (systèmes de garde, école, centre de loisirs, lieux d'accueil parents-enfant etc.) peuvent graviter autour de l'enfant et se retrouver dans des relations proximales de face-à-face. Cependant, les expériences de vie des enfants et des adultes en situation parentale sont aussi influencées par les actions et décisions de personnes avec lesquelles ils n'auront probablement jamais de contacts directs.

Le modèle écologique³³ « Processus-Personne-Contexte-Temps » d'Urie Bronfenbrenner [70, 95-97] permet de repérer les différents niveaux d'organisation des contraintes et des opportunités pour le développement humain. En s'appuyant sur ce modèle³⁴, il s'agit de rendre compte des influences systémiques proximales et distales sur la relation entre un enfant et un adulte en position parentale. Cette partie a aussi pour objectif de mettre en évidence le système de collaborations qui s'organise autour de l'enfant au-delà de la relation dyadique.

33. En fonction des auteurs, il est possible de rencontrer différentes terminologies. Certains parlent de modèle socio-écologique des comportements de santé [92] ; d'autres évoquent une approche écologique ou écosystémique [93], un modèle écologique [94], un système écologique, ou encore une écologie du développement humain qui renvoie selon U. Bronfenbrenner à « l'étude scientifique de l'adaptation réciproque et progressive entre un humain actif, en cours de développement, et les propriétés changeantes des milieux immédiats dans lesquels il vit, compte tenu que ce processus est affecté par les relations entre eux et par les contextes plus généraux dont ces milieux font partie ».

34. Pour aller jusqu'au bout de la logique systémique choisie, les experts ont dû renoncer à la dénomination habituelle des niveaux de contexte (macro, exo, méso, microsystèmes). Les définitions de ces niveaux montrent en effet que la catégorisation proposée par U. Bronfenbrenner, prévue pour caractériser le contexte de développement d'une personne donnée, ne peut plus être exactement la même dès lors que l'on situe en contexte un système relationnel dyadique. Par exemple, le lieu de travail de l'adulte qui est un microsystème pour celui-ci est par définition un exosystème pour l'enfant.

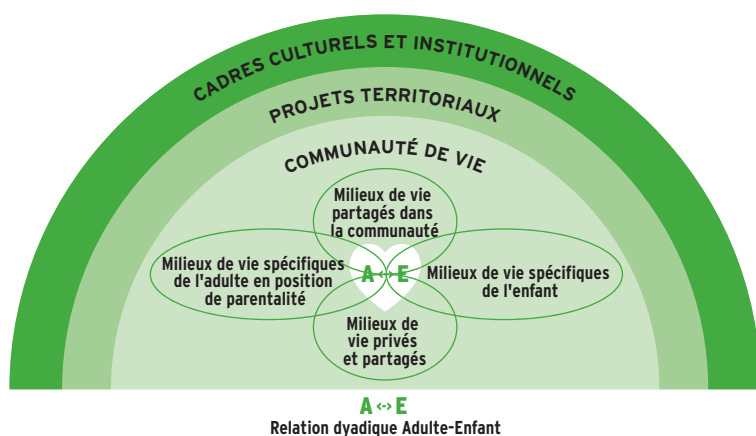
La relation dyadique (adulte en position parentale-enfant) se situe au centre d'un système complexe de milieux s'influçant mutuellement. Elle évolue inévitablement au fil du temps, de même que l'ensemble des milieux. Cette configuration peut être schématisée [figure 2] sous la forme d'une structure d'emboîtement, allant du niveau le plus englobant au niveau où se réalisent les échanges les plus directs entre les personnes et les milieux³⁵.

Les différentes composantes de cette modélisation de la parentalité en tant que système de collaboration autour de l'enfant sont :

- les cadres culturels et institutionnels ;
- les projets territoriaux ;
- les milieux de vie et leurs interrelations dans une communauté de vie ;
- l'influence du passage du temps.

FIGURE 2

La parentalité en tant que système de collaboration³⁶



36. Cette figure, réalisée par N. Coulon [76], insiste sur la relation entre adultes en position parentale et enfant. Elle permet de visualiser le fait que les parents et les enfants sont à l'intersection de trois milieux de vie.

Même si aucune flèche ne les représente, le schéma ci-dessus permet de concevoir des influences descendantes –comme celles des projets et choix politiques, des normes et valeurs culturelles sociétales, qui se déclinent au plus près des personnes sur leurs territoires de vie– sans exclure les influences

35. Bien qu'inspirée du modèle bio-écologique de U. Bronfenbrenner (1977, 1979, 2004) [92-94], la modélisation proposée est centrée sur la relation ; elle introduit donc une nouvelle complexité car elle n'est pas centrée uniquement sur l'adulte ou uniquement sur l'enfant mais sur leur relation. Par souci de cohérence la terminologie de la modélisation de référence n'a donc pas été reprise.

ascendantes –liées à l’action des personnes ou des groupes qui vivent et évoluent dans ce contexte. Pour rendre compte des influences proximales des milieux de vie impliquant l’enfant et/ou l’adulte en position parentale, quatre catégories de milieux proximaux sont distingués ; ils s’articulent entre eux et s’influencent au sein de la communauté de vie dans laquelle s’inscrit la relation.

Les cadres culturels et institutionnels

Le cadre culturel global³⁷ dans lequel s’inscrit la parentalité ne renvoie pas à des milieux précis mais à des projets de société et à des valeurs que traduisent les systèmes sociaux, juridiques, politiques et économiques. Les manifestations concrètes de ce cadre général sont des systèmes de répartition des ressources, des institutions, des formes d’organisations, des opportunités de structures, des pratiques sociales dotées de signification. Les modèles culturels sont véhiculés implicitement sous la forme d’idéologies (systèmes de croyances, d’idées, de représentations), présentes dans l’esprit des personnes, que les coutumes et les pratiques de la vie quotidienne rendent manifestes. Même si des sous-cultures peuvent coexister dans une société donnée, il n’en reste pas moins une toile de fond commune avec laquelle tous les adultes en position parentale doivent composer [tableau I].

TABLEAU I

Inventaire d’éléments du cadre culturel global

Catégorie d’éléments	Exemples (non exhaustifs)
Valeurs	Liberté, égalité, solidarité, justice, démocratie, laïcité, etc.
Normes	Normes autour de l’éducation des enfants, de la sexualité et des rôles parentaux, etc.
Idéologies (systèmes de croyances et d’idées)	Religions, préjugés et stéréotypes, croyance en la complémentarité entre les hommes et les femmes, conception des rôles des femmes et des hommes dans la société, ethnothéories savantes et profanes relatives au développement de l’enfant, etc.
Pratiques	Stigmatisation, discrimination, exclusion, valorisation d’un modèle en particulier, diffusion de valeurs, normes, idéologies à partir de divers médias, discours sur la démission des parents, sur la crise des familles ou des parents, etc.
Démographie	Fécondité, natalité, vieillissement de la population, etc.
Politiques publiques	Politiques d’emploi, familiales, de santé, d’éducation, de la ville, etc.
Système économique	Répartition des ressources, marché du travail, etc.
Artefacts culturels	Type d’habitat, langue dominante, médias, technologies, biens produits, denrées alimentaires, etc.
Législation	Droit de la famille, Convention internationale des droits de l’enfant, Loi de Protection de l’enfance, etc.

37. Nous faisons ici référence au concept de macrosystème de Bronfenbrenner (1979) [95].

Ainsi les expériences de vie des enfants et des adultes peuvent être influencées par :

- la place et la priorité accordées aux enfants et aux personnes chargées d'en prendre soin ;
- la conception des rôles des femmes et des hommes dans la société ;
- le droit de la famille et de la protection de l'enfance ;
- la conception du partage du travail et des responsabilités à l'égard de l'enfant entre l'État et la famille ;
- les politiques publiques (familiales, d'emploi, de santé, d'éducation, etc.) ;
- la répartition des richesses, etc.

Les projets territoriaux

Le cadre culturel global se décline sur des territoires *via* des organisations et des institutions qui opèrent à un niveau local.

Les projets territoriaux³⁸ renvoient à des prises de décision de groupes dans divers lieux, auxquelles l'enfant et l'adulte en position parentale ne participent généralement pas directement, ou alors rarement. Ces décisions, relatives par exemple aux règles d'organisation, d'allocation des ressources et de fonctionnement des milieux de vie, peuvent les concerner directement, ou alors intéresser les personnes avec lesquelles ils sont en relation dans leurs milieux de vie proches. Ces décisions créent donc sur les différents milieux de vie, les contraintes et les opportunités pour l'ensemble des dimensions de la parentalité (la pratique, l'expérience, et l'exercice).

Les milieux de vie et leurs interrelations dans une communauté de vie

Le territoire sur lequel s'organise la vie familiale influence les expériences quotidiennes des adultes en position parentale et des enfants par le biais de la qualité de l'environnement et des opportunités offertes :

- pour la vie familiale et la prise en charge de l'enfant proprement dite (prestations, services, école, etc.) ;
- pour l'articulation de la vie de famille et de la vie professionnelle (systèmes de garde, flexibilité des horaires de travail, etc.) ;
- pour les autres formes de participation sociale (aménagement urbains facilitant sorties et déplacements avec de jeunes enfants : parcs, transports, lieux publics permettant de nourrir et changer les enfants ; souplesse des lieux de garde pour des prises en charge occasionnelles, etc.) ;
- pour la vie scolaire et périscolaire de l'enfant (disponibilité d'installations sportives, projets pédagogiques subventionnés, pratiques culturelles et artistiques, etc.) ;

38. Cette idée ne recouvre pas complètement le concept d'exosystème de Bronfenbrenner, même si elle en est proche.

- pour la socialisation de l'expérience parentale à travers des échanges et un partage d'informations autour de la prise en charge éducative et sanitaire de l'enfant (lieux de rencontre avec des professionnels, lieux de rencontre entre parents, possibilité de rencontre familiale, services de PMI, etc.).

Les milieux de vie proches peuvent être organisés sur plusieurs territoires mais finalement leur interrelation, telle qu'elle est perçue par les membres de la famille, constitue un territoire de vie concret mais également virtuel, c'est-à-dire un environnement psychosocial que nous nommerons communauté de vie [figure 2, p. 51]. Celle-ci renvoie à des lieux et groupes de personnes auxquels l'adulte en position parentale et/ou l'enfant participent régulièrement. Les activités et relations vécues dans ces milieux proches influencent la relation parent-enfant, famille-enfant ou sont influencées par cette relation. Nous considérons quatre regroupements de milieux³⁹ :

- des **milieux de vie privés et partagés** où se construit concrètement la relation entre l'enfant et l'adulte en position parentale dans des espaces privés, en présence ou non d'autres personnes de la famille ou de l'entourage proche (en particulier le domicile familial, ainsi que d'autres lieux comme par exemple un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, une résidence de vacances, etc.) ;
- des **milieux de vie partagés dans la communauté par l'enfant et l'adulte en position parentale** qui renvoient à des espaces non privés inscrits dans la communauté où se vivent des expériences partagées qui permettent de construire des liens sociaux ; ce sont notamment les lieux de détente et de loisirs, les lieux d'accueil parent-enfant, les ludothèques, les lieux d'échanges culturels, etc. ;
- des **milieux de vie spécifiques de l'enfant** où celui-ci vit des expériences diverses et entretient des relations avec d'autres personnes que l'adulte en position parentale. Il s'agit par exemple des lieux de garde, de l'école, des lieux de loisirs, des lieux d'hospitalisation longue, ou encore du domicile d'un autre adulte dans le cas de séparation parentale, etc. ;
- des **milieux de vie spécifiques de l'adulte en position parentale** où celui-ci vit des expériences diverses et entretient des relations avec d'autres personnes que l'enfant, comme ses lieux de travail, ses lieux de loisirs et de détente, des lieux d'accompagnement à la parentalité, etc.

Les milieux de vie ne sont pas des compartiments étanches. Dans la vie quotidienne, des transitions régulières d'un milieu à l'autre s'effectuent à diverses fréquences (transition quotidienne, hebdomadaire, annuelle). Les passages des adultes et des enfants d'un milieu de vie à un autre rendent les milieux perméables les uns aux autres et les articulent en un réseau complexe

39. Si nous considérons les catégories de Bronfenbrenner (1979) [95], les regroupements proposés ici renvoient à des microsystèmes de l'enfant et/ou du parent, mais aussi à des exosystèmes si l'on se place du point de vue d'un seul des deux membres de la relation.

d'influences mutuelles : ce qui est vécu par l'adulte ou l'enfant dans un milieu donné est transporté dans un autre milieu et ce vécu influence les activités et relations vécues dans cet autre milieu. Ces influences passent par les états physiques et mentaux des adultes et des enfants liés aux événements vécus dans chaque milieu, des transferts d'informations dans les communications, des représentations et des croyances relatives au milieu.

Des processus d'influences mutuelles peuvent ainsi prendre place entre deux ou plusieurs milieux sous la forme de compétitions de ressources (telles que le temps, l'argent, etc.), de conceptions conflictuelles, d'incompatibilités temporelles, de conflits de rôles, etc.

Ainsi, une mauvaise journée vécue à la crèche par l'enfant le mettra dans un état peu propice à des échanges sereins de retour chez lui : si de surcroît ses parents rentrent eux-mêmes stressés et fatigués par leur journée de travail, ils seront moins disponibles pour l'apaiser, les retrouvailles familiales et les échanges s'en trouveront affectés. Pour éviter ces situations de stress, il semble judicieux de travailler sur les transitions entre les milieux de vie, cela passant notamment par un partage d'informations autour de la prise en charge éducative et sanitaire de l'enfant.

Les familles en grande précarité ont, quant à elles, un nombre de milieux de vie souvent plus restreint. Adultes et enfants peuvent donc *a contrario* pâtir d'un déficit d'échange. De ce fait, il est important de travailler à l'accès des parents et des enfants aux lieux d'accueil parents-enfants, aux crèches, aux activités d'éveil ou de loisirs, afin de démultiplier le nombre de milieux de vie pour ces familles.

L'influence du passage du temps

La parentalité s'inscrit dans un contexte dynamique où contraintes et opportunités s'entremêlent et évoluent au fil du temps. Les enfants et les adultes changent en se développant, et leurs milieux de vie évoluent aussi. Ils sont ainsi confrontés à des événements qui, en rompant un équilibre antérieur, suscitent des transitions, voire des crises si le processus d'adaptation –impliquant des ressources personnelles et/ou sociales– n'aboutit pas à un nouvel équilibre, comme par exemple : la reprise du travail après un congé parental, un divorce, la perte d'un enfant, la perte d'un emploi, un déménagement, le passage de l'école maternelle à l'école élémentaire. Les moments de transition situent les personnes dans une perspective de changement, un nouvel espace de possibles marqué par des craintes mais aussi des espoirs. La motivation à changer au moment des désorganisations est à saisir dans l'accompagnement des familles.

La notion de temps est différente pour les familles en grande précarité : les actions développées pour soutenir et accompagner les adultes en position parentale devront prendre en compte cette donnée.

Les contextes globaux peuvent aussi impulser des transitions. Des événements économiques peuvent se répercuter sur la vie des familles en détériorant leurs conditions de vie par exemple.

En outre, diverses évolutions viennent interroger la société en termes de valeurs, de normes, de législation, d'habitudes sociales et culturelles. Les questions portent sur la diversité des configurations familiales et les conceptions de la famille (familles nucléaires, monoparentales, homoparentales, nombreuses, recomposées, etc.), sur l'âge auquel les couples choisissent d'avoir des enfants, sur la place et le rôle de l'homme dans l'organisation familiale, sur l'institutionnalisation du couple (mariage, Pacs, concubinage, etc.), sur les rapports entre les femmes et les hommes, sur les discours sur l'égalité, sur les normes, sur la place et la valeur de l'enfant dans la société, sur la parentalité positive, etc. Les évolutions historiques retracées dans *La parentalité dans toutes ses dimensions* (p. 25-43) illustrent des transitions majeures et apportent un éclairage sur les situations et les questions liées à la parentalité.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

La famille « productrice de santé » est une conception qui tient compte du fait que le plus souvent, c'est dans sa famille qu'un jeune enfant reçoit de l'amour et des soins d'une manière régulière et continue. Le travail domestique de soin, produit encore le plus souvent par les femmes [98], est nécessaire à la survie des jeunes enfants. Ce travail domestique doit être considéré, valorisé et partagé entre les divers acteurs de la parentalité. Ainsi, la parentalité renvoie à un processus qui s'inscrit dans un contexte complexe. Elle se construit dans la relation vécue avec un enfant et dans la relation vécue avec d'autres personnes significatives supposées collaborer autour de la prise en charge de cet enfant.

Si l'adulte en position parentale doit consentir à partager avec d'autres la responsabilité et l'effectivité de la charge éducative dès le début de l'existence de l'enfant, il faut que les tiers

s'engagent concrètement et se reconnaissent comme des collaborateurs en assumant leurs responsabilités sans renvoyer à la famille la responsabilité des maux de la société.

L'accompagnement à la parentalité ne peut donc se restreindre aux actions ciblant le ou les parents et/ou l'enfant. Il nécessite aussi de modifier les aspects contextuels qui affectent la vie quotidienne des familles. Il suppose donc une approche transversale et coordonnée des pouvoirs publics, des acteurs économiques et sociaux et de la société civile [76]. Le modèle écologique « Processus-Personnes-Contexte-Temps » d'U. Bronfenbrenner [70, 95-97] permet de situer la relation dyadique dans un système plus complexe. La **figure 2 p. 51** insiste sur la relation entre un adulte en position parentale et un enfant et situe la parentalité en tant que système de collaboration.

Bibliographie

- Les sites internet mentionnés ont été consultés le 25/09/2013.
- [1] de Singly F., Maunaye E. Le rôle et sa délégation. In : Kaufmann J.C., dir. *Faire ou faire-faire*. Famille et services. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 1996 : p. 93-107.
- [2] Goody E. N. *Parenthood and Social Reproduction. Fostering and Occupational Roles in West Africa*. Cambridge : Cambridge University Press, 1982 : 361 p.
- [3] Fine A. Pluriparentalité et système de filiation dans les sociétés occidentales. In : Le Gall D., Bettahar Y. dir. *La pluriparentalité*. Paris : PUF, 2001 : p. 69-93.
- [4] Cadoret A. *Parentalité plurielle, anthropologie du placement familial*. Paris : L'Harmattan, 1995 : 230 p.
- [5] Neyrand G. *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris : PUF, 2000 : 394 p.
- [6] Pla A., Beaumel C. Bilan démographique 2009 : Deux Pacs pour trois mariages. *Insee première*, janvier 2010, n° 1276 : 4 p.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1276/ip1276.pdf>
- [7] Neyrand G. *Le dialogue familial, un idéal précaire*. Toulouse : Érès, 2009 : 222 p.
- [8] Mainguené A. Couple, famille, parentalité, travail des femmes. Les modèles évoluent avec les générations. *Insee première*, mars 2011, n° 1339 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1339
- [9] Vivas E., division Enquêtes et études démographiques. 1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée. *Insee première*, octobre 2009, n° 1259 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1259
- [10] Neyrand G. La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, 2007, n° 4 : p. 71-88.
- [11] Neyrand G. *Soutenir et contrôler les parents, le dispositif de parentalité*. Toulouse : Érès, 2011 : p. 41-46.
- [12] Godelier M. *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard, 2004 : 678 p.
- [13] Malinowski B. Parenthood. The basis of social structure. In : Calverton V.F., Schmalhausen S.D. dir. *The New Generation : The Intimate Problems of Modern Parents and Children*. New York : The Macaulay Comp., 1930 : p. 113-168.
- [14] Benedek T. Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1959, vol. 7, n° 3 : p. 389-417.
- [15] Racamier P.-C., Sens C., Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 1961, vol. 26, n° 4 : p. 525-570.
- [16] Delaisi de Parseval G. *La part du père*. Paris : Seuil, 1981 : 99 p.
- [17] Solis-Ponton L., dir. *La parentalité, défi pour le 3^e millénaire. Un hommage international à Serge Lebovici*. Paris : PUF, coll. Le Fil Rouge, 2002 : 416 p.
- [18] Lebovici S., Diatkine R., Soule M. dir. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (4 t.), Paris : PUF, 1985.
- [19] Stoléro S. Aspects conceptuels, Entrée Parentalité. In : Houzel D., Emmanuelli M., Moggio F. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 2000 : 491 p.
- [20] Houzel D., dir. *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Érès, 2010 : 200 p.
- [21] Lefaucheur N. Les familles monoparentales : les mots pour le dire. In : Bailleau F., Lefaucheur N., Peyre V. dir. *Lectures sociologiques du travail social*. Paris : Éditions Ouvrières et CRIV, 1985 : p. 204-217.
- [22] Meulders-Klein M.-T., Théry I. dir. *Les recompositions familiales aujourd'hui*. Paris : Nathan, 1993 : 350 p.
- [23] Gross M., dir. *Homoparentalités, état des lieux*. Toulouse : Érès, coll. La vie de l'enfant, 2005 : 448 p.
- [24] Schneider B., Mietkiewicz M.-C., Bouyer S. dir. *Grands-parents et grand-parentalité*. Toulouse : Érès, 2005 : 288 p.

- [25] Sellenet C. *La parentalité décryptée. Pertinence et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan, 2007 : 194 p.
- [26] Neyrand G. Parentalité [article]. In : Barreyre J.-Y., Bouquet B. dir. *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : Bayard, 2006 : p. 404-406.
- [27] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Le comité national de soutien à la parentalité* [page internet]. 23/03/2012.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/famille,774/dossiers,725/soutien-a-la-parentalite,1794/le-comite-national-de-soutien-a-la,2090/le-comite-national-de-soutien-a-la,14630.html>
- [28] Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Décret n° 2010-1308 en date du 2 novembre 2010 portant création du Comité national de soutien à la parentalité*. Bulletin officiel n° 0255 du 3 novembre 2010.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022991181>
- [29] Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. *Arrêté du 6 décembre 2010 portant désignation des associations membres du Comité national de soutien à la parentalité*. JORF n° 0289 du 14 décembre 2010, p. 21837.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023229739&dateTexte=&categorieLien=id>
- [30] Comité national de soutien à la parentalité. *Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du Comité national de soutien à la parentalité du 10 novembre 2011* [document en ligne]. 2011.
En ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avisdefinition_CNSP_10_11_2011.pdf
- [31] Théry I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au garde des Sceaux, ministre de la Justice*. Paris : Odile Jacob, la Documentation française, 1998 : 63 p.
- [32] Théry I. *Le démariage. Justice et vie privée*. Paris : Odile Jacob, 1993 : 425 p.
- [33] Théry I. Différence des sexes et différence des générations. L'institution familiale en déshérence. *Esprit*, déc. 1996, n° 227 : p. 65-90.
- [34] Durkheim E. *L'éducation morale*. Paris : PUF, coll. Quadrige, 2012 : p. 122.
- [35] Le Gall D., Bettahar Y. dir. *La pluriparentalité*. Paris : PUF, 2001 : 294 p.
- [36] Coum D. La difficulté d'être parent et l'aide à la parentalité, quels enjeux pour les REAAP ? In : Coum D., dir. *De la difficulté d'être parent*. Brest : Parentel, 2010 : 230 p.
- [37] République française. *Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale*. Journal officiel de la République française, 5 mars 2002 : p. 4161-4166.
En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352
- [38] République française. *Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe*. Journal officiel de la République française, 19 mai 2013 : p. 8253.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027414540>
- [39] *Toute l'Europe* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.touteleurope.eu>
- [40] Pla A., Beaumel C. Deux Pacs pour trois mariages. Bilan démographique 2009. *Insee première*, janvier 2010, n° 1276.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1276
- [41] Institut national d'études démographiques (Ined). *Pacs* [page internet]. 29/08/2013.
En ligne : http://www.ined.fr/fr/france/mariages_divorces_pacs/pacs/
- [42] Mazuy M., Prioux F., Barbieri M. L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'Outre-mer et la France métropolitaine. *Population*, 2011, volume 66, n° 3-4 : p. 503-554.
- [43] Comité consultatif national d'éthique (CCNE). *Historique* [page internet].
En ligne : http://www.ccne-ethique.fr/fr/pages/historique#UjhlLX_VrSg
- [44] Comité consultatif national d'éthique (CCNE). *Les missions* [page internet].
En ligne : http://www.ccne-ethique.fr/fr/pages/les-missions#UjhlH_VrSg
- [45] République française. *Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, relative à la bioéthique*. Journal officiel de la République française, n° 182, 7 août 2004 : p. 14040.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441469&dateTexte=&categorieLien=id>

- [46] Therry J.-F., Salat-Baroux F., Le Bihan Graf C. *Les Lois de bioéthique : cinq ans après. Étude adoptée par l'Assemblée générale du Conseil d'État le 25 novembre 1999*. Paris : La Documentation française, 1999 : 94 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/994001756/0000.pdf
- [47] République française. *Loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*. Journal officiel de la République française n° 152 du 2 juillet 1994 : p. 9559.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000547135&dateTexte=&categorieLien=id>
- [48] *Convention internationale des droits de l'enfant*. ONU, 1989.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/droits-de-l-enfant,739/la-declaration-et-la-convention,13949.html>
- [49] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Le kit pédagogique pour les enfants*. [page internet]. 18/11/2011.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/droits-de-l-enfant,739/le-kit-pedagogique-pour-les,5579.html>
- [50] Délégation interministérielle à la famille, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Direction de l'action sociale, Direction de la population et des migrations. *Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents*. Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 15-21 mars 1999, n° 99/11 : AG1-13-762.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-11/a0110762.htm>
- [51] Ribes B. *L'accompagnement des parents*. Paris : Dunod, 2003 : 178 p.
- [52] République française. *Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances*. Journal officiel de la République française n° 79 du 2 avril 2006 : p 4950.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT EXT000000268539>
- [53] République française. *Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la Prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale*. Journal officiel de la République française n° 0056 du 7 mars 2007 : p. 4297.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT EXT000000615568>
- [54] *Décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la Prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale*. Journal officiel de la République française n° 225 du 28 septembre 2007 : p. 15850.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000277783>
- [55] *Art. L 141-1 du Code de l'action sociale et des familles modifié par la loi n° 2011-267 du 14 mars 2011*.
En ligne : <http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr/champs-daction/social-et-familial.html>
- [56] République française. *Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance*. Journal officiel de la République française n° 0163 du 14 juillet 1989 : p. 8869.
En ligne : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000509315>
- [57] République française. *Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État*. Journal officiel de la République française du 23 juillet 1983 : p. 2286.
En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=725A47EC910940C93D50119F2B16591A.tpdjo06v_3?cidTexte=JORFTEXT000000320195&dateTexte=20130708
- [58] Direction de l'information légale et administrative. *Loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance* [page internet, rubrique : Panorama des lois]. 2007.
En ligne : <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-5-mars-2007-reformant-protection-enfance.html>

- [59] Convention nationale des associations de protection de l'enfant. *Les guides d'accompagnement de la réforme* [site dédié à la protection de l'enfance]. 2013. En ligne : <http://www.reforme-enfance.fr/guides.html>
- [60] Jacquey-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P. Inspection générale des affaires sociales. *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité* (MAP - volet 1). Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2013 : 201 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000110-evaluation-de-la-politique-de-soutien-a-la-parentalite-map-volet-1>
- [61] *Grandir en santé au Canada, guide pour le développement positif des enfants* [site internet]. En ligne : <http://www.growinghealthykids.com/francais/home/index.html>
- [62] Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 2009, volume 21, n° 1 : p. 31-60.
- [63] Cresson G. La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, 2006, n° 3 : p. 7-16.
- [64] Cresson G., Gadrey N. Entre famille et métier: Le travail du care. *Nouvelles questions féministes*, 2004, vol. 23, n° 3 : p. 26-40.
- [65] Bee H., Boyd D. *Les âges de la vie : psychologie du développement*. Saint Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique, 2011 : 507 p.
- [66] Bril B., Parrat-Dayana S. *Materner : du premier cri aux premiers pas*. Paris : Odile Jacob, 2008 : 300 p.
- [67] Sanders M. R., Morawska A. Peut-on améliorer les résultats des enfants en modifiant les connaissances des parents, leurs attentes dysfonctionnelles et la régulation de leurs émotions ? In : Tremblay R. E., Barr R. G., De V Peters R. dir. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2006. En ligne : <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/parents-habiletés.pdf>
- [68] Papousek H., Papousek M. Intuitive Parenting : a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In : Osofsky J. D. *Handbook of Infant Development*. New-York : Wiley, 1987 : p. 669-720.
- [69] Coulon N., Cresson G. La parentalité et ses genres, les sciences humaines et la place du père auprès du jeune enfant. In : Coulon N., Cresson G. coord. *La petite enfance, entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, 2007 : p. 167-224.
- [70] Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks : Sage publications, 2004 : 283 p.
- [71] Guédeney N., Guédeney A. *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009 : 256 p.
- [72] Miljkovitch R. L'attachement comme facteur essentiel de bon développement [dossier « Petite enfance et promotion de la santé »]. *La Santé de l'Homme*, mars-avril 2009, n° 400 : p. 16-18. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Slh/articles/400/02.htm>
- [73] Miljkovitch R. *L'attachement au cours de la vie*. Paris : PUF, coll. Le fil rouge, 2001 : 288 p.
- [74] Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*. Paris : La Découverte/Inserm, 2008 : 297 p.
- [75] Renaut A. *La libération des enfants*. Paris : Calmann-Lévy, 2002 : 398 p.
- [76] Coulon N. Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents ? *Journal du Droit des Jeunes*, avril 2012, n° 314 : p. 22-27.
- [77] Lopez A., Moleux M., Schatzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 83 p.
- [78] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [page internet]. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

- [79] Guichard A., Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : p. 35-51.
- [80] Krieger N., Williams D. R., Moss N. E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 1997, n° 18 : p. 341-378.
- [81] Dalgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute of Futures Studies, 1991 : 69 p.
- [82] House J. S. *Work Stress and Social Support*. Boston : Addison-Wesley Longman, 1981 : 156 p.
- [83] Bolger N., Amarel D. Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2007, vol. 92, n° 3 : p. 458-475.
- [84] De Winter M., Baerveldt C., Kooistra J. Enabling children: participation as a new perspective on child-health promotion. *Child care, health and development*, 1999, vol. 25, n° 1 : p. 3-79.
- [85] Lamy L. L'impact du soutien social sur la santé. In : Lecomte J., dir. *Introduction à la psychologie positive*. Paris : Dunod, 2010 : p. 127-138.
- [86] Cartierre N., Demerval R., Coulon N. Développement et validation préliminaire de l'Échelle d'Affiliation Contextuelle pour Adolescents (EACA). *Revue Québécoise de Psychologie*, 2009, vol. 30, n° 1 : p. 163-175.
- [87] Demerval R., Cartierre N., Coulon N. Désaffiliation familiale et désaffiliation scolaire : effets sur la santé des adolescents. *Santé Publique*, 2003, n° 1 : p. 39-48.
- [88] Clément M. Inégalités sociales et différenciation dans l'état de santé mentale : analyse comparée de territoires au profil socio-économique, social et sanitaire contrastés. In : Aiach P., Niawiadomski C. dir. Discours croisés sur les inégalités de santé aujourd'hui. *Sociologie Santé*, juin 2008, n° 28 : p. 45-62.
- [89] De Koninck M. Inégalités sociales de santé, milieu de vie et sentiment de contrôle. In : Aiach P., Niawiadomski C. dir. Discours croisés sur les inégalités de santé aujourd'hui. *Sociologie Santé*, juin 2008, n° 28 : p. 29-44.
- [90] Coulon N., Houzelle N. Le corps au cœur du développement du jeune enfant. *Diversité : Ville-École-Intégration*, 2010, n° 160 : p. 59-65.
- [91] Coulon N., Houzelle N., Fortin J. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2009, n° 400 : p. 12-14. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/400/01.htm>
- [92] Rostan F., Simon C., Ulmer Z. *Promouvoir l'activité physique des jeunes, élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : p 25-28.
- [93] Renaud L., Lafontaine G. *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique : guide pratique*. Québec : REFIPS, coll. Partage, 2011 : 36 p. En ligne : http://refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprochecologique.pdf
- [94] Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.
- [95] Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge : Harvard University Press, 1979 : 348 p.
- [96] Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 1986, n° 22 : p. 723-742.
- [97] Bronfenbrenner U. Le modèle "Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. In : Tessier R., Tarabulsky G. M. dir. *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec, 1996 : p. 9-59.
- [98] Coulon N., Cresson G. coord. *La petite enfance, entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, 2007 : 231 p.

De l'aide à la parentalité à la promotion de la santé des parents et des jeunes enfants

Prendre en compte la parentalité en promotion de la santé nécessite de clarifier les approches stratégiques et les postures professionnelles. Ce chapitre a donc pour objectif de fournir des repères pour la mise en place de projets. Il aborde la question essentielle de la place accordée aux parents dans différents types d'interventions. Il montre aussi comment les cinq stratégies de l'action globale de promotion de la santé [1] peuvent s'articuler pour agir sur les différents déterminants de la santé (sociaux, économiques, culturels, individuels, etc.) [2].

ANALYSE DES APPROCHES STRATÉGIQUES ET DES POSTURES PROFESSIONNELLES

L'analyse des approches stratégiques et des postures professionnelles proposée ici aide à situer le regard que les professionnels peuvent avoir sur les parents. Pour développer des projets de promotion de la santé, l'approche participative est privilégiée par les auteurs de cet ouvrage.

Le cadre social de l'intervention

Si être parent relève d'un exercice libre (car, pour une large part, privé) et d'une responsabilité ne pouvant s'aliéner au pouvoir d'un autre, la parentalité s'exerce néanmoins dans un cadre culturel déterminé¹, donc en

1. Voir à ce propos Les cadres culturels et institutionnels (p. 52).

référence à des attendus sociaux (normes, usages, représentations sociales, etc.) et dans un cadre juridique et des obligations énoncées dans la loi². Ainsi, être parent suppose à la fois une large autonomie et une prise en compte de la norme sociale dans laquelle exercer sa parentalité. Une transmission se réalise et participe à la construction culturellement marquée d'un savoir-être et d'un savoir-faire qui orientent les pratiques parentales mises en œuvre de manière responsable.

De fait, être parent suppose un certain rapport à la loi sociale où se mêlent conformité d'un service à rendre (éduquer un enfant, d'une certaine manière socialement reconnue et valorisée) et responsabilité de mise en œuvre des pratiques, responsabilité traversée par une injonction sociale contradictoire opposant liberté de choisir « comment s'y prendre » d'une part, et prise en compte des déterminants (statut social, milieu d'appartenance, histoire familiale, obligations légales, etc.) d'autre part. De plus, cette double contrainte inscrit le parent dans les exigences d'un certain cadre social dont il attend soutien, légitimité et encouragement plutôt que désaveu, disqualification voire condamnation. L'on comprend alors que le cadre social puisse vouloir influencer, plus ou moins directement, sur les pratiques parentales. Dès lors, la question de la stratégie d'intervention se pose selon les mêmes termes : influencer et responsabiliser.

Depuis la loi de 2002 [3] rénovant l'action sociale et médicosociale, la participation des usagers est devenue la règle. Dans les champs du social et de la santé, une place accrue est faite aux usagers des services. On attend d'eux qu'ils participent, qu'ils s'impliquent dans les différents dispositifs ; on parle d'« usagers acteurs » ou d'« expertise d'usage ». Il s'agit d'un mouvement de fond et d'une reconnaissance de l'expertise des usagers. Les politiques publiques prennent en compte ce mouvement et votent des lois qui intègrent la participation des usagers³. De ce fait, l'aide à la parentalité n'échappe pas à cette évolution des pratiques sociales et insiste sur l'intérêt d'impliquer les parents. Aussi, les interventions auprès des familles s'inscrivent dans des approches qui accorderont plus ou moins de place aux adultes en position parentale. Il en va de même pour les postures professionnelles qui seront appréciées en fonction du degré plus ou moins important de passivité ou d'activité qui caractérise la place des adultes en position parentale.

Pour analyser les opportunités et les freins relatifs à la participation des parents, il est intéressant d'identifier les approches et postures professionnelles, sans perdre de vue qu'il ne suffit pas d'afficher la participation des usagers comme principe de fonctionnement d'un dispositif pour garantir sa mise en œuvre, puisqu'elle suppose aussi une posture professionnelle particulière et qu'inversement la participation peut émerger dans un dispo-

2. Que viennent spécifier d'une part le Code civil avec en tout premier lieu les textes sur l'autorité parentale, comme les articles 371-1 et suivants, d'autre part le Code de la famille et de l'action sociale.

3. Voir [4] pour un tour d'horizon sur la notion de participation en promotion de la santé.

sitif coercitif pourtant peu propice au partage de pouvoir [2]. L'analyse des principales stratégies d'intervention repérées –contrainte, compensation, qualification, participation– développées dans les parties suivantes, est menée à partir du positionnement de chacun des protagonistes (professionnel et adulte en position parentale), de la nature de la relation instaurée et des effets sur l'objectif visé [tableau I].

