



SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE SANTÉ
PUBLIQUE

POSER LE CADRE **1**

Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé

SÉMINAIRE DU 12 SEPTEMBRE 2016





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



SOMMAIRE

Pourquoi ?	4
Intervention introductive / Flore Moreux	5
Intervention introductive / Pierre Lombrail	6
Les inégalités sociales de santé / Chantal Vandoorne	7
Echanges avec la salle	17
L'accompagnement à la parentalité / Didier Houzel	20
Echanges avec la salle	28
Alors, qu'avons-nous à faire ensemble ? / Michel Dugnat	32
Echanges avec la salle	46
Synthèse des ateliers	50



123
expériences
capitalisées

3
interventions
plénières

110
participants

3
ateliers

Lutter contre les inégalités sociales de santé et accompagnement à la parentalité,
un chantier ambitieux initié par la SFSP depuis 2014. Ce premier séminaire avait pour objectifs
de partager des concepts et de clarifier la question des inégalités sociales de santé.

Pourquoi la Société Française de Santé Publique s'intéresse-t-elle à l'accompagnement à la parentalité ?

Pour trois raisons essentielles :

Tout d'abord, parce que la **lutte contre les inégalités sociales de santé** constitue un des axes forts du projet associatif, ensuite parce qu'une des missions de la SFSP vise à **rassembler les professionnels du champ de la santé publique** pour partager des connaissances, enrichir le débat contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé de la population.

Enfin et avant tout, parce que **les interventions précoces et l'accompagnement à la parentalité** sont deux stratégies particulièrement efficaces pour réduire les Inégalités sociales de santé (ISS).

La SFSP s'est donc lancée dans un chantier ambitieux de rapprochement entre les acteurs des deux champs afin de construire des ponts et un cadre de collaboration.

Ce chantier a débuté en 2014 par la capitalisation de 123 expériences de terrain issues de professionnels, structures, associations. Ces expériences sont mises en ligne sur le site de la SFSP. Il se poursuit par l'organisation d'un cycle de trois séminaires visant à construire un cadre commun de réflexion et d'action entre la santé publique et les acteurs de l'accompagnement à la parentalité.

Ce premier séminaire avait pour objectifs de partager des concepts et de clarifier la question des inégalités sociales de santé : de quoi s'agit-il ? Et qu'avons-nous à faire ensemble ? Il a rassemblé 110 participants et a amorcé le travail collectif.

Les trois interventions plénières de Chantal Vandoorne, Didier Houzel et Michel Dugnat ont posé les premières pierres. Les travaux en ateliers ont permis de faire connaissance et de formuler quelques questions en même temps que d'affirmer quelques principes d'actions communs.

A l'issue de cette première journée cinq éléments forts ont émergé :

- la nécessité de ne pas lire les inégalités dans le champ de la parentalité qu'à travers le gradient social,
- le risque de stigmatisation d'autant plus accru que l'on cible des familles défavorisées,
- la nécessité d'agir le plus précocement possible,
- l'impérieuse nécessité de s'appuyer sur les compétences parentales et de partir du postulat qu'elles existent,
- les choix stratégiques difficiles dans un contexte de raréfaction des ressources.

Le cycle se poursuivra par un second séminaire sur l'action et un troisième sur l'éthique.

Au terme de ce travail, la SFSP produira un document sur l'accompagnement à la parentalité dans une perspective de réduction (non aggravation) des inégalités sociales de santé. Nous espérons qu'en attendant cette production, les actes de ce premier séminaire seront utiles pour enrichir la réflexion individuelle et collective et que ce premier pont jeté entre deux mondes favorisera l'échange d'expériences, l'enrichissement mutuel et donnera envie de poursuivre la réflexion commune.

