

=

=

m l j l r s l f o ð ^ p ^ k q c ¢ a b ð b k c ^ k q ð k p l r q b k ^ k q ð b p  
 ` l j m c q b k ` b p m o b k q ^ i b p W ^ ` q f l k a b p ^ k q c m r \_ i f n r b e o ^ k ` b

=

j ~ ç d - ° - I k ~ ! ~ S f e - 3 , f e f l p ~ ç S f p f « @ h l ð ð ç ð ð ð ð f 3 ° I j ~ S f e « ± ~ I  
 b - Y 3 f ° ~ ç a 3 e - ð - G ç f 2 q ! S E ° ° . ð ~ ç - ± =

b o b p ð e ð ~ ç ~ i f ± ç m ± ç =

OMNUNK î ð T ð @ Y f ± ð T ç QU =

f p p k ð NOUSJRRRV

f p \_ k ð TUOTQVORUUTQ

^ 2 S i e f ç S ± @ - S e f f ~ S Y - f ç ç D ç ° f ± f W

|||||

! 22 @ AMU µ µ K ~ S ~ K ~ L ° E ' 3 E J E ~ ç ~ i f ç f 2 J @ ± J O M N U J N @ ~ Y E J P T K 2 «

|||||

=

a S 2 ° S 3 2 S ~ ç e f i 2 ° - S 3 f ð ~ S ~ K ~ ç @ 3 ° ð o b p K

ç ð o b p K e . 3 ± ç ° . S ± h f ° h ± @ 3 ° e 3 ± @ ~ ç K =

i ~ e f @ - ç 3 i 2 S ~ 3 e f @ h f ~ 2 S ~ ç f ð f 2 ~ 2 S i e f l ~ 2 ~ « f ~ ç ~ ç ~ . 2 - i - @ S f l ~ e 2 2 ° S h f e ð 3 f ç ~ ± e f ±

S ç S f ± ç f ± - ç S S ~ ç h ~ h ° e f ± ç D 2 S S ± 2 S ~ ç 3 e S f e 3 I e f ð ~ ç h i | h ~ ? I e f ± - ç S S ~ ç h ~ h ° e f ± ç f ± ~

S i f ~ i f e ð 3 ð ° S f e ~ ° ~ . 2 ° f ç ~ S ± f « f ~ 2 K e . 3 2 f e 3 2 ° f e f @ - ç 3 i 2 S ~ 3 e f @ h f ~ 2 S ~ I e ~ 2 3 2 = 3 @ 2 S E I

± 3 ± 3 f e 3 f e ° « f e 2 ç f e 3 f e 3 f e ~ S P f e 3 f e f e S I e f ç 2 f e ° ç S f e 3 ~ i i - ° ç e h ~ e f e 2 h i ° S ç f

e D ç S f 3 ° I e ~ ç f l ; - ° ç e f f ± ~ ± @ h ' 3 ± @ ~ ç h Y S ± 2 S ~ e ~ S 3 f 3 ° f e ~ ç ~ i e K e e f 2 e h i S h ð 3 f e ~ 2 - i @ Y E

ç ~ 2 3 ~ f = ~ f ç f ç - h f ± f e ç e f ç « f ~ 2 S 2 f e ° ç S K =



**Maud Gorza, Nathalie Houzelle,  
Sandie Sempé, Linda Lasbeur,  
Marie Hamsany, Enguerrand Du Roscoat,  
Thierry Cardoso**

## Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France<sup>1</sup>

### LA CRÉATION DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Le corpus de connaissances montrant l'impact des facteurs environnementaux précoces, que ce soit physique, chimique, social ou psychosocial, sur le développement des enfants et leur état de santé immédiat, mais aussi futur, ainsi que celui de leur descendance ne cesse de s'étoffer (Kelly-Irving, 2016 ; Delpierre, 2016). Ces savoirs encouragent les acteurs de la santé publique à adopter une approche centrée sur le parcours de vie, celle-ci permettant d'identifier l'effet cumulatif des déterminants socio-environnementaux sur la santé, de comprendre les disparités au sein des populations et de définir des priorités d'action. En France, les inégalités sociales de santé<sup>1</sup> (ISS) constituent un véritable défi et leur persistance est largement documentée. Elles se mettent en place dès la grossesse et s'installent durablement lors la petite enfance (HCSP, 2016). Comme cela est bien décrit dans la littérature, accompagner le développement du jeune enfant en intervenant précocement est un levier puissant de réduction de ces inégalités. Ainsi que le formule l'OMS (2013), « les efforts ciblés visant à rompre ou à perturber les cycles intergénérationnels négatifs qui sont créés par des inégalités d'ordre sanitaire ou contribuent à celles-ci (pas d'allaitement exclusif au sein, mauvais développement dans la petite enfance, mauvaise santé des parents et compétences parentales insuffisantes, etc.) permettront de promouvoir le développement de jeunes qui soient en bonne santé, sûrs d'eux, compétents sur le plan social et se sentant sécurisés dans leurs relations, et qui, à leur tour, créent, en tant que parents, grands-parents et tuteurs, les conditions propices à l'avènement de générations futures en aussi bonne santé ».