TABLEAU I

Synthèse des approches, des postures professionnelles et de la place du parent

Typologies des approches		Postures professionnelles	Place du parent
APPROCHE CONTRAIGNANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Contrainte des comportements et (menace de) sanction en cas de non-conformité et/ou transgression 	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance, évaluation, dénonciation/identification - Éventuellement, mise en œuvre de la sanction 	<ul style="list-style-type: none"> - Soumission (ou rejet ou fuite) du parent au traitement dont il est l'objet. - Affaiblissement, voire disparition de sa capacité d'action donc de responsabilité
APPROCHE COMPENSATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Compensation des déficits - Comblement des manques - Réparation des dysfonctionnements 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimation des écarts entre capacités effectives et attendues - Transmission d'informations, de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être - Formation/éducation compensatoire pour combler les écarts, réduire les défaillances et améliorer les prestations - Soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Le parent est perçu comme potentiellement et/ou effectivement défaillant - Le modèle et les critères d'évaluation peuvent lui échapper - La dépendance au modèle et à l'appréciation que l'autre fait de ses compétences limite sa responsabilité - La place du parent va être fonction du mode de transmission et d'initiation du changement
APPROCHE QUALIFIANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation et renforcement des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui, soutien et assistance - Reconnaissance de la valeur de l'autre au regard de ce qu'il sait, sait faire et sait être - Le professionnel a une fonction de support, d'étayage, de secours auquel l'adulte en position parentale peut faire appel, éventuellement 	<ul style="list-style-type: none"> - L'adulte en position parentale est reconnu comme un « producteur » de savoirs, savoir-faire et savoir-être utiles à lui-même et à son enfant - Il n'est pas dépendant de l'expertise du professionnel même s'il peut y faire appel - La limite des compétences parentales est tolérée
APPROCHE PARTICIPATIVE	<ul style="list-style-type: none"> - Échange de savoirs - Création de situations de coopération, collaboration, co-éducation - Co-élaboration des idées et des actions en vue d'une mise en œuvre partagée, conjointe et/ou combinée 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement, partage, échange, conversation - Professionnel en position « égalitaire » - Partage des savoirs et des expertises - Approche communautaire, travail en réseau - Le professionnel ne sait pas « tout » ni « plus » que l'adulte en position parentale, il sait « autre chose » 	<ul style="list-style-type: none"> - L'adulte en position parentale est, au nom de ce qu'il sait, sait faire et sait être, reconnu comme un expert, une force de proposition donc de changement - La limite des compétences parentales est une ressource dans la mesure où elle appelle/implique l'intervention d'un autre - Les compétences des parents peuvent servir à d'autres parents

L'approche contraignante

Les mesures contraignantes viennent sanctionner plus ou moins autoritairement les écarts des comportements parentaux à la norme, espérant ce faisant les modifier dans le bon sens. Le retrait des prestations familiales en cas de manquement avéré aux exigences sociales (absentéisme scolaire des enfants par exemple), voire l'application de sanctions pénales à l'encontre des parents en cas d'actes de délinquance des enfants, s'avèrent, dans les faits, être à la fois une tentation permanente du législateur et de l'exécutif, et des mesures finalement peu usitées.

Pour autant, la sanction publique demeure un recours prégnant et prend de multiples visages, plus ou moins explicites, pour se mettre en œuvre. De la sanction pénale établie par le tribunal aux mesures d'assistance éducative mises en œuvre par l'autorité publique (administrative ou judiciaire), il existe toute une gamme d'actions possibles qui relèvent du modèle contraignant.

La mesure contraignante suppose implicitement une disqualification de la posture parentale, ce qui affecte, parfois durablement, la confiance des parents en eux-mêmes et compromet pour l'avenir leur capacité à améliorer leurs comportements et à conforter leur autorité. Le rapport entre le parent et l'intervenant s'y place d'emblée sous le signe de l'asymétrie, le professionnel étant de fait, qu'il le veuille ou non, investi d'un pouvoir et d'un savoir dont le parent est destitué.

Pour nécessaire qu'elle soit dans un certain nombre de situations familiales, particulièrement lorsqu'elles mettent en jeu la protection de l'enfant, cette approche présente des effets secondaires négatifs qui en relativisent l'intérêt et est en contradiction avec la promotion de la santé. De fait, ce modèle n'est pas utilisable si le projet développé s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé (fondée sur la participation des personnes).

L'approche compensatoire

Pour pallier les effets contre-productifs de l'approche contraignante, l'une des approches les plus développées par les professionnels du travail social ou de l'intervention sociale (assistants de service social, éducateurs spécialisés, éducateurs de prévention, conseillères en économie sociale et familiale), etc. ou par les professionnels (infirmiers, médecins, etc.) en direction des familles et des enfants est celle de l'éducation compensatoire. Pour réduire les inégalités sociales et scolaires entre les individus, il s'agit alors d'identifier les difficultés familiales et parentales pour les prévenir, les compenser et les pallier, en s'appuyant sur les compétences des parents, au moyen d'informations, de conseils et dans certains cas de formations ou d'actions **[encadré 1]**.

ENCADRÉ 1

L'approche compensatoire

L'approche compensatoire tend à souligner les carences et à les combler, tant au niveau des enfants que de leurs parents.

Elle est nord-américaine dans sa définition. En effet, l'un des plus importants programmes d'éducation compensatoire est celui lancé aux États-Unis auprès d'enfants d'âge préscolaire (3 et 4 ans initialement, élargi à 5 ans) : *Head-Start* [5]. Ce grand programme décliné en plusieurs projets a été lancé en 1964 pour lutter contre la pauvreté. Son principe est de réduire les inégalités en accompagnant dans de nom-

breux domaines, durant deux années et de façon renforcée, les enfants issus de milieux à niveau socio-économique faible. L'objectif est que les enfants puissent commencer leur scolarisation avec des acquis comparables à ceux de leurs pairs plus favorisés. *Head-Start* vise ainsi à améliorer les habiletés d'apprentissage, les habiletés sociales et l'état de santé des enfants pauvres.

Dans les années quatre-vingt-dix, 622 000 enfants américains avaient bénéficié de ce programme qui a montré une certaine efficacité à court terme.

L'approche compensatoire est très employée en Europe et en France en particulier, dans de nombreux dispositifs qui visent à l'égalité des chances, comme le Programme de réussite éducative (PRE) [encadré 2], les Contrats éducatifs locaux (CEL), les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs). Parfois présentée en tant que « discrimination positive », elle correspond à l'ensemble des mesures destinées à permettre le rattrapage de certaines inégalités. Les efforts des pouvoirs publics et des professionnels promeuvent et soutiennent la mise en place de dispositifs renforcés d'accompagnement individuel et collectif (social, éducatif, de santé, psychologique, etc.) dans le but de diminuer les conséquences des conditions socio-économiques sur les compétences scolaires en augmentant les compétences parentales.

ENCADRÉ 2

Le Programme de réussite éducative

Le PRE promeut une approche participative des familles. Il a à la fois une approche compensatoire et qualifiante de la parentalité.

Lancé en 2005 et conçu pour accompagner les enfants -et leur famille- cumulant des difficultés éducatives, sociales et culturelles,

le PRE est cofinancé en grande partie par l'Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances (Acsé).

Destiné aux enfants et aux jeunes habitants des quartiers prioritaires, la politique de la ville vise en particulier à résorber les



écarts entre les résultats obtenus dans les établissements scolaires implantés dans ces quartiers et le reste des territoires.

L'approche retenue par le PRE institue les parents à la fois comme bénéficiaires d'actions de soutien à la parentalité et partenaires en tant que premiers éducateurs de leurs enfants. La relation se noue cependant avant tout à travers les services proposés aux enfants ; elle permet, par exemple, d'identifier explicitement d'éventuelles difficultés de santé de l'enfant et, également, de poser les bases d'un nouveau lien entre les parents et l'institution scolaire.

Le PRE modifie les relations des familles aux institutions et, par sa souplesse, permet de prendre en charge des familles aux situations différentes. Au cours de l'année 2010, une étude a été conduite sur la place des familles dans les PRE. Cette étude, en ligne sur le site de l'Acse, a repéré trois types de publics qui coexistent dans le PRE, lequel propose une offre adaptée à chaque profil.

■ Un premier public cumule les difficultés associées à sa précarité économique, à sa vulnérabilité sociale, à la dérégulation des relations intrafamiliales et à diverses fragilités psychiques. Ces parents se retrouvent face à une situation sur laquelle ils pensent ne plus avoir prise. Le PRE privilégie alors une approche individualisée et rapprochée, en interface fréquente avec les services sociaux. C'est cet accompagnement qui constitue alors le socle du parcours de réussite. Ce type de parcours peut être assez long.

■ Un deuxième public vit conjoncturellement des moments difficiles et ne trouve pas les clés pour gérer de façon autonome les difficultés auxquelles il fait face. Là aussi, l'accompagnement individualisé mis en place permet aux familles de rompre leur isolement et le découragement qui y est parfois associé. Cet accompagnement permet de faire passer progressivement les parents du statut de bénéficiaire à celui de partenaire dans un parcours de reconstruction de leur capacité éducative et de leur autonomie sociale.

■ Enfin, un public varié de familles partage la relative inadaptation de leur enfant aux exigences de l'école, mais leur fragilité sociale est moindre. Le parcours s'organise alors autour d'actions de soutien scolaire, d'activités de loisirs, etc. L'accompagnement est plus léger, plus ponctuel, moins engagé.

Ainsi, deux schémas sont observables : l'un dans lequel sont privilégiées des fonctions curatives face à un public qui cumule les difficultés et pour lequel vont être développées des interventions réparatrices à partir d'un accompagnement très individualisé ; l'autre dans lequel sont privilégiées des fonctions préventives lorsqu'il s'agit de soutenir ponctuellement des familles pour enrayer une dynamique d'échec naissante ou prévenir un risque repéré. Dans ce cas, les interventions prennent une forme beaucoup plus collective de promotion des ressources familiales et des ressources du territoire.

L'approche qualifiante

L'approche qualifiante met quant à elle d'emblée l'accent sur les ressources spontanées –qu'elles soient singulières ou environnementales– que les adultes en position parentale ont à disposition, qu'ils les utilisent ou non, de sorte qu'ils se sentent qualifiés, c'est-à-dire autorisés, légitimés et renforcés dans leur responsabilité et leur savoir-faire et savoir-être parentaux [encadré 3].

ENCADRÉ 3

S'appuyer sur les ressources des familles

Pour activer un cercle vertueux, il est préférable de repérer les atouts des familles plutôt que de s'en tenir uniquement aux lacunes. Cette idée est reprise dans la métaphore proposée par Aire de Famille, association parisienne créée en 1997 pour développer un centre parental afin d'accompagner les jeunes couples attendant leur premier enfant : « pour repriser une chaussette trouée, il faut faire passer les fils sur les bords solides autour du trou. Ces bords représentent les ressources et les compétences des familles.

Ainsi peu à peu, avec le temps, la "reprise" se retisse, selon les différents fils et leurs couleurs ! Nous constatons que pour les jeunes parents ayant un parcours de vie souvent lourd, avec de fortes craintes de répétition, le fait de reconnaître que leur petit enfant va bien est extrêmement valorisant et rassurant ». L'approche qualifiante implique une posture étayante. Il s'agit en effet « de faire émerger ou de renforcer ce qui est déjà potentiellement présent » [6].

Aussi, la difficulté qu'éprouvent certains parents à mobiliser leurs compétences est considérée comme un aléa de la condition humaine de l'être-parent. La reconnaître comme telle contribue à la relativiser dans son statut et à en contrebalancer les effets. Aider l'adulte en position parentale à reconnaître et à accepter qu'il peut avoir besoin d'aide à un moment donné ne le disqualifie en rien ; ainsi, il est nécessaire de reconnaître que la difficulté d'être parent est consubstantielle à la parentalité [7].

Il s'agit donc de mettre en place des dispositifs de soutien. Le soutien est alors pensé comme un point d'appui ordinaire ou spécialisé qui laisse au parent la charge éducative, c'est-à-dire la responsabilité parentale, étayage auquel la difficulté d'être parent légitime le recours.

Intervenir sur la parentalité sur le mode du soutien qualifiant suppose donc d'interroger ce qui, dans la difficulté d'être parent, fonde la légitimité du recours à l'autre.

La parentalité est ici envisagée en tant que fonction obligatoirement partagée, distribuée et ne pouvant pas être la prérogative d'un seul. Dès lors, l'autre (qu'il soit le conjoint, le beau-parent, les frères et sœurs, la famille

élargie, le voisin, mais également l'éducateur, le psychologue ou un autre professionnel) y occupe une place nécessaire dans la prise en charge éducative, forcément conjointe, de l'enfant. Son intervention n'est plus contingente (au motif que le parent est en difficulté) : elle est nécessaire parce qu'être parent suppose de ne pas tout pouvoir faire tout seul. Le partage de la parentalité s'ouvre alors sur la dimension de l'accompagnement et de la participation parentale.

L'approche participative

L'approche participative s'appuie largement sur la notion d'accompagnement au sens du cheminement partagé, par le parent et le professionnel.

L'accompagnement des parents se déploie alors sur le modèle de la coconstruction ou de la co-élaboration de savoir-faire, de repères, de connaissances, d'expérience vécue, etc. Il mobilise la capacité de chacun à nouer une relation de partenariat, de coopération, de convivialité, qui n'exclut nullement le conflit, le désaccord, la confrontation [8] [encadré 4] comme cela se passe, sous la forme sociale minimale de la parentalité, dans la conjugalité. Dans une approche participative effective, chacun joue un rôle actif et devient force de proposition, d'action et d'évaluation. La parentalité déploie alors dans le lien social son principe structurel : la coparentalité.

ENCADRÉ 4

Les relations parents-professionnels de qualité [9]

Dans sa synthèse des écrits, Rose Marie Duguay a identifié diverses appellations pour se référer à une relation de qualité entre les parents et les professionnels dans les services d'Accueil et d'accompagnement des parents (AAP) : collaboration, coopération, partenariat, coordination, concertation et participation. Chacune représente un niveau d'engagement différent.

- La **collaboration** semble intégrer toutes les autres formes de relations de qualité. Elle suppose de renoncer à la posture expert-bénéficiaire (usager ou client), qui ne permet pas aux personnes dites bénéficiaires de miser sur leurs propres compétences. Il s'agit de reconnaître les savoirs et les expertises profanes des personnes engagées auprès de l'enfant et leur complémentarité avec les expertises professionnelles, de développer

la compétence à pratiquer une écoute active et empathique, de faire preuve d'ouverture d'esprit, de souplesse et de respect.

- La **coopération** consiste en un partage des charges et des tâches pour atteindre un but.

- Le **partenariat** renvoie au niveau de consensus et de relation le plus élevé. Il suppose une prise de décision commune et se fonde sur une relation égalitaire et une confiance mutuelle.

- La **coordination** implique que le parent et le professionnel articulent leurs actions pour atteindre un but commun.

- La **concertation**, avant toute décision, cherche à aboutir à une entente, le parent et le professionnel se consultant et partageant des idées.

La participation des parents suppose des professionnels qu'ils sachent opérer une modification de la posture qu'ils adoptent traditionnellement : ils ne sont plus tant les experts auxquels les parents s'en remettent pour une prestation qui s'enrichit de la prise en compte des préoccupations parentales que des co-acteurs disposant de compétences qui peuvent s'exercer en complémentarité –simultanée ou successive– de celles des parents. Le professionnel est ici en position égalitaire avec le parent, il ne sait pas tout, et il ne sait pas plus que le parent : il sait autre chose dont le parent peut tirer profit, de la même manière que le professionnel va tirer profit de ce que sait le parent. Les parents, réciproquement, sont considérés autrement que comme des usagers, voire des consommateurs de services qui sont mis à leur disposition : ils sont coresponsables des services rendus, ensemble, à leur enfant. Pour autant, promouvoir l'implication des parents n'oblige pas ceux-ci à seconder voire à se transformer en professionnels-adjoints. Si les positions tendent à l'égalité, elles ne sont pas pour autant semblables [9].

Les bénéfiques visés de l'implication des parents [encadré 5], de quelque manière que ce soit (information, participation à l'élaboration du projet, co-intervention ponctuelle ou continue, contribution à l'évaluation, etc.), sont multiples mais peuvent se résumer à ceci : l'action menée, surtout lorsqu'elle relève de la compétence quasi exclusive de professionnels, ne se réalise pas par défaut présumé d'engagement parental mais par délégation, donc confiance accordée aux professionnels auxquels l'enfant est confié. L'enfant se trouve donc au centre d'une attention partagée, concertée et régulée autant que possible [10].

ENCADRÉ 5

De la participation [2] à l'empowerment

La posture d'accompagnement émancipatrice suppose de :

- reconnaître chez les adultes en position parentale une expertise profane, acquise à partir de l'expérience de tous les jours avec l'enfant et leurs groupes d'appartenance ;
- reconnaître leurs forces, plutôt que leurs faiblesses, et miser sur l'actualisation des forces pour renforcer le sentiment de compétence et la confiance en soi en tant que parent ;

- mobiliser et développer leurs ressources et favoriser leur pouvoir d'agir en tant que premiers éducateurs de l'enfant ;
- les aider à exploiter les ressources humaines et matérielles à leur disposition pour faire face ;
- encourager leur autonomie (l'accompagnement se veut émancipateur) en évitant que s'instaurent des dépendances aux professionnels (disqualifiantes d'une certaine manière) ;



■ mettre en valeur la collaboration plutôt que le contrôle.

L'instauration d'un partenariat avec un adulte en position parentale peut provoquer une réaction en chaîne. En participant, celui-ci développe un sentiment de confiance qui l'encourage à être plus proactif (il initie

les échanges avec les professionnels). En agissant, il se met à croire davantage en ses compétences parentales et prend conscience des avantages en matière de réussite à confier une partie de la responsabilité à d'autres personnes. Ces bénéfices perçus sont des facteurs de maintien de son engagement dans cette dynamique.

L'approche participative favorise la mutualisation des savoirs, savoir-faire et savoir-être entre parents, et entre parents et professionnels. En ce sens, l'approche participative réhabilite les attitudes auxquelles les parents ont spontanément recours pour s'entraider lorsque, par exemple, ils se regroupent à la sortie de l'école et parlent entre eux pour à la fois faire valoir leurs états d'âme, chercher réconfort et confiance en soi, tirer enseignement des témoignages d'expérience des autres, se donner mutuellement des conseils et, si besoin, inventer à plusieurs des stratagèmes pour se simplifier la vie parentale.

La participation permet de développer des ressources personnelles (par exemple les capacités de communication, le sentiment de compétence, l'estime de soi, la conscience critique) et des ressources sociales *via* la constitution de réseaux sociaux. La mise en œuvre de la participation contribue au bien-être car elle donne aux personnes le sentiment d'être importantes, bienvenues et appréciées, et elle suscite l'affiliation sociale. C'est d'ailleurs sur la participation active que repose l'*empowerment*, c'est-à-dire le processus d'aide à la réalisation de ce qui est en puissance chez une personne ou une communauté [11]. Dans le *Glossaire européen en santé publique*, l'*empowerment* est défini comme un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique ainsi que leurs capacités de prise de décision et d'action sont favorisés. Tous les parents, tous les individus disposent de force, de ressources personnelles et sociales. Les processus d'*empowerment* ne peuvent pas être produits, seulement favorisés [12].

L'accompagnement émancipateur [2] est celui qui, à partir d'une prise de conscience du pouvoir d'agir sur le cours de sa vie et sur ses conditions de vie, permet à une personne de relever de nouveaux défis en prenant appui sur des ressources personnelles et sociales.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

Si l'analyse permet formellement de distinguer quatre modes d'approche (contraignante, compensatoire, qualifiante, participative), la réalité des pratiques s'avère plus complexe. En effet, les professionnels en associent plusieurs, les alternent en fonction des situations qu'ils rencontrent. Le modèle de l'implication et de la participation des parents, valorisé dans les actions de promotion de la santé comme dans celles d'aide à la parentalité, est parfois difficile à mettre en œuvre dans certains contextes.

Il se peut que le parent, trop désorienté pour agir, soit demandeur de conseils, d'aide

et d'interventions directives. Il se peut également que, de droit, une mesure autoritaire soit prononcée et qu'un mandat commande l'intervention et le mode d'entrée dans la situation familiale. Le cas échéant, le savoir-faire de l'intervenant sera alors, malgré ce cadre contraignant imposé à la rencontre avec les parents, ou en s'appuyant sur lui, d'œuvrer à créer les conditions de possibilités d'un consentement sinon d'une alliance avec le parent. Le cadre obligé est alors ré-investi par celui-ci comme un espace de participation possible.

ACCOMPAGNER LA PARENTALITÉ EN S'APPUYANT SUR LES CINQ AXES STRATÉGIQUES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Comme le suggère la **figure 2**, p. 51, l'accompagnement à la parentalité dans une perspective de promotion de la santé ne peut se restreindre à des actions ciblant le ou les adultes en position parentale et/ou l'enfant. Si la question est « quelles sont les circonstances qui rendent l'exercice de la parentalité difficile ou *a contrario* le facilitent ? », c'est en considérant les différentes dimensions du contexte de la parentalité et le jeu combiné des contraintes et des opportunités que l'on pourra répondre et agir.

Promouvoir une parentalité positive –respectant l'intérêt supérieur de l'enfant– relève d'une responsabilité partagée **[encadré 6]**. Il s'agit de développer des pratiques respectueuses à l'égard des enfants mais aussi de toutes les personnes (adultes en position parentale, professionnels, décideurs, bénévoles, etc.) qui œuvrent pour les enfants et donc la société à venir.

Dans les pages qui suivent, nous verrons comment l'action globale de promotion de la santé peut inspirer une approche socio-écologique de l'accompagnement à la parentalité fondée sur une « logique de double étayage » **[2]** conduisant idéalement à un cercle vertueux, les enfants recevant l'appui des adultes pour grandir en bonne santé et les adultes étant eux-mêmes soutenus dans leur engagement auprès des enfants.

ENCADRÉ 6

Recommandations européennes pour favoriser une parentalité dans l'intérêt supérieur de l'enfant

Partant du principe que la parentalité peut être envisagée comme un domaine relevant de politiques publiques, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe recommande aux gouvernements des États membres « de reconnaître le caractère essentiel des familles et de la fonction parentale, de créer les conditions à une parentalité positive qui tienne compte des droits et de l'intérêt supérieur de l'enfant, de prendre toutes les mesures appropriées,

législatives, administratives, financières et autres, conformes aux principes énoncés dans l'annexe à la présente recommandation » [13].

C'est donc bien en lien avec les acteurs économiques et sociaux, ainsi qu'avec la société civile, que les pouvoirs publics peuvent améliorer la qualité de vie des familles *via* des actions de soutien à la parentalité privilégiant une approche transversale et coordonnée.

La promotion de la santé : une intervention socio-écologique

Avant de définir la promotion de la santé, il faut clarifier ce que sont les déterminants de la santé. Ce sont un ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques, culturels et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations⁴. Certains déterminants sont considérés comme des facteurs de protection, d'autres comme des facteurs de risque.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les principaux déterminants de la santé dans la société actuelle sont : le stress, le développement durant la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et la politique de transports [14]. L'action sur les déterminants de la santé doit prendre en considération les relations mutuelles entre les personnes et leurs milieux de vie proches et distaux. L'accompagnement à la parentalité peut donc être envisagé comme une action sur les déterminants de la santé des enfants et des adultes en position parentale. Il s'agit en effet de minimiser les risques et de maximiser les protections dans leurs contextes de vie [encadré 7].

4. L'OMS définit en 1946 la santé globale comme étant « un état de complet bien-être physique, psychique et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

ENCADRÉ 7**Inventaire des facteurs contribuant au développement de l'enfant d'âge préscolaire [15]**

- Les relations soutenues avec les parents et les autres adultes significatifs qui répondent aux besoins de sécurité, d'affection et de stimulation (point développé en p. 44 : La famille productrice de santé). On parle aussi de liens d'attachement **[encadré 13 p. 93]**.
- Une communauté favorable aux familles, qui accorde de l'importance aux enfants et reconnaît l'importance d'investir dans le bien-être des jeunes enfants.
- Un environnement sain et sécuritaire pour l'enfant, quel que soit le milieu de vie considéré.
- Des expériences avec d'autres enfants pour développer des habiletés sociales.
- Une bonne alimentation, l'exercice de la motricité et des soins préventifs.
- Des services de garde et d'éducation préscolaire de qualité.
- Des écoles primaires bien préparées à répondre aux besoins particuliers de chaque enfant.

Telle que définie dans la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Il s'agit ainsi de :

- créer les conditions favorables au développement d'une santé physique, mentale et sociale suffisamment bonne pour qu'une personne (ou un groupe de personnes) s'adapte et se réalise, en fonction de ses propres besoins et ambitions, dans un environnement qui évolue sans cesse⁵ ;
- renforcer le pouvoir de cette personne (ou de ce groupe de personnes) en matière d'action et de contrôle sur et pour sa santé, ainsi que celui de ses groupes d'appartenance (ou communautés) ;
- rendre les personnes (ou les groupes) capables de faire face à tous les défis qu'elles rencontreront tout au long de leur vie, en tenant compte des contextes dans lesquels elles vivent.

Toutefois, la Charte d'Ottawa rappelle les conditions indispensables et les ressources préalables à toute action santé : « l'individu doit pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé » **[1]**.

5. En santé, la notion de trajectoire de vie **[16]** renvoie à un cheminement propre à chaque personne et qui est susceptible de changer à tout moment de sa vie (enfance, adolescence, adulte) en fonction de facteurs (biologiques, comportementaux, physiques, sociaux) qui interagissent entre eux.

Cette charte de référence en promotion de la santé définit trois stratégies fondamentales : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoyer), conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé (facilitation), servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (médiation). Ces stratégies, déclinées en cinq axes d'intervention, sont considérées sous l'angle de l'accompagnement à la parentalité : élaborer des politiques pour la santé des parents et des enfants, créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants, renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des enfants, développer et renforcer les compétences parentales, réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents **[figure 1]**. Ainsi, une action globale de promotion de la santé associera dans l'idéal ces cinq axes. Une action ne mobilise pas systématiquement à elle seule les cinq axes présentés ci-dessus, mais l'articulation de plusieurs actions sur un territoire peut s'approcher de cet idéal.

La logique socio-écologique sur laquelle s'appuie la promotion de la santé s'articule avec la modélisation proposée dans la **figure 2** (p. 51). Les possibilités d'intervention dans le champ de la parentalité⁶ offertes par ces cinq axes stratégiques englobent et dépassent le cadre de l'intervention directe auprès des adultes en position parentale et/ou de l'enfant dans la mesure où quatre des axes renvoient à des actions sur des contextes de vie. Pour promouvoir une parentalité positive, l'enjeu est donc de combiner les cinq niveaux de stratégies en cohérence et en synergie.

Lorsqu'une action d'accompagnement à la parentalité est développée sur un territoire, les promoteurs de ce projet (professionnels, parents, chercheurs, décideurs, etc.) pourront la situer par rapport à l'un ou plusieurs des axes stratégiques de la promotion de la santé en utilisant les **figures 1 et 2**, ou des outils de planification et/ou d'évaluation comme le diagramme des activités et cibles présenté en **[21]** ou l'outil de catégorisation des résultats (OCR) **[22]**.

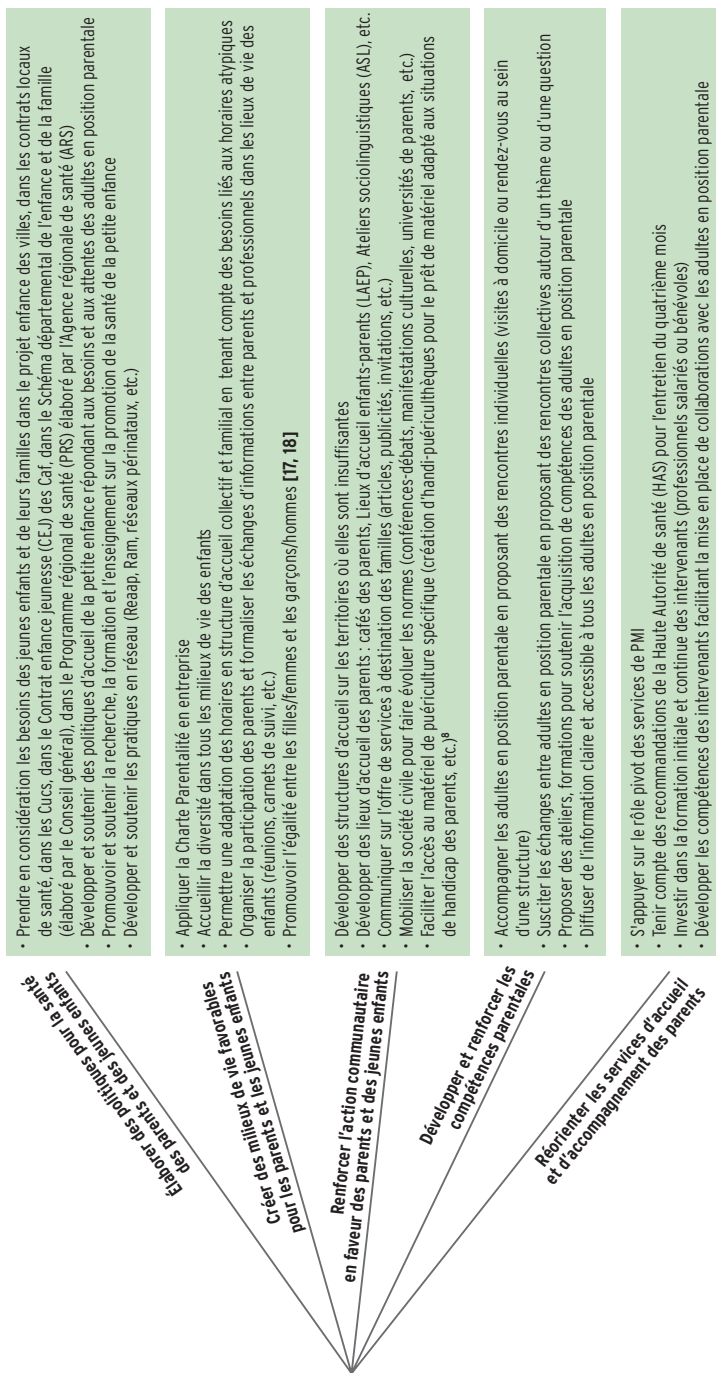
L'OCR permet de déceler les niveaux d'intervention et l'impact potentiel des projets de promotion de la santé **[figure 2]**. Le modèle proposé a été mis au point par Promotion Santé Suisse et adapté par l'Inpes au contexte français. Il fait apparaître les liens logiques entre les activités de promotion de la santé (colonne A), les facteurs qui influencent les déterminants de la santé (colonne B), les effets sur les déterminants de santé (colonne C) et le bénéfice pour la santé de la population (colonne D). L'OCR peut contribuer à analyser la situation, à construire/décrire les grandes catégories d'activités et/ou à évaluer les stratégies et les politiques de promotion de la santé⁷.

6. Pour des pratiques de soutien à la parentalité inspirées par une approche écologique et systémique, voir **[20]**.

7. Pour un exemple d'utilisation, voir le chapitre Développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé, p. 103-163.

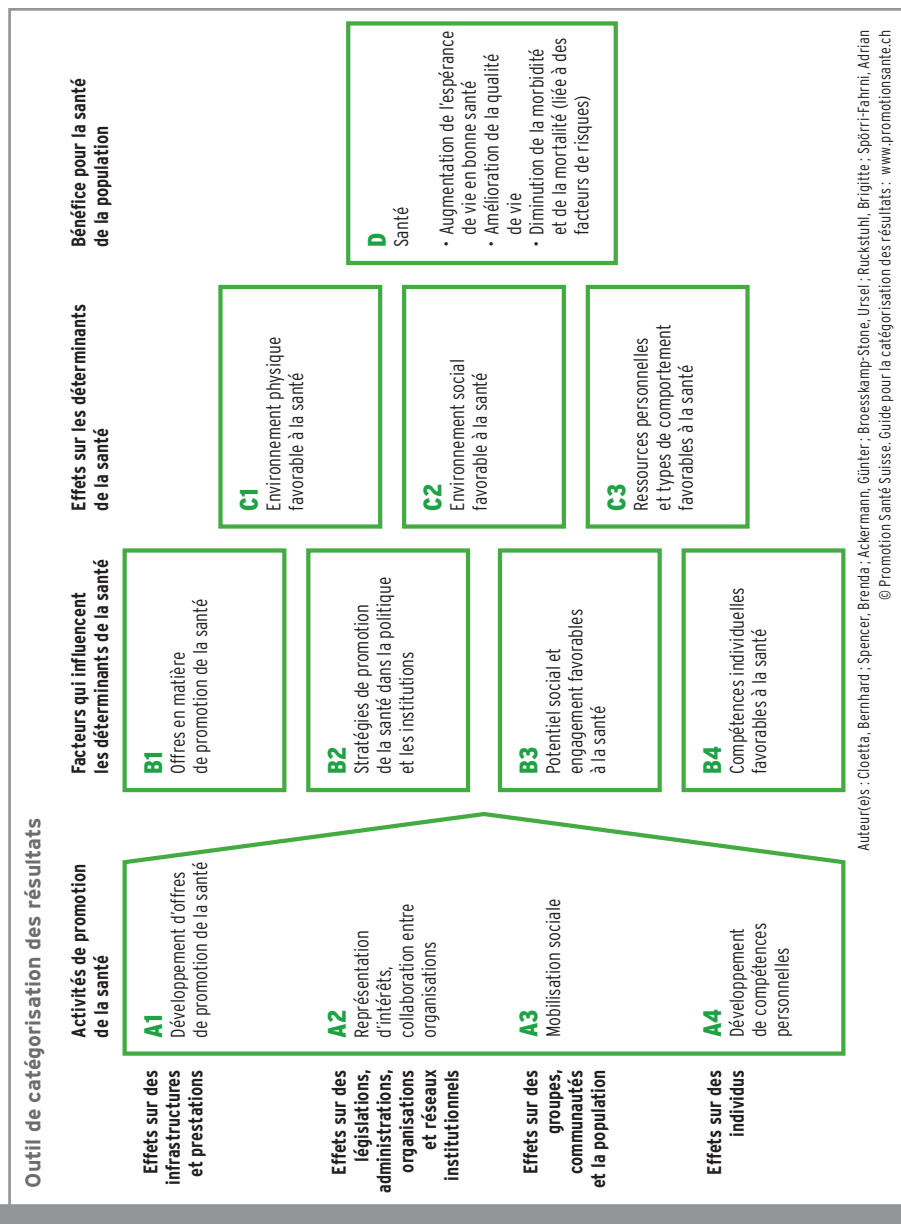
FIGURE 1

Promouvoir la santé et accompagner la parentalité, exemples non exhaustifs d'actions
 Illustration proposée à partir des cinq axes de la Charte d'Ottawa



8. Voir l'exemple du projet de l'Institut de puériculture de Paris qui a obtenu le prix de Pédiatrie sociale en 2012 de la Fondation Mustella (pour les parents en situation de handicap) [19].

FIGURE 2



La question de la participation et du pouvoir donné aux familles devrait se poser à chaque niveau stratégique. Bien souvent encore, professionnels et décideurs politiques n'incluent pas les personnes dites bénéficiaires de leur action dans les processus de décisions les concernant. Il est important d'organiser la participation effective et concrète des parents ou de leurs représentants aux projets et décisions qui les concernent (par exemple : participation à la définition des priorités, aux prises de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification. En d'autres termes, il s'agit de mettre les familles au cœur des processus de prises de décision et de l'action pour augmenter leur implication et leur capacité à agir sur les questions qui les concernent, ce que l'on appelle *empowerment*.

La participation sociale active donne aux personnes le sentiment d'être importantes, reconnues et appréciées, et permet de développer un sentiment d'autonomie et d'affiliation (engagement et sentiment d'appartenance) tant à l'environnement immédiat qu'à la société. Créer des situations qui permettent de développer le sentiment de contrôle c'est aussi agir pour réduire les inégalités sociales de santé.

Axe 1 : élaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants

En France, depuis le début des années quatre-vingts, les lois de décentralisation⁹ ont largement confié la gestion des politiques publiques aux échelons locaux (communes, communautés de communes, départements) et régionaux. Cela est particulièrement vrai pour la politique de protection de l'enfance avec le transfert aux départements des services de la PMI et de l'ASE. Plus récemment, la création des ARS témoigne de la place grandissante de la dimension régionale dans la mise en œuvre de politiques de santé publique de l'État et de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public.

Ainsi, de nombreux acteurs institutionnels sont susceptibles d'intervenir sur les sujets liés à la parentalité : État, Assurance maladie (branche famille en particulier), Éducation nationale, Acsé, Mutualité sociale agricole (MSA), régions, départements, municipalités, etc. De nombreuses associations contribuent aussi au développement de projet dans ce domaine [voir à ce propos : Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre, p. 146].

9. La loi du 2 mars 1982, relative aux droits et aux libertés des communes, des départements et des régions, est l'une des plus grandes réformes institutionnelles de ces trente dernières années en France ; les trois avancées majeures sont la suppression de la tutelle administrative (le Préfet exerce un contrôle *a posteriori* sur la légalité des actes), le transfert du pouvoir exécutif du département et régional au profit d'un élu local et la transformation de la région en collectivité territoriale à part entière.

Parmi l'ensemble de ces acteurs, au moins quatre apparaissent comme ayant des rôles majeurs sur les politiques de soutien à la parentalité **[23]** :

- L'État avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé et notamment la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) co-anime avec la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) le CNSP qui a pour objectif de contribuer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique et des mesures de soutien à la parentalité définies par l'État et les organismes de la branche famille des organismes de la Sécurité sociale. Les Directions départementales de la Cohésion sociale (DDCS) mettent en œuvre dans les départements les politiques en faveur de la cohésion sociale. En lien avec les Conseils généraux et les Caisses d'allocations familiales (Caf), les DDCS contribuent entre autres au développement des Reaap et à la lisibilité des dispositifs de soutien à la parentalité.
- La Cnaf et les Caf sont les principaux financeurs des dispositifs et des actions parentalité. Le soutien à la fonction parentale est l'une des trois orientations stratégiques de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) passée entre l'État et la Cnaf. À noter que la COG entre l'État et la Cnaf est renégociée tous les trois ans. Les Caf sont les relais des politiques publiques en matière d'aides familiales. Trois types d'interventions sont particulièrement soutenues par les Caf et les caisses de MSA : accompagner les parents au quotidien *via* le réseau social et associatif, en s'appuyant sur le réseau des centres socioculturels et les travailleurs sociaux ; développer des actions spécifiques tels les Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) **[encadré 12, p. 89]** ou les Contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (Clas) ; soutenir le développement de la médiation familiale en partenariat avec la DGCS et le ministère de la Justice. Ces dispositifs sont appelés à se mettre en réseau au sein des Reaap **[encadré 10, p. 39]**.
- Les communes ont compétences dans de nombreux domaines liés à la famille : état-civil, action sociale (dont les services aux personnes âgées), éducation et petite enfance (gestion des crèches et haltes garderies, gestion du patrimoine des écoles), logement social, sport, culture, etc. À noter que l'intercommunalité permet aux communes de se regrouper au sein d'un établissement public. Certaines des compétences citées peuvent être alors mutualisées à ce niveau.
- Les départements ont la responsabilité des services de l'ASE et de ceux de la PMI.