Intervention introductive

FLORE MOREUX

ADJOINTE AU CHEF DE BUREAU SANTÉ DES POPULATION -
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

« J'ai le plaisir de vous accueillir aujourd'hui pour lancer une série de trois séminaires sur la thématique « Inégalités sociales de santé et soutien à la parentalité ». La lutte contre les inégalités sociales de santé est un des axes essentiels de la stratégie de santé lancée par notre ministre. La santé des enfants et des jeunes qui est globalement bonne, présente néanmoins encore un tableau défavorable sur le plan des inégalités territoriales et sociales de santé. Or, comme les données d'enquête en milieu scolaire le montrent, les inégalités sociales de santé se constituent dès le plus jeune âge, dès la grande section de maternelle ; le surpoids ou l'obésité en sont l'illustration.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé l'action sur les déterminants précoces de santé par des mesures d'ordre diverses : une stratégie globale et concertée de santé de l'enfant, l'animation des actions de protection maternelle et infantile, le parcours éducatif de santé à l'école, des mesures de protection contre l'exposition au tabagisme passif, la vaccination par les sages-femmes de l'entourage du nouveau-né ou encore l'extension du dispositif du médecin traitant de l'enfant. Aider et soutenir la famille dans sa fonction parentale dès l'annonce de la grossesse et tout au long de l'enfance et de l'adolescence a constitué un axe essentiel de cette action sur les déterminants de santé.

Dès le début de la grossesse, l'entretien prénatal précoce mis en place par le plan périnatalité 2005-2007 constitue un temps dédié à la prévention à l'écoute et au dialogue entre la femme ou le couple et le professionnel de santé. Il permet d'expliquer le parcours de soins, d'identifier d'éventuelles situations de vulnérabilité et de proposer une orientation vers un professionnel ou une structure adaptée. Il vise également à renforcer la confiance en soi de la femme et du couple face à la grossesse, à la naissance et à l'accueil du nouveau-né et les aider dans la construction harmonieuse des liens familiaux. Il va aussi permettre de coordonner les actions, si besoin, des professionnels de santé autour de la femme enceinte et/ou du couple. Cet entretien réalisé indi-

viduellement ou en couple a été institué dans le Code de la santé publique par la loi du 19 mars 2016 portant protection de l'enfant ; il est inscrit dans le Code de la santé publique au même titre que les examens de prévention durant la grossesse. L'obligation incombe aux professionnels de santé de proposer à la femme enceinte cet entretien prénatal.

Les travaux menés par la Direction Générale de la Santé et les acteurs de la protection maternelle et infantile qui vont se poursuivre dans le cadre de la mise en place de cette animation nationale s'inscrivent dans cette démarche. Il s'agit de mobiliser l'ensemble des acteurs de la protection maternelle et infantile pour maintenir et développer une offre de santé de proximité accessible à tous, axée sur la prévention et une approche globale de santé incluant particulièrement le soutien à la parentalité.

La réduction des inégalités de santé passe par une attention particulière portée aux publics en difficulté et à les accompagner de manière spécifique. Cependant, dans le cadre du soutien à la parentalité, il faut garder en mémoire que toutes les vulnérabilités ne sont pas d'origine sociale. Dans quelle mesure les actions d'accompagnement à la parentalité qui ne s'adressent pas uniquement aux personnes en situation socialement difficile vont-elles avoir un effet sur la réduction des inégalités de santé ? C'est une question complexe à laquelle la Société Française de Santé Publique s'est attelée. La DGS a toujours soutenu cette démarche, dès la première phase de capitalisation des expériences, notamment en assurant une synergie dans l'espace d'échange des connaissances sur la santé et la parentalité du site du Ministère. Je tiens à vous exprimer notre soutien dans cette deuxième phase, en vous accueillant pour ce premier séminaire qui va poser le cadre de cette réflexion que nous allons suivre avec le plus grand intérêt. Je vous souhaite des échanges fructueux au cours de cette matinée ainsi que cet après-midi aux cours des ateliers.

Je vous remercie.