*Maud Gorza, chargée d'expertise en santé publique ; Nathalie Houzelle, chargée de mission en promotion de la santé ; Sandie Sempé, chargée d'expertise en santé publique ; Linda Lasbeur, chargée de projets scientifiques, unité périnatalité et petite enfance ; Marie Hamsany, chargée d'étude et de recherche, unité enfants et jeunes ; Enguerrand Du Roscoat, responsable de l'unité santé mentale ; Thierry Cardoso, responsable de l'unité périnatalité et petite enfance ; Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé Publique France ;  
Maud.GORZA@santepubliquefrance.fr  
Nathalie.HOUZELLE@santepubliquefrance.fr  
Sandie.SEMPE@santepubliquefrance.fr  
Linda.LASBEUR@santepubliquefrance.fr  
marie.hamsany@gmail.com  
Enguerrand.DU-ROSCOAT@santepubliquefrance.fr  
Thierry.CARDOSO@santepubliquefrance.fr*

1. La notion d'ISS a fait l'objet de différentes formulations. On en retient qu'elle renvoie à des différences d'état de santé, observées entre les groupes sociaux : en général, l'état de santé sera



Dès sa création en mai 2016, Santé publique France issue de la fusion de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, du service d'aide à distance Addictions, drogues, alcool info service et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a marqué un engagement significatif pour la promotion de la santé et la prévention dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance et de l'enfance. Une unité et un programme dédiés à la périnatalité et à la petite enfance ont ainsi été créés, en étroite articulation avec les nombreux autres axes thématiques de l'agence (santé mentale, alimentation et activité physique, santé sexuelle, maladies chroniques et traumatismes, maladies infectieuses et vaccinations, addictions, santé environnementale...) et en instaurant, autant que faire se peut, une continuité avec la surveillance épidémiologique des pathologies et leurs déterminants. De par son statut, Santé publique France, amène « une plus grande efficacité, une expertise, la capacité à nouer des partenariats avec la société civile et les collectivités territoriales et une certaine neutralité du pouvoir politique dans les processus courant de décision » (Arwidson Quelet, Bourdillon, 2017).

Cette attention particulière portée à l'enfance suit des recommandations internationales de longue date (OMS, 2008) et s'accorde également aux priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune de la Stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>2</sup>.

Après un rappel des principales connaissances mobilisées pour développer notre approche qui vise à articuler soutien à la parentalité et promotion de la santé sur la base de connaissances validées, nous illustrerons la façon dont l'agence s'investit dans ce domaine en présentant deux exemples d'expérimentations menées actuellement en partenariat avec Santé publique France.

### LES BESOINS FONDAMENTAUX DES ENFANTS

Les travaux précurseurs de R. Spitz, J. Bowlby et T.B. Brazelton ont révélé à quel point l'environnement social et affectif était vital pour le développement du petit enfant (Gratier, Mallet, 2016). Si l'on s'appuie sur la théorie de l'attachement développée par J. Bowlby (1978), le type d'attachement<sup>3</sup> entre le bébé et une personne privilégiée est directement lié à la nature des différentes expériences socio-émotionnelles vécues, qu'elles soient bénéfiques ou adverses. L'enfant interagit avec son environnement et les adultes qui s'occupent de lui. Il s'ajuste au fur et à mesure en fonction des réponses qu'il reçoit. Les compétences sociales qu'il va développer ainsi sont, selon certains auteurs comme Brazelton ou Trevarthen, le fondement de son développement cognitif et influent plus tard la qualité d'ajustement devant une situation nécessitant une résolution de problèmes ou l'intégration dans un groupe (Gratier, Mallet, 2016). Pour reprendre les mots du D<sup>r</sup> Martin-Blachais, « le développement humain est toujours d'abord un développement d'ordre relationnel » (Martin-Blachais, Séverac, 2017), celui-ci se fait en lien avec le contexte dans lequel vivent les enfants et les adultes.

.../...

d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée, cette distribution se faisant de façon graduée tout au long de la hiérarchie sociale.

2. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

3. Attachement insécure ambivalent anxieux, attachement insécure évitant ou attachement sécure. Pour plus de précisions, voir Bowlby (1978).