La multiplicité des acteurs susceptibles d'intervenir dans ce champ implique la mise en place de politiques et d'actions cohérentes qui diminueront le stress dans la vie des familles et soutiendront les adultes en position parentale dans la prise en charge quotidienne des enfants (politiques relatives à l'emploi, la santé, le logement, l'éducation, etc.) **[24]**. La cohérence suppose des collaborations entre des acteurs à différents échelons habituellement séparés par des cadres administratifs et/ou politiques, ayant une organisation du travail spécifique, une temporalité et des stratégies politiques qui leur

sont propres. Les pratiques de ces différents acteurs sont guidées par des valeurs et des priorités qui méritent d'être explicitées même si elles entrent en concurrence. Les valeurs d'égalité entre tous les citoyens, notamment entre hommes et femmes, lorsqu'elles sont portées et défendues¹⁰, vont permettre une politique familiale cherchant l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. Cela se traduit par exemple par la création effective de lieux d'accueil pour la petite enfance, l'adaptation des horaires de l'école ou tout au moins de l'accueil périscolaire aux rythmes de vie familiaux et professionnels.

En France, les politiques de santé ont permis la mise en place d'un système de soins performant avec un système d'assurance maladie complet, grâce auxquels une augmentation significative de l'espérance de vie a été mesurée durant les dernières décennies. En revanche, les progrès n'ont pas profité à tous de la même façon et les inégalités sociales et territoriales de santé ont eu tendance à se creuser. Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) [25] constate que « les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale ». Les déterminants à l'origine de ces inégalités peuvent être multiples. Or, les déterminants socio-économiques ont jusqu'à présent peu été pris en compte dans les politiques sanitaires françaises alors que les questions liées à l'accès aux soins ont été les plus largement débattues. Prendre en compte ces déterminants représente selon le HCSP un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. Ainsi, l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes contribuent à produire des inégalités sociales de santé. Celles-ci peuvent se produire dès l'enfance [23]. Par exemple, les revenus de la famille dans l'enfance jouent un rôle important et contribueront à déterminer l'état de santé au début de la vie d'adulte¹¹. Les conditions économiques de l'enfance contribueront à constituer un potentiel de revenus et de santé [26]. Le niveau de qualifications acquis durant l'enfance et l'adolescence déterminera le niveau d'emploi et de revenus de l'adulte.

Faire le choix politique de réduire les inégalités sociales de santé implique une action durable et constante ; le HCSP dresse un bilan de l'expérience française en la matière et insiste sur l'absence de politique explicite à ce sujet bien que plusieurs dispositifs ont pour effet probable de les réduire. Il s'agit ainsi de l'Assurance maladie, de la médecine du travail et des politiques publiques en faveur de l'enfance. Pour avoir une chance de réduire en une génération

10. Ministère du Droit des femmes. En ligne : <http://femmes.gouv.fr/> Et en particulier la convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée en février 2013. En ligne : http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/02/20130207-egalite_filles_gar%C3%A7ons.pdf

11. Voir encadré 14, p. 48.

les inégalités sociales de santé, l'une des meilleures mesures est d'investir durant les premières années de l'existence. Ainsi, durant leurs premières années, les enfants ont besoin d'un milieu sûr, sain et protecteur, et de soins attentifs favorisant leur épanouissement. Les programmes d'éducation préscolaires peuvent jouer un rôle capital dans le développement de leurs capacités [27]. L'OMS recommande d'aborder de façon plus globale les premiers stades de la vie et cela pour tous les enfants, alors que la CIDE insiste sur les besoins plus spécifiques des enfants en situation de handicap [encadré 8].

ENCADRÉ 8

Le droit à la santé de l'enfant et la reconnaissance de besoins spécifiques des enfants en situation de handicap (extraits de la CIDE) [28]

« Article 23

1. Les États parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les États parties reconnaissent le droit des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants

handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les États parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux États parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement. »

Axe 2 : créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants

Pris indépendamment les uns des autres, les milieux du système précédemment décrits doivent permettre aux adultes et aux enfants de satisfaire des besoins de bien-être et d'expériences positives.

La qualité attendue des milieux de vie ne peut pas être définie de manière objective et absolue car elle renvoie à des normes et valeurs culturelles ; son appréciation ne peut donc être que relative. Néanmoins, il est important que, dans tous les milieux traversés, adultes et enfants trouvent les moyens de satisfaire leurs besoins de réalisation et vivent des expériences fructueuses qui conduisent à des réussites et à une reconnaissance d'autrui [29]. L'organisation des milieux doit aussi leur donner le sentiment qu'ils exercent un certain contrôle sur leur vie pour développer leur auto-détermination.

Le logement est le premier milieu de vie des familles. S'il est insalubre, s'il est inadapté à la taille et aux besoins de la famille, s'il est trop éloigné des services de santé, de garde ou d'éducation, l'impact sur la santé des familles est prégnant. Les changements de logements d'urgence dans l'urgence contribuent à créer un sentiment d'insécurité et rendent difficile le travail d'éveil des enfants, de même que l'accès à la culture et à la vie associative.

L'éventail sociostructurel des opportunités dont dispose une famille devrait faciliter l'articulation concrète des temps de vie des parents et des enfants et réduire le stress lié à la gestion de la vie quotidienne tout au long de l'année. Ainsi, la proximité des structures impliquées dans la vie de tous les jours peut être un facteur facilitant l'exercice de la parentalité. Par exemple, lorsque les structures promeuvent des fonctionnements adaptés aux horaires et aux besoins des familles.

De nombreuses municipalités proposent différentes modalités de garde pour les enfants de moins de 4 ans [encadré 9]. En France, il existe divers modes d'accueil collectif et familial pour les enfants de moins de trois ans qui ont leurs spécificités de fonctionnement [31].

ENCADRÉ 9

Modalités de garde des enfants de moins de 4 ans. Exemple de la ville de Rennes¹²

La ville de Rennes compte 206 000 habitants [32] dont 9 400 enfants de moins de 4 ans et 20 % des enfants en établissement d'accueil de la petite enfance.

La municipalité propose aux Rennais 16 établissements d'accueil de la petite enfance, 7 en accueil collectif seul, 7 en accueil collectif et familial, 1 en accueil familial seul et 1 multi-accueil. En fonction des besoins des familles, les horaires sont variables : de 7 h à 19 h 30 (les horaires peuvent être élargis avec l'accord de l'assistante maternelle entre 6 h et 21 h 30) pour les établissements d'accueil familial.

En établissements d'accueil familial, l'enfant est accueilli au domicile d'une assistante maternelle avec un ou deux autres enfants. Il participe, chaque semaine, à des activités collectives d'éveil dans les locaux de la crèche.

Les établissements d'accueil collectif ouvrent du lundi au vendredi de 7 h 30 à 18 h 30 (de 8 h à 19 h 30 pour un établissement) ; ils disposent de 40 à 64 places réparties en unités de vie de 13 à 20 enfants selon les établissements.

Des « Conseils de crèches » ont été mis en place afin de favoriser la participation des parents à la vie quotidienne de la crèche. Ces espaces de dialogue entre parents, professionnels et élus sont destinés à faciliter et adapter le fonctionnement des crèches, par rapport aux besoins des familles. Ils doivent aussi faciliter l'expression des parents et contribuer à améliorer l'accueil des enfants. Les élections des parents aux « Conseils de crèches » ont lieu chaque année, courant novembre.

12. D'autres exemples ont été présentés lors du colloque organisé par le Réseau des Villes-Santé OMS à Villeurbanne le 24 octobre 2012 : http://www.villes-sante.com/?page_id=4765 et regroupés dans un ouvrage paru en septembre 2013 [30].

Les professionnels et les pouvoirs publics considèrent que les enfants des familles en grande précarité devraient pouvoir bénéficier davantage des modes d'accueil collectif. En effet, ce type d'accueil est susceptible de stimuler les enfants et de soulager les adultes en position parentale. Le gouvernement a d'ailleurs annoncé, dans le cadre du plan quinquennal de lutte contre la pauvreté (2013-2017), qu'il faudra désormais que les crèches accueillent au minimum 10 % d'enfants pauvres. Il a rappelé que la pauvreté touche un enfant sur cinq en France¹³. Or, le rapport IGAS (mai 2011) souligne que « dans la réalité les milieux défavorisés ont en général peu recours à ce type d'accueil pour leurs enfants. Les raisons sont

13. Les modalités pour parvenir à 10 % d'enfants pauvres en accueil collectif ont été précisées dans la cinquième COG, signée le 16 juillet 2013 entre l'État et la Cnaf pour la période 2013-2017. Cette convention fixe les objectifs et les moyens dévolus à la branche famille de la Sécurité sociale.

multiples, allant du coût pour les familles au poids des représentations culturelles concernant la mère et sa relation avec son enfant, en passant par les priorités retenues par les communes pour admettre un enfant en crèche » (parents qui travaillent ou en formation notamment). Il pourrait être intéressant d'appuyer une demande d'admission pour un accueil collectif dès la grossesse pour les enfants des familles en grande précarité. L'IGAS, dans son rapport de mai 2011, précise que « des efforts sont faits pour donner aux familles les plus fragiles des informations de proximité. Ainsi, le site mon-enfant.fr de la Cnaf vise à permettre, à terme, de trouver des informations sur les services et dispositifs en direction du jeune enfant par zone géographique : la question de son articulation avec les outils d'information élaborés à l'initiative des collectivités territoriales (conseils généraux et communes) est toutefois posée » [23].

Les lieux répondant aux besoins des familles laissent transparaître leur conception de la distribution des rôles et des compétences autour de l'enfant. Quelle est la place accordée aux parents dans leur mode de fonctionnement ? Quelles sont les modalités d'accueil des familles ? Quelles formes de communication adoptent-ils ? Ou encore, quelles sont leurs stratégies d'accompagnement des familles ? Comme souligné précédemment, ces lieux devraient faciliter la participation concrète et effective des familles pour tous les points qui les concernent. Ce qui rejoint la recommandation n° 19 du rapport IGAS de février 2013 sur la politique de soutien à la parentalité : « utiliser les structures d'accueil de la petite enfance pour proposer une offre d'accompagnement à la parentalité sur tout le territoire » [33].

Quand il est question de la qualité de ces milieux, la formation des professionnels et leurs conditions d'exercice professionnel méritent d'être considérées. En effet, les cultures professionnelles sont diverses, elles renvoient à des savoirs, des normes et valeurs multiples qui influencent les pratiques¹⁴. Par ailleurs, dans la rencontre des adultes en position parentale et de leurs enfants, les professionnels des milieux sont confrontés à l'accueil de la diversité (des adultes en position parentale, des enfants, des cultures, etc.) qui suppose un travail sur les stéréotypes et les préjugés des différents acteurs porteurs de leurs propres normes, valeurs et croyances [encadré 10]. La mutualisation des expériences et pratiques pour soutenir l'innovation dans l'accueil des enfants et de leur famille *via* des réseaux professionnels est une stratégie intéressante pour agir sur les milieux [36].

14. Pour des exemples dans les milieux de la petite enfance voir [34, 35].

ENCADRÉ 10 Accueillir la diversité

Accueillir les parents dans un modèle de fonctionnement qui fait place à la diversité, à l'hétérogénéité, plutôt que cibler un groupe de parents, en particulier les familles défavorisées, est gage de qualité en matière d'accueil et d'accompagnement des parents selon R. M. Duguay. Par diversité, les auteurs cités par R. M. Duguay entendent le type de parentalité, les cultures, les besoins, les aspirations et les attentes des parents.

« L'hétérogénéité ne doit pas uniquement transparaître dans le respect de la spécificité individuelle, sociale et culturelle des parents,

mais aussi dans les services offerts. Chaque famille peut développer des rapports différents avec les milieux d'accueil et d'accompagnement » [9].

Dans un tel modèle, les professionnels sont invités à :

- établir des relations respectueuses avec les parents ;
- offrir du soutien à la lumière des particularités culturelles et sociales de la famille et de la communauté ;
- accueillir la diversité dans leurs gestes quotidiens.

L'incitation à promouvoir l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a suscité une réflexion sur l'articulation entre vie professionnelle et parentalité qui aboutit à certaines initiatives [encadré 11]. Par exemple, l'Observatoire de la parentalité en entreprise¹⁵ a pour mission de sensibiliser l'ensemble des acteurs à la prise en compte de la parentalité en entreprise. Une charte de la parentalité en entreprise précise que « favoriser la parentalité en entreprise c'est accompagner les pères et les mères dans l'équilibre de leur rythme de vie : mieux vivre et mieux travailler ». Certaines des entreprises signataires explicitent les actions concrètes qu'elles ont mis en place ; ainsi par exemple, l'une précise que « les réunions d'équipes ne commencent pas avant 9 h et ne s'achèvent pas après 18 h, les conventions ne sont pas programmées les mercredis, les temps partiels sont encouragés y compris pour les postes de management, des jours sont accordés en cas d'enfant malade ainsi que pour la rentrée scolaire ». Citons d'autres exemples d'actions comme la création d'une crèche d'entreprise, la mise en place d'une semaine dédiée « équilibre vie privée/vie professionnelle » avec des rencontres d'experts (nutrition, gestion du temps, gestion du stress), la proposition de formations avec un consultant pour aider les parents à optimiser le temps passé avec leurs enfants après une journée de travail¹⁶.

15. Cet observatoire, association loi 1901, est en partenariat avec le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. Des informations sont accessibles sur le site [37].

16. Ces entreprises remplissent un questionnaire pour pouvoir apparaître sur ce site internet. En fonction du budget de fonctionnement de l'entreprise des frais d'inscription sont demandés et varient de 50 à 500 euros HT.

ENCADRÉ 11

Exemples d'initiatives pour soutenir la parentalité en entreprise

Pour promouvoir la parentalité auprès des salariés masculins, l'Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE) et le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) ont proposé, en 2008, un guide d'appui aux entreprises [38]. Il est plus particulièrement destiné aux responsables des ressources humaines, représentants du personnel, managers, etc. des entreprises et à tous ceux qui peuvent jouer un rôle positif dans ce domaine : pouvoirs publics, organisations professionnelles, etc. Ce document passe en revue les thèmes suivants : les enjeux pour les entreprises à promouvoir la parentalité auprès des salariés masculins, les difficultés rencontrées par les salariés masculins qui souhaitent être davantage présents au quotidien auprès de leurs enfants, les solutions mises en œuvre par les entreprises pour avancer sur ce sujet.

En 2012, l'Observatoire de la parentalité en entreprise a remis un rapport [39] à

la secrétaire d'État chargée de la famille concernant l'implication des hommes dans la vie familiale. Ce rapport propose dix bonnes pratiques à généraliser en entreprise : faire évoluer les stéréotypes de genre, faire reculer la culture du présentéisme, faire reconnaître l'engagement paternel dans l'entreprise, faire organiser la journée annuelle de la Famille en entreprise, faire grandir le congé de paternité et le congé parental masculin, faire recourir les hommes au temps partiel, faire émerger le concept de « flexibilité » positive, faire croître le télétravail, faire éclore les managers « bio » : l'idée ici est de mettre en place les conditions qui permettraient aux collaborateurs de travailler sans agresser leur rythme biologique. Il s'agit pour le manager de prendre en considération l'écosystème de chacun de ses collaborateurs, faire prendre conscience aux dirigeants du lien entre mixité et performance économique.

Axe 3 : renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants

Les territoires de vie des adultes en position parentale et des enfants ne sont pas toujours librement choisis. En particulier, les populations les plus fragiles sont plus souvent déplacées que les autres. Or, si le territoire est perçu comme un lieu où on échoit faute de pouvoir vivre ailleurs, le sentiment d'appartenance à ce territoire peut difficilement avoir un impact positif sur l'estime de soi et sur le sentiment de contrôler sa destinée. Inversement, si l'affiliation à un territoire donné est choisie, cela peut avoir un impact positif sur la santé. La perception des problèmes sociaux et environnementaux dépend de la perception de l'aptitude du territoire à résoudre les problèmes qui peuvent s'y poser [40]. Les dynamiques collectives développées sur des territoires peuvent en changer les représentations et créer des liens sociaux susceptibles de protéger les familles des effets adverses liés aux mauvaises conditions socio-économiques. Le caractère d'ouverture et la

diversité sociale peuvent être positivement perçus ; ils sont à faire connaître pour favoriser l'engagement dans la vie collective. Un bon climat social contribue à favoriser le sentiment d'appartenance et de fierté chez les habitants d'une collectivité, permettant ainsi de développer des liens étroits et extensifs pouvant compenser l'absence d'aisance matérielle et contribuer à améliorer la santé mentale **[41]**. Ainsi, l'action communautaire dans le champ de la parentalité implique de renforcer l'aptitude des territoires à répondre aux besoins des familles, notamment à leur stabilisation géographique. La perception de la communauté de vie influence aussi l'engagement dans la vie sociale collective.

Le soutien communautaire se traduit par une offre de structures, services, aides matérielles, comme par exemple les Laep **[encadré 12]**. Ces lieux accueillent les enfants âgés de moins de six ans, accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte familial, pour participer à des temps conviviaux de jeux et d'échanges. Cet accueil est gratuit dans la plupart des lieux ; lorsqu'une contribution financière est demandée, elle est symbolique. La fréquentation d'un Laep est basée sur le volontariat et le respect de l'anonymat ou au minimum la confidentialité. Des professionnels formés à l'écoute assurent l'accueil des familles. Ces lieux ont pour objectifs de participer à l'éveil et à la socialisation de l'enfant et d'apporter un appui aux parents dans l'exercice de leur rôle par un échange avec d'autres parents ou avec des professionnels **[42]**.

Le soutien peut être organisé ou formalisé quand il émane d'institutions ou associations mais il peut aussi s'organiser de manière informelle (famille élargie, voisins, amis). Des personnes et des groupes de la communauté de vie peuvent se trouver à l'interface des milieux de vie proches et des lieux de prise de décision (collectifs ou associations de parents, associations professionnelles, syndicats, etc.). Par leur mobilisation individuelle ou collective, en tant que porte-paroles des familles, ils contribuent à influencer des processus décisionnels concernant les milieux de vie des adultes en position parentale et des enfants, à agir sur les circonstances culturelles de la parentalité ou encore à influencer les projets territoriaux relatifs à la parentalité pour accroître les services et ressources qui répondent aux besoins des enfants et des familles. Le rôle des associations familiales¹⁷ est, par exemple, de faire des propositions auprès de diverses institutions et de renseigner les pouvoirs publics sur les besoins des groupes familiaux dans leur vie quotidienne. L'action communautaire consiste aussi à faciliter la participation parentale, notamment en permettant aux parents de partager des idées¹⁸. En fonction de la taille de la commune, il arrive que les parents participent aux politiques municipales. Plus la commune est

17. L'article L.211-1 du Code de l'action sociale et des familles définit le but d'une association familiale ainsi que les conditions à remplir pour acquérir le statut d'association familiale.

18. On pense notamment aux universités populaires Quart Monde, ou aux Universités populaires de parents (UPP) de l'Association des collectifs enfants, parents, professionnels (Aceptp).

ENCADRÉ 12

Les Lieux d'accueil enfants-parents

Les années quatre-vingt-dix ont vu proliférer les initiatives et émerger des lieux d'un type nouveau, visant à prévenir les dysfonctionnements de l'éducation parentale : exemplairement les LAEP¹⁹. Depuis leur apparition, ceux-ci se sont considérablement développés²⁰, selon des formes et des logiques multiples, tout en essayant de préserver leur spécificité de lieux offrant un soutien à la socialisation primaire en évitant d'exercer un contrôle institutionnel sur les accueillis (voir Les milieux de vie et leurs interrelations dans une communauté de vie, p. 53).

Les études menées sur les LAEP mettent en évidence différents modèles d'intervention, à partir d'une même finalité : contribuer à « reconstruire les liens familiaux » [45]. Cela s'effectue sous l'égide de deux modèles prédominants, celui s'inspirant du travail social communautaire, affichant une volonté de convivialité et d'intégration, qualifié « d'empathique » selon l'approche de Carl Rogers [46], et celui s'inspirant de la psychanalyse et de son accueil bienveillant en retrait, qualifié de « maïeutique », représenté par la « Maison verte » fondée par Françoise Dolto. Mais par-delà ces différences d'attitude et de style d'intervention, ce que manifeste le développement de ces nouveaux lieux prenant en compte le lien parent-enfant, c'est la nouvelle orientation qui va devenir dominante dans les politiques sociales : une préoccupation croissante pour

le lien parental plutôt que pour la famille. Ce passage d'une préoccupation pour la famille à une préoccupation pour les parents, ou du « familialisme » au « parentalisme » [47], trouve alors son expression dans l'évolution du droit [48] comme des politiques publiques [49, 50].

Même si les lieux d'accueil de quartier d'habitat social, inspirés du travail social communautaire [51], sont apparus de façon concomitante [52] à la mise en place de la « Maison verte » inspirée de la psychanalyse, il est clair que l'aura et la renommée de F. Dolto et l'élaboration théorique qui a présidé à la mise en place du lieu lui ont donné valeur de référence et de modèle. Lorsque la « Maison verte » est ouverte le 6 janvier 1979, les objectifs de celle-ci sont déjà élaborés et feront l'objet d'un certain nombre d'écrits qui vont permettre de clarifier le positionnement des structures qui vont s'édifier à son image.

D'un côté, permettre une prise en charge douce des difficultés relationnelles et éducatives, un apprentissage sécurisé des relations aux pairs et aux adultes inconnus, et une prévention des troubles précoces générés par les séparations brutales. De l'autre côté, éviter qu'un contrôle institutionnel des fréquentations puisse perturber le bon déroulement des accueils et empêcher le développement d'une « confiance personnalisée » [53] néces-



19. Ce passage résume une contribution de G. Neyrand [43].

20. L'étude menée sous l'égide du Furet fournit de multiples informations : accroissement important de l'ensemble des Laep (près de 1000 en France en 2008), mais baisse significative de la proportion de ceux qui s'inspirent de la Maison verte (150), même si leur nombre a triplé entre 1980 et 2010, etc. [44]

saire aux objectifs de soutien poursuivis. Libre fréquentation et accueil des enfants accompagnés, anonymat des accueillis pour éviter toute « police des familles » [54], affichage du prénom des enfants, règles de conduite et interdits (ligne délimitant un espace protégé pour les tout-petits, tablier pour jouer à l'eau), attitude de « neutralité bienveillante » des accueillants : autant de principes faits pour organiser le passage des enfants dans les lieux et soutenir leur socialisation par un accueil inspiré par la psychanalyse. Ces principes instituent ainsi le lieu en une forme particulière d'offre relationnelle sans référence à une volonté éducative, au sein d'un espace semi-public²¹ visant l'apprentissage de la vie en collectivité et la prévention des troubles précoces de la séparation.

De façon apparemment contradictoire avec la mise en avant de cet objectif social de soutien aux parents se développe, en parallèle, un troisième modèle d'intervention que Gérard Neyrand qualifie de « modèle managérial ». Contrairement aux deux modèles d'action précités, dont les logiques en principe s'excluent (même si concrètement on peut rencontrer des articulations pragmatiques entre eux dans certains lieux), ce modèle se pose en complément des autres et demande à s'y articuler. En effet, il s'agit d'un modèle de fonctionnement plus que d'action, qui prenant acte de

la reconnaissance institutionnelle²² de quelques principes de base des structures auxquelles il cherche à s'appliquer (ici la coprésence enfant-parent, la limite d'âge), leur propose une gestion inspirée du monde économique qui se veut la plus efficiente possible [55], mais en introduisant au sein de la logique propre au secteur concerné des normes et des principes de fonctionnement qui ne lui sont pas adaptés. En effet, ce modèle managérial se caractérise par la transposition dans le champ de l'action sociale (et plus globalement dans l'ensemble de la gestion institutionnelle du social) de la logique devenue prévalente dans le monde de l'économie néolibérale. Cette tendance s'avère d'autant plus forte qu'elle se nourrit de l'idéal rationaliste et utilitariste du monde occidental.

Confrontés à l'évolution sociale et à la précarisation de la situation d'un nombre croissant de personnes, les lieux, comme les autres instances d'accueil, de soin ou d'éducation, ne récusent pas la nécessité d'une gestion rationnelle et rentable, et la nécessité d'évaluation de leur action. Ce qu'ils contestent en revanche, c'est la transposition dans leurs champs respectifs d'une logique d'évaluation inadaptée, alors que d'autres modèles – comme celui de l'évaluation participative [56] – seraient bien plus adéquats.

21. Ouvert au public sous certaines conditions, essentiellement la coprésence d'un enfant de moins de 4 ans et d'un accompagnant.

22. Cette reconnaissance a connu un bond qualitatif lorsqu'à la suite des différents travaux sur les Laep, la Cnaf a créé le 1^{er} janvier 1996 une prestation de service « lieu d'accueil enfants-parents », qui, outre la reconnaissance qu'elle symbolise, va permettre aux Caf de ne pas puiser dans leurs fonds propres pour financer les lieux.

grande, moins cela semble possible, dans ce cas les parents peuvent participer activement aux démarches de démocratie participative (conseils de quartier notamment) ou orienter les choix politiques, par leurs votes lorsqu'ils élisent leurs conseillers municipaux. Ils peuvent aussi mettre en place des contre-pouvoirs lorsque les décisions prises ne leur conviennent pas (par exemple en empêchant la fermeture d'une maternité ou d'une classe dans une école) ou en soutenant une municipalité pour l'ouverture d'une structure d'accueil pour leurs enfants.

Axe 4 : développer et renforcer les compétences parentales

En promotion de la santé, « développer et renforcer les compétences parentales » correspond à l'éducation pour la santé. Dans le cadre du Plan national d'éducation pour la santé, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a précisé que « l'éducation pour la santé est un ensemble de moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé en développant leur autonomie et le sens de la responsabilité. Ensemble des actions qui offrent la possibilité à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens qui lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité » [57].

La compétence parentale est une notion relativement récente dont l'importance actuelle est directement proportionnelle à au moins trois facteurs : la valeur que l'on accorde à l'enfant, le fait que les adultes en position parentale ne semblent plus aussi naturellement dotés qu'autrefois de ces diverses compétences, pour ne pas les avoir reçues de leurs propres parents, et le désengagement de l'État de tout un ensemble de dispositifs. Elle ne fait plus systématiquement partie d'un héritage culturel spontanément transmis pendant l'enfance et la jeunesse. C'est une des raisons pour lesquelles on a vu émerger des dispositifs de soutien à la parentalité.

Pour autant, l'on ne peut nier que l'« être parent » relève d'une compétence à mettre en œuvre par ceux-là mêmes qui en ont la charge : on attend d'eux une certaine pratique dont on peut déplorer, à l'occasion, qu'elle soit insuffisante. Nous en voulons pour preuve que dans certaines conditions particulières, la parentalité est à ce point mise à mal que ce qu'on attend d'elle – l'éducation de l'enfant et la formation d'un adulte – s'avère difficile [58].

La notion de « compétence » des parents est complexe. Elle s'inscrit à trois niveaux :

- au niveau instrumental : réaliser plus ou moins efficacement un acte, des tâches et autres activités ; ce niveau a trait à ce que l'on a appelé plus haut les habiletés parentales, ce qui renvoie à des compétences à mettre en œuvre certaines pratiques éducatives ;

- au niveau relationnel : établir des relations, de manière adaptée, avec son entourage et distinctement selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant **[encadré 13]** ; il s'agit ici de compétences à assumer sa place de parent (même pour les adultes en position parentale non reconnue en tant que telle par le législateur), place correspondant à un ordre généalogique intériorisé qui confère des devoirs et des droits **[59]** (pour les adultes reconnus) ;
- au niveau institutionnel : tenir une place définie par sa position dans l'organisation sociale (parent, enseignant, éducateur, etc.) et prendre en compte les exigences qu'elle suppose **[60]** ; ce sont les compétences à s'inscrire dans des liens d'alliance avec les pairs et de filiation avec l'enfant et les générations d'avant.

Il existe différentes approches habituellement pratiquées en la matière selon le rapport qu'elles entretiennent avec la notion de « compétence parentale » d'une part, et avec l'exercice d'un pouvoir sur l'autre d'autre part ^{23, 24}.

La frontière entre compétences parentales, éducatives et sociales est difficile, voire impossible à tracer sauf à prendre le risque de faire peser sur les parents (ou sur d'autres éducateurs comme les enseignants) ou même sur les enfants une responsabilité pleine, entière et totale qu'il est, dans les faits, impossible d'assumer. La prise en compte des besoins de l'enfant se réalise donc dans un univers relationnel et institutionnel complexe, doté de multiples références parentales, éducatives et sociales qui empêchent d'attribuer à quiconque l'entièreté de la responsabilité de satisfaire à la tâche : un parent ne suffit pas pour éduquer un enfant. Ainsi, en 1996 Hillary Rodham Clinton défend un vieux proverbe africain : « Il faut un village entier pour éduquer un enfant » **[63]**.

La compétence parentale peut être envisagée selon un nouveau paradigme : si éduquer un enfant c'est simultanément le faire sien et l'ouvrir au monde, alors la compétence parentale relèvera simultanément de deux logiques différentes. D'une part, d'un enrichissement des savoir-faire avec un enfant en général et cet enfant-là, en particulier ; et d'autre part, du fait d'accepter de ne pas savoir/pouvoir tout faire pour son enfant de sorte que d'autres interviennent, ouvrant ainsi à l'enfant la possibilité d'être référé à d'autres adultes que son parent en titre, aussi expert et compétent soit-il **[7]**.

Pour autant, ces compétences viennent couvrir des besoins supposés des enfants qui ne peuvent trouver réponse uniquement dans la sphère familiale : c'est le cas par exemple des besoins sociaux d'un enfant. L'enfant

23. S'agissant du « pouvoir exercé sur l'autre » nous envisageons ici les choses sous l'angle de la hiérarchie du rapport, de la part d'autorité (explicite-domination ou implicite-suggestion, influence) mise en œuvre, donc, *in fine*, de la dépendance plus ou moins grande dans laquelle le parent se trouve placé dans la relation d'aide.

24. Voir Tableau I, p. 65 : Synthèse des approches, des postures professionnelles et de la place du parent.

ENCADRÉ 13

Les ajustements réciproques dans la relation adulte-enfant

La création de liens d'attachement avec au moins une personne adulte est le socle du développement précoce. Elle suppose des connaissances, une sensibilité et une empathie pour décoder les signaux du jeune enfant et comprendre ses comportements. Il s'agit pour l'adulte en position parentale d'ajuster ses comportements à ceux produits par l'enfant. Les ajustements devront évoluer avec les capacités et besoins de l'enfant. Cependant, certaines caractéristiques de l'enfant peuvent les rendre plus difficiles. Un bébé qui a des difficultés de régulation et qui

crie beaucoup (tempérament dit « difficile » [61]) peut par exemple laisser penser à la personne qui s'en occupe que ses soins sont inadéquats et faire naître chez elle un sentiment d'incompétence, voire des réactions de rejet. La forme des relations affectives adulte-enfant sera en définitive le résultat de l'histoire contextualisée d'ajustements réciproques et évolutifs [62]. Développer et renforcer des compétences parentales revient donc à offrir un étayage à l'adulte pour qu'il puisse lui-même étayer le développement de son enfant selon une dynamique vertueuse²⁵.

25. Voir à ce propos l'encadré 3, p. 69.

a des besoins de relations sociales qui trouvent leur satisfaction dans les rapports qu'il entretient avec les autres (ses pairs, les différents adultes comme ses grands-parents, ses beaux-parents, ses frères et sœurs plus grands ou plus petits, les éducateurs, les assistantes maternelles²⁶, les enseignants, etc.) présents dans son environnement. Émile Durkheim insistait déjà sur ce besoin et précisait qu'« une des précautions des plus efficaces qui puisse être prise à cet égard, est d'empêcher que les enfants ne soient formés que dans un seul et unique milieu, et, plus encore par une seule et unique personne » [64].

Le développement des compétences parentales doit aussi se concevoir sous l'angle de l'*empowerment*. En effet, développer les moyens d'action des adultes en position parentale et de groupes défendant leur cause suppose de reconnaître et valoriser leurs forces, de les informer, de développer des habiletés pour rendre leur participation effective [12].

26. Assistante maternelle : cette appellation recouvre deux réalités professionnelles. Est assistante maternelle :
- une personne qui accueille à son domicile un petit enfant, confié par ses parents (l'un des modes de garde) ;
- le professionnel à qui est confié par décision de justice un enfant dont la garde est provisoirement retirée à ses parents (ASE).

Axe 5 : réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents

Permettre aux enfants de grandir en santé, c'est organiser un espace de « bien-traitance » [65] autour d'eux et de tous les adultes en position parentale [encadré 14]. Ces derniers pourront bénéficier si nécessaire du soutien contribuant à reconnaître et à valoriser leurs compétences, en particulier en les (re)qualifiant dans leur compétence à tenir leur place parentale, préalable sans doute au soutien des autres compétences. Mais il ne suffit pas d'offrir du soutien, il faut donner envie d'y recourir. Plusieurs facteurs influencent négativement le recours des parents aux dispositifs et services : les horaires semblent peu conformes au quotidien de certains parents (horaires de travail atypiques, monoparentalité, contraintes liées aux emplois occupés en majorité par des femmes, etc.), les coûts trop élevés [9, 66].

L'articulation des services pour un soutien efficace dans la continuité est un enjeu à ce niveau. La pratique en réseau est nécessaire pour répondre aux besoins de soutien et d'accompagnement des adultes en position parentale à tout moment du parcours parental [67, 68].

Les services d'aide à la famille et d'accompagnement à la parentalité doivent être accessibles à tous car tous les adultes en position parentale peuvent se poser des questions sur l'exercice de leurs responsabilités parentales et ressentir le besoin, à un moment donné, d'être écoutés, soutenus et confortés dans leur rôle de parent [69]. L'accueil et l'accompagnement des parents, pour être accessibles à tous, ne devraient pas cibler un groupe de parents en particulier. Il est important que les professionnels établissent des relations respectueuses avec les parents, offrent du soutien à la lumière des particularités culturelles et sociales de la famille et de la communauté, accueillent la diversité dans leurs gestes quotidiens [9].

ENCADRÉ 14

Le droit à la santé de l'enfant

L'article 24 de la CIDE reconnaît le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible.

« 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de

santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné



et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour :

- a) réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- b) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- c) lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- d) assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information

sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;

f) développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement. »

Les interventions fondées sur l'*empowerment* [encadré 15] consistent d'une manière générale à créer les conditions pour que les adultes en position parentale trouvent par eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent et comprennent les effets de leur comportement sur celui de leur enfant. Elles visent à créer un contexte de changement en travaillant sur les perceptions et croyances inadéquates concernant les forces individuelles ou familiales et les comportements parentaux. Elles mobilisent parallèlement le soutien disponible dans la communauté et cherchent à le rendre plus accessible. La méthode d'intervention doit amener la personne à prendre conscience de son potentiel d'action pour se voir davantage comme un agent de transformation et, par ce biais, permettre la manifestation de ses compétences [70].

ENCADRÉ 15 L'empowerment

Un dossier de la revue de l'Inpes *La Santé en action* (ex *La Santé de l'homme*) [71] a été consacré à cette notion en 2011. Un extrait d'un des articles explicitant cette notion est repris ci-dessous :

« Aucune traduction française du mot *empowerment* ne réussit à rendre compte du sens exact de cette notion. S'il s'agit bien du "pouvoir d'agir" ou de la "capacité d'agir", voire de l'"autonomisation" (définition retenue depuis 2003 par l'Office québécois de la langue officielle), les francophones canadiens traduisent

quant à eux littéralement le terme par "en-capacitation", tandis que, sous un angle plus militant, de nombreux représentants d'usagers en Europe et dans le monde ont choisi celui d'"émancipation".

L'*empowerment* est bien un processus de transformation et non pas un état. Il s'applique à tout individu ou groupe victime d'injustice et d'oppression. C'est un concept englobant de nombreuses dimensions : l'interdépendance, l'écologie des relations, le respect et la dignité, l'information partagée, la participation, le soutien mutuel, l'autodétermination et l'autogestion » [72].

Les professionnels de la petite enfance ne bénéficient pas aujourd'hui de formations adaptées pour mettre en œuvre des projets considérant les adultes en position parentale comme des partenaires même si certaines pratiques ont démontré l'intérêt de cette posture. Comment les professionnels pourraient-ils favoriser l'*empowerment* des parents et des enfants sans l'avoir eux-mêmes expérimenté ? Divers exemples européens permettent d'envisager des actions pour revoir la formation, développer la pratique réflexive et l'auto-évaluation, outiller les professionnels pour améliorer la qualité de l'accueil (cursus de formation, documentation, échanges et analyses de pratiques) [73].

Ainsi, par exemple, le Mouvement ATD Quart Monde propose des formations associant les professionnels de tous les services (protection de l'enfance, bibliothèque, santé, etc.) et les personnes en grande précarité afin d'aider à une meilleure connaissance des uns et des autres, d'accompagner le travail sur les représentations et de prendre conscience des logiques différentes, de reconnaître le savoir d'expérience et d'apprendre à construire ensemble un projet.

Soutenir et accompagner les familles, sans compromettre leur autonomie et tout en respectant leurs valeurs culturelles est un travail délicat qui doit s'appuyer sur des habiletés particulières et qui suppose une formation adéquate.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

La parentalité renvoie à un processus qui s'inscrit dans un contexte complexe. Elle se construit dans la relation vécue avec un enfant et dans la relation vécue avec des personnes importantes de l'entourage, collaborant à la prise en charge de cet enfant. Si l'adulte en position parentale doit consentir à partager avec d'autres la responsabilité et l'effectivité de la charge éducative dans tous ses aspects dès le début de l'existence de l'enfant, il faut que les tiers s'engagent et se reconnaissent comme des collaborateurs en assumant leurs responsabilités sans renvoyer à la famille la responsabilité des maux de la société.

Si la question est « quelles sont les circonstances qui rendent l'exercice de la parentalité difficile ou *a contrario* le facilitent ? », ce n'est qu'en considérant les différentes dimensions du contexte de la parentalité et le jeu combiné des contraintes et des opportunités que l'on pourra répondre et agir²⁷.

Au-delà de la modification de posture de l'intervenant auprès des adultes en position parentale et/ou des enfants, l'intervention dans le champ de la parentalité suppose d'agir à différents niveaux. Tous les acteurs de la prise en charge de l'enfant doivent en outre être accompagnés dans leurs engagements, pour pouvoir soutenir le développement en santé de l'enfant ainsi que le leur. La promotion de la santé des adultes en position parentale est aussi l'un des objectifs poursuivis par ces projets.

Dans un contexte de globalisation économique, d'évolutions sociologiques, technologiques et de migrations, les familles doivent faire face à des changements qui touchent à la fois les dynamiques familiales et les dynamiques écosystémiques. Personne ne pouvant prédire précisément les défis qui seront à relever dans le futur, ni les nouveaux risques, les familles sont contraintes à s'adapter en permanence tout en restant connectées aux réalités mouvantes de leurs écosystèmes [77, 78].