Intervention introductive

PIERRE LOMBRIL

PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE,
ENSEIGNANT PARIS 13

« Merci beaucoup, Madame.

Ce n'est évidemment pas anodin que la DGS donc, le Ministère, accorde son patronage à un séminaire de cette importance. Je salue d'ailleurs au passage une Stratégie Nationale de Santé qui mettait la prévention et la promotion de la santé, en avant.

La SFSP et la parentalité ? Pour certains, cela pourrait paraître incongru et puis, c'est devenu une évidence pour nous. La Société Française de Santé Publique, était avant tout une société de professionnels, beaucoup issus du monde de la santé ; pas seulement des professionnels de santé mais aussi des hygiénistes, des biologistes, des chimistes ... ; une société plurielle et concernée par l'hygiène, la prévention, les sujets « classiques » : tabac, alcool, addictions, et bien sûr aussi les vaccinations. Tous sujets de préoccupation actuels, y compris dans le milieu scolaire mais que nous n'aborderons pas aujourd'hui.

La promotion de la santé a pour objet si on lit les textes canoniques, de réduire les inégalités sociales de santé. Vous voyez qu'on est finalement assez en phase avec le propos précédent. Mais nous avons encore un peu de mal à situer les champs de compétences parmi nos membres et ceux de la Société dans son ensemble : promotion de la santé, prévention (médicalisée), éducation pour la santé... Je fais partie de ceux qui considèrent que la promotion de la santé, c'est au moins trois registres.

C'est celui de la protection contre les effets de la pollution, et ceux de bien d'autres risques sanitaires, domaine régalié par excellence. C'est l'éducation parce que évidemment, quand on parle de parentalité, cela concerne le comportement individuel mais ce n'est pas que cela. D'abord parce qu'il y a l'influence des normes et puis ensuite, la capacité à mettre en œuvre ce qu'on sait devoir être bien pour soi mais

qu'on n'a pas du tout les moyens de faire.

Et puis enfin, la prévention entendue comme compétence des professionnels de santé mais pour laquelle on sait que, pour que ça marche, il faut que les gens adhèrent, participent, soient acteurs. Et quand je dis « les gens », c'est autant les professionnels qui ont beaucoup de mal à admettre que ceux dont ils s'occupent ont les compétences pour faire, que l'on doit s'appuyer sur eux, que les « vrais gens », ceux pour lesquels les professionnels travaillent.

Une fois ce constat dressé, cela amène de plus en plus la Société Française de Santé Publique à élargir son champ d'action au-delà des thèmes traditionnels de prévention, ce qui ne remet pas en cause le fait qu'il faille s'occuper d'alcool, de tabac... Mais il nous faudrait probablement au moins autant nous occuper de souffrances sociales ce qui nous amène à revenir en amont sur les déterminants de la santé, ni plus, ni moins.

Parmi les déterminants de santé, il y a ce qu'on va transmettre comme capital à nos enfants, vous le savez bien. Il y a la capacité à accompagner ces transferts de compétences, ces capacités d'agir comme on dit dans notre milieu. Et évidemment, la santé publique s'occupe des problèmes une fois qu'ils sont là, mais il est tout aussi nécessaire d'en éviter ou d'en limiter l'apparition ou les conséquences ; et ça, ça se fait en agissant pas seulement avec des professionnels du soin mais aussi en agissant avec l'ensemble de ceux qui sont parties prenantes des solutions possibles, et parmi eux, il y a les personnes concernées par les problèmes de santé. Globalement, passons d'une vision étroite de la prévention où on s'exprime encore trop souvent sur le mode de l'injonction : « vous n'avez qu'à faire ça et puis tout ira bien pour vous », à une vision plus complexe qui reconnaît que ce n'est peut-être pas si simple. « Je suis soumis à des influences publicitaires et



autres qui vont exactement à l'encontre de ce que vous me dites de faire et vous considérez que je suis libre ? » Ce n'est pas sûr. Comment sort-on de cette vision un peu prescriptive qu'il ne faut pas toujours abandonner surtout quand il s'agit de prendre des mesures de protection collectives ? Vous voyez, j'emploie le mot protection, cette fois. En revanche, quand on parle de parentalité, il s'agit de promouvoir les capacités de chacun d'entre nous à élever nos enfants du mieux possible.