Plus récemment, les recherches en neurosciences affectives et sociales sont venues confirmer ces travaux pionniers. Le *Center on the Developing Child* de l'université de Harvard (2008) a ainsi mis en exergue trois principes qui constituent le socle d'un développement sain des enfants : un environnement relationnel stable et réactif offrant aux jeunes enfants des interactions harmonieuses, nourrissantes et protectrices qui soutiennent le développement de ses compétences et l'aide à développer des capacités d'adaptation favorisant une bonne régulation des systèmes de réponse aux stress ; des environnements physiques, chimiques et construits, sûrs et favorables, qui offrent aux enfants des espaces exempts de toxines<sup>4</sup> et de peurs, permettent une exploration active et sécurisée et donnent l'occasion aux familles qui élèvent des jeunes enfants d'exercer et de développer des liens sociaux ; et enfin une alimentation saine et appropriée, ce qui inclut un apport alimentaire et des habitudes alimentaires favorables à la santé, en commençant par s'intéresser au statut nutritionnel de la future mère avant même le début de la grossesse.

L'ensemble de ces travaux ont été repris dans la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (Martin-Blachais, Séverac, 2017). De ces travaux a été dégagé un besoin qui fait l'unanimité dans la communauté scientifique internationale : « Il s'agit du besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant. » Ce besoin correspond à l'environnement stable et affectif proposé par Harvard : « En fait, il s'agit d'un « méta-besoin » qui englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier » (Lacharité, Ethier, Nolin, 2006).

Cette démarche a également souligné que l'approche par les besoins fondamentaux de l'enfant a vocation à s'appliquer universellement et suppose une attention soutenue à l'enfant dans son écosystème (Martin-Blachais, Séverac, 2017).

Ces travaux encouragent donc à soutenir et accompagner les adultes en charge du « prendre soin » des enfants<sup>5</sup>, en premier lieu les parents, mais également les professionnel.le.s en charge de la petite enfance et de l'enfance dans leurs capacités d'action pour favoriser le développement des enfants.

Concernant le soutien à la parentalité, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne que les effets de la politique menée dans ce champ sont bien documentés, concordants et concluants quant à l'existence d'impacts favorables pour les bénéficiaires. Ces effets sont variés et peuvent être directs, comme l'amélioration du fonctionnement intrafamilial, la consolidation du lien d'attachement, l'apaisement des conflits ; ou indirect comme l'acquisition de compétences relationnelles, le développement du lien social, une meilleure estime de soi, ou encore la remobilisation individuelle permettant d'engager un parcours d'insertion (Jacquey-Vazquez, Raymond, 2013). Certains

4. Fait référence aux polluants chimiques, aux moisissures...  
5. Comme il était mentionné dans la conférence de consensus sur les besoins fondamentaux en protection de l'enfance, « le terme anglais *care-givers* rend mieux compte de cette activité qui dépasse largement les bons soins physiques ou psychologiques, excédant les "bons soins" physiques ou mêmes psychologiques et désigne la préoccupation de l'adulte dont l'attention est tendue vers l'enfant dont il a le souci : *to care about* ou *for* en anglais signifie qu'on est concerné, touché par quelque chose qui nous importe ».



programmes standardisés expérimentés à l'étranger ont fait l'objet d'évaluation à partir d'essais contrôlés randomisés. Ces évaluations ont confirmé l'intérêt des interventions précoces visant le développement des compétences parentales et des compétences psychosociales pour la prévention d'une large gamme de troubles psychologiques et comportementaux chez les enfants et les jeunes (Lamboy, 2011).

### **COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES ET COMPÉTENCES PARENTALES : DE QUOI PARLE-T-ON ?**

Un certain nombre de ressources au niveau individuel et collectif sont nécessaires pour répondre au mieux aux besoins fondamentaux de l'enfant, en particulier au méta-besoin d'établir des relations affectives stables avec un adulte qui lui portera attention. Compte tenu de leur importance dans le développement harmonieux et l'impact sur la santé du jeune enfant et de l'adulte en devenir, nous nous proposons ici de faire un focus particulier sur l'intérêt de travailler les compétences psychosociales dans l'accompagnement à la parentalité.

Les compétences psychosociales ont été définies par l'OMS (1993) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ».

Cinq couples de compétences ont ainsi été identifiés :

- savoir résoudre des problèmes / savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie ;
- savoir réguler ses émotions / savoir gérer son stress.

Elles ont par la suite été davantage détaillées et regroupées au sein de trois grandes catégories de compétences : sociales, cognitives et émotionnelles.