Minimiser les risques et maximiser les protections pour garantir le bien-être des enfants et des adultes en position parentale, suppose des stratégies de soutien à différents niveaux. Si l'éducation familiale apparaît comme une stratégie prometteuse pour développer les capacités d'adaptation des familles [79], elle ne peut pas être la seule forme de soutien. Pour d'autres, les actions auprès des adultes en position parentale sont à combiner avec des politiques locales et nationales qui portent sur les aspects contextuels plus larges qui affectent la vie des familles [80].

Les concepts de « promotion de la santé » et d'« accompagnement à la parentalité » peuvent s'enrichir mutuellement afin de faire émerger de nouvelles pratiques favorisant le bien-être des enfants et de leurs familles. L'innovation en matière d'action semble incontournable dans un contexte marqué par des évolutions économiques et sociétales qui affectent les familles et ébranlent les dispositifs en place.

27. Pour une argumentation détaillée voir Bronfenbrenner (1979, 1986, 2004) [74-76].

Bibliographie

- Les sites internet mentionnés ont été consultés le 25/09/2013.
- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986.
En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [2] Coulon N. Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents ? *Journal du Droit des Jeunes*, avril 2012, n° 314 : p. 22-27.
- [3] République française. *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale*. JORF du 3 janvier 2002 : p. 124.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000215460&dateTexte=&categorieLien=id>
- [4] Vergniory S., coord. *Quand la promotion de la santé parle de participation*. Rennes : IREPS Bretagne, 2011 : 29 p.
En ligne : www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/participation_2011.pdf
- [5] Currie J., Thomas D. Does head start make a difference? *The American Economic Review*, juin 1995, vol. 85, no 3 : p. 341-364.
En ligne : <http://www.econ.ucla.edu/people/papers/currie/currie14.pdf>
- [6] Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars). *Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité*. Paris : Fnars, 2009 : 34 p.
- [7] Coum D., dir. *De la difficulté d'être parent*. Paris : Parentel, 2010 : 230 p.
- [8] Coum D., Gravillon I. *Du bon usage du conflit*. Paris : Milan, 2009 : 128 p.
- [9] Duguay R. M. *Accueil et accompagnement des parents (AAP) - recension des écrits*. Moncton : Université de Moncton, 2009 : 38 p.
En ligne : http://cnpf.ca/documents/accueil_et_accompagnement_des_parents_aap_recension_des_ecrits.pdf
- [10] Jésus F. *Co-éduquer - pour un développement social durable*. Paris : Dunod, 2004 : 183 p.
- [11] Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, 2009, n° 15 : p. 7-16.
- [12] Rusch E., coord. *Glossaire européen en santé publique*. SL : Commission européenne, 2003 : 96 p.
En ligne : http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Doc/GlossaireSP_VersionFrancaise.pdf
- [13] Conseil de l'Europe. *Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS)* [page internet : Recommandation REC (2006) du Comité des ministres aux États membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive, 13 décembre 2006, CM(2006)194]. 2006.
En ligne : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1061717&Site=CM> [14] Wilkinson R., Marmot M. dir. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : OMS, 2007 : 40 p.
- [14] Wilkinson R., Marmot M. dir. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : OMS, 2007 : 40 p.
- [15] *Grandir en santé au Canada, guide pour le développement positif des enfants. Les transitions de la vie* [page internet].
En ligne : <http://www.growinghealthykids.com/francais/transitions/home/index.htm>
- [16] *Promosanté : Carrefour des ressources et des pratiques en promotion de la santé* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.promosante.org/>
- [17] Département de la Seine Saint-Denis. *Nos dispositifs : Jeunes contre le sexisme* [page internet]. 20/02/2013.
En ligne : <http://www.seine-saint-denis.fr/Nos-dispositifs-Jeunes-contre-le.html>
- [18] Grésy B. *L'égal accès des femmes et des hommes aux responsabilités familiales et professionnelles*. Paris : IGAS, 2011 : 120 p.

- [19] Fondation Mustela. *Marie Kassis - Lauréate 2012 : Création d'une « handi-puériculthèque » pour promouvoir l'accompagnement de parents ou de futurs parents en situation de handicap au sein du SAPPH (Service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap)*. En ligne : <http://www.fondationmustela.com/fr/s-investir-sur-le-terrain/prix-pediatrie-sociale/laureat-2012/laureat-2012.html#sthash.1r8B114g.dpuf>
Pour en savoir plus sur le service créé : <http://www.fondationhospitalieresaintemarie.com/Enfance/Service-d'Accompagnement-a-la-Parentalite-des-Personnes-Handicapees--SAPPH-IPP>
- [20] Prévot O., dir. *Intervenir auprès des parents : réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen*. Paris : Familles Rurales, 2010 : 158 p.
- [21] Renaud L., Lafontaine G. *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique. Guide pratique*. S.L. : Refips, coll. Partage, 2011 : 36 p.
En ligne : http://refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSApprocheecologique.pdf
- [22] Cloetta B., Spencer B., Sporri A., Ruckstuhl B., Broesskamp-Stone U., Ackermann G. Un outil pour la catégorisation des résultats. *Promotion et Éducation*, 2005, vol. 12 : p. 88-93.
- [23] Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 83 p.
- [24] Moran P., Ghate D., Ven Der Merwe A. *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*. London : Department of education and skills, 2004 : 206 p.
- [25] Haut conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [rapport]*. Paris : HCSP, 2009 : 100 p.
En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20091112_inegalites.pdf
- [26] Irdes. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. Questions d'économie de la santé*, février 2007, n° 118 : 6 p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2007.html>
- [27] Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2009 : 23 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- [28] *Convention internationale des droits de l'enfant*. ONU, 1989.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/famille.774/dossiers.725/protection-de-l-enfant-et-de-l.1112/droits-de-l-enfant.739/la-declaration-et-la-convention.13949.html>
- [29] Siegrist J., Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 2004, vol. 58, n° 8 : p. 1463-1473.
- [30] Pamies S., Héritage Z. dir. *Parentalité et santé : un enjeu de transversalité local*. Réseau français des Villes Santé OMS, 2013 : 86 p.
En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodologique_parentalite_sante.pdf
- [31] Borderies F. L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de trois ans en 2010. Enquête annuelle auprès des services de PMI. *Série Statistiques*, 2012 n° 803 : 8 p.
En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-offre-d-accueil-des-enfants-de-moins-de-trois-ans-en-2010.10971.html>
- [32] Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération rennaise (AUDIAR). *La garde d'enfants dans le Pays de Rennes*. Rennes : CODESPAR, 2002 : 55 p.
En ligne : <http://www.audiar.org/publications/pdf/emploi/Etude-garde-enfants.pdf>
- [33] Jacquez-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P. *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité*. Paris : IGAS, 2013 : 78 p.
En ligne : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_-_TOME_I_DEF.pdf

- [34] Coulon N., Cresson G. *La petite enfance, entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, 2007 : 231 p.
- [35] Rayna S., Bouve C., Moisset P. dir. *Pour un accueil de qualité, quel curriculum ?* Toulouse : Érès, 2009 : 412 p.
- [36] Houndoumadi A., Gill D., Moussy F., Lee P., Vervaeet V., Schallenberg-Diekmann R. Donner du sens aux pratiques de qualité. Publication : *Le Réseau Européen DECET - Diversité dans l'Éducation des jeunes enfants et dans la Formation*, 2007 : 24 p. En ligne : <http://www.inakindergarten.de/publikationen/pdf/decetfrenchweb.pdf>
- [37] *Observatoire de la parentalité en entreprise* [site internet]. 2013. En ligne : <http://www.observatoire-parentalite.com>
- [38] Fatoux F., Ghiulamina J., Guenancia V., Mauconduit B., Sala I., Seignourel D. *Promouvoir la parentalité auprès des salariés masculins. Un enjeu d'égalité professionnelle. Guide d'appui pour les entreprises*. Paris : ORSE, CNIDFF, 2008 : 56 p. En ligne : http://www.egaliteprofessionnelle.org/maj/phototheque/photos/actualite/guide_promotion_parentalite.pdf
- [39] Ballarin J. *Parentalité et égalité professionnelle hommes-femmes : comment impliquer les hommes ? 10 bonnes pratiques d'entreprises*. Rapport remis à Madame Claude Greff, secrétaire d'État chargée de la Famille. Paris : Observatoire de la Parentalité en entreprise, 2012 : 166 p. En ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Ballarin_-_Fevrier_2012.pdf
- [40] De Koninck M. Inégalités sociales de santé, milieu de vie et sentiment de contrôle. In : Aïach P., Niwiadomski C. dir. Discours croisés sur les inégalités de santé aujourd'hui. *Sociologie Santé*, juin 2008, n° 28 : p. 29-44.
- [41] Clément M. Inégalités sociales et différenciation dans l'état de santé mentale : analyse comparée de territoires aux profils socioéconomique, social et sanitaire contrastés. In : Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui. *Sociologie Santé*, juin 2008, n° 28 : s.p.
- [42] Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf). *Mon enfant.fr : et faire garder mon enfant devient plus simple* [site internet]. 2013. En ligne : <http://www.mon-enfant.fr/>
- [43] Neyrand G. Lieux d'accueil, savoirs et gestion politique. Un espace en tension. In : Rayna S., Rubio M. N., Scheu H. dir. *Parents-professionnels : la co-éducation en questions*. Toulouse : Érès, 2010 : p. 27-35.
- [44] Scheu H., Fraïoli N. *Lieux d'accueil enfants parents et socialisations*. Strasbourg : Le Furet, 2010 : 306 p. En ligne : www.lefuret.org/RECHERCHES/LAEPetSocialisationsRapport.pdf
- [45] Bastard B., Cardia-Vonèche L., Emé B., Neyrand G. *Reconstruire les liens familiaux. Nouvelles pratiques sociales*. Paris : Syros-Fondation de France, 1996 : s.p.
- [46] Rogers C. *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, 1968 : s.p.
- [47] Messu M. *Du familialisme au parentalisme. Quels nouveaux enjeux pour la politique familiale française ?* Colloque Le nouveau contrat familial, INRS Montréal, 28-29 février 2008. En ligne : partenariat-familles.uqs.inrs.ca/DocsPDF/DuFamilialismeT.pdf
- [48] Commaille J. *L'esprit sociologique des lois*. Paris : PUF, 1994 : 192 p.
- [49] Commaille J., Martin C. *Les enjeux politiques de la famille*. Paris : Bayard, 1998 : 95 p.
- [50] Erne B. *Les modes d'accueil de la petite enfance ou l'institution de la parentalité*. Crida-Lsci/CNAF, 1999 : s.p.
- [51] Erne B., De Lesseps B. *La croisée des liens. Les lieux d'accueil enfants - parents de quartier, lien familial et lien social : des lieux d'accueil nouveaux pour les 0-6 ans*. Paris : Fondation de France, 1993 : 31 p.
- [52] Dupraz L. Comment la démarche d'ouverture de la Passerelle s'inscrit dans un mouvement plus large ? Champ social et psychanalyse. Lieux d'accueil enfants - parents. *Le Coq Héron*, 1996, n° 142 : p. 8-13.

- [53] Giddens A. *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan, 1994 : 192 p.
- [54] Donzelot J. *La police des familles*. Paris : Éd. de Minuit, 2005 : 221 p.
- [55] Chauvière M. *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris : La Découverte, 2007 : 220 p.
- [56] Bernoux J.-F. *Évaluation participative au service du développement social*. Paris : Dunod, 2004 : 176 p.
- [57] Plan national d'éducation pour la santé. In : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. *Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé* : 23 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>
- [58] Bouregba A. *Les troubles de la parentalité*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 2004 : 192 p.
- [59] Hurstel F. Quelle autorité pour les parents aujourd'hui ? *Comprendre*, 2001, n° 2 : p. 207-222.
- [60] Quentel J.-C. *Le Parent, culpabilité et responsabilité en question*. Bruxelles : De Boeck, coll. Raisonnances : 328 p.
- [61] Bee H., Boyd D. *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Saint-Laurent : Éd. du Renouveau, 2011 : 533 p.
- [62] Coulon N., Cresson G. La parentalité et ses genres, les sciences humaines et la place du père auprès du jeune enfant. In : Coulon N., Cresson G. coord. *La petite enfance, entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, 2007 : 167-224 p.
- [63] Rodham Clinton H. *It Takes a Village and Other Lessons Children Teach Us*. Chicago : Simon & Schuster, 1996 : 329 p.
- [64] Durkheim E. *L'éducation morale*. Paris : PUF, 1963 : 256 p.
- [65] Rapoport D. *La bien-traitance envers l'enfant : Des racines et des ailes*. Paris : Belin, coll. Naître, grandir, devenir, 2006 : 205 p.
- [66] Crozat D., Rabier R. Les bénéficiaires des équipements d'accueil collectif de la petite enfance. *L'e-ssentiel*, septembre 2002, n° 4 : p. 1-4. En ligne : <http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/04%20ESSENTIEL%20-%20petite%20enfance.pdf>
- [67] Dugnat M., Arama M., Cao E. Réseaux de soins précoces et hospitalisation conjointe mère-bébé : logiques contradictoires ou possible complémentarité ? In : Dugnat M., dir. *Troubles relationnels père-mère / bébé : quels soins ?* Toulouse : Érès, 1996 : p. 9-16.
- [68] Molénat F. *Naissances. Pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Érès, 2001 : 134 p.
- [69] Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010 : 417 p.
- [70] Epps S., Jackson B. *Early childhood programs: models and practices, empowered families, successful children. Early intervention programs that work*. Washington : American Psychological Association, 2000 : p. 13-35.
- [71] Fayard A., de Caria A., Loubières C. coord. Empowerment et santé mentale [dossier thématique]. *La Santé de l'Homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
- [72] Daumerie N. *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques*. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 8-10.
- [73] Baudelot O., Rayna S. *Les bébés et la culture : éveil culturel et lutte contre les exclusions*. Paris : L'Harmattan, 1999 : 310 p.
- [74] Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge : Harvard University Press, 1979 : 348 p.
- [75] Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 1986, n° 22 : p. 723-742.
- [76] Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks : Sage, 2004 : 283 p.

- [77] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996, n° 1 : p. 27-41.
- [78] Siegrist J., Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment : two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 2004, n° 58 : p. 1463-1473.
- [79] Darling C. A., Turkki K. Global family concerns and the role of family life education. *Family relations*, 2009, vol. 58, n° 1 : p. 14-27.
- [80] Moran P., Ghate D., van der Merwe A. *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*. London : Department of Education and Skills, 2004 : 206 p.
En ligne : <http://www.parentnetworkscotland.org.uk/site/uploads/documents/what%20works%20in%20parenting%20support%5B1%5D.pdf>

Développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé

Au sens de l’OMS, promouvoir la santé, c’est créer les conditions favorables au développement d’une santé physique, mentale et sociale suffisamment bonne pour qu’une personne (ou un groupe de personnes) s’adapte et se réalise, en fonction de ses propres besoins et ambitions, dans un environnement qui évolue sans cesse [1]. Le but de la promotion de la santé est de rendre les personnes et/ou les groupes capables de faire face aux défis qu’ils rencontreront tout au long de leur vie, en tenant compte des contextes dans lesquels ils vivent. Ce chapitre propose une méthodologie permettant de développer un projet de promotion de la santé en lien avec l’accompagnement à la parentalité. Les différentes étapes (classiques au regard de la littérature) sont décrites et illustrées. En fin de chapitre, le lecteur pourra trouver une liste non exhaustive des principaux dispositifs, structures et acteurs sur le territoire français. Il existe une grande diversité de professionnels et de structures se mobilisant pour la santé, le bien-être des enfants et de leurs parents. Il est donc nécessaire que chacun puisse, sur son territoire, repérer ces acteurs.

La parentalité et les dispositifs d’accompagnement et de soutien à la parentalité contribuent aux stratégies de la promotion à la santé. Un porteur de projet, quelle que soit sa position (décideur, responsable associatif, professionnel, parent), peut situer son projet en s’appuyant sur le modèle socio-écologique qui apporte un éclairage intéressant et permet d’ajuster les objectifs à atteindre en fonction du niveau de l’intervention. Ainsi, intervenir auprès des familles nécessite de prendre en considération leurs

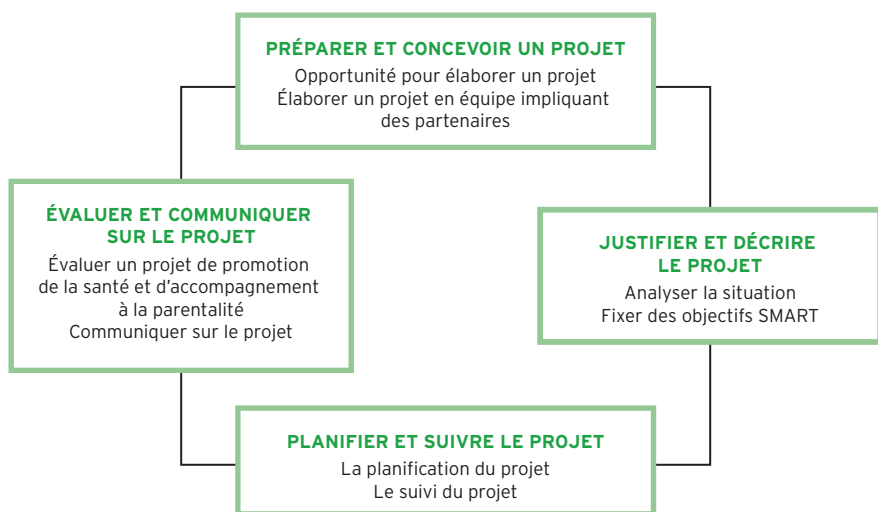
environnements. Vivent-elles en milieu urbain ? En milieu rural ? Quelles sont les infrastructures accessibles sur le territoire (crèches, écoles, lieux de loisirs, équipements sportifs, accès à la culture, etc.) ? Bénéficient-elles de l'appui d'un réseau social : grands-parents, voisins, amis ou professionnels par exemple ?

La conduite de projet se déroule suivant quatre grandes étapes, depuis la préparation jusqu'à l'évaluation [figure 1] :

- préparer et concevoir un projet ;
- justifier et décrire le projet ;
- planifier et suivre le projet ;
- évaluer et communiquer sur le projet.

FIGURE 1

Éléments de méthode pour développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé



Chaque étape est illustrée dans ce chapitre par un ou plusieurs exemples en lien avec l'accompagnement à la parentalité et les principales questions à se poser sont proposées. Deux expérimentations sont plus particulièrement utilisées pour illustrer l'un ou l'autre point de méthodologie. Il s'agit d'une part du programme « Être Maman ou Papa pour la première fois » (aujourd'hui intitulé « Une communauté autour de bébé ») qui avait pour

but d'accompagner l'accès au rôle parental et de favoriser la bienveillance, en améliorant la qualité du support social offert gratuitement aux familles dans le cadre du dispositif de prévention précoce du Pas-de-Calais en services de PMI [2-5]¹ et d'autre part du programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) sur le quartier Paul Bert d'Aubervilliers dans le cadre de l'Atelier santé-ville (ASV) [6].

PRÉPARER ET CONCEVOIR UN PROJET

La préparation et la conception d'un projet supposent de pouvoir répondre à un ensemble de questions qui figurent notamment dans les appels à projets des financeurs². Ces questions peuvent guider l'équipe-projet, qu'elle souhaite ou non obtenir une subvention, pour élaborer le projet³. Pour un appui au montage des projets de promotion de la santé, les associations peuvent s'adresser aux pôles régionaux de compétences (PRC) en éducation pour la santé et promotion de la santé. Ce sont des plateformes-ressources qui fédèrent les compétences et les ressources en région. L'animateur-coordonateur du Reaap peut apporter un appui méthodologique aux porteurs de projets « parentalité » ; pour l'identifier, il est possible d'aller sur l'espace info-famille de la DGCS [7]. Il capitalise les savoir-faire et impulse la mutualisation des moyens entre les différents porteurs d'actions. Toutefois, ces missions peuvent varier en fonction des Reaap⁴.

Quelle opportunité pour élaborer un projet ?

Un projet naît, la plupart du temps, de la volonté de plusieurs personnes (équipe initiale) qui, à un moment donné, repèrent un besoin nécessitant une réponse, observent un problème ou une situation à résoudre, ou encore répondent à un appel à projet [encadré 1] qui retient leur intérêt. L'élaboration du projet se fonde sur la connaissance, qu'a l'équipe, des familles susceptibles d'être concernées par un tel projet, de la connaissance du territoire et de ses ressources. Le projet se construit à partir des besoins et des attentes des familles.

1. Pour une présentation powerpoint de ce programme lors du colloque « Interventions précoces, soutien des familles » organisé en 2007 par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Une_recherche_action_Etre_papa_ou_maman_pour_la_1ere_fois.pdf ; pour les actes complets du colloque : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes.pdf> ; pour le blog : <http://www.grafper.org/>

2. Les financeurs publics utilisent, le plus souvent, le dossier Cerfa n°12156*03. En ligne : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12156.do. Il peut être intéressant de consulter les appels à projet de l'ARS, celui du Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE).

3. Voir : Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre, p. 146.

4. Il est possible de trouver des exemples d'utilisation de la démarche de projet ; par exemple, le Reaap 90 propose en six pages des exemples à partir d'un projet d'appui à la parentalité [8].

ENCADRÉ 1

Exemple d'un appel à projet du Reaap des Hautes-Alpes

Le Reaap organise chaque année un appel à projet départemental d'appui à la parentalité. Ce dernier est subventionné par la DDCS, la Caf, le Conseil général, la MSA, etc. En 2012, le Reaap des Hautes-Alpes⁵ identifie deux types de besoins : les besoins réaffirmés et les besoins émergents.

« Les besoins réaffirmés :

- la petite enfance (et thèmes liés divers : développement, autorité, etc.) ;
- la culture en famille (comme prétexte à être et faire ensemble) et l'inter-culturalité : respect et transmission de la culture d'origine, valeurs, histoire familiale, etc. ;
- les différences et le respect des

différences : sexuelles, physiques (handicaps physiques et mentaux), culturelles, générationnelles ;

- les consommations et conduites à risque : alcool, drogues, jeux dangereux.

Les besoins émergents :

- recompositions familiales, monoparentalité, homoparentalité : nouvelles familles, nouveaux enjeux, nouvelles questions pour les parents ;
- les nouvelles technologies et leurs effets, le décryptage des images, la compréhension des médias, l'impact sur la famille et l'éducation ;
- la place des pères. »

5. Appel à projet 2012 de soutien à la parentalité lancé par le Reaap des Hautes-Alpes. : <http://www.reaap05.fr/appeleaprojetReaap2012>.

Une association, une crèche, une école maternelle des Hautes-Alpes concernées par des difficultés rencontrées par les familles et/ou les professionnels, relatives à l'accueil de la diversité des configurations familiales, pourront par exemple réfléchir à un projet en lien avec l'un des besoins émergents identifiés par le Reaap, qui peut d'ailleurs rejoindre sa propre analyse de besoins, à partir des questions suivantes :

- quelles sont les diverses configurations familiales des enfants accueillis dans l'établissement ?
- sont-elles déjà prises en compte par les professionnels et/ou les familles ? Et quels sont leurs avis ?
- comment les familles (et en particulier les enfants) vivent-elles la situation (de non prise en compte de leurs spécificités) ?
- à quelles difficultés les professionnels sont-ils confrontés dans la gestion des relations avec la famille (par exemple : communication, transferts d'informations quand les enfants ont plusieurs foyers, etc.) ?
- existe-t-il des études ou articles sur le thème qui permettent de justifier et d'élaborer une intervention pour améliorer la situation actuelle ?

- si un besoin est repéré, comment agir pour améliorer la situation ?
- existe-t-il des actions de promotion de la santé, d'accompagnement à la parentalité sur cette question en direction des adultes en position parentale et des enfants ? Ont-elles été évaluées ?

Cette étape est un préalable à la mise en place d'une dynamique de projet. Il s'agit en effet d'évaluer l'opportunité de déboucher, à partir du besoin repéré, sur un projet de promotion de la santé. Le besoin repéré correspond-il à un sujet d'actualité ? À une orientation politique ? Correspond-il à une priorité politique au niveau du quartier, de la commune ou de la région ? Quelles seraient les finalités du projet ? Une équipe pourrait-elle être mobilisée autour de ce projet ? Quels partenaires pourraient être intéressés et impliqués dans la réalisation d'une action ?

Élaborer un projet en équipe impliquant des partenaires

Lorsqu'il paraît pertinent d'initier un projet, il est alors important d'élaborer les grandes lignes d'un plan d'action. Il s'agit d'élargir l'équipe initiale afin de constituer l'équipe-projet en impliquant le plus tôt possible les partenaires envisagés.

Constituer l'équipe-projet

La constitution de l'équipe-projet est essentielle dans la mesure où pour la première fois un ensemble d'acteurs est réuni sur une problématique précise et ce pour une certaine durée. Cette équipe-projet participera à la conception du projet, à sa mise en œuvre, à son suivi et à son évaluation, définira et fixera les objectifs communs et se répartira les tâches. Selon les éléments recueillis lors de l'étape précédente, elle veillera à associer des professionnels, des personnes qualifiées, des adultes en position parentale ou encore des représentants d'associations (de parents, d'élus, de professionnels, etc.). Associer des personnes susceptibles d'être bénéficiaires du projet contribue à promouvoir les compétences de ces personnes et augmente les chances de réussite du projet. De cette façon, on promeut l'approche participative, et on s'oriente vers la promotion de la santé.

Le Reaap 86 a élaboré un document synthétique pour répondre à une difficulté récurrente qui est la mobilisation des parents **[9]** et cela aux différentes étapes du projet : l'analyse des besoins, les publics concernés, le choix de l'action, la nature de l'implication des parents **[encadré 2]**, les partenaires associatifs et/ou institutionnels, le déroulement de l'action dans le temps, le choix du lieu et du local, les moyens humains, la communication, l'information, les modalités d'évaluations.

ENCADRÉ 2

Nature de l'implication des parents

Rubrique du projet	Consignes et définitions	Vademecum
Nature de l'implication des parents	Mobiliser les parents autour des différentes étapes du projet (montage, portage, mise en œuvre et évaluation du projet)	<ul style="list-style-type: none"> - Parents qui sont à l'initiative de l'action - Parents associés : <ul style="list-style-type: none"> - à la réflexion du projet - au déroulement de l'action - à l'animation de l'action - à l'évaluation de l'action - autre (à préciser)

L'enjeu à cette étape est de :

- pressentir les personnes qui pourraient constituer l'équipe-projet, en fonction des contributions qu'elles peuvent apporter. Il est possible et souhaitable d'associer les adultes en position parentale qui peuvent apporter des ressources précieuses au projet, soit en puisant dans leur expérience personnelle, soit en recherchant de l'information ;
- définir ensemble les modalités de travail (fréquence des réunions, partage des tâches, calendrier de l'action, type de production attendue, etc.) ;
- animer l'équipe de manière à ce que chacun puisse s'emparer du thème, le nourrir dans un climat d'échange et de construction laissant place aux différents points de vue (théorique, expérientiel, pratique, politique) ;
- discuter des apports de spécialistes ou de personnes-ressources nécessaires à l'équipe en fonction des activités qu'elle veut proposer ou des apports dont elle a besoin.

Une telle équipe n'est pas un ensemble homogène et on pourra y distinguer un noyau stable, moteur du groupe, et des personnes dont l'implication est plus spécifique ou technique. De plus, une équipe pluridisciplinaire, hétérogène et impliquée différemment par rapport au thème fédérateur du projet construit sa richesse sur la reconnaissance des ressources et des spécificités de chacun. Ces personnes engagées dans le projet sont rarement neutres par rapport au sujet développé ; ce sera leur force et leur faiblesse. Une force parce qu'elles puiseront dans leurs convictions l'énergie nécessaire à la réalisation du projet et une faiblesse car elles pourront perdre en objectivité.

L'objectif de l'équipe sera de construire collectivement une feuille de route pour identifier et lister les tâches à accomplir, les répartir entre ses différents membres dans un cadre partagé par tous. En fonction de l'envergure du projet et de l'équipe mobilisée, une coordination pourra être nécessaire, pour l'organisation des rencontres, la réservation d'une salle,

les invitations aux réunions, la rédaction des comptes rendus et la tenue d'un cahier de bord, de même qu'un comité de pilotage ou de suivi, ou encore une instance d'évaluation.

Trouver des partenaires financiers

Dans le cas d'un projet de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité, les partenaires potentiels sont multiples et variés. Ils peuvent être rattachés à une collectivité territoriale, un organisme de santé, une association de parents, d'élus, un réseau professionnel, etc.

L'accompagnement à la parentalité mobilise de multiples institutions (associations, professionnels de l'action sociale, éducative, médicopsychologique, etc.) et des financeurs (par exemple État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, fondations, entreprises).

Les Reaap, grâce à leur charte fondatrice **[encadré 3]**, ont suscité une forte adhésion et constituent un réseau interinstitutionnel conséquent associant des Caf, des CMSA, des Conseils généraux, des DDSC, des municipalités et tout le secteur associatif, y compris les associations créées à l'instigation des parents eux-mêmes.

ENCADRÉ 3 Charte des Reaap

Cette charte établit les principes fondamentaux d'action et d'animation de ces dispositifs particuliers :

- valoriser prioritairement les rôles et les compétences des parents : responsabilité et autorité, confiance en soi, transmission de l'histoire familiale, élaboration de repères, protection et développement de l'enfant ;
- favoriser la relation entre les parents et dans cet objectif, privilégier tous les supports où les parents sont présents, en particulier le cadre associatif ;
- encourager les responsables des lieux et structures fréquentés par les parents à accueillir ou susciter de nouvelles initiatives ;
- favoriser une meilleure conciliation des temps familiaux et professionnels ;
- mettre en place des actions de sensibi-

lisation et de formation à destination des intervenants bénévoles ou professionnels pour favoriser l'émergence de nouvelles pratiques. Elles devront assurer un bon équilibre entre la participation des parents et l'intervention des professionnels ;

- garantir l'ouverture de ces lieux à tous les parents, en recherchant la fréquentation de publics issus de milieux différents, de générations et de catégories socioprofessionnelles et culturelles différentes ;
- prévoir un cadre éthique favorisant l'équilibre des relations familiales et ouvert à toutes formes de familles. Il s'appuiera sur les textes relatifs aux droits de l'enfant et de la famille ;
- inscrire les projets dans la durée, notamment par le biais d'une convention pluriannuelle associant les différents partenaires ;



- prendre appui sur un réseau mobilisable et compétent, sur des bénévoles et des professionnels très divers qui partagent l'engagement d'accompagner les familles, dans le respect des personnes et de leur autonomie, et qui s'appuient sur les connaissances disponibles aujourd'hui ;
- participer à la construction d'un système d'animation partagée qui permette une circulation des informations, l'évaluation des actions, une capitalisation des savoir-faire, la transparence, la rigueur, la visibilité et un fort développement de ce mouvement.

La charte des Reaap, dans ses objectifs et principes d'animation, reste pertinente⁶ et doit inspirer les orientations futures dans le sens où elle prend acte de la nécessité du partage entre parents, bénévoles, élus et professionnels, en faisant de la question de l'éducation des enfants une question transversale et nécessairement portée à plusieurs. Si l'on ajoute à cela qu'il concerne, en son principe, tous les parents donc tous les enfants, le dispositif des Reaap fait référence dans les déclinaisons qu'il permet du plus local au plus distal.

Aussi, depuis plus de 10 ans, ces réseaux départementaux ont su, pour la grande majorité d'entre eux, développer une réflexion et des projets partenariaux. Une récente évaluation qualitative **[10]** des Reaap a permis d'établir la réalité de ce dispositif aux caractéristiques contrastées.

Sa vocation généraliste/universaliste est très mobilisatrice, notamment pour les acteurs institutionnels (État, Caf et plus à la marge, Conseil général). Le positionnement du dispositif se construit sur l'implication et la reconnaissance du rôle des parents et s'appuie sur un fonctionnement en réseau. Son caractère non institutionnel se traduit par une grande diversité dans les modalités de pilotage, d'animation et de fonctionnement. Quant à son impact, il est nettement perçu par les parents -du fait de la mise en œuvre d'actions dont ils sont les destinataires principaux- ce qui n'implique pas forcément l'identification du dispositif par les parents.

Les auteurs du rapport **[10]** recommandent de réformer le pilotage des Réseaux, en définissant en particulier les instances de pilotage (comité de pilotage départemental, comités de territoire) et en réaffirmant le périmètre d'intervention des Reaap (critères d'éligibilité des actions, vocation universaliste). Ils recommandent de développer la fonction d'animation aussi bien au plan départemental qu'au plan national.

Le dispositif des Reaap représente, tant dans l'esprit que dans les faits, une méthodologie d'intervention auprès des parents et avec eux qui se situe au plus près des enjeux actuels de l'évolution des familles, d'une part, et de la compréhension de la fonction parentale d'autre part.

6. En 2008, une enquête exploitée par la DIF sur 74 départements a permis d'identifier 11 000 activités concernant 800 000 parents.

Certains projets ne pourront pas être mis en œuvre sans financement spécifique. D'ailleurs, le plus souvent c'est l'attribution de subventions *via* des appels à projet qui permet le financement des projets, d'où l'importance de repérer les promoteurs et financeurs de projets.

La diversité des possibilités de financement qui apparaît dans le **[tableau I]**, qui ne prétend pas à l'exhaustivité, dépend aussi des spécificités régionales. Par exemple, le Conseil régional d'Île-de-France subventionne des actions parentalité, bien que cela ne soit pas une de ses compétences obligatoires. C'est aussi le cas d'autres Conseils régionaux puisque la Cour des comptes a évalué en 2006 que 1,4 million d'euros venaient des régions pour des projets contribuant à soutenir la parentalité **[11]**. Il est aussi possible d'obtenir des financements européens *via* le Fond social européen (FSE) et Feader **[12]** pour le milieu rural.

Dans certains cas, la parentalité et la promotion de la santé n'apparaîtront pas directement, comme par exemple dans les PRS des ARS, mais les inégalités sociales de santé ou la population des enfants et des jeunes seront très certainement une bonne porte d'entrée.

TABLEAU I
Promoteurs et financeurs d'actions parentalité et liens avec les politiques publiques (liste non exhaustive)

Politique de santé	
Échelon géographique	Promoteur/financeur
National	- DGS - Inpes (projets innovants et évalués) - Mutuelles : Mutualité française, Harmonie mutuelle, MSA, etc. - Fondations : Fondation de France, Fondation Mustela, etc.
Régional	- Conseil régional - ARS : en particulier analyser le PRS pour voir si l'accompagnement à la parentalité est une des approches prise en compte (sinon, il est possible de proposer des projets dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ou en analysant ce qui est envisagé pour la petite enfance)
Départemental	- Mutualité française : promoteur d'actions dans le champ de la petite enfance (établissements) et dans le champ de la parentalité ou encore les Services de soins et d'accompagnement mutualistes (Ssam) - Caisse départementale de la MSA
Local	- Commune : en particulier au travers des ASV
Politique du social	
Échelon géographique	Promoteur/financeur
National	- DGCS - Cnaf - Ministère délégué à la ville - Acisé ⁷ - MSA
Régional	- Conseil régional - Direction régionale de la cohésion sociale (DRJSCS), qui redistribue les crédits alloués par l'État aux DDCS. Certaines Directions régionales font aussi des appels à projet
Départemental	- Conseil général - DDCS - Caf - Caisse départementale de la MSA

7. L'Acisé a été créée par la Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.



TABLEAU I (suite)

Politique du social (suite)	
Échelon géographique	Promoteur/financeur
Local	<ul style="list-style-type: none"> - Centre communal d'action sociale (CCAS) - Commune - Structures intercommunales à fiscalité propre : communautés urbaines, communautés de communes, communautés d'agglomération - Financement de projets éducatifs : comme le PRE
Politiques éducatives	
Échelon géographique	Promoteur/financeur
National	<ul style="list-style-type: none"> - Direction générale de l'enseignement scolaire - Acisé
Régional	<ul style="list-style-type: none"> - Inspection académique
Local	<ul style="list-style-type: none"> - Communes - Financement de projets éducatifs : PRE - Réseaux d'assistantes maternelles (Ram)

Réaliser ces tableaux est un exercice complexe, et nous ne pouvons prétendre à leur exhaustivité. Il existe certainement d'autres financeurs publics ou privés susceptibles d'être intéressés par de tels projets. Rechercher des financeurs pour un projet demande du temps. Vous trouverez d'autres pistes dans la partie : Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre, p. 146.

Pour obtenir des financements, il convient de s'informer sur les procédures spécifiques de demande de subvention et d'appel à projets. Pour intéresser et convaincre les éventuels partenaires-financeurs il est important de tenir compte des cahiers des charges, notes de cadrage, et recommandations concernant des objectifs prioritaires. Toutes ces informations guideront la préparation de la réponse à l'appel à projets, augmentant ainsi les chances d'obtenir une subvention.

Les financements disponibles sont souvent délivrés sous forme de subventions. Il faut alors renseigner un dossier complet incluant une présentation du projet et un budget détaillé de l'action⁸. La présentation du projet est extrêmement importante et demande de prévoir un temps suffisant. Les dossiers de demande de subvention variant d'un financeur à l'autre, le porteur de projet aura à s'adapter au format demandé.

8. Voir en particulier le dossier COSA qui est un dossier unique de demande de subvention institué en 2002 dans un souci de simplification des relations entre l'État et les associations. C'est un formulaire simplifié destiné à toutes les associations désireuses d'obtenir une subvention de la part d'une autorité administrative (État ou établissements publics). Il est téléchargeable à l'adresse suivante : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12156.do (dernière consultation le 25/09/2013).

Quelles modalités de travail ?

La recherche et le choix des partenaires implique à la fois de bien positionner le projet et de le présenter dans toutes ses dimensions afin de fonder les partenariats sur des objectifs clairement définis et communs. Le choix des partenaires est ainsi crucial pour optimiser le projet. Chaque partenaire contribue au projet par sa compétence particulière : thématique, méthodologique, technique, stratégique, financière.