Je vais, si vous le voulez bien, rester à la tribune et vous rappeler que c'est le premier séminaire – alors, n'oubliez pas que vous en avez deux autres – et que ce premier séminaire n'a pour ambition que de poser le cadre. En clair, de quoi parle-t-on ? Et, pourquoi la parentalité est une question dont la santé publique doit se préoccuper ? En quoi la santé publique peut contribuer à faciliter l'accès à une parentalité épanouie pour tout un chacun y compris celles et ceux qui ne sont pas forcément dans les conditions les plus favorables pour cela ? Et pour y parvenir, nous avons bien compris que, certes, il y avait la vision de santé publique mais qu'elle ne pouvait pas se passer de la vision des professionnels, de ceux qui

au quotidien accompagnent, et puis éventuellement, de ceux qui réfléchissent à tout ce que cela mobilise sur un plan cognitif, émotionnel dans la tête de chacun d'entre nous et qui est formidablement compliqué, contradictoire. Il faut arriver à marier ces deux approches à la fois l'individuel toujours particulier et toujours contradictoire, ambivalent, et puis le collectif où il faut aussi essayer de travailler à faciliter la vie des gens ; donc, à mettre en place des dispositifs qui facilitent le travail des professionnels qui font au quotidien cet accompagnement formidablement compliqué. Et ils ne sont pas tous professionnels d'ailleurs puisque, heureusement, les gens eux-mêmes aussi se mobilisent en proximité, dans les quartiers.

La première à s'exprimer, Chantal Vandoorne est un des piliers de la santé publique francophone. Je la présente parce que peut-être qu'elle se dirait plutôt pilier de la santé communautaire. Chantal, avec toi, on va comprendre les inégalités sociales de santé, et leurs liens avec la parentalité.

« En quoi la santé publique peut contribuer à faciliter l'accès à une parentalité épanouie pour tout un chacun y compris celles et ceux qui ne sont pas forcément dans les conditions les plus favorables pour cela ? »



Les inégalités sociales de santé

en quoi, pourquoi et comment l'accompagnement à la parentalité et les interventions précoces constituent-ils des stratégies efficaces de lutte contre les inégalités sociales de santé ?

CHANTAL VANDOORNE

DIRECTRICE APES-ULg

APPUI EN PROMOTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Je ne sais pas si je vais être à la hauteur de la présentation élogieuse de Pierre parce que je ne suis pas une spécialiste de l'étude des inégalités sociales de santé. Toutefois, j'ai quand même des contacts réguliers avec la SFSP et quand les organisateurs ont dû trouver quelqu'un pour essayer de vous donner une petite introduction de façon un peu rapide, j'ai accepté parce que je pense que nous maintenons entre la Belgique et la France des relations toujours constructives qui nous permettent de nous appuyer sur les problématiques et les thématiques qui nous sont chères.

Je ne suis pas une spécialiste d'études des inégalités sociales de santé, pourtant je m'y intéresse beaucoup et, j'ai eu notamment l'occasion d'animer, pendant plusieurs années, des modules de l'Université d'été en santé publique de Besançon sur la question des inégalités sociales de santé. Et en fait, c'est au travers de ces modules que ma réflexion s'est construite avec l'aide d'une série de personnes : avant 2014, c'était Ginette Paquet, spécialiste de la petite enfance et du soutien à la parentalité ; Robert Pampalon, plutôt spécialiste des inégalités territoriales : c'est un géographe. Avant Ginette, c'était Maria De Koeninck. Au cours de la dernière année 2015, outre Marie-José Moquet qui est une française en poste actuellement à l'ARS IDF mais qui a beaucoup porté le dossier des inégalités sociales à l'INPES, il y avait Julie Poissant qui travaille à l'INSPQ. Et je vous conseille si vous voulez vraiment explorer la question des inégalités sociales en lien avec la petite enfance et le soutien à la parentalité