Les compétences psychosociales sont des outils intellectuels et comportementaux qui permettent aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leurs environnements et d'exercer une influence positive sur eux-mêmes et leur entourage.

Elles contribuent en ce sens à favoriser le bien-être physique, mental et social et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes ayant des incidences négatives sur la santé des individus et des communautés, en particulier sur leur santé mentale.

Les compétences parentales intègrent l'ensemble des compétences psychosociales précédemment définies dans le sens où elles peuvent être mobilisées dans le cadre des relations et des interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants. Deux grandes dimensions essentielles à la fonction parentale sont généralement définies, celle du soutien et celle du contrôle. Au sein

de ces deux grandes catégories, diverses compétences sont impliquées dans l'exercice de la parentalité (attention positive, empathie, encouragements et valorisations, expression des attentes et des comportements souhaités, résolution de problèmes, définition des cadres et des limites, supervision, gestion des émotions et des conflits, communication...).

Certains domaines de compétences nécessitent d'être davantage mobilisés selon les stades de développement de l'enfant. Dans la petite enfance, la capacité à pouvoir décoder les signaux et les besoins de l'enfant et à y répondre de façon adéquate est primordiale pour l'établissement d'un lien d'attachement sécuritaire pour le jeune enfant. Dans ce cadre, dominent les compétences d'écoute, d'attention positive et d'empathie. Dans l'enfance, les capacités de régulation des comportements, l'établissement de règles et les renforcements positifs sont davantage mobilisés, alors qu'à l'adolescence une importance accrue est portée à la supervision, à la gestion des conflits et des émotions ainsi qu'aux capacités de négociations.

Les compétences mises en œuvre par les parents et celles développées par les enfants sont par ailleurs étroitement liées. Au fur et à mesure qu'il grandit, l'enfant s'appuie sur ses nouvelles compétences pour en développer d'autres. Le(s) parent(s) s'adapte(nt) aussi dans le temps et en fonction du développement de l'enfant. Il(s) développe(nt) des compétences parentales pour produire de la santé pour lui-même et pour son enfant (Houzelle, Rebillon, 2013).

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

Santé publique France soutient l'expérimentation de certains programmes d'accompagnement à la parentalité adaptés au contexte français et aux dispositifs spécifiques existants sur notre territoire.

Cette approche se conjugue pour l'Agence dans une perspective de promotion de la santé, définie par la Charte d'Ottawa comme un processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Le but étant 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 (Houzelle, Rebillon, 2013). Elle se décline en cinq axes d'intervention complémentaires considérés ici sous l'angle de l'accompagnement à la parentalité et appliqués à l'enfance :

- élaborer des politiques pour la santé des parents et des enfants ;
- créer des milieux de vie favorables pour les parents et les enfants ;
- développer et renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des enfants ;
- développer et renforcer les compétences parentales et les compétences psychosociales ;
- réorienter les services de soin, d'accueil et d'accompagnement des parents.



Le développement humain se fait nécessairement en contexte, et nécessite un processus d'étayage permanent, le milieu familial est ici fondamental. Ce processus d'étayage peut être socialement soutenu ou miné et le modèle écologique « Processus-Personne-Contexte-Temps » de Bronfenbrenner (2004) permet de repérer différents niveaux sur lesquels il est possible d'agir, du plus proximal au plus distal. Il est donc nécessaire de considérer le système de collaboration qui s'organise autour de l'enfant. Celui-ci peut être schématisé 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 milieux (figure 1). Les acteurs doivent ainsi être en mesure de repérer les différents systèmes qui s'influencent mutuellement ainsi que leur place dans l'un ou l'autre des systèmes.

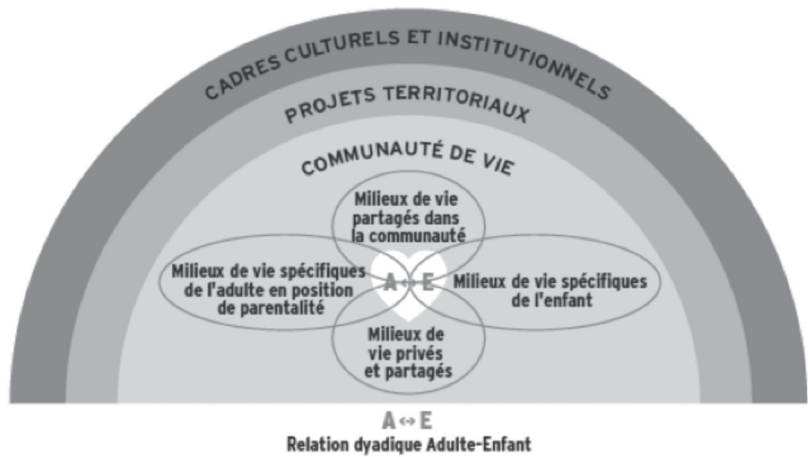


Figure 1 : La parentalité en tant que système de collaboration (Houzelle, Rebillon, 2013)