Travailler en partenariat requiert un temps d'échange et de réflexion sur le partage d'une approche, d'un objectif commun, de la mutualisation des compétences, des méthodes de travail, des modalités d'évaluation. Il est important aussi de ne pas négliger les contraintes qui peuvent être liées à des partenariats, en termes de procédures à mettre en place et d'enjeux institutionnels dépassant souvent le cadre du projet à proprement parler.

La pré-définition des modalités de travail et d'implication des acteurs, en amont de l'écriture formelle du projet, est un moment particulièrement sensible pour asseoir le projet en termes d'acceptabilité et de faisabilité. Il faut à la fois recueillir des accords de principes de la part des partenaires, s'assurer que l'ensemble des hiérarchies des différentes institutions impliquées est *a priori* d'accord avec ce projet, et préfigurer les modalités pratiques de travail.

Les questions **[13]** à se poser pour travailler un projet en partenariat peuvent être par exemple :

- pourquoi établir un ou des partenariats ? Et quels types de partenariats : opérationnel ? Financier ?
- y a-t-il des partenaires incontournables ?
- comment les partenariats se mettent-ils en place sur le territoire ? Qui participe à quoi ? Et sous quelle forme ?
- avec quels partenaires le porteur de projet a-t-il l'habitude de travailler ? S'agit-il souvent des mêmes partenaires ? Quels sont les partenaires incontournables ? Comment explorer et optimiser d'autres partenariats ? Existe-t-il un ou des réseaux d'acteurs déjà constitués ? Quels sont les réseaux concernés par ce type de projet ?
- les approches des uns et des autres sont-elles semblables ? Compatibles ? Les partenaires partagent-ils un langage et une culture communs ? Comment gérer les différences d'approches des autres partenaires ? Est-il judicieux pour le projet de réunir des partenaires aux approches différentes ?
- y a-t-il une coordination ? Qui l'assure ? À partir de quelle légitimité ?
- y a-t-il un comité de pilotage ? Quelles sont ses missions ? Comment va-t-il fonctionner ?
- y a-t-il un ou plusieurs groupes de travail ? Quelles sont leurs missions ? Comment vont-ils fonctionner ?

- quel est le porteur de projet ?
- qui rédige le projet ? Quel est le calendrier prévisionnel du projet ? Quel est le budget prévisionnel de ce projet ? Comment sera-t-il validé avant d'être soumis à un financeur ?

Un des enjeux majeurs du travail en partenariat est la mise en lien des acteurs et la prise en compte des actions développées sur un territoire. Cela implique la connaissance et le respect mutuel. Comme dans tout groupe social, le respect est fondé sur la connaissance et la reconnaissance de l'autre, ainsi que sur la conviction que ce collectif sera facteur de progrès et de créativité, d'efficacité : partage de connaissances, échanges de pratiques, définition d'objectifs communs, et recherche de ce qui fait consensus plus que de ce qui divise.

Il arrive qu'une équipe-projet n'éprouve pas le besoin de s'appuyer sur des partenariats **[encadré 4]** pour coconstruire un projet pour lequel elle estime posséder les compétences et les connaissances requises. Néanmoins, les projets interpartenariaux permettent d'intégrer très en amont des contraintes qu'il est souvent difficile de lever lors de la mise en œuvre effective du projet.

ENCADRÉ 4

Avantages et inconvénients à travailler en partenariat [14]

Sont identifiés ici certains des avantages à travailler en partenariat et des inconvénients à prendre en compte lorsque l'on s'engage dans une telle dynamique.

Avantages :

- trouver des solutions créatives ;
- élargir la diversité ;
- envisager des approches globales avec discussion et partage de solutions ;
- mutualiser les savoir-faire et optimiser les diverses activités en fonction du temps disponible ;
- assumer ses responsabilités ;
- développer les activités existantes ;
- valoriser, améliorer ou développer la communication ;

- favoriser le changement, la transition ;
- s'affirmer, augmenter l'estime de soi.

Inconvénients :

- s'exposer aux risques de conflits de valeurs ou d'intérêts ;
- éprouver l'impression que l'autre est avantagé ;
- appréhender le changement ;
- ne pas faire face aux mouvements de pouvoirs, à l'influence ou au statut des différents partenaires ;
- rencontrer des difficultés à cerner les problèmes et à résoudre les conflits ;
- ne pas être capable de s'engager suffisamment pour finaliser le projet ;
- craindre que les financements puissent diminuer lorsqu'ils sont mis en commun.

Comme nous l'avons déjà souligné, le partenariat parent-professionnel implique un rapport égalitaire et nécessite un échange bidirectionnel ainsi qu'une prise de décision commune à toutes les étapes. Il renvoie au niveau de relation et de consensus le plus élevé [13].

QUE FAUT-IL RETENIR ?

Préparer et concevoir le projet nécessite de contextualiser et de mettre en évidence les questions afin de mieux comprendre la situation et valider l'opportunité du projet. Il s'agit d'un préalable à la mise en place d'une dynamique de projet, à partir d'un besoin repéré.

La constitution de l'équipe projet est essentielle dans la mesure où un ensemble d'acteurs est réuni sur une problématique précise et ce pour une certaine durée. Une telle équipe n'est pas un ensemble homogène et l'on pourra y distinguer un noyau stable, moteur du groupe, et des personnes dont l'implication est plus spécifique ou technique. Le choix des partenaires est ainsi crucial pour optimiser le projet, il dépend des objectifs du projet. Sachant que chaque partenaire contribue au projet par sa compétence particulière, qu'elle soit thématique, méthodologique, technique, stratégique et/ou financière. Lors de la recherche de financements, il est essentiel :

- de s'assurer que les objectifs du projet sont en adéquation avec la politique territoriale (régionale et/ou locale) ;

- d'identifier sur son territoire, les partenaires⁹ potentiels et d'établir des liens entre le projet et ces partenaires : les Conseils régionaux et généraux, la Caf, les Reaap, la MSA, l'ARS, la DDCS, etc. ;

- de penser au cofinancement qui est le plus souvent l'un des critères de participation des financeurs publics ;

- de prendre connaissance des différents documents à renseigner, des modalités et des dates limites de soumission pour prévoir le temps nécessaire pour la préparation et la rédaction.

Définir un chef de projet clairement identifié et légitimé et préciser le rôle de chacun et les modalités de travail et d'implication des acteurs sont des moments particulièrement sensibles pour asseoir le projet en termes d'acceptabilité et de faisabilité. Il faut à la fois recueillir des accords de principe de la part des partenaires, s'assurer que l'ensemble des hiérarchies des différentes institutions impliquées est *a priori* d'accord avec ce projet et préfigurer les modalités pratiques de travail.

9. Pour plus d'informations sur ces partenaires, voir : Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre, p. 146.

JUSTIFIER ET DÉCRIRE LE PROJET

Analyse de la situation

Cette étape contribue à se forger l'opinion la plus objective possible de la situation et s'appuie sur une description du contexte, de l'environnement, des problématiques rencontrées. Elle positionne le projet dans son environnement. L'analyse porte sur trois axes indissociables dans la conduite de projet : les ressources existantes, les besoins et les attentes par rapport à une situation précise.

Inventorier les ressources

De nombreuses connaissances sont mobilisables, que ce soit dans le domaine de la santé, du droit, de cadres légaux comme dans celui de l'éducation familiale et parentale. L'inventaire des ressources documentaires peut être réalisé à distance, à partir de données (rapport d'activités, bilan, évaluations des politiques publiques, études dédiées, *benchmarking*¹⁰, expertises diverses). Cette étape est indispensable [encadré 5]. Il n'en demeure pas moins que la consultation des acteurs-clés dans une démarche participative est incontournable : aller au contact des acteurs, prendre le temps de les connaître, de se faire connaître, parfois de se faire admettre. Elle sera un atout essentiel dans la réussite du projet, surtout s'il nécessite la mise en œuvre d'un partenariat actif. Des démarches seront à mener auprès des organismes de tous les acteurs pour obtenir les autorisations formelles. Beaucoup de freins pourront être levés en privilégiant cette approche participative. Les bonnes relations d'aujourd'hui sont le gage de la réussite de projets immédiats comme futurs pour s'inscrire durablement dans un territoire.

Il est important d'identifier l'existant : des initiatives ont probablement déjà été prises, des acteurs (bénévoles ou professionnels) œuvrent peut-être déjà sur le territoire concerné, des questionnements ont sans doute émergé. Par exemple, dans un projet sur le thème du bilinguisme dans une école maternelle, il sera utile de se poser les questions suivantes : existe-t-il dans le quartier ou dans la ville d'autres écoles maternelles qui ont travaillé sur ce sujet ? Ont-elles communiqué sur leur projet ? Quelles initiatives ont déjà été menées ? Des parents et des enseignants accepteraient-ils de venir présenter leur action ? Les actions mises en place ont-elles eu des résultats et quels types de résultats chez les parents et chez les enfants ?

10. Le *benchmarking* (analyse comparative) est une technique qui consiste à observer les organisations afin d'identifier les meilleures méthodes d'exécution d'une activité donnée.

ENCADRÉ 5

La boîte à outils du Reaap 90 : méthodologie de projet, exemple à partir d'un projet d'appui à la parentalité

Voici quelques précisions issues du Réseau des référentes familles du territoire de Belfort [15].

Se documenter permet à l'animateur de comprendre dans quel contexte il veut monter son projet, de l'enrichir, de l'argumenter et de repérer qui sont les acteurs en présence. Il est important de se documenter sur :

- la population : classes sociales, cultures, nombre de familles, nombre d'enfants, nombre de jeunes, nombre de familles monoparentales, nombre de jeunes en difficulté sociale, scolaire ;
- l'habitat, l'urbanisme : accessibilité vers les magasins, les écoles, les loisirs, les offres culturelles, les services publics, etc. ;

- la situation économique du quartier et de sa population ;
- les principales politiques sociales en lien avec le sujet choisi (ex : politique de la famille au niveau national, moyens mis en œuvre par les institutions locales, etc.) ;
- l'histoire du quartier et de la structure : comment la structure est-elle née ? Pourquoi ? Y a-t-il un contrat de projet ? Quels objectifs y sont inscrits ? Quel est le public visé ? Comment la structure s'intègre-t-elle sur le territoire dont elle dépend (financeurs, partenariat, etc.) ? Qui sont les adhérents et combien sont-ils ?
- les expériences antérieures ou actuelles portant sur le même sujet.

L'étape suivante consiste à rechercher les dispositifs, acteurs et actions qui peuvent exister dans l'environnement. Très souvent, une action devient véritablement performante après 2 à 3 ans d'ajustements. Il faut profiter de l'expérience d'autres acteurs en évitant les écueils qu'ils ont eux-mêmes rencontrés.

Des besoins des professionnels aux attentes des parents

Le besoin est souvent déterminé par rapport à des normes établies, des manques constatés. Il se fonde sur des études et des enquêtes. Plusieurs techniques pourront être utilisées pour cerner le besoin du point de vue des professionnels. L'équipe-projet pourra décider d'analyser la littérature, d'observer sur un quartier ou dans un lieu particulier ; elle pourra faire parvenir à tous ses partenaires un questionnaire pour identifier les principales préoccupations de chacun. Elle pourra aussi utiliser l'entretien collectif pour recueillir différentes opinions sur un thème [encadré 6].

ENCADRÉ 6

Techniques utilisées pour analyser la situation [16]

« L'analyse de la situation (du côté des attentes) sera plus riche si plusieurs techniques [17, 18] sont utilisées. Cette analyse sera utile lors de l'évaluation pour mesurer l'écart entre la situation de départ et la situation après l'action.

L'observation

Technique de recueil et d'analyse des données verbales et non verbales, l'observation permet de rassembler rapidement des informations sur un sujet. Il existe deux grands types d'observation : l'observation participante (l'observateur fait partie intégrante du milieu qu'il observe) et l'observation non participante (l'observateur est extérieur au milieu observé, il est neutre). [...]

L'observation est une technique intéressante quand il s'agit d'analyser les relations interpersonnelles et une situation quotidienne.

Le questionnaire [19]

Son objectif est de recueillir des informations ; utilisé avant et après l'action, il contribue à la réalisation d'une évaluation. Il peut s'avérer utile lorsque le nombre de personnes à enquêter est élevé ou lorsque l'on veut obtenir des données quantitatives. C'est une technique qui nécessite du temps et une certaine technicité [20].

L'entretien collectif ou « Focus group »

L'entretien collectif permet de recueillir simultanément différentes opinions sur un thème et de dégager des consensus et des recommandations. Ce type d'entretien se caractérise par une animation non directive qui incite les participants à exprimer leurs opinions librement.

L'avantage de cette technique est qu'elle permet la confrontation des points de vue : chacun des participants est invité à expliquer sa prise de position, ce qui le conduit à une réflexion approfondie sur un sujet qu'il n'aurait peut-être pas eue autrement ; par ailleurs, les points d'accord spontanés sont facilement mis en évidence.

Toutefois, l'animation de ce type de groupe nécessite une certaine pratique, notamment pour être en capacité de gérer des effets induits par la dynamique de groupe (domination d'un « leader » ou tendance que pourraient avoir certains participants à tenir un discours conformiste ou au contraire trop extrémiste). »

Sans oublier bien entendu l'**analyse documentaire**, évoquée au début de la partie « Inventorier les ressources », qui est une des techniques utilisées pour analyser la situation.

Cependant, la demande, spontanée ou facilitée, peut être recueillie lors d'une enquête dans le but de bien comprendre les attentes des parents.

Par exemple, à l'occasion de la mise en place dans la ville de Saint-Brieuc [21] d'un projet sur le sommeil des enfants en âge pré-élémentaire, l'équipe-projet a confronté lors de sa phase de diagnostic les constats des professionnels de terrain concernant le sommeil des enfants avec la réalité des familles, les pratiques parentales et leurs besoins. Les professionnels au niveau local ont constaté un besoin d'information des parents sur le sommeil de leurs

enfants en âge pré-élémentaire. Mais pour compléter ce constat, un collectif composé de nombreux partenaires¹¹ a réalisé une enquête auprès de 57 familles. Le questionnaire se composait de questions fermées concernant la pratique parentale autour du sommeil (réveil, journée, soirée et nuit) puis de questions ouvertes sur leurs pratiques et leurs éventuels besoins. Le questionnaire était une première base de discussion avec un professionnel. Sur la base des résultats de cette enquête et des ressources déjà existantes, plusieurs actions ont ensuite été élaborées en s'appuyant sur une démarche participative des parents et une diversification des supports d'information et de réflexion.

Dans cet exemple, une distinction a été posée entre des besoins identifiés par des professionnels, les attentes et demandes du public concerné et la volonté du collectif d'associer des parents et des professionnels pour l'élaboration des actions à mettre en place.

L'analyse de la situation va mettre au jour un certain nombre de besoins qui, le plus souvent, ne pourront pas être tous pris en compte, du moins dans le même temps. Il convient donc de les hiérarchiser afin de dégager des priorités d'action.

Le choix des priorités tiendra compte aussi des conditions de mise en œuvre (comme les ressources humaines et matérielles, le financement, le temps disponible) et du degré de mobilisation des partenaires et des familles sur ce sujet. La restitution des résultats de la phase d'analyse au sein de l'équipe porteuse du projet constitue une première étape de mobilisation.

Fixer des objectifs SMART

Un objectif est la formulation du but à atteindre. Il explicite les résultats escomptés du projet et en indique le sens. Il contribue à mobiliser l'équipe et les partenaires car il est repris lors de la communication sur le projet.

Plusieurs niveaux d'objectifs permettent d'explicitier ce que l'on cherche à réaliser, dont les principaux sont l'objectif général, les objectifs intermédiaires et les objectifs opérationnels :

- **l'objectif général** porte sur le projet dans son ensemble. Formuler et écrire un objectif de manière claire, concise et compréhensible par tous est une étape essentielle ;
- **les objectifs intermédiaires** précisent certains aspects de l'objectif général ;
- **les objectifs opérationnels**, plus concrets, permettent l'atteinte de l'objectif général. Ils annoncent les actions à réaliser. Ils précisent le public et le milieu et/ou le niveau d'intervention. Ils doivent être mesurables et prendre

11. Ce collectif était composé des services de la Ville de Saint-Brieuc, de l'Éducation nationale, du Conseil général, de la CPAM, de la Caisse des écoles publiques et d'associations de parents.

en compte le contexte. Les objectifs opérationnels définis au début de l'action peuvent être réajustés lors du déroulement du projet, lorsque l'évaluation du processus met en évidence un changement de situation ou une difficulté qui n'avait pas été prévue au départ. Lors de l'évaluation finale, il doit être possible de dire dans quelle mesure ces objectifs opérationnels ont été atteints.

Il existe des outils d'aide au pilotage de projet et notamment à la formulation des objectifs opérationnels. L'outil SMART¹² est un moyen mnémotechnique [22] pour se souvenir des caractéristiques d'un objectif et le rédiger pour qu'il soit évaluable. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- **Spécifique** (anglais : *specific*) : un objectif doit être clair, compréhensible et sans ambiguïté. Un objectif vague ou imprécis ne pourra pas être suivi de résultats. En effet, un objectif précis est plus facilement mesurable et donc évaluable. L'objectif définit de manière rigoureuse ce qui doit avoir changé et pour qui ;
- **Mesurable** (anglais : *measurable*) : mesurer l'état d'avancement des objectifs est une nécessité pour motiver l'équipe et garantir une certaine rigueur méthodologique. Le plus souvent cela se traduira sous une forme quantitative, mais les résultats qualitatifs peuvent être tout aussi intéressants. La mesure peut inclure des données financières ou des informations sur le temps consacré à l'action ;
- **Atteignable** (anglais : *achievable*), acceptable et ambitieux : les objectifs doivent être accessibles à ceux qui doivent les atteindre ;
- **Réaliste** (anglais : *realistic*) : ce critère porte sur la faisabilité et le réalisme de l'objectif du projet. Pour être réaliste, l'objectif devra être atteignable avec les moyens dont l'équipe dispose. On ne peut juger de cela qu'en connaissant le contexte, la durée et les ressources attribuées au projet, ainsi que les compétences de l'équipe ;
- **Temporellement défini** (anglais : *time-bound*) : la réalisation d'un objectif a un début et une fin. La durée du projet est déterminée. Il est convenu d'une échéance à laquelle l'objectif doit être atteint. Une ligne du temps peut éventuellement être tracée, sur laquelle sont placés des objectifs intermédiaires.

Le programme « Être Maman ou Papa pour la première fois » a pour but d'impulser chez les professionnels de la PMI des pratiques d'accompagnement fondées sur l'*empowerment*. Il s'agit de favoriser la bientraitance et d'améliorer la qualité du support social offert gratuitement aux familles dans le cadre du dispositif de prévention précoce du Pas-de-Calais [2-5].

12. *Smart* = intelligent en anglais.

Ainsi, un accompagnement par des professionnels de la PMI a été proposé à toutes les familles attendant un premier enfant (entre décembre 2004 et décembre 2006), sur une période allant de la grossesse aux deux ans de l'enfant, pour faciliter la mise en place de comportements parentaux favorables au développement en santé de l'enfant.

Deux Maisons du département solidarité (MDS) du Pas-de-Calais ont accepté d'expérimenter le programme dont les modalités ont été définies avec trois sites¹³ [encadré 7].

ENCADRÉ 7

Exemple avec un objectif opérationnel du programme « Être Maman ou Papa pour la première fois » [3, 4]

Objectif opérationnel

Rencontrer dans le cadre du protocole expérimental établi au moins 5 fois, en consultation de PMI ou à domicile, entre le 4^e mois de grossesse et les deux ans de l'enfant, 20 % des familles contactées de décembre 2004 à décembre 2006 sur les 3 sites expérimentaux volontaires.

L'objectif opérationnel est SMART

Spécifique : le protocole testé implique des prises de contacts avec les familles à des moments-clés qui ont été définis sur une période précise du développement de l'enfant. Or ces contacts, qui doivent être initiés précocement (à réception des certificats de grossesse), ne sont pas systématiques, ni proposés à tous les parents en dehors du cadre de l'expérimentation.

Mesurable : l'objectif est mesurable car ce sont 20 % des familles qui sont visées par la recherche ; de plus le nombre de rencontres est prévu : 5 rencontres. Pour le mesurer, des fiches de suivi ont été créées pour toutes les familles bénéficiaires. Elles permettent de connaître le nombre de familles ayant été contactées sur la période définie et le

nombre de contacts par famille ayant abouti à une rencontre.

Atteignable (Acceptable et Ambitieux) : cet objectif suppose d'adopter une posture d'accompagnement qui donne envie aux familles bénéficiaires de rencontrer à plusieurs reprises les professionnels de PMI alors qu'il n'y a pas d'engagement contractuel. Pour atteindre cet objectif, les professionnels ont été sensibilisés aux concepts d'*empowerment* et à une technique de résolution de problèmes ; de plus, ils disposaient d'outils créés pour faciliter l'instauration d'une relation partenariale. L'objectif est donc à la fois ambitieux sur la durée (deux années pleines) et acceptable quant à l'activité supplémentaire susceptible d'être générée sur les trois sites.

Réaliste : l'objectif a été défini en référence aux bilans d'activité des sites. Les deux critères d'inclusion dans le groupe des bénéficiaires du programme étaient la primiparité et le non emploi de la mère (critères d'intervention du dispositif de prévention précoce déjà existant). Il était prévu de contacter en 2 ans environ



13. Arques et Saint-Omer pour la MDS de l'Audomarois, Arras Nord pour la MDS de l'Arrageois.

480 familles définies comme bénéficiaires (120 par an pour le site de Saint-Omer, 95 par an pour celui d'Arras et 25 par an pour un secteur d'Arras Nord). Pour réguler les flux d'entrée dans le programme, chaque MDS a eu la liberté de choisir le mode de recrutement des bénéficiaires pour l'expérimentation (tirage au sort ou contact systématique sur un secteur).

Temporellement défini : dans la mesure où la période de recrutement et l'âge de l'enfant au moment du dernier contact étaient définis, il était possible de connaître la limite temporelle approximative de l'atteinte de l'objectif (en intégrant les éventuelles naissances prématurées).

Pour les bilans d'activités, certains objectifs opérationnels intermédiaires ont été formulés ; en voici les principaux :

- rencontrer en PMI ou à domicile, entre le 4^e mois de grossesse et le 1^{er} mois suivant la naissance, au moins une fois 80 % des familles contactées de décembre 2004 à décembre 2006 ;
- de décembre 2005 à mars 2007, réaliser au moins 60 % des bilans de santé du 10^e mois proposés aux familles qui ont accepté au moins un contact dans le cadre du programme ;
- de février 2007 à mai 2009, réaliser au moins 50 % des bilans de santé du 24^e mois proposés aux familles qui ont accepté au moins un contact dans le cadre du programme.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

L'analyse de la situation ou diagnostic contribue à se forger une image la plus objective possible. Elle s'appuie sur une description du contexte, de l'environnement et des problématiques rencontrées. Elle positionne le projet dans son environnement. L'analyse de la situation porte sur trois axes indissociables dans la conduite de projet : les ressources existantes, les besoins et les attentes par rapport à une situation précise. Le choix des priorités tiendra compte aussi des conditions de mise en œuvre et du degré de mobilisation des partenaires et des familles sur ce sujet. À partir de ce diagnostic et en fonction des priorités choisies en équipe, des objectifs pourront être formulés. Ils explicitent

les résultats escomptés et contribuent à mobiliser l'équipe et les partenaires. Un objectif, discuté en équipe, est l'objet de négociations internes et avec les partenaires et les financeurs qui ont leurs propres contraintes en terme de stratégie, d'objectifs et de moyens. Compris de tous, il doit être quantifiable. S'il est « SMART », il sera plus motivant et utile pour le pilotage du projet. Il décline ce que l'on veut atteindre, il est adapté à la capacité des personnes investies dans le projet. Si un ou plusieurs financeurs sont impliqués dans le projet, lui communiquer l'objectif du projet évitera de générer des attentes impossibles à atteindre compte tenu du contexte.

PLANIFIER ET SUIVRE LE PROJET

Les activités de gestion du projet se regroupent en deux grandes phases : la planification comme outil de prise de décisions et de communication entre les différents acteurs d'un projet et le suivi du projet pour comparer ce qui était prévu et ce qui a effectivement pu être réalisé. Pour mettre en œuvre ces activités de gestion du projet plusieurs documents seront élaborés : tableau de bord, calendrier prévisionnel, etc.

La planification du projet

La planification du projet permet de gérer les principales tâches et d'identifier les grandes étapes nécessaires au bon déroulement du projet.

L'organisation

- Identifier les personnes impliquées dans le projet
- Détailler les principales étapes du projet **[encadré 8]**
- Lister les différentes activités à mettre en œuvre

Pour exemple : le programme « Être Maman ou Papa pour la première fois »¹⁴ dont l'objectif a été présenté précédemment. L'organisation repose sur un groupe de travail composé de professionnelles exerçant dans le cadre de la PMI, animé par une chercheuse universitaire. Il s'est réuni régulièrement pour définir les modalités de l'accompagnement, élaborer des outils interactifs, suivre et évaluer l'expérimentation du programme. Le groupe de travail a établi la procédure des bilans au 10^e mois au 24^e mois de l'enfant et a conçu les outils du recueil de données pour l'évaluation.

ENCADRÉ 8

Exemple d'étapes pour un projet d'accompagnement à la parentalité par le Reaap 90

Le Reaap 90 propose sur son site internet une boîte à outils. La méthodologie de projet a été illustrée par leur soin à partir d'un Projet d'appui à la parentalité. Ces documents ont été réalisés dans le cadre du Réseau des référentes familles du territoire

de Belfort **[15]**.

« 1^{re} étape : sensibilisation du public par distribution de tracts dans les boîtes aux lettres du quartier, à la sortie des écoles, dans les commerces, etc. faite par l'animateur et quelques bénévoles, etc.



14. Financée par le Conseil général du Pas-de-Calais et par la Fondation Mustella, réalisé en collaboration avec le Groupe de recherche d'action et de formation pour la prévention de l'enfance à risque (GAFPER), cette recherche-action se poursuit depuis 2001 sur le Pas-de-Calais.

2° étape : organisation d'une réunion d'information concernant le projet en direction des parents, au centre social, avec recueil des engagements écrits des familles (charte) qui souhaitent suivre l'ensemble des étapes du projet, etc.

3° étape : organisation de 2 temps d'ateliers parents-enfants (cuisine et atelier décorations de Noël) au centre social en présence de l'intervenante et de l'animatrice.

Objectifs opérationnels de ces ateliers parents-enfants :

- permettre aux parents et aux enfants de partager un temps de loisirs commun ;
- permettre à l'intervenante et aux parents de faire connaissance ;
- valoriser le savoir-faire et le savoir-être des familles (parents et enfants) ;
- permettre aux parents d'acquérir de nouvelles idées d'activités réalisables avec leurs enfants ;
- amener les parents et les enfants à coopérer dans un objectif commun.

Déroulement des ateliers

Les parents et les enfants sont réunis pour fabriquer des décorations de Noël pour le sapin du centre social. Pour ce faire,

différents matériaux sont mis à leur disposition et à partir d'un support commun (boule en polystyrène ou fil à guirlande) chaque famille laisse libre cours à son imagination pour créer une décoration de Noël.

L'animateur et l'intervenante seront à disposition des familles pour leur donner des idées et les aider à trouver des compromis en cas de désaccord.

À la fin de la séance, un temps de bilan sera organisé pour recueillir les ressentis des participants.

4° étape : organisation d'un week-end parents-enfants avec groupe de parole pour les adultes le matin avec le concours d'un intervenant spécifique et temps d'animation collective avec les enfants avec le concours d'une animatrice du centre de loisirs de la structure de référence et, en après-midi, randonnée pédestre avec l'ensemble du groupe, etc.

5° étape : bilan, évaluation avec l'ensemble du groupe autour d'un goûter qui sera réalisé avec le concours de chaque famille chargée de préparer un mets de son choix et le centre social se chargera de fournir les boissons, etc. »

Les besoins et les ressources (humaines, financières, matérielles, etc.)

- Faire le point sur les moyens humains (nombre de personnes nécessaires, compétences utiles)
- Établir un budget prévisionnel
- Identifier le matériel nécessaire : locaux, outils, documents d'information, etc.
- Connaître les lieux-ressources vers lesquels orienter les parents

Le Reaap 90 a identifié les besoins et les ressources nécessaires à la réalisation du projet **[encadré 9]**.

ENCADRÉ 9

Exemple d'inventaire des moyens nécessaires à la réalisation du projet par le Reaap 90

Dans la même boîte à outils que dans les encadrés 5 et 8 p. 117 et 123, le Réseau des référentes familles du territoire de Belfort **[15]** a réalisé un inventaire des moyens nécessaires à la réalisation d'un projet d'accompagnement à la parentalité.

« Exemple de moyens humains : la référente famille et les animateurs du centre social, les bénévoles, les acteurs du quartier (travailleurs sociaux, école, etc.) et des spécialistes si besoin comme par exemple une psychologue, un pédiatre, l'équipe de la PMI, la coordinatrice du Reaap, des prestataires de service, etc.

Exemple de moyens matériels : affiches, tracts, ordinateur, salle de réunion, petit matériel pour les ateliers techniques (à énumérer), tables, chaises, rétroprojecteur, etc.

Exemple de moyens financiers : subvention de la ville, du Reaap, associations (CODES, Altau le Relais, etc.), CCAS, Conseil général, ministère de la Cohésion sociale, participation du public, action d'autofinancement, etc.

Exemple de moyens pédagogiques : réunions d'informations, contrat d'engagement, fiche d'animation, charte de fonctionnement du groupe, moyens d'évaluation, tableau de bord, échéancier, etc. »

Pour certaines activités, il pourra être intéressant d'utiliser des techniques d'animation¹⁵.

La durée du projet (début, étapes intermédiaires, fin du projet)

- Estimer le temps nécessaire à la réalisation de l'action en général, et de chacune des activités en particulier (y compris les activités liées à l'organisation du projet : réunions de l'équipe, rédaction des comptes rendus, etc.)
- Élaborer un planning prévisionnel qui évoluera avec le temps en fonction de la mise en œuvre du projet **[encadré 10]**

15. Certaines Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ont mis en ligne des documents présentant des techniques d'animation de groupe : <http://www.cresbretagne.fr/Productions-2-techniquesanim.html> (dernière consultation le 25/09/2013). C'est le cas également des Centres régionaux d'information et de prévention du sida (CRIPS) : <http://www.lecrips-idf.net/rubrique329.html> (dernière consultation le 25/09/2013). Par ailleurs, un ouvrage vient de sortir à ce sujet **[23]**.

ENCADRÉ 10

Exemple d'échéancier par le Reaap 90

Dans la même boîte à outils que dans les encadrés 5 et 8 p. 117 et 123, le Réseau des référentes familles du territoire de Belfort **[15]** a donné un exemple d'échéancier d'un projet d'accompagnement à la parentalité.

Janvier à mars	- Diagnostic et écriture du projet
Avril-mai	- Recherche de partenaires (financiers et de terrain) et validation du projet
Juin	- Communication auprès du public : informations par tracts, affiches, bouche à oreille, etc. - Rencontre avec le public : rencontres collectives pour fixer les dates, le lieu, la durée et les étapes, etc. - Mise en place d'une Charte de fonctionnement établie avec les familles (fonctionnement et valeurs collectives)
Juillet 2 premières semaines Troisième semaine Dernière semaine	- Atelier parents-enfants - Week-end parents-enfants et groupe de parole - Évaluation du projet et perspectives éventuelles avec le public et les intervenants
Août	- Évaluation de l'action entre professionnels et ébauches de perspectives - Bilan du projet afin de rendre compte de son efficacité et de sa pertinence aux partenaires

Le suivi du projet

Le suivi du projet est effectué régulièrement par le responsable du projet et l'équipe, selon une périodicité prévue lors de sa planification. C'est avec ce suivi que le responsable pourra réaliser un bilan du projet, ce qui est différent d'une évaluation.

Un des outils envisageables est le tableau de bord **[tableau II]** : il permet de présenter le projet et de garder une trace des informations communiquées, des problèmes rencontrés, des décisions prises, des responsables désignés pour mener à bien les actions et la date de réalisation de l'action. Ce journal sera régulièrement épuré afin qu'il ne devienne pas trop volumineux. Lorsqu'une étape ou une activité est réalisée, elle pourra être archivée pour être utilisée lors de l'évaluation du processus. On pourra soit faire deux tableaux avec ce qui est prévu dans l'un, et réalisé dans l'autre, soit n'en faire qu'un comme ci-après **[tableau II]**. Une partie commentaire permet d'expliquer l'écart que l'on peut constater entre le prévu et le réalisé.

D'autres outils de planification et de suivi sont aussi intéressants : il s'agit en particulier du tableau d'identification des acteurs **[tableau III]**, du diagramme de Gantt **[tableau IV]** ou du budget prévisionnel **[tableau V]**.

TABLEAU IV (suite)

Tâche	Année 2011					Année 2012						
	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juillet	Sept.
Analyse de la situation												
Définition des objectifs opérationnels												
Planification des actions												
Organisation d'une Journée portes ouvertes												
Évaluation du processus												
Évaluation des résultats												
Rédaction du rapport d'évaluation												
Communication sur le projet												

TABLEAU V

Exemple de budget prévisionnel¹⁸

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
Achat		Vente de produits finis, prestations de services, marchandises	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		Subventions d'exploitation	
Autres fournitures		État (précisez)	
Services extérieurs			
Locations			
Entretien et réparation		Région(s)	
Assurance			
Documentation			
Autres services extérieurs		Département(s)	
Rémunérations intermédiaires et honoraires			
Publicité, publication		Intercommunalité(s)	
Déplacements, missions			
Services bancaires, autres		Commune(s)	



18. Le modèle de budget prévisionnel proposé ici est celui utilisé dans le dossier de demande de subvention normalisé (cerfa n° 12156*03). Il est à renseigner pour toute demande de financement à un organisme public.

TABLEAU V (suite)

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
Impôts et taxes			
Impôts et taxes sur rémunération		Organismes sociaux	
Autres impôts et taxes		Fonds européens	
Charges de personnel		L'Agence de services et de paiements (ex-CNASEA-emplois aidés)	
Rémunération des personnels		Autres établissements publics	
Charges sociales		Aides privées	
Autres charges de personnel			
Autres charges de gestion courante		Autres produits de gestion courante	
Charges financières		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
Charges exceptionnelles		Produits financiers	
Dotation aux amortissements		Reprises sur amortissements et provisions	
CHARGES INDIRECTES			
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
TOTAL DES CHARGES		TOTAL DES PRODUITS	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES			
Emplois des contributions volontaires en nature		Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
TOTAL		TOTAL	

QUE FAUT-IL RETENIR ?

La planification du projet permet de gérer les principales tâches et d'identifier les grandes étapes nécessaires au bon déroulement du projet, comme son organisation et sa durée, ainsi que les besoins et les ressources nécessaires. C'est une activité complexe pour laquelle on peut s'appuyer sur des concepts et des techniques.

Répondre aux questions-clés suivantes permet de planifier le projet :

- qui mettra en place les différentes activités ?

- quelles activités seront nécessaires à la réalisation de l'objectif ? Doivent-elles être mise en œuvre dans un ordre précis ?

- comment ces activités seront-elles réalisées ?

- à qui cela est-il destiné ?

- quand cela doit-il être fait ?

- pourquoi cela doit-il être fait ?

- quels sont les résultats attendus ?

Le suivi du projet est effectué régulièrement par l'équipe, selon une périodicité prévue lors de la planification du projet. Différents outils facilitent la planification et le suivi du projet.

ÉVALUER ET COMMUNIQUER SUR LE PROJET

L'évaluation et la communication font partie intégrante de la démarche de projet ; ce sont des activités qui doivent démarrer dès la définition des objectifs. L'évaluation peut être entendue comme un processus continu de négociation et d'ajustement du projet. La communication peut se faire à toutes les étapes du projet (mise en place, mobilisation des partenaires, état d'avancement, résultats intermédiaires, difficultés rencontrées, activités mises en place, etc.). Ces deux actions contribuent à la mise en valeur du projet dans toutes ses dimensions.

Évaluer un projet de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité

Qu'est-ce que l'évaluation ? Une activité réflexive avant tout

Il existe de nombreuses définitions de l'évaluation¹⁹. Comme elle peut prendre des formes diverses selon son objet, son objectif ou la méthode employée, il nous semble essentiel de la définir en tant qu'activité. Ainsi, « une activité doit être considérée comme une évaluation chaque fois que l'objet en cause est un aspect relatif à l'intervention, chaque fois que la méthode utilisée est systématique et chaque fois qu'elle vise à produire de l'information qui peut être utilisée par différents acteurs sociaux » [25].

L'évaluation se distingue du rapport d'activité et du bilan des actions. Elle porte une fonction de réflexivité [25] et elle est par essence un processus de contestation en raison de la (re)mise en question de l'intervention [26] à toutes ses étapes, notamment dès le début de la conception d'un projet, quand il s'agit de décider de l'opportunité ou non de mettre en place une intervention. Il n'y a pas d'évaluation clés en main. En effet, une évaluation s'élabore en fonction d'une intervention précise qui s'inscrit dans un contexte particulier ; elle doit permettre de comprendre comment l'action fonctionne (conditions nécessaires et suffisantes à son bon fonctionnement, pour poser la question de sa reproductivité, sa transposition à d'autres contextes). Rigueur et inventivité sous-tendent des évaluations de qualité.

Plus qu'une opportunité de prise de recul, l'évaluation est partie intégrante de l'action dès son élaboration. Elle s'inscrit dans le processus de déroulement de l'action, pour l'initier, la réguler, en apprécier les effets (positifs et négatifs) et les résultats (attendus et inattendus) et pour finalement prendre des décisions quant au devenir ou à l'évolution de l'action (poursuite, reconduction, transformation, arrêt, extension, reproduction dans un autre contexte).

Il convient cependant d'être très attentif à la façon dont peut être mise en place l'évaluation car cela conditionnera en grande partie la façon dont les acteurs

19. Il existe un portail en français regroupant de nombreux supports d'évaluation [24].

pourront l'investir, l'accepter et la mettre en œuvre. En effet, l'évaluation n'est pas neutre et demande, pour être acceptable, de se situer du côté des évalués. « À cet égard, la plupart des perspectives évaluatrices sont fondées sur un impensé, celui de l'enjeu politique qui, au cœur de ces construits sociaux, traverse implicitement l'acte même d'évaluer comme il traverse les savoirs et savoir-faire évalués, mais aussi les savoirs produits par l'évaluation (...). Une telle hypothèse implique qu'au-delà d'une mesure des écarts entre objectifs et résultats obtenus, l'évaluation se fasse analyse du construit social qu'est l'objet à évaluer comme des enjeux qu'il porte, mais aussi du construit social qu'est la procédure d'évaluation qui sélectionne dans la réalité sociale des aspects à évaluer » [27, 28].