d'aller googliser, comme on dit, le nom de Julie Poissant et vous trouverez toute une série d'articles, de travaux vraiment très, très documentés, très argumentés dans ce domaine là. Quelqu'un qui m'impressionne toujours beaucoup aussi, c'est Stéphane Rican qui du point de vue de l'analyse des liens entre les inégalités territoriales et les inégalités de santé (et ces liens sont vraiment fort complexes), mène vraiment des études très intéressantes.

J'ai donc construit l'exposé d'aujourd'hui sous forme de flashes, de coups de cœur que j'ai été prélever dans notre dernier séminaire, notre dernier module à l'Université d'été de Besançon. Vous verrez, il y a d'ailleurs des diapositives qui ne sont pas de moi mais qui sont de mes collègues. Dans le cours de l'exposé et ce ne sera pas nécessairement en en suivant l'ordre, nous aborderons quelques définitions, quelques concepts relatifs aux inégalités sociales et aussi le positionnement que la plupart des acteurs de santé publique et de promotion de la santé ont décidé d'adopter dans ce champ là. Ce n'est pas neutre. Nous parlerons des déterminants sociaux de la santé. On évoquera quelques modèles explicatifs. Et par rapport à l'intervention, j'évoquerai surtout les questions d'universalisme proportionné en lien avec le gradient social. Autre chose que je dois vous dire : je ne suis pas spécialiste des inégalités sociales de santé et je ne suis pas spécialiste non plus de la petite enfance donc, finalement, on se demande ce que je fais ici. Dans le service dans lequel je travaille à l'université de Liège, notre

1. DES CONSTATS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :

- ▶ Les écarts se creusent alors qu'il y a une amélioration globale de l'état de santé
- ▶ Les ISS s'observent au sein des territoires (région - quartier)
- ▶ Les ISS s'observent dès l'enfance ; et de génération en génération
- ▶ Différences sociales constatées sur de nombreux indicateurs pour l'espérance de vie :
 - espérance de vie en bonne santé
 - santé perçue
 - adoption de comportements favorables à la santé
 - utilisation du système de santé
- ▶ Les ISS sont plus marquées dans les sociétés moins égalitaires

2. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : DE QUOI S'AGIT-IL ?

- ▶ Disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux (De Koninck et al, 2008): on trouve une corrélation entre l'état de santé d'un individu et indicateurs de position sociale (par ex. revenus, études, profession)
- ▶ Se distinguent des « inégalités de santé » qui ne relèvent pas de la justice sociale (les inégalités de santé entre jeunes et personnes âgées par exemple).
- ▶ Les inégalités sociales de santé ne sont pas un synonyme :
 - de précarité
 - de pauvreté
 - d'exclusion sociale

La question des ISS n'est pas réductible à ces questions, mais ne les exclut pas

- ▶ Les inégalités sociales de santé se distribuent selon un gradient social : les inégalités suivent la hiérarchie sociale quels que soient les indicateurs de mesure de cette hiérarchie.

job, c'est de faire du soutien à la décision politique ou du soutien aux professionnels. Et donc, effectivement à travers ces soutiens, on est amené à se documenter voire quelquefois à mener l'une ou l'autre étude en matière de parentalité. Ça nous est arrivé, notamment à propos de l'entretien qu'on appelle l'entretien parental qui se passe au quatrième mois de la grossesse pour lequel nous avons réalisé les études de faisabilité en Belgique francophone.

Commençons !