### DES INTERVENTIONS ANCRÉES DANS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

Santé publique France a pour objectif de mettre à disposition des acteurs différents programmes dont l'efficacité a été démontrée, ainsi que des programmes « inspirants » en favorisant leur étayage scientifique dans une perspective de santé publique. Ces programmes doivent pouvoir être déployés sur l'ensemble du territoire. Pour qu'ils soient appropriables, il est indispensable de les inscrire à un échelon local dans les dispositifs de droit commun. Depuis 2015, suite au rapport de l'Igas (2013), les schémas départementaux des services aux familles, élaborés par les conseils départementaux, sous l'autorité des préfets de département, viennent structurer et renforcer le maillage territorial au niveau local. Ils visent à rapprocher les acteurs de la petite enfance et de l'accompagnement à la parentalité afin qu'ils élaborent de manière concertée un diagnostic territorial et un plan d'action en commun. Ces schémas, en instaurant une dynamique partenariale et intersectorielle, intéressent particulièrement Santé publique France dans la mesure où ils devraient permettre l'expérimentation et le déploiement d'actions innovantes.

Les dispositifs qui sous-tendent l'accompagnement à la parentalité sont variés. Tout en reconnaissant l'importance de six dispositifs<sup>6</sup>, il est nécessaire d'inscrire l'accompagnement à la parentalité dans d'autres politiques : comme celles menées par les départements avec les services de protection maternelle et infantile et ceux de l'aide sociale à l'enfance, les politiques de la ville, ou encore celles de l'Éducation nationale (Jacquey-Vazquez, Sitruk, Raymond, 2013 ; Martin et coll. 2017). Les interventions soutenues par Santé publique France s'inscrivent ainsi dans des espaces différents : le premier exemple au sein de services de Protection maternelle et infantile (PMI), et le second en partenariat avec des communes.

### **DEUX EXEMPLES POUR ACCOMPAGNER LA PARENTALITÉ DANS LE MILIEU FAMILIAL**

Les projets soutenus par Santé Publique France s'ancrent dans les valeurs de la promotion de la santé. Ils s'appuient ainsi sur les compétences éducatives des parents en les réassurant dans leur capacité à les mobiliser de façon la plus opportune et efficace possible. Le contexte, les circonstances générant du stress, de l'épuisement psychique menacent la santé de l'adulte et, à travers la relation, celle de l'enfant.

Les interventions peuvent ainsi avoir des visées universelles ou ciblées sur une catégorie de la population. Cependant, les interventions universelles produisent toujours des effets plus importants chez les tranches de population déjà favorisées, aggravant ainsi les ISS. Il convient donc de mettre en place des actions universelles avec une ampleur et une intensité proportionnelles aux besoins<sup>7</sup>. Par exemple, les facteurs de vulnérabilité contribuent au recrutement des personnes participantes à l'expérimentation PANJO : la primiparité et le sentiment exprimé d'isolement social.

Il convient également de préciser que ces programmes sont proposés aux parents, qui restent bien entendu libres d'y participer et de revenir ou pas.

#### ***PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI***

L'intervention PANJO a été conçue par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) en s'appuyant sur les enseignements d'autres programmes de visite à domicile américains et français : le programme « *Nurse and Family Partnership* » évalué montre des effets positifs sur un ensemble de facteurs de vulnérabilité psychosociale de l'enfant et de la mère, à court et long terme. PANJO s'est aussi fondé sur les analyses de Gomby concernant les conditions d'efficacité des interventions à domicile. Enfin, les enseignements de la recherche française CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience) et de la première phase du projet PANJO menée en 2014-2015 (Saïas et coll., 2016).

6. Les réseaux d'écoute et d'appui aux parents (REAAP), les lieux d'accueil enfants-parents (LEAP), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), les points info famille (PIF), la médiation familiale et les espaces de rencontre.

7. Selon le principe théorisé par Sir Michael Marmot comme l'universalisme proportionné.





L'intervention PANJO dispose des caractéristiques suivantes : (a) elle cible les femmes enceintes de leur premier enfant en situation de fragilité psychosociale ; (b) elle est composée a minima de six visites à domicile menées par des sages-femmes et/ou des puéricultrices de la fin de grossesse aux six mois de l'enfant ; (c) les entretiens à domicile sont centrés sur le développement des liens d'attachement sécure entre le parent et le bébé, ainsi que sur le renforcement des comportements favorables à la santé ; (d) elle mobilise des professionnelles de PMI bénéficiant d'un dispositif d'harmonisation des pratiques (deux formations, utilisation d'un référentiel commun et supervisions).