Pour qui et pourquoi évaluer ?

Aujourd'hui aucun porteur de projet ne peut échapper à la question de l'évaluation (critères, indicateurs, voire outils d'évaluation) requise dès le dépôt de dossiers de demande de financement, et souvent exigée pour des financements pluriannuels afin de justifier de l'utilisation des crédits. Une évaluation a un coût qu'il faut prévoir à ce moment-là. L'évaluation peut être vécue comme une forte contrainte administrative. La moindre des choses est pourtant de s'interroger sur les effets de l'action menée car ils peuvent être nocifs en dépit des meilleures intentions des intervenants. Elle peut faire peur car ses résultats peuvent être critiques pour le devenir d'une intervention, « les enjeux idéologiques, politiques, institutionnels et financiers sous-jacents à l'utilisation de certains résultats pouvant être extrêmement importants » [29].

Cependant l'évaluation s'avère indispensable car elle permet de :

- mesurer le degré de réalisation des objectifs opérationnels ;
- suivre l'action pour l'améliorer le cas échéant ;
- analyser, exploiter et valoriser le projet ;
- légitimer l'action ;
- justifier l'utilisation des crédits et/ou obtenir des financements ;
- déterminer si les moyens ont été utilisés de façon adéquate (moyens humains, matériels, logistiques, financiers) ;
- rendre compte aux populations concernées.

La question du (des) destinataire(s) de l'évaluation mérite aussi d'être posée : l'équipe, les publics attendus, la population, les financeurs, les décideurs, etc. En effet, la réponse est susceptible d'orienter les questions évaluatives [encadré 11] et la méthode retenue pour évaluer le projet. Cela influencera les critères et les indicateurs d'évaluation ainsi que les outils de recueil.

Un critère est un angle de vue, une manière d'aborder un sujet [30], il permet de juger d'une intervention. L'analyse de l'implantation s'intéresse aux conditions de mise en œuvre effective de l'intervention (facteurs facilitants, contraintes, etc.). Le critère d'atteinte des résultats (efficacité) apprécie l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu. Il peut s'agir

par exemple d'objectifs opérationnels. L'impact apprécie l'ensemble des effets -sanitaires, sociaux, économiques, environnementaux, qu'ils soient positifs ou négatifs prévus ou non, immédiats ou différés- qui sont imputables à une intervention. Ces critères sont appréciés par des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs [31, 32].

Les décideurs (financeurs, élus en particulier) ont besoin de l'évaluation pour soutenir la poursuite, l'extension ou la reconduction d'une action. Ils utilisent l'évaluation pour éclairer leur choix, identifier l'utilité du projet et son efficacité. Cette question de l'efficacité est complexe, notamment pour des actions de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité ; en effet, il est très difficile de mettre en évidence la relation causale entre les effets observés et l'action mise en place [26].

L'équipe-projet utilise l'évaluation pour revenir sur les moyens utilisés, pour mesurer les résultats induits ou produits, pour prendre du recul sur l'expérience vécue, et pour définir des pistes d'amélioration de ses pratiques. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) propose des critères et des questions pour évaluer l'action mise en place [encadré 11].

ENCADRÉ 11

Les questions et les critères évaluatifs

Tout peut être évalué mais il faudra définir les questions essentielles à poser tout en tenant compte du contexte du projet et de la réalité des interventions mises en place. Pour Potvin et al. (2008) [33], les parties prenantes de l'évaluation doivent s'entendre sur ce qui va être évalué. Pour formuler

les questions, ce que l'on appelle le questionnaire évaluatif, on peut utiliser, à l'instar de l'ouvrage édité par Familles rurales [30], la méthodologie recommandée par l'Union européenne inspirée des travaux de l'OCDE [34].

1. Revenir sur les moyens déployés

Conformité	Ce qui a été mis en œuvre est-il conforme à ce qui était prévu ?
Adéquation	Est-ce que les moyens mis en œuvre étaient appropriés ?
Ciblage	Comment le public attendu a-t-il été atteint ?
« Réseautage » ²⁰	Le projet a-t-il été intégré aux pratiques des partenaires ?

>>>

20. Ou connectivité, traduction de *connectedness* : <http://www.oecd.org/dataoecd/20/15/42659734.pdf> page 82 (dernière consultation le 25/09/2013). Ce critère ne figure pas dans l'ouvrage dirigé par O. Prévot [30] ; il nous semble toutefois intéressant de le présenter ici.

2. Mesurer les résultats induits ou produits

Efficacité	Les résultats permettent-ils de dire que les objectifs sont atteints ?
Bénéfices	Quels bénéfices ont été observés ?
Désavantages	Quels désavantages ont été observés ?
Durabilité	Quelle est la probabilité d'un effet à long terme ?
Satisfaction	Quels éléments de satisfaction du public peuvent être retirés ?

3. Prendre du recul sur l'expérience vécue

Surprise	Quels éléments rencontrés suscitent un regard nouveau ?
Pertinence	Les objectifs correspondaient-ils vraiment aux besoins et attentes ?
Apprentissage	En quoi l'expérience peut-elle être considérée comme enrichissante ?
Cohérence et complémentarité	En quoi le projet s'inscrit-il en cohérence et en complémentarité avec les dispositifs existants ?
Capitalisation	Que retenir de l'expérience pour la suite ?

Dans l'exemple du projet « Être Maman ou Papa pour la première fois », l'équipe, en prenant du recul sur l'expérimentation mise en place dans plusieurs services de PMI, a été surprise par certains éléments, ce qui l'a conduite à changer l'intitulé du projet qui s'appelle désormais « Une communauté autour d'un bébé ». Le support de formation initial a ainsi été adapté afin de mieux correspondre aux besoins et aux attentes qui ont évolué au fur et à mesure de la formation des professionnels des services de PMI.

Qu'est-ce qu'on évalue ?

Quand un projet ou un programme de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité est développé dans un milieu, c'est dans l'intention de produire un changement ou du moins de placer les participants dans un processus de changement. L'évaluation va donc chercher à identifier les changements produits (impacts ou résultats) et les processus qui ont rendu ces changements possibles [encadré 12]. Pour être en mesure d'analyser un changement, il faut avoir pu faire au préalable un constat, un état des lieux ou un diagnostic.

ENCADRÉ 12

Évaluation de processus et de résultats

Évaluation de processus

« L'évaluation du processus se concentre sur la mise en œuvre des mesures et sur le

déroulement du projet. Elle est l'occasion de s'interroger sur l'organisation de l'équipe, la forme des interventions, le calendrier, etc.



Elle favorise un réajustement en fonction des besoins émergents et des résultats escomptés » [16].

Évaluation de résultat

« L'évaluation des résultats rend compte de l'atteinte des objectifs fixés au départ. Elle apporte des éléments nécessaires à la poursuite du projet, à son orientation et à sa reproductibilité ; elle permet

d'identifier les lacunes du projet et contribue à modifier les objectifs, à changer les activités proposées ou impliquer différemment les acteurs. Les résultats non attendus doivent être intégrés. Ce type d'évaluation est entrepris en fin de projet. Il exige toutefois que les questions évaluées et les données à récolter aient déjà été déterminées pendant les phases de planification du projet » [35].

Cependant, il est difficile de circonscrire la réalité des interventions développées dans le cadre d'un projet à évaluer. Le projet peut être décrit à partir d'un problème posé, des objectifs poursuivis, des résultats attendus, des activités et des services offerts, des séquences d'évènements nécessaires à sa réalisation et des ressources mobilisées (correspondant au cadre souvent posé dans les formulaires de demande de financements). Néanmoins, il faut prendre conscience du fait qu'un projet s'inscrit dans un contexte, qu'il vient se greffer à la réalité des acteurs locaux, comme une nouvelle entité au sein d'un environnement préexistant ; un projet s'intègre à un système d'action qui renvoie à une réalité sociale complexe [25, 33].

L'équipe constituée pour le programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant sur le quartier Paul Bert d'Aubervilliers dans le cadre de l'ASV²¹ a mesuré les impacts de ce programme. En utilisant l'outil de catégorisation des résultats présenté en **figure 2, p. 78**, l'équipe-projet a identifié précisément les différents facteurs influençant les déterminants de la santé, à savoir :

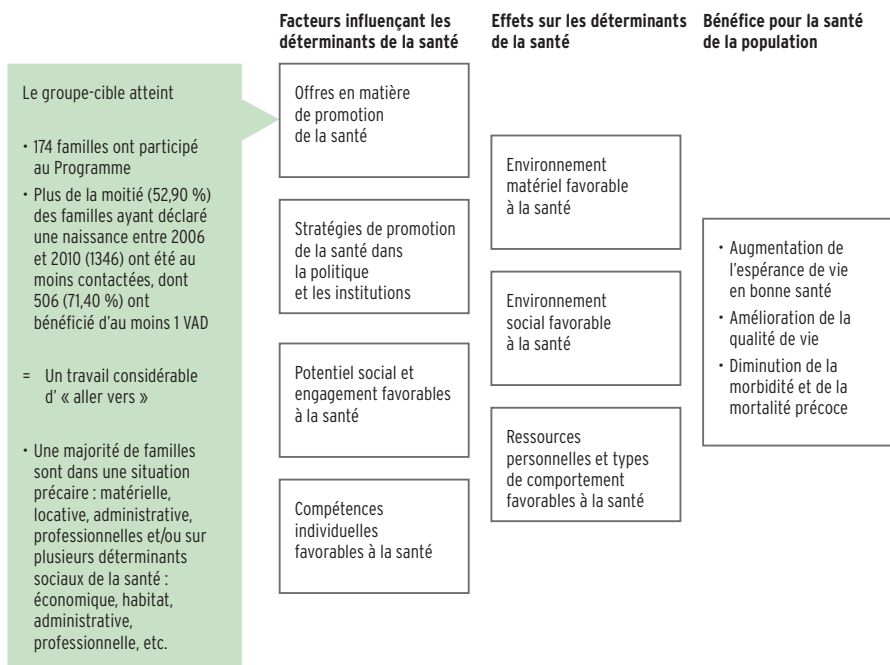
- les offres en matière de promotion de la santé (impacts du programme 1) ;
- les stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions (impacts du programme 2) ;
- le potentiel social et l'engagement favorables à la santé (impacts du programme 3) ;
- les compétences individuelles favorables à la santé (impacts du programme 4).

21. Voir encadré 20, p. 156 et Dispositifs, structures et acteurs : mieux se repérer, mieux comprendre, p. 146.

Pour le facteur concernant l'offre en matière de promotion de la santé, le programme a montré son efficacité en terme d' « aller vers » puisque 71,4 % des familles ayant déclaré une naissance entre 2006 et 2010 ont bénéficié d'au moins une visite à domicile (VAD). Ces familles étaient pour la majorité d'entre elles dans une situation socio-économique précaire [figure 2].

FIGURE 2

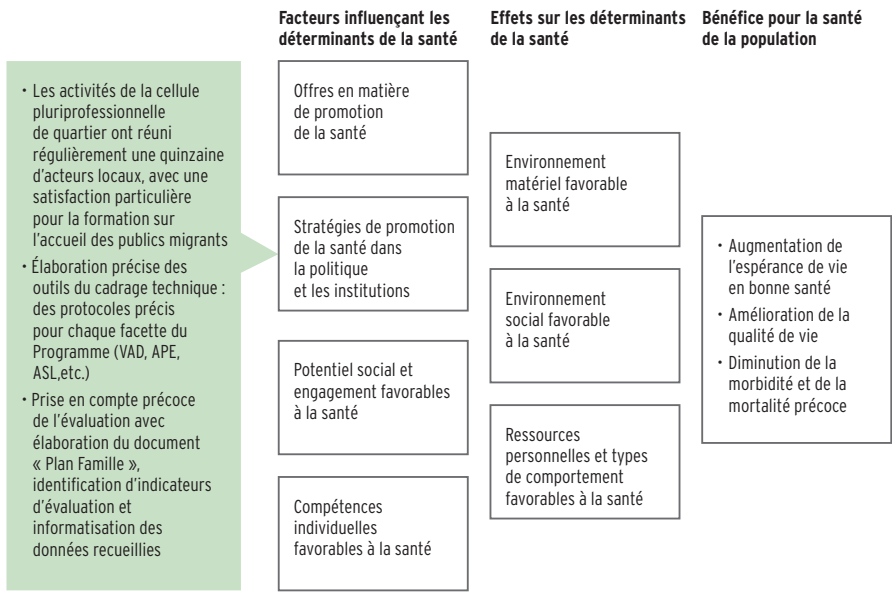
Les impacts du Programme (1)



L'équipe a analysé les impacts du programme en termes de stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions, qui rejoignent des critères de cohérence et de complémentarité [encadré 11, p. 132-133]. Ainsi, « les activités de la cellule pluriprofessionnelle de quartier ont réuni régulièrement une quinzaine d'acteurs locaux qui ont apprécié la formation sur l'accueil des publics migrants », des outils de cadrage ont été élaborés, l'évaluation a été précocement prise en compte [figure 3].

FIGURE 3

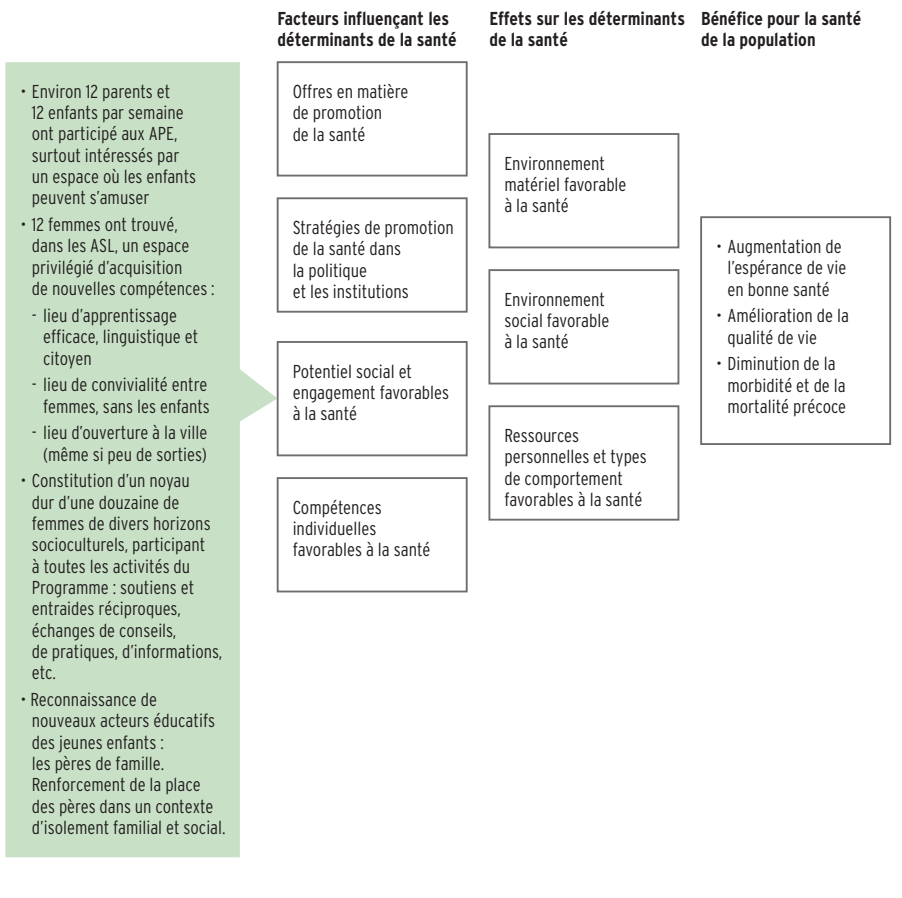
Les impacts du Programme (2)



L'équipe a aussi identifié le potentiel social et l'engagement favorables à la santé. Il s'agit des bénéfices observés et de la satisfaction du public par rapport à ce programme. Une douzaine de parents ont participé chaque semaine, avec leur enfant, aux APE organisés dans le cadre du programme afin que les enfants puissent s'amuser entre eux ; une douzaine de femmes ont trouvé dans les ASL un espace privilégié d'acquisition de nouvelles compétences, etc. [figure 4].

FIGURE 4

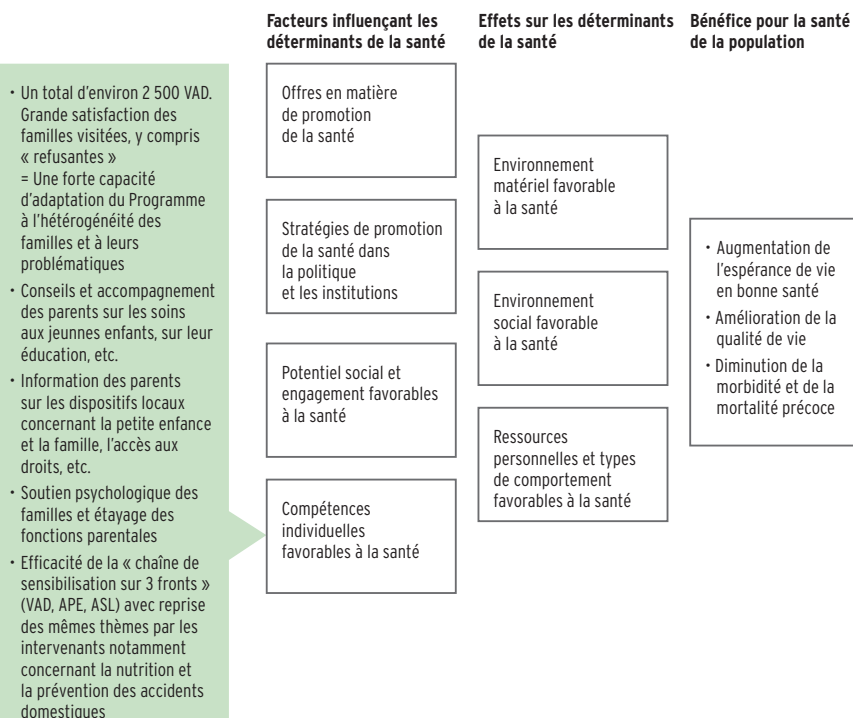
Les impacts du Programme (3)



Enfin, l'équipe a identifié les compétences individuelles favorables à la santé. Environ 2 500 visites à domicile ont été réalisées en cinq années, dont les familles ont tiré de multiples bénéfices. Les professionnels insistent sur l'efficacité de la « chaîne de sensibilisation sur trois fronts », VAD, APE et ASL, avec une reprise des mêmes thèmes par les intervenantes [figure 5].

FIGURE 5

Les impacts du Programme (4)



Le programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) sur un quartier d'Aubervilliers a été évalué qualitativement par un prestataire externe. L'outil de catégorisation des résultats de Promotion santé suisse a été utilisé en équipe-projet avec un appui de l'Inpes et du prestataire. Cet outil a permis de mettre en évidence les activités de promotion de la santé, les facteurs influençant les déterminants de la santé, les effets sur ces derniers et les bénéfices pour la santé de la population. Ainsi, les effets produits par le

programme sur les déterminants de la santé peuvent être regroupés en trois catégories telles qu'identifiées par l'OCR :

- environnement matériel favorable à la santé ;
 - environnement social favorable à la santé ;
 - ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé.
- Exemples d'**effets sur le déterminant « environnement matériel favorable à la santé »** produits par ce programme : on peut évoquer l'action sur les conditions de logement, avec en particulier des logements plus grands et mieux adaptés à la taille des familles, la réduction de l'exposition des enfants au saturnisme, ou encore la diminution des risques d'accidents domestiques du fait de l'aménagement des logements.
- Exemples d'**effets sur le déterminant « environnement social favorable »** : les familles ont été accompagnées pour accéder au droit commun et aux structures de proximité grâce à une meilleure connaissance des services et des dispositifs, à un appui par les professionnels du quartier (courrier, accès aux structures collectives de garde pour les enfants), voire à un accompagnement physique. Ce programme a permis à des mères primo-arrivantes et/ou non francophones d'oser accéder au droit commun seules.
- Exemples d'**effets sur le déterminant « ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé »** : la confiance des parents dans leurs compétences éducatives a été renforcée grâce à l'apport de connaissances concrètes concernant la santé des enfants (nutrition, prévention des accidents domestiques, allaitement, rythmes du jeune enfant, suivi sanitaire, etc.). Le programme a eu un impact important sur le bien-être des familles, les professionnels ayant porté un intérêt à l'ensemble de la famille et pas seulement au nouveau-né (approche socio-écologique). L'isolement social des familles a aussi été réduit en proposant une aide psychologique (relation à la grossesse, à la nouvelle naissance, avec les autres enfants) en associant systématiquement le père (pour l'aider notamment à s'approprier les gestes du soin quotidien au nouveau-né).

Qui évalue ?

L'évaluation peut être réalisée au sein de l'équipe, on parle alors d'auto-évaluation ou d'évaluation interne ; l'évaluation par un (ou des) tiers appelée aussi évaluation externe est confiée à un prestataire extérieur dont c'est le domaine d'expertise. Il est aussi possible de traiter certaines questions évaluatives en interne et d'autres en externe [tableau VI].

TABLEAU VI

Avantages et inconvénients des évaluations interne et externe

	Avantages	Inconvénients
Évaluation interne (auto-évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluateurs connaissent parfaitement le projet, ce qui permet une analyse plus rapide des éléments d'évaluation • Les résultats même partiels de l'évaluation sont rapidement pris en compte dans le déroulement du projet • L'auto-évaluation est peu coûteuse financièrement (moins de 5 % du montant du projet), même s'il ne faut pas négliger le temps à y consacrer ; lors des demandes de subvention, penser à budgéter le montant nécessaire à l'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluateurs ne sont pas neutres et cela peut affecter la crédibilité des résultats • Plusieurs outils d'aide à l'auto-évaluation sont disponibles, comme l'outil PREFFI²² qui aide au pilotage et à l'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Élaboré par l'Institut national de prévention néerlandais (NIGZ), cet outil propose un accompagnement à l'évaluation d'un projet étape par étape
Évaluation externe	<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluateurs sont indépendants de l'équipe-projet, plus objectifs et distancés ; les résultats de l'évaluation pourront gagner en crédibilité vis-à-vis des partenaires extérieurs • Les évaluateurs ont développé des compétences et une expertise spécifiques dans ce domaine 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce type d'évaluation a un coût (qui peut être compris entre 10 et 15 % du montant du projet) ; lors des demandes de subvention, penser à budgéter le montant nécessaire à l'évaluation • Les résultats de l'évaluation peuvent déclencher des résistances au sein de l'équipe-projet

22. L'outil Preffi 2.0 est un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé [36].

Comment évaluer ?

Si la durée et les moyens financiers du projet le permettent, l'évaluation pourra être réalisée en quatre temps : le recueil des données, l'analyse des données, l'établissement de recommandations et la rédaction du rapport d'évaluation. Selon les objectifs d'évaluation et le type de projet développé, les évaluateurs opteront pour des méthodes d'évaluation qualitative et/ou quantitative. Ils utiliseront alors des méthodes et outils adaptés : analyse des documents élaborés durant le déroulement du projet, observation, enquêtes à partir de questionnaires (ouverts ou fermés), entretiens plus ou moins dirigés, en individuels ou en groupe, *focus group*, etc. L'**encadré 13** présente quelques résultats du programme « Être Maman ou Papa pour la première fois ».

Des éléments de l'évaluation du programme mis en place à Aubervilliers concernant la promotion du bien-être du jeune enfant (0-3 ans) ont été présentés au fil des précédentes pages de ce chapitre. Il ne s'agit pas de présenter toute l'évaluation de ce programme ici, mais d'illustrer l'utilisation de l'outil de catégorisation des résultats par une équipe [figure 6]. L'outil de catégorisation des résultats permet d'identifier les interactions entre les activités de promotion de la santé, les facteurs influençant les déterminants de la santé, et les effets ou les bénéfices pour la santé de la population. Il peut servir pour communiquer sur le programme mis en place.

Pour celui d'Aubervilliers, il a permis d'organiser la complexité du Programme.

Il a facilité les échanges avec les acteurs pour la production des recommandations. Il pourra aussi soutenir le transfert d'expérience et être un outil de dialogue avec d'autres équipes.

ENCADRÉ 13

Quelques résultats de l'expérimentation du programme « Être Maman ou Papa pour la première fois » [2, 5]

De décembre 2004 à décembre 2006, 240 familles ont été contactées. Une première visite à domicile a été acceptée par 173 de ces familles (soit 72,1%) qui ont toutes reçu un classeur avec les bandes dessinées. Les bilans du 10^e mois ont été réalisés avec 89 familles. Ce nombre ne représente que 37,1% des familles initialement contactées, mais les bilans n'ont été proposés qu'à 119 des 173 familles qui avaient déjà accepté un premier contact. Rapporté à l'offre réelle, le taux de participation de 74,8% des familles contactées nous semble satisfaisant dans la mesure où un examen classique du 9^e mois avait déjà été réalisé avec un médecin en dehors de la PMI pour la moitié des enfants us.

Les bilans du 24^e mois ont été réalisés avec 77 familles, le taux d'acceptation de 62,10% est supérieur à celui que nous espérons.

Des bilans sont actuellement en cours auprès de familles témoins et certaines familles bénéficiaires du programme ont déjà pu être revues dans le cadre des bilans de santé des 4 ans.

Interrogées en groupe, les professionnelles de l'équipe la plus impliquée dans l'expérimentation ont vu à travers le programme une valorisation de leur travail et ressenti une modification de leur posture de travail. Leur rôle en matière de promotion et d'éducation pour la santé leur a semblé plus visible. Les bilans ont été vus comme des

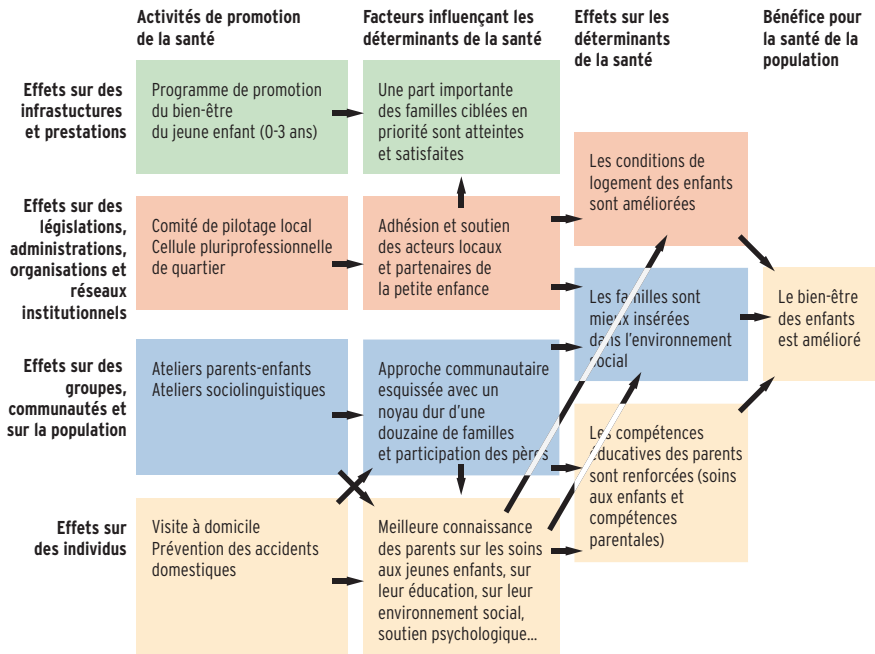
moments privilégiés d'évaluation partagée avec les parents.

Du point de vue de l'équipe, les contacts prévus dans le cadre du programme, qui ne sont pas systématiques dans l'accompagnement classique des familles, ont permis de repérer des problèmes et d'apporter rapidement des réponses. Des accompagnements de la PMI ou des orientations vers d'autres professionnels se sont mis en place facilement en raison de la relation de confiance établie précocement avec les parents. Les professionnelles ont reconnu l'intérêt préventif d'une rencontre avec la famille au cours de la deuxième année (entre le 16^e et le 18^e mois de l'enfant, pour pallier les difficultés éducatives notamment) et l'importance des bilans approfondis, en particulier celui du 24^e mois (des dépressions ont pu être dépistées dans le cas de grossesses rapprochées).

Même si toutes les données de l'enquête ne sont pas encore traitées, des leçons ont été tirées de l'expérimentation. Les rencontres de parents en consultation d'enfants se sont développées et, depuis 2009, le Conseil général du Pas-de-Calais soutient la formation d'une centaine de professionnelles volontaires aux techniques d'animation formalisées à partir de la recherche-action menée.

FIGURE 6

Synthèse des résultats et interactions



Communiquer

Communiquer en direction des parents, des partenaires, des acteurs concernés et des institutions contribue à légitimer l'action et facilite la mobilisation des uns et des autres autour du projet. Les moments les plus appropriés pour communiquer pourront être indiqués sur le tableau de bord ou de suivi mis en place pour le projet.

Pourquoi communiquer ?

Trois moments sont favorables à la communication :

- **lors de l'élaboration du projet** : durant cette phase de construction du projet, il sera judicieux de communiquer régulièrement des informations aux différents membres de l'équipe. Il sera nécessaire de rédiger un document synthétique présentant le projet qui sera utilisé lors des rencontres avec des partenaires-financeurs potentiels ;
- **pendant l'action** : afin de renforcer la mobilisation des parents, d'élargir le nombre de parents susceptibles d'être intéressés par l'action mise en place ;

- **après l'action** : pour diffuser des éléments de résultats, faire un bilan, valoriser l'action et partager avec d'autres acteurs potentiellement intéressés.

Communiquer auprès de qui ?

De l'équipe-projet : la communication au sein de l'équipe projet est essentielle, surtout si les différentes personnes impliquées ne travaillent pas dans la même structure et sont distantes les unes des autres. Elle maintient le lien et elle permet de s'assurer que chacun a bien les informations lui permettant de participer aux différentes réunions prévues (date, heure, lieu, ordre du jour). Les membres de l'équipe projet auront partagé leurs coordonnées. Dans certains cas, l'équipe pourra faire appel aux nouvelles technologies en mettant en place une plate-forme collaborative de travail, ou encore en organisant des web réunions.

De la direction et/ou des différentes instances de l'organisation : si vous travaillez dans une structure et que l'équipe de direction n'est pas impliquée au quotidien dans le projet, il est nécessaire de prévoir des temps formels de présentation de l'avancée de votre projet (Conseil d'administration, Conseil municipal, etc.).

Des parents : ceux associés à l'élaboration du projet et ceux qui pour diverses raisons n'ont pas pu s'impliquer dès le début. S'assurer que tous les parents sont au courant du projet, qu'ils ont pu trouver toutes les réponses aux questions qu'ils peuvent se poser et qu'ils peuvent faire évoluer le projet en fonction des problématiques qu'ils rencontrent. Les parents devront être informés des objectifs du projet et de la démarche choisie par l'équipe qui porte le projet pour le mettre en œuvre. S'assurer que les parents forment le plus vite possible un groupe-projet qui leur permette de participer au nom d'un collectif ; de cette façon, la participation des parents est renforcée. Un tel groupe-projet de parents renforce les individus et les incite à prendre une certaine distance vis-à-vis de leurs problématiques personnelles.

Des enfants : même s'ils sont petits, ils sont en mesure de comprendre de nombreuses choses, et leur expliquer avec des mots simples que l'on organise une rencontre avec leurs parents pour discuter de tel ou tel sujet peut aussi avoir du sens.

Des partenaires : les institutions impliquées dans le projet doivent être régulièrement informées de l'avancée du projet, ce qui permet à l'équipe de faire des points d'étape régulièrement et de maintenir la mobilisation de chacun sur le projet. Il s'agira de prévoir les moments les plus opportuns pour cette communication et de déterminer la forme la plus appropriée.

Des autres acteurs du territoire, potentiellement intéressés par le projet : tous les autres acteurs du même champ d'intervention, y compris en dehors du

territoire. Ce type de communication contribue au développement du champ de la promotion de la santé et de l'accompagnement à la parentalité.

Comment communiquer ?

De nombreux supports de communication pourront être imaginés et utilisés.

- Affiches apposées dans des endroits stratégiques (à la mairie, dans les crèches, dans les écoles maternelles, les haltes-garderies, les services de PMI, la Caf, les lieux de regroupement des parents, les pharmacies de quartier, les cabinets médicaux, les associations de quartier, les commerces, etc.)
- Articles :
 - dans la presse locale, la revue municipale, etc.
 - dans des revues institutionnelles, professionnelles, associatives : *L'École des parents*²³, *Le Furet*²⁴, *La Gazette des communes*²⁵, la revue de la Caf, etc.
 - dans des revues spécialisées : *La Santé en action*²⁶, *Éducation santé*²⁷, *La Gazette Santé Social*²⁸, *Union sociale*²⁹, *Informations sociales*³⁰, etc.
 - dans des revues scientifiques : *Santé publique*³¹, *Politiques sociales et familiales*³², etc.

23. *La Gazette des parents* est un bimestriel qui apporte un éclairage complet sur les grandes questions concernant la famille et l'éducation. Chaque numéro est centré sur un dossier pour approfondir, dans une approche pluridisciplinaire, une question majeure relative à l'enfant, l'adolescent ou le groupe familial, avec une enquête, des interviews, des regards croisés, des reportages et des repères bibliographiques. La revue est éditée par la Fnepe, association d'éducation populaire et reconnue d'utilité publique.

24. La revue *Le Furet* est publiée 3 fois par an. Dans chaque numéro, les professionnels de la petite enfance et de l'Action sociale trouvent un dossier complet, des témoignages d'expériences, des approches théoriques, de réflexion et de confrontation. Chaque numéro permet de découvrir ou de redécouvrir un outil de travail. L'association Le Furet édite cette revue.

25. *La Gazette des communes, des départements et des régions* est un magazine hebdomadaire publié par le Groupe Moniteur. C'est un magazine des métiers de la fonction publique territoriale. Elle fournit également les derniers textes de loi et la jurisprudence avec des commentaires et des conseils d'application. *La Gazette* est aussi la référence concernant les questions liées à la carrière et au statut du fonctionnaire territorial.

26. *La Santé en action* (ex *Santé de l'homme*) est une revue trimestrielle d'information, de réflexion et d'aide à l'action sur la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Éditée par l'Inpes, ce magazine est destiné aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation. Chaque numéro s'articule autour d'un dossier central qui présente l'état des connaissances et des pratiques sur un thème précis. *La Santé en action* est disponible gratuitement en version imprimée sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centre de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.) et en version internet sur abonnement pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels.

27. *Éducation santé* est une revue mensuelle publiée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Belgique) dans le cadre d'une cellule de coordination intermutualiste ANMC-UNMS, avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé. Accessibles sur le site internet : <http://www.educationsante.be/> (dernière consultation le 25/09/2013).

28. *La Gazette Santé Social* est un mensuel qui fait le lien entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Disponible sur abonnement payant, des éléments sont mis en ligne sur le site internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/> (dernière consultation le 25/09/2013).

29. *Union sociale* est le mensuel du réseau Uniopss-Uriopss. Il informe sur les actions de plaidoyer de l'Uniopss, apporte des analyses de fonds sur l'actualité du secteur et présente, sur les enjeux et thèmes du moment, les positions du réseau. En ligne : <http://www.uniopss.asso.fr/> (dernière consultation le 25/09/2013).

30. La revue *Informations sociales* est bimestrielle, et pluridisciplinaire (sciences humaines et sociales : sociologie, sciences politiques, économie, psychologie, histoire, etc.). Éditée par la Cnaf et payante sous format papier, ses sommaires et résumés sont accessibles par numéro sur le site de la Cnaf.

31. Revue scientifique à comité de lecture, *Santé publique* couvre les différents domaines de la santé publique. La revue s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé publique qu'ils soient décideurs, acteurs de terrain, chercheurs, enseignants ou formateurs, etc. Sont publiés des analyses d'action, des réflexions sur des interventions de santé, des travaux de recherche, des évaluations, des opinions, relevant des champs de la santé publique, des sciences sociales et de l'action sociale. En ligne : <http://www.sfsp.fr/santepublique/accueil.php> (dernière consultation le 25/09/2013).

32. La revue *Politiques sociales et familiales* (ex *Recherches et Prévisions* depuis le numéro 95 de mars 2009) a vocation à accueillir des articles scientifiques sur les politiques familiales et sociales. Il s'agit d'un des principaux vecteurs de valorisation des travaux réalisés par et/ou pour la Cnaf. La revue est construite en fonction de dossiers thématiques ou sous la forme d'une collection de contributions.

- Sites internet : de la structure, de la municipalité, du Conseil général, du Reaap, etc.
- Diffusion du rapport d'évaluation et/ou de sa synthèse aux partenaires impliqués dans le projet (partenaires financeurs en particulier)
- Communication orale ou écrite lors de colloques ou de congrès en associant les parents partenaires
- Rédaction et présentation de comptes rendus d'avancée du projet à l'équipe, aux parents, aux partenaires, aux décideurs et information des enfants au fur et à mesure du déroulement du projet
- Présentation des résultats de l'évaluation à l'interne ou à l'externe
- Réunions/discussions avec l'équipe-projet, le comité de pilotage, les partenaires
- Validation des évaluations par les familles elles-mêmes, avec valorisation du croisement des expériences et la restitution de l'action aux familles

QUE FAUT-IL RETENIR ?

L'évaluation et la communication, parties intégrantes de la démarche de projet, sont des activités qui doivent démarrer dès la définition des objectifs du projet.

L'évaluation est un processus réflexif ; elle doit être pensée dès la conception du projet. Il est indispensable de lui dédier un financement, un temps spécifique et d'en assurer un suivi régulier. Il n'y a pas d'évaluation « clés en main » ; celle-ci s'élabore en fonction d'une intervention précise et doit permettre de comprendre comment l'action fonctionne et de prendre du recul. Elle s'inscrit dans le processus de déroulement de l'action, pour l'initier, la

réguler, en apprécier les effets (positifs et négatifs), les résultats (attendus et inattendus) et pour finalement prendre des décisions quant au devenir ou à l'évolution de l'action (poursuite, reconduction, transformation, arrêt, extension, reproduction dans un autre contexte).

La communication, nécessaire au bon fonctionnement du projet, a pour objectif d'informer, de favoriser la participation des adultes en position parentale, de mobiliser les partenaires et les décideurs, de favoriser l'adhésion de tous au projet, de participer à la construction d'une culture commune, de valoriser le projet et d'en favoriser la pérennisation.