Cinq constats sur les inégalités sociales de santé

Je commence un peu à l'envers. La synthèse des constats. Les écarts se creusent alors que globalement la santé s'améliore. Les inégalités sociales s'observent non seulement entre les grands territoires, les régions, les départements, les villes mais elles s'observent aussi au sein des territoires, au sein des villes, au sein des quartiers. Les inégalités sociales s'observent dès l'enfance et surtout on remarque une reproduction générationnelle. Les différences sociales donc, des différences en lien avec le statut socioéconomique et la position sociale sont constatées sur

de nombreux indicateurs et je ne vais pas revenir sur tous ces indicateurs : l'espérance de vie en bonne santé, la santé perçue, le fait d'adopter ou pas des comportements favorables à la santé, le fait d'utiliser au mieux de ses besoins le système de santé. Et le dernier constat sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, c'est que les inégalités sont plus marquées quand les sociétés sont moins égalitaires.

→cf.1

De quoi parle-t-on ?

Définissons les inégalités sociales de santé pour être sûre que nous allons tous parler de la même chose : ce sont donc bien des disparités que l'on observe quant à l'état général de la santé entre des groupes sociaux. Donc, on trouve des corrélations entre des indicateurs de santé et des indicateurs de position sociale. Les trois indicateurs les plus fréquents dans la position sociale, ce sont les revenus, le niveau d'études, la profession ou alors le fait d'avoir une profession ou d'être inactif. C'est important de chaque fois adjoindre ce mot 'sociale' à côté d'inégalité parce que par ailleurs, nous avons dans nos sociétés des inégalités de santé qui, elles, ne relèvent pas de la justice sociale. En matière de santé,

les jeunes et les personnes âgées ne sont pas tout à fait égaux mais ce n'est pas seulement à cause de problèmes de position sociale. Donc, on ne peut pas utiliser de façon synonyme la précarité et les inégalités sociales de santé, la pauvreté et les inégalités sociales de santé, l'exclusion sociale et les inégalités sociales de santé. Bien sûr, tout ce que nous savons, tout ce que nous travaillons autour de la pauvreté, de la précarité, de l'exclusion sociale est inclus, mais les inégalités sociales de santé sont beaucoup plus complexes et plus vastes que cela.

En matière d'inégalités sociales de santé, un des concepts essentiels est le concept de gradient social c'est-à-dire que les inégalités vont suivre la hiérarchie sociale quels que soient les indicateurs de mesure de cette hiérarchie là.

→cf.2

Je ne vais pas vous détailler le contenu des graphiques bien que j'ai quand même sélectionné des indicateurs qui étaient liés au jeune enfant. Ici, on a des enfants de section maternelle et des enfants de CM2 et des indicateurs d'obésité et vous voyez qu'au fil de la hiérarchisation des classes sociales, les indicateurs sont de plus en plus défavorables. On a de plus en plus

d'enfants obèses et ça ne diminue pas avec le temps. Les écarts ne diminuent pas avec le temps. Même chose si on prend la prévalence des dents cariées. Quand on regarde l'ensemble des dents cariées ou les dents cariées non traitées, vous voyez que les indicateurs sont de plus en plus négatifs entre les cadres qui sont à gauche et les ouvriers qui sont l'avant-dernière colonne à droite ; la dernière colonne représentant les chiffres sur l'ensemble de la population.
→ cf. graphiques 1, 2 et 3

Quelques concepts clés

Un petit mot sur cette question du gradient social. Face à ce lien entre les indicateurs de position sociale et la santé, on a deux types de stratégies. Soit on va concentrer les moyens sur les personnes les plus défavorisées, sur les personnes exclues, sur les personnes qui ont le plus de problèmes de santé et donc, on va toucher une petite partie de la population. Soit on va mettre l'accent sur le gradient social qui, lui, vous l'avez vu, affecte toute la population et l'on va essayer de moduler les interventions en lien avec la place des sous-groupes de population sur ce gradient social. On aura donc des interventions universelles, pour tous, mais qui seront à chaque fois modulées en fonction des besoins, du type de désavantage de chacun de ces groupes sociaux.