L'étude PANJO 2 menée conjointement par Santé publique France et l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS) vise à évaluer (au 6 mois et un an de l'enfant) l'efficacité des interventions expérimentales, en matière de promotion du sentiment d'efficacité parentale (critère principal), de diminution des comportements parentaux coercitifs (critère secondaire), de promotion des comportements protecteurs de santé et d'amélioration de l'usage à bon escient des services médico-sociaux. Ces critères d'efficacité à court terme sont en effet des éléments prédictifs majeurs de l'efficacité de l'intervention à plus long terme sur le développement psychologique et émotionnel de l'enfant et de l'adolescent. Cette étude a commencé en octobre 2016, et les résultats de l'évaluation d'efficacité sur les critères principaux seront disponibles courant 2019.

### ***Évaluation d'un « Programme de soutien aux familles et à la parentalité : PSFP »***

*Strengthening Families Program* (SFP) est un programme de soutien à la parentalité qui vise à prévenir les conduites à risques chez les jeunes. Créé par Karol Kumpfer aux États-Unis dans les années 1980, SFP était initialement à destination des familles dont les parents étaient toxicomanes. Ce programme de renforcement des compétences parentales en vue de prévenir les conduites à risque chez les enfants a fait la preuve de son efficacité. De nombreuses études ont permis d'observer l'efficacité de SFP dans plusieurs pays et notamment sur les critères suivants : impact sur les compétences familiales, diminution de l'utilisation de substances psychoactives, réduction des troubles du comportement chez les jeunes, renforcement du climat familial. SFP est recommandé sur le plan international, en particulier par le National Institute on Drug Abuse<sup>8</sup>. Ce programme a été identifié par deux revues Cochrane comme un programme efficace dans la prévention d'utilisation de substances psychoactives (Gates et coll., 2006) et d'alcool (Foxcroft et coll., 2003) par les jeunes. Foxcroft et coll. ont également montré que ce programme est très prometteur sur les effets à long terme.

Dans sa version française, le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) est déployé en prévention sélective et universelle, pour tous parents d'enfants de 6 à 11 ans vivant principalement dans des quartiers de politique prioritaire des villes. Les compétences travaillées chez les parents visent à améliorer/renforcer leurs capacités en matière de gestion du stress, de résolution

des conflits, de mise en place d'une discipline adaptée, etc. Chez les enfants, les compétences psychosociales sont mises en avant, comme la communication, la résolution de problèmes et de conflits, la prise de décision, la capacité de résistance à la pression des pairs, etc. Il a été adapté et expérimenté en 2011 par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes (CODES 06). La faisabilité et l'acceptabilité ont été bonnes, et après l'adaptation de certains éléments de contenu de PSFP en France, l'expérimentation s'est poursuivie sur trois territoires de politique prioritaire des villes. Des critères d'efficacité ont montré une évolution positive et encourageante chez les familles participantes : amélioration du comportement de l'enfant et des compétences parentales, et amélioration des relations familiales (communication, partage) (Roehrig, Pradier, 2017).

Répondant à une demande de validation de données scientifiques adaptées au contexte de déploiement local, aujourd'hui PSFP 6-11 fait l'objet d'une évaluation d'efficacité, en cours, conduite par Santé publique France, qui permettra aussi d'évaluer la transférabilité du programme au contexte français. Les premiers résultats indiquent une excellente fidélité et une très bonne assiduité et satisfaction des familles participantes. Ces résultats sont à tendance positive quant à la gestion du comportement et des émotions de l'enfant, aux comportements pro-sociaux des enfants, à la diminution du stress et de l'anxiété parentale et à l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé (bien-être, relations sociales de l'enfant dans différents milieux).

## CONCLUSION

### *Privilégier l'« aller vers » et le « faire avec »*

L'action de Santé publique France en faveur de la santé de l'enfant se fonde sur le développement de stratégies d'interventions en promotion de la santé, basées sur des données probantes ou visant à produire des données probantes à partir d'expériences de terrain. En outre, le respect d'un certain nombre de valeurs est au cœur de nos préoccupations : un accompagnement des parents respectant « l'aller vers » et le « faire avec » plutôt que « pour », évitant ainsi tout risque de dérive normative, et une diffusion de l'information avec un niveau de littératie permettant l'inclusion de toutes et tous.