DISPOSITIFS, STRUCTURES ET ACTEURS : MIEUX SE REPÉRER, MIEUX COMPRENDRE

L'accompagnement à la parentalité prend place dans des espaces institutionnels et associatifs que rencontrent les familles au fur et à mesure du développement de l'enfant et ce dès le premier enfant. Il est organisé en France en fonction de l'âge des enfants. Les acteurs principaux de la petite enfance (0 à 6 ans) ont en charge des missions officielles de soin et d'éducation dans des domaines spécifiques relevant du sanitaire, du social et de l'éducatif. L'accompagnement à la parentalité mobilise plusieurs catégories d'acteurs, de nature et de statut très divers, dont les missions sont brièvement présentées dans cette partie [37, 38].

Les services de l'État

Le gouvernement définit, entre autres, la politique nationale de santé publique, celle en faveur de l'enfance et de la famille. Il prépare les projets de loi votés par le Parlement [39] et élabore les textes réglementaires (décrets et arrêtés) nécessaires à leur application, ainsi que les circulaires. La présentation qui est faite ici ne prétend pas à l'exhaustivité ; elle met la focale sur certains services de l'État au niveau national, régional et départemental.

Pour définir la politique nationale en lien avec la famille, le gouvernement s'appuie sur une concertation, animée par le Haut Conseil de la famille (HCF)³³, avec les représentants des familles et des différents acteurs concernés. À partir de cette concertation, il formule des propositions de réforme sur la politique familiale et mène des réflexions sur le financement de la branche Famille de la Sécurité sociale. Depuis novembre 2010, un organe de gouvernance est créé, le CNSP [41, 42] qui a pour objectif de contribuer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique et des mesures de soutien à la parentalité définies par l'État et les organismes de la branche Famille des organismes de la Sécurité sociale. Le gouvernement initie les dispositifs nationaux de soutien et d'accompagnement à la parentalité et participe à leur mise en place. C'est notamment le cas pour les Reaap [encadré 10, p. 39].

Les principaux ministères ou organismes mobilisés dans le soutien et l'accompagnement à la parentalité et la prévention des violences sont :

- le ministère des Affaires sociales et de la Santé, acteur essentiel dans le domaine de l'intervention précoce et du soutien à la parentalité. Ainsi, il élabore et met en œuvre la politique du gouvernement dans le domaine des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, notamment les politiques en faveur de la famille et de l'enfance et dans le domaine

33. Succédant à la Conférence annuelle de la famille et au Haut Conseil de la population et de la famille, le HCF a été créé par le décret 2008-1112 du 30 octobre 2008 et installé en juin 2009 [40].

de la santé publique et de l'organisation du système de soins, notamment les politiques relatives à la périnatalité et à la santé de l'enfant. Il est également compétent en matière de professions médicales, paramédicales et sociales [43]. Le ministre a autorité sur la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et, conjointement avec le ministre de l'Économie, des Finances et du Commerce extérieur, le ministre du Droit des femmes et le ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, il a autorité sur la DGCS ;

- le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social ;
- le ministère de l'Éducation nationale ;
- le ministère délégué à la ville ;
- le ministère de la Justice ;
- le ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative ;
- le Conseil national de pilotage (CNP) qui veille notamment à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médicosociale, de gestion du risque. Il valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte ;
- l'Inpes : établissement public administratif, l'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement [encadré 14] ;
- le Défenseur des droits : le Parlement français a voté le 6 mars 2000 une loi créant un Défenseur des enfants pour montrer l'importance qu'il attache au respect effectif des droits fondamentaux des enfants [44]. Depuis mars 2011, les missions de cette autorité ont été absorbées par le Défenseur des droits. Son rôle est de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant tels qu'ils ont été définis par la loi ou par un engagement international comme la CIDE ratifiée par la France en 1990³⁴.

ENCADRÉ 14

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

L'Inpes a été créé par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; ses missions [46], revues en 2004, et prévues par les articles L. 1417-1 et 1417-5 du code de la santé publique sont les suivantes :



34. La loi 2011-333 publiée le 30 mars 2011 prévoit que le Défenseur des droits absorbera les missions du Défenseur des enfants, de la Halde, de la CNDS et du médiateur de la République, entraînant de fait la suppression de ces quatre institutions indépendantes. Cette autorité indépendante est requalifiée adjoint, « collaborateur » du Défenseur des droits. En ligne : <http://www.defenseurdesdroits.fr/> (dernière consultation le 25/09/2013).

- mettre en œuvre le volet « prévention et éducation pour la santé » des programmes de santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer, à la demande du ministre, à la gestion des situations d'urgence ou de crise sanitaire ;
- établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.

L'Institut met à disposition gratuitement des études, ouvrages, brochures, DVD, dépliants, périodiques, dossiers de presse, affiches, coffrets pédagogiques, outils méthodologiques.

Ces ressources [47] sont destinées aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation, aux formateurs, aux étudiants, etc. intéressés par les sujets en lien avec la promotion de la santé.

Dans le cadre de sa nouvelle politique de subventions [48], l'Inpes a été amené à redéfinir le type, le champ et le nombre des projets soutenus ainsi que les modalités de sélection des dossiers qui lui sont soumis. À partir de 2013, l'Inpes s'oriente vers une sélection des projets en fonction de domaines et de thématiques prioritaires préalablement identifiés dans le cadre de sa programmation et conformément aux orientations validées par son conseil d'administration et ses tutelles. Ainsi, pour l'année 2013, l'Inpes identifie le soutien à la parentalité comme étant l'une de ses priorités.

Pour la déclinaison et la mise en œuvre régionale et départementale de la politique nationale de santé, de l'enfance et de la famille, il existe un certain nombre de services déconcentrés.

Ainsi, la DGCS s'appuie sur les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) [45] et les DDCS, services déconcentrés [encadré 15].

ENCADRÉ 15

Le rôle des Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS)

Les DDCS [49] sont des services déconcentrés de l'État ; elles mettent en œuvre les politiques en faveur de la cohésion sociale ainsi que les politiques relatives à la jeunesse, aux sports, à la vie associative et à l'éducation populaire.

Elles interviennent pour :

- lutter contre les exclusions et les discriminations, notamment en matière d'accès au logement ;



- développer le lien social par le soutien à la vie associative, aux pratiques sportives et aux actions en faveur des jeunes ;
 - mener des actions sociales de la politique de la ville ;
 - protéger les populations vulnérables ;
 - contrôler la sécurité des pratiques sportives et les accueils des mineurs durant les temps de loisirs.
- Quelques missions en lien avec le soutien à la parentalité :
- elles participent au pilotage du schéma départemental d'action sociale ;
 - elles financent des actions d'animation du Reaap, et contribuent à l'évaluation des actions de soutien à la parentalité ;
 - elles rendent plus lisibles des dispositifs de soutien à la parentalité ;
 - elles travaillent avec le Conseil général et la Caf sur les questions de parentalité.

Les ARS sont en charge de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé dans les domaines des soins, de l'offre médicosociale, de la veille et de la sécurité sanitaire, ainsi que de la prévention. Les ARS sont des établissements publics administratifs de l'État [encadré 16].

ENCADRÉ 16

Agences régionales de santé (ARS)³⁵

Les ARS ont pour objectif de mettre en place la politique nationale de santé publique au niveau régional. Elles assurent un pilotage unifié de la santé en région, elles orientent l'offre de services afin de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système. Elles articulent l'offre de soin, le médicosocial et la prévention. La stratégie d'une ARS est définie dans son PRS [figure 7]. Il est composé de trois éléments :

- **le Plan stratégique régional de santé (PSRS)**, qui fixe, dans le cadre des politiques

nationales, les objectifs et les priorités de santé pour la région ;

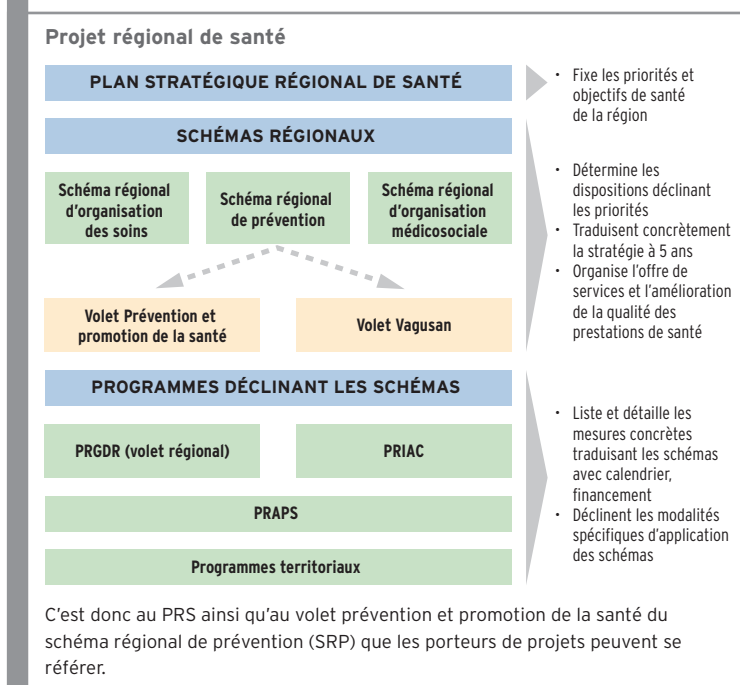
- **les schémas régionaux sectoriels**, qui déterminent les mesures conformes aux objectifs du plan dans l'ensemble des domaines d'action de l'ARS : la prévention, les soins, l'accompagnement et les prises en charge médicosociales ;

- **les programmes**, qui précisent les modalités opérationnelles et articulent en pratique les mesures prévues par les schémas régionaux sectoriels.



35. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST), crée, dans son article 118, les ARS. L'encadré a été réalisé à partir de la plaquette de présentation des ARS « Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé » téléchargeable sur le portail ARS : <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.o.html> (dernière consultation le 25/09/2013).

FIGURE 7



Pour le ministère chargé de la justice, la mise en œuvre des mesures relatives à la protection de l'enfance s'appuie sur les services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), d'ASE des départements, ou sur les associations spécialisées habilitées par le ministère de la Justice.

Les collectivités territoriales

La région

La région [50] n'est pas tenue de s'investir dans le domaine de la promotion de la santé et du soutien à la parentalité ; toutefois elle peut choisir de le faire. Elle a un rôle important en matière de développement économique, social et culturel avec quatre domaines d'action.

- Le développement économique est le domaine d'intervention principal de la région ; il a été confirmé par la loi du 13 août 2004. Le Conseil régional « coordonne sur son territoire les actions de développement économique des collectivités territoriales et de leurs groupements ».
- L'aménagement du territoire et la planification correspondent au second domaine d'action.

- Le troisième domaine de compétences est celui de l'éducation, de la formation professionnelle et de la culture avec en particulier : la construction, la reconstruction, l'extension, les grosses réparations, l'équipement et le fonctionnement des lycées, des établissements d'éducation spéciale et des lycées professionnels maritimes. La région devient également responsable du recrutement et de la gestion, notamment de la rémunération, des personnels non enseignants de ces établissements (personnels Techniciens, ouvriers et de service, dits Tos) ; elle a désormais un rôle de premier plan pour la formation professionnelle, etc.
- Le dernier domaine enrichi par la loi du 13 août 2004 est celui de la santé. La région a la possibilité, tout comme les communes et les départements, et ce dans le cadre d'une convention conclue avec l'État, d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

L'**encadré 17** propose un exemple de politique régionale en matière de soutien à la parentalité.

ENCADRÉ 17 **La région Île-de-France**

Le Conseil régional d'Île-de-France subventionne des structures porteuses de projets de soutien à la parentalité. Il a commandé une étude sur la politique régionale de soutien aux structures porteuses de projets (2000-2010) à l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France en février 2011. Parmi les actions subventionnées, citons entre autres les « actions d'aide à la parentalité et aux mesures d'accompagnement visant à restaurer l'autorité parentale » ou encore les « actions de santé visant à la prévention, l'éducation à la santé et l'accès aux soins permettant de réduire

les inégalités territoriales et sociales de santé, notamment auprès des publics les plus défavorisés ou les plus vulnérables » **[51]**. À titre d'illustration, cinq structures sont présentées dans ce rapport : L'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France, le centre social Millandy (Hauts-de-Seine), l'Espace Droit Famille (Val-de-Marne), l'Arifa (Seine-Saint-Denis), la Maison de la Famille en Pays de Fontainebleau (Seine-et-Marne). La description de ces cinq structures permet de souligner que l'aide à la parentalité recouvre de multiples actions individuelles et collectives.

Le département

Depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983, les départements se sont vus confier l'essentiel des compétences de mise en œuvre de la protection de l'enfance. Celle-ci est assurée par le service de l'ASE et par celui de la PMI **[encadré 18]**, en lien avec le Service social départemental.

Parmi les principales missions confiées aux départements, on peut citer :

- l'élaboration et la mise en œuvre du Schéma départemental de l'enfance et de la famille, en liaison avec les autres acteurs concernés ;
- l'agrément des candidats à l'adoption, ainsi que l'organisation et le suivi de la famille adoptante ;
- le suivi des enfants de moins de six ans et l'organisation des bilans de santé en école maternelle (3 ans et 4 ans) ;
- l'agrément et le suivi des modes de garde collectifs ;
- l'agrément, la formation et le suivi des assistants maternels et des assistants familiaux ;
- les aides financières aux familles en difficulté (allocations mensuelles, secours d'urgence, hébergement d'urgence, etc.) ;
- l'organisation et le traitement du signalement des enfants en danger ;
- l'accueil d'urgence des enfants en danger (foyer départemental de l'enfance) ;
- l'accompagnement social et éducatif des familles en difficulté ;
- la prise en charge des enfants admis à l'ASE ;
- la mise en œuvre des mesures d'Action éducative en milieu ouvert (Aemo) ;
- le financement et la mise en œuvre des mesures de placement des enfants (assistantes familiales recrutées et rémunérées par le département et établissements spécialisés, etc.) ;
- le financement et la mise en œuvre de la prévention spécialisée dans les quartiers difficiles (éducateurs de rue) ;
- la mise en œuvre du contrat de responsabilité parentale ;
- les départements peuvent aussi mettre en place une Commission départementale d'accueil du jeune enfant (CDAJE)³⁶.

ENCADRÉ 18

Les services de Protection maternelle et infantile

Le service de PMI du Conseil général est créé en 1945 pour lutter contre la mortalité infantile et favoriser l'essor démographique. Il participe aujourd'hui à la promotion de la santé familiale des futurs parents, des parents et des enfants de moins de 6 ans par un ensemble de mesures techniques, administratives et financières. Il vise à limiter

les inégalités médicosociales face à l'accès aux soins, en accentuant la proximité de ses professionnels avec les familles. Dans un ouvrage publié par l'Inpes destiné aux ARS [53], il est précisé que le service de PMI est l'une des missions obligatoires confiées par l'État aux départements, lors des lois de décentralisation de 1982. Ce service



36. La CDAJE [52] est facultative et mentionnée à l'article L.214-5 du Code de l'action sociale et des familles.

comporte cinq champs d'actions que sont la prévention sanitaire infantile et le suivi du développement jusqu'à 6 ans, le développement de la qualité des modes d'accueil, la prévention sanitaire dans le domaine de la maternité, la planification familiale et la collecte, l'analyse et le partage d'information épidémiologique. Il s'agit de la seule compétence sanitaire obligatoire dévolue aux conseils généraux. Le service de PMI peut contribuer à impulser des actions de santé publique coordonnées au niveau local. L'IGAS, dans son rapport de 2006, identifie un manque dans l'accompagnement des services de PMI par les instances nationales [54]. L'ouvrage édité par l'Inpes [53] évoque aussi l'intérêt que les ARS auraient à créer une coordination régionale entre chefs de projet PRS, ASV, Pôles de compétences régionaux d'éducation pour la santé et services de PMI. De plus, les ARS pourraient apporter une aide financière assortie d'une contractualisation, en particulier sur les questions d'aide à la parentalité.

Le service de PMI est reconnu comme un acteur majeur de la prévention [55] pour sa compétence dans le suivi pré et postnatal, sa connaissance du nourrisson, du jeune enfant, son savoir-faire dans l'accompagnement proposé aux mères et pères concernant les aspects médicaux, médicosociaux et de puériculture. Les missions en termes de soutien à la parentalité sont différentes en fonction des départements et des priorités données par les Conseils généraux. Il pourrait y avoir du sens à ce qu'une orientation politique soit

donnée à ce sujet, comme c'est le cas pour d'autres missions des services de PMI. La loi réformant la Protection de l'enfance en mars 2007 donne d'ailleurs aux services de PMI un rôle pivot et conforte ses compétences spécifiques pour la prévention périnatale et pour le suivi des enfants de moins de 6 ans. « Elle a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon les modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents, etc. »³⁷.

Son implantation sur l'ensemble du territoire national et son ancrage local font de ses professionnels des acteurs de proximité majeurs. Ils sont amenés à travailler en complémentarité avec les médecins traitants, les professionnels de santé, les services hospitaliers et médicosociaux, les différents organismes, structures, institutions et secteurs associatifs et les collectivités territoriales concernées par la petite enfance.

Le service de PMI permet d'initier un dialogue et une relation de confiance entre les parents et les professionnels de santé qui peuvent s'élargir à leur environnement, leur contexte de vie, les aspects quotidiens d'ordre médical, éducatif, social, économique, culturel.

37. Article L.2112-3 du Code de la santé publique : « Tout assistant maternel agréé doit suivre une formation dans les conditions prévues à l'article L.421-14 du Code de l'action sociale et des familles. »

La commune

La commune assure différentes actions en faveur de l'enfance et de la famille, parmi lesquelles :

- la mise en œuvre des différentes structures publiques d'accueil de la petite enfance (comme les crèches, les haltes garderies, les jardins d'enfants) ;
- les aides financières aux familles en difficulté (ex. : tarifs réduits ou gratuité pour les cantines scolaires) ;
- la mise en œuvre des activités de loisirs, dans le cadre périscolaire ou non (centres de loisirs) ;
- la participation à la mise en œuvre d'actions de soutien et d'accompagnement à la parentalité ou à la création de structures comme les Ram.

À noter qu'en milieu rural, ces compétences peuvent être mutualisées à l'échelon intercommunal auprès d'une structure à fiscalité propre. Les activités scolaires et périscolaires peuvent également être gérées par un Syndicat intercommunal à vocation unique (Sivu).

Les Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont pour objectif d'élaborer des « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ces EPCI sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales [56].

Pour développer des projets, soutenir une dynamique, mettre en avant certaines de leurs particularités, les villes peuvent adhérer à des réseaux. Ainsi, certaines communes ont choisi d'adhérer au Réseau français des Villes-Santé de l'OMS [encadré 19] ; d'autres (ou parfois les mêmes) adoptent la charte des « Villes amies des enfants » [57].

ENCADRÉ 19

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS [58]

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (association loi 1901) a pour but de promouvoir la politique Villes-Santé de l'OMS et de favoriser une coopération entre ses villes membres (échanges d'expériences, échanges de données, rencontres, actions communes).

Il s'appuie principalement sur la politique de « La santé pour tous » de l'OMS, sur la charte

d'Ottawa pour la promotion de la santé et sur les recommandations de l'Agenda 21 pour le développement durable.

En octobre 2012, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a consacré son colloque national au nouvel enjeu de transversalité de la parentalité et de la santé dans les politiques locales³⁸. Inscrit dans la série



« Villes durables et santé », ce colloque a permis d'étudier les modalités d'articulation entre les politiques touchant à la petite enfance, la jeunesse, l'éducation et la santé dans un souci de décloisonnement et de continuum.

En juillet 2013, 80 villes et 4 communautés d'agglomération, réparties sur l'ensemble du territoire, sont membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

- améliore constamment la qualité de son environnement ;
- favorise le développement d'une communauté solidaire et participe à la vie de la cité ;

- améliore la santé pour tous et réduit les inégalités ;
- développe une économie diversifiée et innovante ;
- donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

Le réseau contribue également aux réflexions nationales grâce à des partenariats forts, développés avec les institutions (DGS, Inpes, EHESP). Par ailleurs, le Réseau français entretient des liens privilégiés avec le mouvement des Villes-Santé animé par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS.

38. « Villes, parentalité et santé : un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales », 24 octobre 2012, Villeurbanne.

Pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le dispositif des ASV permet de rapprocher le volet santé de la politique de la ville [59] du volet santé de la loi contre les exclusions³⁹. Inscrit dans les Cucs, l'ASV fonde sa démarche sur une approche globale et transversale de la santé, en s'attachant à identifier les déterminants de santé liés aux conditions de vie de la population : l'habitat, l'emploi, l'éducation, les ressources, etc.

Financé par les communes et intercommunalités et par l'État à travers le budget de l'Acsé au titre de la politique de la ville, ainsi que par l'ARS, l'ASV permet de coordonner des professionnels de la santé et du secteur social en vue d'améliorer l'état de santé des habitants ainsi que leur accès aux droits, aux soins et à la prévention. Un comité de pilotage présidé par l'(es) élu(s) associe l'ARS, la CPAM, le conseil général, etc. Ce dispositif s'est développé et, en 2011, on dénombre un peu plus de 230 ASV [encadré 20]. Pour harmoniser les pratiques et soutenir le développement des ASV, l'État a élaboré un référentiel national [60].

39. Article 67 de la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions n° 98-657 du 29 juillet 1998 et article 71 instituant les PRAPS.

ENCADRÉ 20

Les missions des Ateliers santé-ville

- Réaliser un diagnostic territorial partagé des besoins de santé prenant en compte les déterminants de santé liés aux conditions de vie ainsi que les problématiques de soins et de prévention.
- Favoriser la participation des habitants : objectif et moyen pour promouvoir la santé sur le territoire de la politique de la ville. La petite enfance et le soutien à la parentalité, notamment des familles monoparentales et/ou en situation de précarité sont une priorité de nombreux ASV.
- Élaborer et mettre en œuvre une programmation locale de santé.

Les organismes de protection sociale

Les Caisses d'allocations familiales

Les Caf assurent le versement des prestations familiales pour les salariés du régime général, mais aussi pour les ressortissants de plusieurs autres régimes (par exemple, le régime des fonctionnaires ou celui des artisans et commerçants). Les dépenses de la branche Famille de la Sécurité sociale sont de 56,4 milliards d'euros en 2012⁴⁰ [61].

Elles recouvrent plusieurs types de prestations :

- les prestations liées à la naissance et aux modes de garde : Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), qui regroupe elle-même la prime à la naissance, l'allocation de base, le complément de libre choix du mode de garde et le complément de libre choix d'activité ;
- les prestations liées à l'entretien des enfants : allocations familiales, complément familial et allocation journalière de présence parentale ;
- les prestations liées au logement : allocation de logement, aide personnalisée au logement, prime de déménagement, prêt à l'amélioration de l'habitat ;
- les aides aux parents isolés ou séparés : allocation de parent isolé, allocation de soutien familial et recouvrement des pensions alimentaires.

La Cnaf mobilise un important budget en faveur de l'enfance et de la famille. En 2010, les prestations dédiées à la petite enfance correspondent à 14,6 milliards d'euros, soit 3 % de plus en un an. Ces dépenses d'action sociale financent une part importante des dépenses de fonctionnement des équipements collectifs (crèches, haltes-garderies) ainsi que de celles des centres et activités de loisirs des jeunes de 6 à 18 ans (Contrats temps libre) [61].

40. Voir à ce propos la brochure Loi de financement de la Sécurité sociale, en chiffres 2013. En ligne : www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/brochure_lfss2013_en_chiffres.pdf (dernière consultation le 25/09/2013).

La Cnaf propose quatre publications valorisant son activité de recherche, d'études et de statistiques. Il s'agit de *L'e-ssentiel*, des *Dossiers d'études*, d'une revue scientifique *Politiques sociales et familiales* et d'une revue de sciences humaines *Informations sociales*. Ces publications peuvent alimenter la réflexion des porteurs de projet, en termes d'analyse de la situation, d'orientation stratégique pour le projet, ou encore lors de l'évaluation.

L'un des derniers *Dossiers d'études* [62] présente les résultats d'une enquête réalisée par l'institut de sondage TMO Régions fin 2011 auprès de 300 élus communaux représentatifs des communes françaises sur l'évaluation de la politique familiale de la petite enfance. L'objectif de cette étude est d'évaluer le CEJ, sur le volet de la petite enfance, considéré comme un élément déterminant de cette politique : les élus ont le sentiment de répondre aux besoins des familles, même si les efforts doivent se poursuivre en quantité et en qualité.

La Mutualité sociale agricole

La MSA joue un rôle similaire à celui de la Cnaf et des Caf, au profit des exploitants et salariés agricoles et des industries agro-alimentaires. Elle gère la protection sociale de façon globale, de la santé à la famille en passant par la retraite et le recouvrement. Elle prend également en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels.

Les professionnels

Ce terme général recouvre de nombreuses professions sanitaires, éducatives, sociales et médicosociales que nous ne citerons pas ici. En fonction des lieux où les adultes en position parentale et les enfants circulent, ils bénéficieront du soutien et de l'accompagnement de professionnels très variés qui travaillent le plus souvent en équipe pluridisciplinaire.

Les associations

Les associations contribuent au déploiement de la politique en matière de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité.

Pour un appui au montage des projets de promotion de la santé, les associations peuvent s'adresser aux Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé. Ce sont des plateformes-ressources qui fédèrent les compétences et les ressources en région. Ils sont soutenus financièrement par l'Inpes et il en existe un par région [69]. L'intérêt des PRC est de proposer une offre de services élargie, d'améliorer le potentiel de réponses et de garantir une réponse coordonnée et de meilleure qualité. Le PRC est constitué d'un « porteur du pôle » qui anime le pôle et coordonne l'activité de la plateforme-ressources et d'autres membres, appelés « partenaires du pôle » (associations, mutuelles, organismes de sécurité sociale,

administrations, collectivités territoriales, etc.) qui contribuent aux missions du pôle par le développement d'activités et de prestations. Les pôles sont :

- des centres de ressources ;
- des lieux d'appui aux acteurs régionaux (conseil en méthodologie, appui à l'évaluation de projets, formation, appui documentaire, accompagnement à l'utilisation d'outils d'intervention, appui à la démarche-qualité) ;
- des espaces d'échanges de pratiques entre professionnels intersectoriels (santé, social, éducation, médicosocial, etc.) ;
- des lieux d'appui aux ARS pour l'élaboration et l'application des politiques de santé régionales.

Nous choisissons de citer ici les associations désignées au CNSP **[64]**. Détailler précisément les différentes missions de chacune d'entre elles nous semble laborieux et nous suggérons au porteur de projet de se renseigner sur Internet⁴¹ et lors de rencontres avec ces structures associatives.

- Union nationale des associations familiales (Unaf)
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)
- Association ATD Quart-monde
- Association des collectifs enfants, parents, professionnels (Acepp)
- Centre national d'information sur le droit des femmes et des familles (CNIDFF)
- Confédération nationale des associations familiales catholiques (CNAFC)
- Confédération syndicale des familles (CSF)
- Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF)
- Fédération nationale couples et familles (FNCF)
- Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE)
- Fédération nationale familles rurales (FNFR)
- Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux (FENAMEF)
- Association pour la médiation familiale (APMF)
- Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques (FCPE)
- Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public (Peep)
- Union nationale des parents d'élèves de l'enseignement libre (Unapel)
- Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas)
- Union nationale des associations de parrainage de proximité (Unapp)
- Fédération nationale des Francas pour le collectif des associations

41. Voir sitographie.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

Les dispositifs, structures et acteurs développant la promotion de la santé et l'accompagnement à la parentalité sont nombreux, avec des statuts et des modalités d'interventions variés. La prise en compte de ce contexte est nécessaire pour que le projet développé trouve tout son sens.

Réaliser une carte partenariale [65] sur le territoire peut être un outil intéressant pour rendre visible la place de chacun. Par exemple, à l'Inpes, pour présenter le panorama des acteurs un tableau a été réalisé [tableau VII]. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif mais permet de repérer les principaux partenaires impliqués dans ce champ.

TABLEAU VII

Principaux partenaires impliqués dans des actions concernant la parentalité

	Ministère délégué à la Ville	Ministère de l'Éducation nationale	Ministère des Affaires sociales et de la Santé	Organismes de Protection sociale	Collectivités territoriales	Associations
National	SGCIV Acisé	DGESCO	(HCSP) DGS	DGCS CNAF MSA	AMF ADF	Plus de 80 associations dont 19 têtes de réseaux
Régional		Rectorat (Siège de l'Académie)	ARS	DRJSCS	Conseil régional	Associations Type fédération
Départemental	Préfet	DSDEN	DT	DDCS CDDF Reaap	CAF CDSP Reaap	Conseil général (PMI et ASE) Associations
Local	ASV PRE	CESC Actions en direction des parents		CLAS Vacances famille Médiation familiale RAM LAEP	Services PMI Communes LAEP Crèches PIF PRE	Associations

Bibliographie

- Les sites internet mentionnés ont été consultés le 25/09/2013.
- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986.
En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [2] Coulon N. Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents ? *Journal du droit des jeunes*, avril 2012, n° 314 : p. 22-27.
- [3] Coulon N., Dewaele J., Guilloteau D., Mariage D., Demerval R. Le programme « Être Maman ou Papa pour la première fois : exemple de renforcement du soutien social pour promouvoir la santé des parents et de leurs enfants ». *Sociologie et Santé*, 2008, n° 28 : p. 145-157.
- [4] Coulon N. Le programme « Être Maman ou Papa pour la première fois : une recherche-action pour promouvoir la santé familiale à l'arrivée du premier enfant ». In : Cresson G., Metboul M. dir. *Famille et santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010 : p. 229-242.
- [5] Coulon N., Klein J.-F. Être parent pour la première fois [dossier : Aide à la parentalité]. *Le Pédiatre*, 2011, n° 244 : p. 19-21.
- [6] Arcella-Giroux P. *La santé mentale une affaire de tous : l'expérience développée par l'Atelier santé-ville d'Aubervilliers* [document en ligne]. 2010.
En ligne : <http://www.inet.cnfpt.fr/documents/082007/310807110928InterventionAVSAubervilliers.pdf>
- [7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Espace info-familles* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espace-info-familles,2094/>
- [8] Réseau des Référentes Familles du Territoire de Belfort. *Méthodologie de projet. Exemple à partir d'un Projet d'Appui à la Parentalité* [document en ligne]. 2010.
En ligne : <http://www.reaap90.fr/userfiles/files/Boite%20%C3%A0%20outils%20-%20Lexique/methodologie-Projet-Action-appui-parentalite.pdf>
- [9] Comité départemental d'animation du réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP). *Guide méthodologique de mobilisation des parents*. [document en ligne]. s.d.
En ligne : http://www.reaap86.fr/upload/pdf/guide_methodo_mobilisation_des_parents_seance_4.pdf
- [10] DIF, DGAS. *Évaluation qualitative des REAAP : Rapport*. Paris : ASDO Études, 2009 : 71 p.
En ligne : http://www.parent62.org/wp-content/uploads/2009/08/rapport_etude_reaap_2009.pdf
- [11] Lopez A., Moleux M., Schaezel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 83 p.
- [12] Fond social européen en France. *Le feader* [page internet]. 2013.
En ligne : <http://www.fse.gouv.fr/qu-est-ce-que-le-fse/en-savoir-plus-sur-les-programmes/d-autres-projets-d-autres-fonds/article/le-feader>
- [13] Duguay R. M. *Accueil et accompagnement des parents (AAP) - recension des écrits*. Moncton : Université de Moncton, 2009 : 38 p.
En ligne : http://cnpf.ca/documents/accueil_et_accompagnement_des_parents_aap_recension_des_ecrits.pdf
- [14] Frank F., Smith A. *Guide du partenariat*. Gatineau : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 : 90 p.
En ligne : publications.gc.ca/collections/Collection/MP43-373-1-2000F.pdf
- [15] Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents. *La boîte à outils du REAAP 90* [page internet]. s.d.
En ligne : http://www.reaap90.fr/page/1628_boites_a_outils_reaap90_caf_de_belfort.php

- [16] Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 137 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>
- [17] Moscovici S., Buschini F. dir. *Les méthodes des sciences humaines*. Paris : PUF, coll. Fondamental, 2003 : 476 p.
- [18] Ferreol G., dir. *Sociologie, cours, méthodes et applications*. Rosny : Bréal, 2004 : 400 p.
- [19] de Singly F. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan Université, coll. 128, 1992 : 128 p.
- [20] Baudier F. *Éducation pour la santé. Guide pratique*. Besançon : CDES, ADEESSE, 1987 : 178 p.
- [21] Mairie de Saint-Brieuc. *Dormir, c'est grandir aussi* [page internet]. 2013.
En ligne : <http://www.saint-brieuc.fr/Dormir-c-est-grandir-aussi.3645.0.html>
- [22] Quint Essenz. *Formuler les objectifs de projet* [page internet]. 25/02/2012.
En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1133>
- [23] Douiller A. *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Brignais : Le Coudrier, coll. Outils pour la santé publique, 2012 : 191 p.
- [24] *Le portail francophone de l'évaluation* [site Internet]. 2013.
En ligne : <http://evaluation.francophonie.org/>
- [25] Potvin L., Goldberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. dir. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2006 : p. 457-474.
- [26] Jabot F. Enjeux et pratiques de l'évaluation [dossier Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation]. *La santé de l'Homme*, juillet-août 2007, n° 390 : p. 14-16.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Slh/articles/390/02.htm>
- [27] Eme B. *Protection de l'enfance. Paroles de professionnels d'action éducative en milieu ouvert et enjeux pour l'évaluation*. Paris : l'Harmattan, 2009 : p. 289.
- [28] Neyrand G. *Soutenir et contrôler les parents : Le dispositif de parentalité*. Toulouse : Érès, 2011 : 171 p.
- [29] Durning P., Boutin G. *Les interventions auprès des parents. Innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 1999 : 201 p.
- [30] Prévot O., dir. *Intervenir auprès des parents : réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen*. Paris : Éd. Familles Rurales, 2010 : 262 p.
- [31] Rostan F., Simon C., Ulmer Z. *Promouvoir l'activité physique des jeunes, élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : p. 25-28.
- [32] Bauchet M., Jabot F. *Glossaire des mots-clés de l'évaluation* [dossier Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation]. Saint Denis : Inpes, La Santé de l'homme, juillet-août 2007, n° 390 : p. 22-23.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>
- [33] Potvin L., Bilodeau A., Gendron S. *Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé*. Paris : IUHPE, Promotion et éducation, 2008 : p. 17-21.
- [34] OCDE. *Normes de qualité pour l'évaluation du développement. Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD*. Paris : OCDE Éd., 2010 : 24 p.
En ligne : <http://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/44920384.pdf>
- [35] Nock F. *Petit guide de l'évaluation en prévention et promotion de la santé*. Paris : Fédération nationale de la mutualité française, 2006 : 89 p.
- [36] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Outils méthodologiques, Preffi 2.0. Un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé* [page internet].
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/preffi/preffi.asp>
- [37] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Interventions précoces, soutien à la parentalité* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/>

- [38] Ministère de l'Éducation nationale. *Eduscol : portail national des professionnels de l'éducation. Soutien à la parentalité* [page internet]. 2011.
En ligne : <http://eduscol.education.fr/cid53753/soutien-a-la-parentalite.html>
- [39] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Interventions précoces, soutien à la parentalité* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/spip.php?rubrique7>
- [40] *Haut conseil de la famille* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.hcf-famille.fr/>
- [41] Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. *Décret n° 2010-1308 du 2 novembre 2010 portant création du Comité national de soutien à la parentalité*. Bulletin officiel n° 0255 du 3 novembre 2010.
En ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Decret_CNSP.pdf
- [42] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Le comité national de soutien à la parentalité* [page internet]. 2012.
En ligne : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/famille.774/dossiers.725/soutien-a-la-parentalite.1794/le-comite-national-de-soutien-a-la,2090/le-comite-national-de-soutien-a-la,14630.html>
- [43] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Interventions précoces, soutien à la parentalité* [page internet]. 2013.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/spip.php?page=ipb_new_article&id_article=11056&id_rubrique=2069&id_branche=2066¤t=&rub_cour=
- [44] République française. *Le défenseur des droits. Faire respecter vos droits. Défense des droits des enfants* [page internet]. 2013.
En ligne : <http://www.defenseurdesdroits.fr/connaître-son-action/la-defense-des-droits-de-lenfant>
- [45] République française. *Le portail des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.drjcs.gouv.fr/>
- [46] *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr>
- [47] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Catalogue des documents d'éducation pour la santé* [page internet]. 2013.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/rech_doc.asp
- [48] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Politique de subventions de l'Inpes pour l'exercice 2013* [page internet]. 2013.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/INPES/politique-subventions.asp>
- [49] République française. *Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles*. Bulletin officiel n° 0281 du 4 décembre 2009.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000021374056>
- [50] République française. *Vie publique au cœur des débats. Quelles sont les compétences exercées par les régions ?* [page internet]. 2012.
En ligne : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/pouvoirs/quels-sont-domaines-intervention-region.html>
- [51] Malochet V. *Aide à la parentalité : étude sur la politique régionale de soutien aux structures porteuses de projet (2000-2010)*. Paris : IAU, 2011 : 100 p.
En ligne : http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_792/Aide_a_la_parentalite.pdf
- [52] République française. *Décret n° 2002-798 du 3 mai 2002 relatif à la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants*. J.O n° 105 du 5 mai 2002 : p. 8660, texte n° 72.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000590872&dateTexte=&categorieLien=id>
- [53] Topuz B. Fiche 9 : Protection maternelle et infantile. In : Bourdillon F., dir. *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : p. 96-100.
- [54] Jourdain-Menninger D., Roussille B., Vienne P., Lannelongue C. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France* [Rapport de synthèse]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2006 : 489 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/074000139/0000.pdf

- [55] Ministère de la Santé et de la Solidarité. *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Ministère de la Santé et de la Solidarité, coll. Guide pratique protection de l'enfance : 100 p.
En ligne : <http://www.reforme-enfance.fr/images/documents/guideprevention.pdf>
- [56] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Mesurer pour comprendre. Définitions et méthodes : Établissement public de coopération intercommunale / EPCI* [page internet]. 2013.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/etab-pub-cooper-intercom.htm>
- [57] Unicef. *Ville amie des enfants. Les droits des enfants sont universels. Agissons dans notre ville* [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.villesamiesdesenfants.com/>
- [58] Réseau français des Villes-Santé de l'OMS [site internet]. 2013.
En ligne : <http://www.villes-sante.com/>
- [59] Délégation interministérielle à la ville (DIV), Direction générale de la santé (DGS). *Circulaire DIV-DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville*.
En ligne : http://i.ville.gouv.fr/index.php/download_file/739/770/circulaire-div-dgs-du-13-juin-2000-sur-la-mise-en-oeuvre-des-ateliers-sante-ville
- [60] DeFrance I., Lefeuvre J.Y. coord. *Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV)*. Paris : CIV, 2012 : 45 p.
En ligne : <http://www.ville.gouv.fr/?un-referentiel-national-des,2153>
- [61] Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf). *Temps forts et chiffres clés*. Paris : Caisse nationale d'allocations familiales, 2010 : 12 p.
En ligne : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Quisommesns/Presentation/Enbref/temps_forts_2010.pdf
- [62] Guillaudeau V., Crépin A. Évaluation de la politique petite enfance par les communes. *Dossier d'études*, 2012, n° 151 : 87 p.
En ligne : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_151_-_evaluation_politique_petite_enfance.pdf
- [63] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les pôles régionaux de compétences* [page internet]. 2012.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/espace-reseau/poles-regionaux.asp>
- [64] Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. *Arrêté du 6 décembre 2010 portant désignation des associations membres du Comité national de soutien à la parentalité*. JORF n° 0289 du 14 décembre 2010.
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023229739&dateTexte=&categorieLien=id>
- [65] Hincelin L. *Comment élaborer sa carte partenariale et rendre visible le « Qui fait quoi » sur son territoire ?* Institut régional de la Ville Nord-Pas-de-Calais, Centre de ressources politique de la ville en Nord-Pas-de-Calais.
En ligne : http://www.irev.fr/sites/www.irev.fr/files/carte_partenariale_3p_0.pdf

Conclusion

Penser et mettre en œuvre des actions de promotion de la santé en direction des enfants ne saurait se passer de la prise en compte des parents et donc d'intégrer la dimension du soutien à la parentalité qui s'est développé en France depuis les années quatre-vingts. Pourquoi ? Parce qu'« un enfant seul ça n'existe pas » pourrait-on dire en paraphrasant le célèbre pédiatre et psychanalyste Donald W. Winnicott. Lorsqu'il s'agit de promouvoir sa santé, on ne peut se dispenser de s'appuyer sur l'implication et la participation des parents.