### *Bienveillance*

Partant du principe que les parents sont les premiers acteurs des réponses élaborées pour les problèmes où les questions qui les concernent, nous travaillons à l'adaptation de programmes renforçant une plus grande conscience de leurs mécanismes réactifs, pour développer une plus grande capacité de réponse en lien avec leurs attentes. Un programme de préparation à la naissance et à la parentalité à destination des futurs parents et basé sur les outils de la Pleine Conscience va être expérimenté (MBCP : *Mindfulness-based Childbirth and Parenting*).

8. National Institute on Drug Abuse. *A Research-based Guide for parents, Educators and Community Leaders* (2nd ed). USA: US Department of Health and Human Services; October 2003. [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse\\_2.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf)



Ces modèles d'intervention basés sur le soutien et le partenariat nécessitent pour leurs intervenant(e)s de renforcer ou d'acquérir une posture professionnelle d'écoute et d'observation. Cela pousse également à contextualiser ces programmes du mieux possible en fonction des territoires et des spécificités locales.

### ***Interventions inspirantes sur le terrain***

Dans cet article, nous avons choisi de présenter deux actions qui s'inscrivent dans une démarche de développement d'actions s'appuyant sur des données probantes issues de la recherche. Ces travaux participent ainsi à la documentation de l'impact des actions d'accompagnement à la parentalité, domaine faisant encore peu l'objet de publications en France. Cette approche ne doit pas occulter la richesse des actions développées sur le terrain, les différents acteurs du champ faisant quotidiennement la preuve de leurs capacités d'innovation, de créativité et d'adaptabilité. Ainsi, Santé publique France s'engage actuellement dans une démarche de valorisation et de capitalisation de ces interventions. Il est en effet indispensable de faire dialoguer ces deux courants, notamment en interrogeant nos pratiques évaluatives, qu'il ne faudrait pas percevoir en opposition.

### ***Inscrire le soutien à la parentalité dans une stratégie plus large***

Si dans cet article nous avons choisi de mettre la focale sur les compétences parentales, cela ne doit pas nous induire en erreur et nous faire tomber dans l'écueil d'aborder le soutien à la parentalité en se limitant au seul renforcement des aptitudes individuelles. Tout d'abord pour des questions éthiques, comme le souligne Catherine Sellenet (2008) critiquant la notion de « compétences parentales », « en positif, l'usage de la notion de compétence contribue à un changement de regard sur les familles en les valorisant. En négatif, elle risque de déboucher sur un surcroît de responsabilisation, comme si tout dépendait du « portefeuille de compétences » détenu par chaque parent ». Ensuite, car les travaux portant sur les stratégies d'action en promotion de la santé pour lutter contre les ISS ont montré que, pour pérenniser les actions et amorcer des changements profonds et durables dans la population, il était nécessaire de faire cohabiter différents niveaux d'action, ainsi qu'une approche intersectorielle pour agir sur les déterminants socioéconomiques. Par exemple en passant par la création de milieux favorables, en améliorant les conditions de vie et de travail et en élaborant une politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels et environnementaux (Houzelle, 2013 ; Grenier, 2017).

Toutes les politiques qui touchent la vie des enfants et leur famille peuvent être considérées comme une opportunité d'améliorer la santé tout au long de la vie dans nos communautés et nos états.

**BIBLIOGRAPHIE**

- ARWIDSON, P. ; QUELET, S. ; BOURDILLON, F. 2017. « Santé publique France, l'expertise au service de la prévention », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 376.
- BOWLBY, J. 1969. *Attachement et perte*, Paris, Puf, 1978.
- BRONFENBRENNER, U. 2004. *Making human beings human : Bioecological perspectives on human development*, Thousand Oaks, Sage publications.
- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD. 2010. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*, Harvard, Harvard University.
- CHARTIER, K.G. ; NEGROMI, L.K. ; HESSELBROCK, M.N. 2010. « Strengthening Family Practices for Latino Families », *J Ethn Cult Divers Soc Work*, n° 19 (1), p. 1-17.
- DELPPIERRE, C. ; LEPEULE, J. ; CORDIER, S. et coll. 2016. « DOHAD. Les apports récents de l'épidémiologie », *Médecine/Sciences (Paris)*, vol. 32 (1), p. 21-26.
- FOXCROFT, D.R. ; IRELAND, D. ; LISTER-SHARP, D.J. et coll. 2003. « Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people : a systematic review », *Addiction*, n° 98, p. 397-411.
- GATES, S. ; MCCAMBRIDGE, J. ; SMITH, L.A. ; FOXCROFT, D. 2006. « Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- GRATIER, M. ; MALLET, P. 2016. « Soutenir la motivation du tout-petit pour échanger, partager et comprendre son monde », *La Santé en Action*, n° 437, p. 15-17.
- GRENIER, C. (sous la direction de) 2017. *Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention*. Guide IVRIS d'accompagnement méthodologique, Kedge business school, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017-11.
- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP) 2016. *Crise économique, santé et inégalités sociales de santé*, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique.
- HOUELLE, N. ; REBILLON, M. (sous la direction de) 2013. *Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité*. Saint-Denis, Inpes, coll. « Santé en action ».
- JACQUEY-VAZQUEZ, B. ; SITRUK, P. ; RAYMOND, M. 2013. *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité*, Inspection générale des Affaires sociales (Igas), Paris, La Documentation française.
- KELLY-IRVING, M. ; DELPIERRE, C. ; LANG, T. 2016. « Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ? », *La Santé en Action*, n° 437, p. 10-12.
- KUMPFER, L.K. ; COFRIN, K. ; XIE, J. ; WHITESIDE, H. 2012. *Strengthening families program (SFP 6-11). Evaluation report : Ballymun, Aisling project*, Dublin, Ireland. Lutragroup.
- LACHARITÉ, C. ; ETHIER, L. ; NOLIN, P. 2006. « Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants », *Bulletin de psychologie*, n° 484, p. 381-394.
- LAMBOY, B. ; CLÉMENT, J. ; SAÏAS, T. ; GUILLEMONT, J. 2011. « Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes », *Santé Publique*, vol. 23, (HS), p. 113-125.
- LANG, T. ; KELLY-IRVING, M. ; LAMY, S. ET COLL. 2016. « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé Publique*, vol. 28, (2), p. 169-179.
- MARTIN, C. ; HAMMOUCHE, A. ; MODAK, M. et coll. 2017. *Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin. État de la question en vue d'identifier le rôle de l'action publique*.
- MARTIN-BLACHAIS, M.-P. ; SÉVERAC N. 2017. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, rapport pour le Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. 2003. *A Research-based Guide for parents, Educators and Community Leaders (2nd ed)*, USA, US Department of Health and Human Services.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1993. Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, *Life skills education in schools*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2014. *Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020*, Copenhague.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2008. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Résumé analytique du rapport final*, Genève, OMS.



ROEHRIG, C. ; PRADIER, Ch. 2017. « Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité », *Santé publique*, n° 29 (5), p. 643-653.

SAÍAS, T. ; DELAWARDE, C. COLSON, S. et coll. 2016. « De l'expérimentation scientifique à l'implantation dans les services publics : le projet Panjo », *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, n° 2, p. 232-241.

SELLENET, C. 2009. « Approche critique de la notion de "compétences parentales" », *Revue internationale de l'éducation familiale*, n° 26, p. 95-116.

**Mots-clés :**

Soutien à la parentalité, compétences psychosociales, expérimentation, promotion de la santé.

**RÉSUMÉ**

Dès sa création en mai 2016, Santé publique France a marqué un engagement significatif pour la promotion de la santé dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance et de l'enfance. Notre approche se fonde sur l'état des connaissances sur les besoins fondamentaux des enfants qui met en exergue le méta-besoin d'établir des relations affectives stables avec un adulte qui lui portera attention. L'unité soutient actuellement deux expérimentations d'interventions pour accompagner la parentalité, en s'appuyant en particulier sur le développement des compétences psychosociales : PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI) et PSFP (Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité). En complément, l'agence s'engage également dans une démarche de valorisation et de capitalisation de ces interventions jugées prometteuses ou probantes. Il est en effet indispensable de faire dialoguer ces deux courants, notamment en interrogeant nos pratiques évaluatives, qu'il ne faudrait pas percevoir en opposition mais en synergie.

**Key words :**

Support for parenting, psychosocial skills, experimentation, promotion of health.

**SUMMARY**

***Promoting the health of children by supporting parenting skills: the action of France Public Health***

*Since its creation in May 2016, France Public Health has been significantly involved in promoting health in the field of perinatality, infancy and childhood. Our approach is based on the current state of knowledge about the fundamental needs of children, which highlights the meta-need to establish stable emotional relationships with an adult who pays attention to the child. The unit currently supports two experimental interventions for supporting parenthood, drawing in particular on the development of psychosocial skills: PANJO (Promotion of the Health and Attachment of Infants and of their Young Parents: a tool for backing up the services of PMI (Maternal and Infantile Protection) and PSFP (Supportive Programme for Families and Parenthood). In addition, the agency is also involved in an approach intended to place value and capitalize on these interventions deemed to be promising or convincing. It is indispensable to help bring about a dialogue between these two currents, in particular by questioning our evaluative practices which should not be seen as being in opposition but rather in synergy.*