Il s'est donc agi ici, pour remplir cette mission, de combiner plusieurs points de vue, plusieurs cultures, plusieurs paradigmes. Quels sont-ils ?

En tout premier lieu, le paradigme de la promotion de la santé, qui sait depuis longtemps combien le changement des usages sociaux, individuels ou collectifs ne survient qu'à la condition de prendre en compte la globalité des facteurs environnementaux qui président à la survenue d'une donnée sociale, d'un comportement humain.

Puis le paradigme des recherches universitaires sur les méthodologies de projets et d'action en matière d'intervention sociale en général et d'aide à la parentalité et de soutien aux familles

en particulier. Par leur connaissance tant du terrain que des dispositifs institutionnels –administratifs et politiques– ces recherches peuvent guider utilement les pratiques dans leurs phases de conception et de mise en place ainsi que l'évaluation.

Également, le paradigme théorico-clinique inspiré par la compréhension psychologique et psychanalytique des besoins des enfants en particulier et des personnes en général, qui a pris acte depuis un moment déjà de la nécessité de n'envisager la vie de l'enfant que dans son appartenance familiale et la prise en compte des parents que dans le respect de la spécificité de leur fonction, actuellement en pleine mutation.

Le paradigme de la science sociologique enfin et de la prise en compte de l'histoire des idées et des pratiques d'aide aux parents et de soutien des liens familiaux, qui nous donne des indications précieuses quant aux outils conceptuels qui peuvent nous aider à penser l'action en la matière.

Il fallait au moins cela pour construire ce guide et nous espérons qu'à faire collaborer des sciences, des points de vue et des pratiques qui, ordinairement, au mieux se côtoient, nous avons fait œuvre d'exemple de ce qui, dans ce domaine comme dans tant d'autres, s'avère nécessaire. En effet, penser et mettre en œuvre des actions de promotion de la santé en direction des enfants prenant en compte leurs parents ne saurait se réaliser de manière optimale sans faire travailler ensemble parents, professionnels, bénévoles, élus, etc. L'approche contextuelle –« écosystémique » avons-nous dit– qui s'impose ici, se conjugue à une perspective coopérative dans ses applications, là où la prétention à l'efficacité ne peut faire l'économie de la combinaison des savoirs et des pouvoirs, structurellement limités, des uns aux savoirs et aux pouvoirs, pareillement limités, des autres.

En effet, l'intérêt du jeune enfant, vers qui s'oriente l'intention collective de promouvoir sa santé, ne saurait se déployer favorablement dans un rapport de concurrence entre les expertises et dans une méconnaissance voire un déni de la participation des parents. La promotion de la santé du petit enfant requiert, tout au contraire, la condition de faire s'accorder des intentions –parentales, professionnelles, savantes, politiques, etc.– concordantes plutôt que concurrentes.

Gageons que l'évolution actuelle de nos manières de « faire famille » constitue un contexte sociétal qui rendra non seulement utile mais nécessaire notre travail ici présenté, que d'autres auront, nous en sommes certains, à cœur d'enrichir.

Annexes



Bibliographie

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 25/09/2013.

La parentalité : généralités

- Apter G., coord., Candilis D., Hubin-Gayte M., Minjollet P., Valente M., Garez V., *et al.* *Être parents aujourd'hui*. Courbevoie : Fondation Mustela, 2012 : 62 p.
- Boisson M., Verjus A. *La parentalité, une action de citoyenneté : une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004)*. Paris : Caisse nationale des allocations familiales, coll. Dossiers d'étude, 2004, n°62 : 84 p.
En ligne : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_62_-_parentalite.pdf
- Bouregba A., Ott L. coord. Dossier : Être parents aujourd'hui. *Journal des Professionnels de L'Enfance*, mars-avril 2008, n°51 : p. 35-65.
- Clément R. *Parents en souffrance*. Paris : Stock, 1993 : 335 p.
- Coum D., dir. *Que veut dire être parent aujourd'hui ?* Toulouse : Érès, 2008 : 286 p.
- Coum D., dir. *De la difficulté d'être parent*. Brest : Parentel, 2010 : 230 p.
- Daly M., Abela A., Berlioz G., Janson S. *La parentalité dans l'Europe contemporaine : une approche positive*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2007 : 187 p.

- Fontaine A.-M., Pourtois J.-P. *Regards sur l'éducation familiale : Représentation, Responsabilité, Intervention*. Bruxelles : De Boeck Université, 1998 : 323 p.
- Houzel D., dir. *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Érès, 1999 : 198 p.
- Jésus F. *Co-éduquer : pour un développement social durable*. Paris : Dunod, 2004 : 183 p.
- Kellerhalls J., Widmer E., Lévy R. *Mesure et démesure du couple : cohésion, crises et résilience dans la vie des couples*. Paris : Payot, 2008 : 256 p.
- Moro M. R. *Mille et une façons de bien s'occuper des bébés - Aider les parents et les bébés d'où qu'ils viennent*. Courbevoie : Fondation Mustela, 2011 : 61 p.
- Neyrand G. *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*. Toulouse : Érès, octobre 2011 : 171 p.
- Ott L. *Travailler avec les familles. Parents-professionnels : un nouveau partage de la relation éducative*. Paris : Érès, 2008 [2004] : 123 p.
- Quentel J.-C. *Le parent : responsabilité et culpabilité en question (2^e éd.)*. Bruxelles : De Boeck, 2008 : 328 p.
- Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. *Villes, parentalité et santé : un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales* [Actes du colloque]. Villeurbanne, 24/10/2012. Rennes : Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2013 : 56 p.
En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/RFVS_Actes_colloque_parentalite_oct2012.pdf
- Ségalen M. *Sociologie de la famille*. (5^e éd.) Paris : Armand Colin, 2005 : 188 p.
- Sellenet C. *La parentalité décryptée : pertinences et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan, 2007 : 188 p.
- de Singly F. *Libres ensemble*. Paris : Nathan, 2000 : 253 p.
- Tasker F. L., Golombok S. *Grandir dans une famille lesbienne : quels effets sur le développement de l'enfant ?* Thiron : ESF éditeur, coll. La vie de l'enfant, 2002 : 203 p.
- Théry I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui, rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Garde des Sceaux, ministre de la Justice*. Paris : Odile Jacob, la Documentation française, 1998 : 413 p.
- Être parents aujourd'hui : dossier. *L'École des parents*, 1999, n° 5 : p. 26-59.
- La parentalité : dossier. *Familles rurales*, 1999, n°491 : p. 11-23.
- Nouvelles figures de la parentalité. *Informations sociales*, Cnaf, 2008, n°149 : 161 p.
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-5.htm>

- Parentalité : l'art de grandir ensemble. *Non-Violence Actualité*, 2007, n°297 : 26 p.
- Parents malgré tout : dossier. *L'École des parents*, 2006, n° 557 : pp. 19-39.

Les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

- Bastard B., Cardia-Voneche L. Comment la parentalité vint à l'État : retour sur l'expérience des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. *Revue française des affaires sociales*, 2004, n°4 : p. 155-172.
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-155.htm>
- Crépin C. *Le rôle de parent. Attentes et besoins des familles : actions innovantes dans les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents*. Dossiers d'Études [Cnaf], 2011, n°144 : 76 p.
En ligne : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/Dossier%20144%20-%20Le%20r%F4le%20de%20parent.pdf
- Escaffre-Groussard N., Benhaïm A., Davin F., Apostolidis T. (Interface Sud, Marseille), Comité de Pilotage du REAAP 13, com. REAAP : *Diagnostic territorial partagé. Département des Bouches-du-Rhône. Attentes et besoins des familles dans le cadre de la fonction parentale* [Rapport]. Marseille : DRASS PACA, 2007 : 70 p.
En ligne : http://www.paca.sante.gouv.fr/pow/idcplg?IdcService=GET_FILE&ssSourceNodeId=501&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=PACA_003580
- Roussille B., Nosmas J.-P. *Évaluation du dispositif des réseaux d'accompagnement des parents (REAAP)*. Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2004 : 215 p.
- Strohl H. *Commission santé publique - rapport n° 88o 027*. Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS), juillet 1986.
- UDAF des Hautes Alpes. *Le Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) des Hautes-Alpes : diagnostic territorial*. Gap : UDAF des Hautes Alpes, 2007 : 38 p.

Soutien à la parentalité

- Bosse-Platière S., Loutre-du-Pasquier N., Gelot J. *Accueillir les parents des jeunes enfants. Un soutien à la parentalité*. Toulouse : Érès, coll. Petite enfance et parentalité, 2004 : 222 p.
- Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf). *Lieux d'accueil enfants-parents : bilan au 31/12/1998*. Caisse nationale des allocations familiales, 2000 : 15 p. + 12 p.
- Délégation interministérielle à la famille. *Écouter, accompagner, aider les parents*. 2000 : 38 p. + annexes : 90 p.

- Dumont B., Fonseca C., Haene M. D., Le Grand-Sebille C., Titran M. *Accompagner*. Toulouse : Érès, coll. Mille et un bébés, 2000 : 63 p.
- Erny P., Jeong M.R. *Expériences de formation parentale et familiale : France - Allemagne - Belgique - Amérique du Nord - Corée du Sud*. Paris : L'Harmattan, 1996 : 271 p.
- Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS). *Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité*. 2009 : 167 p.
En ligne : <http://www.fnars.org/index.php/les-personnes-accueillies/enfance-famille/211-ressources-documentaires/1663-guide-de-bonnes-pratiques-de-soutien-a-la-parentalite>
- Hamel M.-P., Lemoine S., Centre d'analyse stratégique. *Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale* [rapport]. Paris : La Documentation française, 2012 : 258 p.
En ligne : <http://www.strategie.gouv.fr/content/rapport-aider-les-parents-etre-parents-le-soutien-la-parentalite-une-perspective-internation>
- Jacquy-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P., Inspection générale des affaires sociales. *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité* (MAP - volet 1). Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2013 : 201 p.
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000110-evaluation-de-la-politique-de-soutien-a-la-parentalite-map-volet-1>
- Neyrand G. *Soutenir et contrôler les parents : le dispositif de parentalité*. Toulouse : Érès, octobre 2011 : 171 p.
- Ribes B. *L'accompagnement des parents*. Paris : Dunod, 2003 : 178 p.
- Terrisse B., Larivée S.J., Kalubi J.C. coord. *Soutien à la parentalité : les attentes des parents. La revue internationale de l'éducation familiale*, Paris : L'Harmattan, 2008, n°23 : 168 p.
- Thollon-Behar M.P. *Parents, professionnels, comment éduquer ensemble un petit enfant ?* Toulouse : Érès, 2005 : 199 p.
- Union nationale des associations familiales (UNAF). *Soutien à la parentalité : avec et pour les parents. Réalités familiales*, n°100-101, 2012.
- Les groupes de parole de parents. *L'École des parents*, 2001, n° HS1 : 55 p.
- *Politique nationale de soutien à la parentalité. Des propositions pour avancer*, présentées par Claude Greff, secrétaire d'État chargée de la famille, 18 novembre 2011.
- *Soutien à la parentalité : les attentes des parents. Revue internationale de l'éducation familiale*, 2008, n°23 : 164 p.
- *Soutien à la parentalité, des lieux pour les parents : Éducation parentale, autorité parentale, l'invention au quotidien*. Union départementale des associations familiales du Bas-Rhin, UDAF 67, 1999 : 36'.

Éléments juridiques

Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

■ Délégation interministérielle à la famille, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Direction de l'action sociale, Direction de la population et des migrations. *Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents*. Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 15-21 mars 1999, n° 99/11 : AG1-13-762.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-11/ao110762.htm>

■ Délégation interministérielle à la famille, Direction générale de l'action sociale, Direction de l'enseignement scolaire, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Direction de la population et des migrations. *Circulaire DIF/DGAS/DESCO/DIV/DPM n° 2004/351 du 13 juillet 2004 relative aux Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, REAAP*. Texte non paru au Journal officiel.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-36/ao362541.htm>

■ Délégation interministérielle à la famille, Direction générale de l'action sociale, Direction de l'enseignement scolaire, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Direction de la population et des migrations. *Circulaire DIF/DGAS/2B/DESCO/DIV/DPM n° 2006-65 du 13 février 2006 relative aux Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, REAAP*. Texte non paru au Journal officiel.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030042.htm>

■ Délégation interministérielle à la famille, Direction générale de l'action sociale, Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté, Direction de l'enseignement scolaire, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain. *Circulaire interministérielle DIF/DGAS/2B/DAIC/DGESCO/DIV n° 2008-361 du 11 décembre 2008 relative aux Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, REAAP*. Texte non paru au Journal officiel.

■ Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). *Circulaire CNAF LC-N°2009-077 du 13 mai 2009 relative à la Convention d'objectif et de gestion relative à la mission de soutien à la fonction parentale*.

■ Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Direction générale de l'enseignement scolaire, Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté. *Circulaire interministérielle DGCS/SD2C/DPJJ/SAD-JAV/DGESCO/SG-CIV/DAIC n° 2012-63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité au plan départemental*. Bulletin officiel ministère des Affaires sociales et de la Santé, 15 juin 2012, n° 2012/5 :

En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/04/cir_35128.pdf

Droit de la famille

■ Fossier T. Un droit de la famille centré sur la parentalité. *Informations sociales*, 2008, n°149 : p. 32-38.

En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-5-page-32.htm>

■ Guillaudeau V., Crépin A. *Évaluation de la politique petite enfance par les communes*. CNAF, Dossier d'études n°151, 2012 : 87 p.

En ligne : <http://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/Evaluation-politique-petite-enfance.pdf>

■ Labrusse-Riou C. Le droit de la famille. In : *Encyclopédia Universalis* (vol. 9). Paris : Albin Michel, cop. 2002 : 188-191.

Autorité parentale : textes juridiques

■ République française. *Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale*. Journal officiel de la République française, 5 juin 1970 : p. 5227-5230.

En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000693433
Remplace la notion de « puissance paternelle » par celle d'« autorité parentale ».

■ République française. *Loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce*. Journal officiel de la République française, 12 juillet 1975 : p. 7171-7178.

En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000888294
Modifie en profondeur un régime jusqu'alors uniquement fondé sur la faute et instaure une pluralité de cas de divorces, dont le divorce par consentement mutuel.

■ République française. *Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 sur l'exercice de l'autorité parentale*. Journal officiel de la République française, 24 juillet 1987 : p. 8253-8254.

En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000508821
Dite « loi Malhuret », cette loi étend l'exercice de l'autorité parentale par les deux parents aux couples non mariés et aux couples divorcés.

■ République française. *Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales*. Journal officiel de la République française, 9 janvier 1993 : p. 495-499.

En ligne : http://legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000361918
Confirme l'exercice commun de l'autorité parentale et institue le juge aux affaires familiales.

■ République française. *Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale*. Journal officiel de la République française, 5 mars 2002 : p. 4161-4166.

En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352
Statue sur les cas de désunion soumis au juge des affaires familiales pour une meilleure sauvegarde des intérêts de l'enfant mineur, introduit la médiation familiale dans le Code civil et promeut la résidence alternée comme mode d'accueil privilégié lors de la séparation des parents.

Protection de l'enfance

■ La Défenseure des Enfants. *Rapport d'activité 2008*. Paris : La Documentation française, 2008 : 114 p.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000715/index.shtml>

■ Durning P., Boutin G. *Les interventions auprès des parents : innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*. Paris : Dunod, 1999 : 201 p.

■ Renoux M.C. *Réussir la protection de l'enfance avec les familles en précarité*. Ivry-sur-Seine : Éd. l'Atelier, 2008 : 256 p.

La petite enfance

■ Atger F., Guedeney A. *Attachement et développement*. Paris : EMC (Elsevier SAS), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-35, 2006 : 9 p.

■ Ben Soussan P. *Le livre blanc de la périnatalité en France. Quelques ambitions et propositions à l'usage de Monsieur le Président de la République*. Toulouse : Érès, coll. Spirale, mars 2007, n°41 : 205 p.

■ Coulon N., Cresson G., coord. *La petite enfance : entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2007 : 231 p.

■ Guedeney A., Le Meur H. S'attacher pour mieux se libérer. *La Recherche*, juillet-août 2005, n°388 : 66-69.

■ Hassani A., Letoret A., Morellec J. *Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. Paris : Berger-Levrault, coll. Les indispensables, 2009 : 502 p.

■ Jobin L., et al., coord. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 2004 : 60 p. + annexes.

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/.../2004/04-836-02W.pdf>

■ Le collectif Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans. *La prévention prévenante en action*. Toulouse : Érès, 2012 : 240 p.

■ Neyrand G. *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris : PUF, 2000 : 394 p.

Éléments statistiques

■ Chardon O., Daguét F. *Enfants des couples, enfants des familles monoparentales : des différences marquées pour les jeunes enfants*. Insee Première, janvier 2009, n° 1216 : p. 1-4.

En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1216/ip1216.pdf>

■ La Défenseure des enfants. *Rapport thématique 2008 : Enfants au cœur des séparations parentales conflictuelles*.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000714/index.shtml>

■ De la Rochebrochard E. 200 000 enfants conçus par fécondation in vitro en France depuis 30 ans. *Population & Sociétés*, décembre 2008, n° 451 : p. 1-4.

En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1420/publi_pdfi_451.pdf

■ Tursz A. *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*. Paris : Lavoisier, 2008 : 220 p.

L'accueil collectif des enfants

■ Bailleau G. *L'accueil collectif et en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2006*. Paris : Drees, Études et résultats, 2007, n° 608 : 8 p.

En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-accueil-collectif-et-en-creches-familiales-des-enfants-de-moins-de-6-ans-en-2006,4441.html>

■ Bailleau G., Borderies F. *L'offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2009*. Paris : Drees, Études et résultats, 2011, n° 763 : 8 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/no-763-l-offre-d-accueil-des-enfants-de-moins-de-3-ans-en-2009.html>

■ Borderies F. *L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de trois ans en 2010. Enquête annuelle auprès des services de PMI*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Statistiques, 2012, n° 174.

■ Bouve C., Moisset P., Rayna S. dir. *Petite enfance et parentalité. Pour un accueil de qualité de la petite enfance : quel curriculum ?* Toulouse : Érès, coll. Petite enfance et parentalité, 2009 : 416 p.

■ Chauffaut D., Crépin A., Guillaudeux V. *Baromètre de l'accueil du jeune enfant : une situation globalement satisfaisante, des marges de progrès*. Paris : Cnaf, l'essentiel, 2012, n° 118 : 4 p.

En ligne : <http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/118%20ESSENTIEL%20-%20barometre%20petite%20enfance.pdf>

■ Hamel M.-P., Lemoine S. *Quel avenir pour l'accueil des jeunes enfants ?* Centre d'analyse stratégique, La Note d'analyse, 2012, n° 257 : 12 p.

En ligne : <http://www.strategie.gouv.fr/content/quel-avenir-pour-laccueil-des-jeunes-enfants-note-danalyse-257-janvier-2012>

■ Nicolas M., Boyer D. *Temps d'accueil des jeunes enfants : une standardisation de l'offre ? : étude exploratoire*. Cnaf, Politiques sociales et familiales, 2010, n° 101 : p. 65-73.

En ligne : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/PSF/101/PSF101-2-MNicolas_BBoyer.pdf

■ Papon M., Martin P. *Rapport d'information sur la scolarisation des jeunes enfants*. Paris : Sénat, coll. Rapport d'information du Sénat, 22 oct. 2008, n° 47 : 91 p.

En ligne : <http://www.senat.fr/rap/ro8-047/ro8-0471.pdf>

■ Rayna S., Belan X. dir. *Quel accueil demain pour la petite enfance ? Élaborer une politique et des pratiques adaptées aux évolutions de la société française*. Toulouse : Érès, 2007 : 230 p.

■ Sa S. Petite enfance : les nouvelles normes d'accueil collectif : dossier juridique. *Travail social actualités*, 2010, n° 15 : p. 34-39

Promotion de la santé et approche socio-écologique

Concepts

- Absil G., Vandoorne C., Demarteau M. *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Liège : Université de Liège, 2012 : 19 p.
En ligne : <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>
- Bautier E., Rochex J.-Y. *Henri Wallon : L'enfant et ses milieux*. Paris : Hachette éducation, 1999 : 144 p.
- Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979 : 348 p.
- Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 1986, 22 : 723-742.
- Bronfenbrenner U. Le modèle "Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. In : Tessier R., Tarabulsky G. M. ed. *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec, 1996 : p. 9-59.
- Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks, CA : Sage, 2004 : 283 p.
- Ferron C., Tessier S. Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé [dossier]. *La Santé de l'Homme*, mai-juin 2005, n° 377 : p. 15-57.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/377.asp>
- Sabatier C. Enfant et milieux. In : Rondal J. A., Esperet E. dir. *Manuel de Psychologie de l'enfant*. Sprimont : Mardaga, 1999 : p. 157-190.

Éléments de méthodes en promotion de la santé et/ou accompagnement à la parentalité

- Cherbonnier A. Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... *Bruxelles Santé*, 2005, Numéro spécial : 55 p.
En ligne : <http://www.questionsante.org/o3publications/charger/agirpromosante.pdf>
- Comité départemental d'éducation pour la santé du Pas-de-Calais. *Guide à l'usage des porteurs de projets en parentalité*. Arras : CDES Pas-de-Calais, 2003 : 45 p.
En ligne : http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/prs/guide_porteur/pdf/projparent.pdf
- Desjardins N., Dumont J., Laverdure J., Poissant J. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Québec : Santé et services sociaux Québec, 2005 : 170 p.
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-836-01.pdf>

■ Prévôt O., dir. *Intervenir auprès des parents : réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen*. Paris : Familles Rurales, nov. 2010 : 262 p.

■ Renaud L., Lafontaine G. *Guide pratique : intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal : Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 2011 : 36 p.

En ligne : <http://www.refips.org/publications.php?function=detailsPublication&id=34>

Pour des pratiques de promotion de la santé inspirées par des approches socio-écologiques

■ Green L. W., Kreuter M. W. *Health Program Planning: an Educational and Ecological Approach* (4th ed.). New York : McGraw-Hill Higher Education, 2004 : 458 p.

■ Renaud L., Gomez Zamudio M., Green L. W. *Planifier pour mieux agir*. Montréal : Refips, 1998 : 154 p.

■ Renaud L., Lafontaine G. *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique. Guide pratique*. Montréal : Refips, coll. Partage, 2011 : 36 p.

En ligne : http://www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPS_approcheecologique.pdf

■ Richard L., Bathélémy L., Tremblay M.-C., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1417>

■ Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir. *Promouvoir l'activité physique des jeunes, élaborer et développer un projet de type Icaps*. Paris : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : p 25-28.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1347>

Évaluation

■ ERSP Rhône-Alpes. *L'évaluation en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social*. Lyon : ERSP, 2008 : 36 p.

En ligne : <http://www.ersp.org/elearning/accueil.asp>

■ ERSP Rhône-Alpes. *Le Groupe-ressource en Évaluation de l'Espace régional de santé publique* [page internet]. 2011.

En ligne : http://www.ersp.org/evaluation/pdf/plaquette_evaluation_2013.pdf

■ Gerhart C., coord. *Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs : document de travail*. Paris : Direction générale de la santé, 2008 : 46 p.

En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/395591>

■ Jacquet-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P. *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité* [rapport]. Paris : IGAS, février 2013 : 98 p. + annexes.

En ligne : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article301>

- Société française de l'évaluation [site internet]. 2001.

En ligne : <http://www.sfe-asso.fr>

- Vandoorne C., Jabot F., Fond-Harmant L. coord. Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation [dossier]. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2007, n° 390 : p. 11-55

Inégalités sociales de santé

- Moquet M.-J., Potvin L. coord. *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention*, juillet-août 2011, n° 414 : 7-43.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

- Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 2009, 15 (1) : 7-16.

Les Ateliers santé-ville

- Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances. *Programme des interventions 2013*. Paris : Acsé, janvier 2013 : 76 p.

En ligne : <http://www.lacse.fr/wps/portal/internet/acse/accueil/nosdocuments>

Le Programme de réussite éducative

- *Créer les conditions de la réussite*. Paris : Acsé, coll. Les guides, Éducation, octobre 2012.

- *Programme des interventions de l'Acsé 2013*.

- Familles et personnels salariés dans le programme de réussite éducative, Repères. *Les études de l'Acsé*, mai 2011, n°001.

Parentalité et précarité

- Boucher M., dir. *Gouverner les familles : les classes populaires à l'épreuve de la parentalité*. Paris : L'Harmattan, 2012 : 471 p.

- Potekov T., Titran M. *Vies de familles. Un autre regard sur l'exclusion*. Paris : Gallimard, 1996 : 144 p.

- Zaouche Gaudron C., dir. *Précarités et éducation familiale*. Toulouse : Érès, 2011 : 455 p.

Sitographie

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 25/09/2013.

Démographie

■ Évolution du nombre de jeunes

En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOSo2129

■ Évolution du nombre d'enfants de moins de 6 ans

En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATENFo2128

■ Mortalité infantile et périnatale

En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-sd2004&page=irweb/SD2004/dd/sd2004_decès.htm

Voir le tableau T70

■ Enquêtes de la Drees :

Bailleau G. L'accueil collectif et en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2006. Études et résultats 2007 ; (608) : 1-8.

En ligne : <http://www.santé.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er608.pdf>

■ Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (InVS)

En ligne : http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/Biblio.htm#_Enfants

Rubrique « Ressources » sur le site de l'Observatoire de l'enfance

En ligne : <http://www.observatoirede-lenfance.org/spip.php?rubrique63>

Voir en particulier les rubriques « Bibliographie à propos des enfants » et « Études et recherches : dernières publications »

■ Données chiffrées concernant l'enfance en danger :

En ligne : http://www.oned.gouv.fr/index.php?option=com_content&view=section&id=6&Itemid=76

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9789287161345/>

Réseaux associatifs (liste non exhaustive)

Sigle	Intitulé	Site internet
Acepp	Association des collectifs enfants, parents, professionnels	http://www.acepp.asso.fr
AFCCC	Association française des centres de consultation conjugale	http://www.afccc.fr
APF	Association des paralysés de France	http://www.apf.asso.fr
APGL	Association des parents et futurs parents gays et lesbiens	http://www.apgl.fr
APMF	Association pour la médiation familiale	http://www.apmf.fr
ASSFAM	Association service social familial migrants	http://www.assfam.org
ATD Quart Monde	Mouvement ATD (agir tous pour la dignité) Quart monde	http://www.atd-quartmonde.fr
CNAFC	Confédération nationale des associations familiales catholiques	http://www.afc-france.org
CNIDFF	Centre national d'information sur le droit des femmes et des familles	http://www.infofemmes.com
CRF	Croix Rouge Française	http://www.croix-rouge.fr
CSF	Confédération syndicale des familles	http://www.csfriquet.org
EFA	Enfance & Familles d'adoption	http://www.adoptioneafa.org
FCPE	Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques	http://www.fcpe.asso.fr
FCSF	Fédération des centres sociaux et socioculturels de France	http://www.centres-sociaux.fr
Fenamef	Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux	http://www.mediation-familiale.org
FFER	Fédération française des espaces de rencontre	http://www.espaces-rencontre-enfants-parents.org
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité	http://www.ffrsp.fr
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale	http://www.fnars.org
FNCF	Fédération nationale couples et familles	http://www.couples-et-familles.com
FNEPE	Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs	http://www.ecoledesparents.org
Fnes	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé	http://www.fnes.fr
FNFR	Fédération nationale familles rurales	http://www.famillesrurales.org
Francas	Fédération nationale des Francas pour le collectif des associations	http://www.francas.asso.fr

Sigle	Intitulé	Site internet
GRAPE	Groupe de recherche et d'action pour l'enfance et l'adolescence	http://www.legrape.org
	Leche League France	http://www.lllfrance.org
	Maman Blues	http://www.maman-blues.fr
Ones	Organisation nationale des éducateurs spécialisés	http://www.ones-fr.org
OPE	Observatoire de la parentalité en entreprise	http://www.observatoire-parentalite.com
	Association Parentel	http://www.parentel.org
Peep	Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public	http://www.peep.asso.fr
RFVS	Réseau français des Villes-Santé de l'OMS	http://www.villes-sante.com
	Secours Catholique	http://www.secours-catholique.org
	Association Sparadrap	http://www.sparadrap.org
Unaf	Union nationale des associations familiales	http://www.unaf.fr
Unapel	Union nationale des parents d'élèves de l'enseignement libre	http://www.apel.fr
Unapp	Union nationale des associations de parrainage de proximité	http://www.unapp.net
Unccas	Union nationale des centres communaux d'action sociale	http://www.unccas.org
Uniopss	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux	http://www.uniopss.asso.fr

Fondations

Les fondations financent des projets, des bourses de recherche sur des sujets en lien avec la parentalité.

Intitulé	Site internet
Fondation Prem'Up	http://www.premup.org
Fondation Les Apprentis d'Auteuil	http://www.apprentis-auteuil.org/accueil.html
Fondation pour l'Enfance	http://www.fondation-enfance.org
Fondation de France	http://www.fondationdefrance.org

Liste des sigles

A

AAP	Accueil et accompagnement des parents
Acepp	Association des collectifs enfants, parents, professionnels
Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ADF	Association des départements de France
Aémo	Action éducative en milieu ouvert
AFCCC	Association française des centres de consultations conjugales
AMF	Association des maires de France
AMP	Assistance médicale à la procréation
Ape	Atelier parents-enfants
APF	Association des paralysés de France
APGL	Association des parents et futurs parents gays et lesbiens
APMF	Association pour la médiation familiale
ARS	Agence régionale de santé
Ase	Aide sociale à l'enfance
ASL	Atelier sociolinguistique
ASSFAM	Association service social familial migrants
ASV	Atelier santé-ville

C

Caf	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCNE	Conseil consultatif national d'éthique

CDAJE	Commission départementale d'accueil du jeune enfant
CDDF	Conseil pour les droits et demandes des familles
CDSP	Comité départemental de soutien à la parentalité
CEJ	Contrat enfance jeunesse
CEL	Contrat éducatif local
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CG	Conseil général
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
Clas	Contrat local d'accompagnement à la scolarité
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
CNIDFF	Centre national d'information sur le droit des femmes et des familles
CNP	Conseil national de pilotage
CNSP	Comité national de santé publique
CNSP	Comité national de soutien à la parentalité
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRIPS	Centres régionaux d'information et de prévention du sida
CRP	Contrat de responsabilité parentale
CSF	Confédération syndicale des familles
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
D	
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
Dif	Délégation interministérielle à la famille
DIIESES	Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale
DIPH	Délégation interministérielle aux personnes handicapées
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSDEN	Direction des services départementaux de l'éducation nationale

E

EFA	Enfance & familles d'adoption
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale

F

FCPE	Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques
FCSF	Fédération des centres sociaux et socioculturels de France
Fenamef	Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FNEPE	Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs
FNES	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
FSE	Fond social européen

G

GAFPER	Groupe de recherche d'action et de formation pour la prévention de l'enfance à risque
GRAPE	Groupe de recherche et d'action pour l'enfance et l'adolescence

H

HAS	Haute Autorité de santé
HCF	Haut Conseil de la famille
HCSF	Haut Conseil de santé publique
HPST (Loi)	Hôpital, patients, santé et territoires (Loi)

I

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut national de veille sanitaire
IREPS	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé

L

Laep	Lieu d'accueil enfants-parents
-------------	--------------------------------

M

MDS	Maison du département solidarité
MSA	Mutualité sociale agricole

O

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCR	Outil de catégorisation des résultats
OMS	Organisation mondiale de la santé
Oned	Observatoire national de l'enfance en danger
Ones	Organisation nationale des éducateurs spécialisés
Onu	Organisation des nations unies
ORSE	Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises

P

Pacs	Pacte civil de solidarité
Paje	Prestation d'accueil du jeune enfant
Peep	Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public
Pif	Point info famille
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRC	Pôle régional de compétences
Pre	Programme de réussite éducative
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de la santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé

R

Ram	Réseau d'assistantes maternelles
Reaap	Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

S

SDFE	Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes
SGCIV	Secrétariat général du comité interministériel des villes
Sivu	Syndicat intercommunal à vocation unique
SRP	Schéma régional de prévention
Ssam	Services de soins et d'accompagnement mutualistes

T

TOS (personnels)	Techniciens, ouvriers et de services (personnels)
-------------------------	---

U

Unaf	Union nationale des associations familiales
Unapel	Union nationale des parents d'élèves de l'enseignement libre
Unapp	Union nationale des associations de parrainage de proximité

Unccas	Union nationale des centres communaux d'action sociale
Uniopss	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
UPP	Universités populaires de parents
Uriopss	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
V	
VAD	Visite à domicile
Vagusan	Volet Alerte et gestion des urgences sanitaires
W	
WAIMH	<i>World Association for Infant Mental Health</i>

Liste des figures et des tableaux

La parentalité dans toutes ses dimensions

- 48 **Figure 1** : Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991)
- 51 **Figure 2** : La parentalité en tant que système de collaboration
- 52 **Tableau I** : Inventaire d'éléments du cadre culturel global

De l'aide à la parentalité à la promotion de la santé des parents et des jeunes enfants

- 65 **Tableau I** : Synthèse des approches, des postures professionnelles et de la place du parent
- 77 **Figure 1** : Promouvoir la santé et accompagner la parentalité, exemples non exhaustifs d'actions : Illustration proposée à partir des cinq axes de la Charte d'Ottawa

- 78 **Figure 2** : Outil de catégorisation des résultats

Développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé

- 104 **Figure 1** : Éléments de méthode pour développer des projets d'accompagnement à la parentalité en promotion de la santé
- 111 **Tableau I** : Promoteurs et financeurs d'actions parentalité et liens avec les politiques publiques (liste non exhaustive)
- 127 **Tableau II** : Exemple de tableau de bord
- 127 **Tableau III** : Exemple de tableau d'identification des acteurs et de leur rôle
- 127 **Tableau IV** : Exemple de planning prévisionnel : le diagramme de Gantt

- 128 **Tableau V** : Exemple de budget prévisionnel
- 135 **Figure 2** : Les impacts du Programme (1)
- 136 **Figure 3** : Les impacts du Programme (2)
- 137 **Figure 4** : Les impacts du Programme (3)
- 138 **Figure 5** : Les impacts du Programme (4)
- 140 **Tableau VI** : Avantages et inconvénients des évaluations interne et externe
- 142 **Figure 6** : Synthèse des résultats et interactions
- 150 **Figure 7** : Projet régional de santé
- 159 **Tableau VII** : Principaux partenaires impliqués dans des actions concernant la parentalité

Dans la même collection

Lorto V., Moquet M.-J.

Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schlitz M.-A.

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 112 p.

Foucaud J., Bury J., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir.

Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.

Jourdan D.

Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C., dir.

Réduire les inégalités sociales en santé.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

Rostan F., Simon C., Ulmer Z., dir.

Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 p.

Hamel E., Bodet É., Moquet M.-J., dir.

Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Médi-Text** - 83, rue de Gergovie - 75014 Paris
Crédit photo (couverture) : © **Miodrag Gajic**
Impression **Fabrègue** - Bois Joli - BP10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal février 2014

Connaissances et pratiques autour de la petite enfance, de la parentalité et de la promotion de la santé sont ici réunies.

Cet ouvrage est un outil d'accompagnement pour les professionnels de la petite enfance, qu'ils soient du secteur de la santé, du social ou de l'éducation, qui souhaitent entreprendre des actions alliant promotion de la santé et accompagnement à la parentalité. Il pourra également être utile aux adultes en position parentale désirant s'engager dans de tels projets.

Il propose des clés de compréhension du contexte sociétal et de son évolution, fait le point des connaissances scientifiques, présente des actions, des pratiques professionnelles, une méthodologie d'intervention et des outils concrets.

Développer une action globale de promotion de la santé et d'accompagnement à la parentalité nécessite d'identifier et de prendre en compte les différents niveaux d'influences, proximaux et distaux, sur la relation parentale. L'approche choisie s'appuie sur le modèle socio-écologique et invite à développer des projets intersectoriels les plus à mêmes de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé dès la petite enfance.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France