C'est ce qu'on appelle l'universalisme proportionné c'est-à-dire qu'on offre des interventions universelles à tous mais on veille à accentuer les interventions qui permettent de faire tomber les barrières d'accès. En fin d'exposé, si on a un peu de temps, je vous présenterai quelques exemples des barrières d'accès qui ont été modélisées par Julie Poissant. On accroît le soutien selon les besoins des différents sous-groupes de la population et donc, on ne scinde pas la

population entre ceux qui en ont besoin et ceux qui n'en ont pas besoin, non ! Tout le monde a besoin de quelque chose mais pas de la même manière.

3. L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ CONSISTE À :

1. offrir des interventions universelles tout en éliminant les barrières d'accès ;
2. accroître le soutien (modalité ou intensité) selon les besoins des différents sous-groupes de la population.

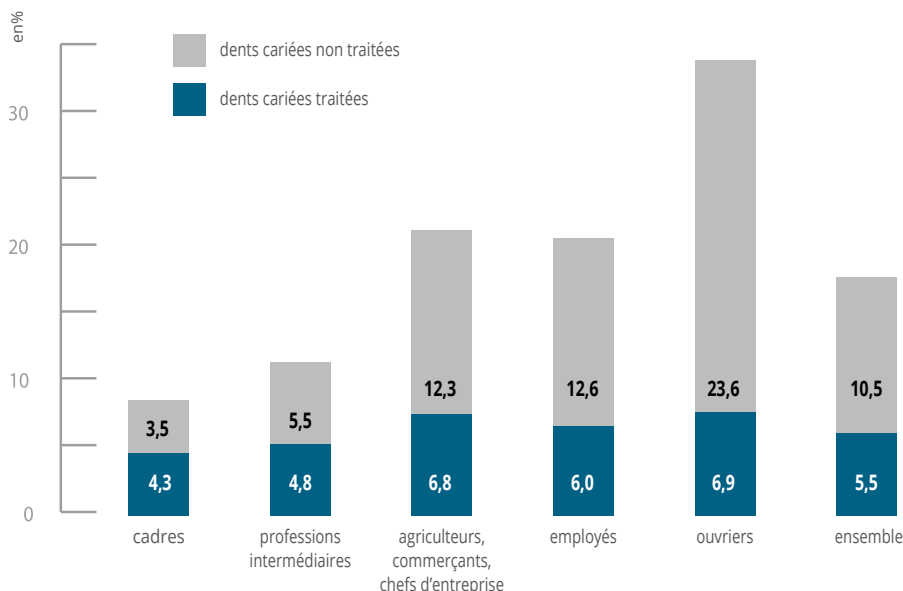
Un autre concept qui, je pense, fera écho à votre pratique, c'est qu'il y a de nombreuses difficultés liées aux conditions de vie, donc, en matière d'inégalités sociales de santé, même si on utilise la position socio-économique pour modéliser l'état des inégalités dans la population, on sait que ce qui va être déterminant par rapport au bien-être de l'enfant et puis plus tard de l'adulte, c'est le cumul des difficultés, le cumul des manques par rapport à ses besoins.

4. LES DIFFICULTÉS LIÉES AUX CONDITIONS DE VIE SONT TRÈS VARIABLES :

- ▶ « C'est le cumul de manques ou de difficultés qui est significatif » (INSEE, 2007).
- ▶ « L'injustice s'accroît lorsque les problèmes tendent à se multiplier et à se concentrer, se renforçant les uns les autres, créant ainsi des groupes très vulnérables en matière de santé » (Paquet, 1994). Les conséquences des inégalités sociales dépassent le domaine de la santé.

PRÉVALENCE DE DENTS CARIÉES SELON LE GROUPE SOCIAL DES PARENTS

graphique 1



Lecture • 4,3 % des enfants de cadres ont des dents cariées traitées.

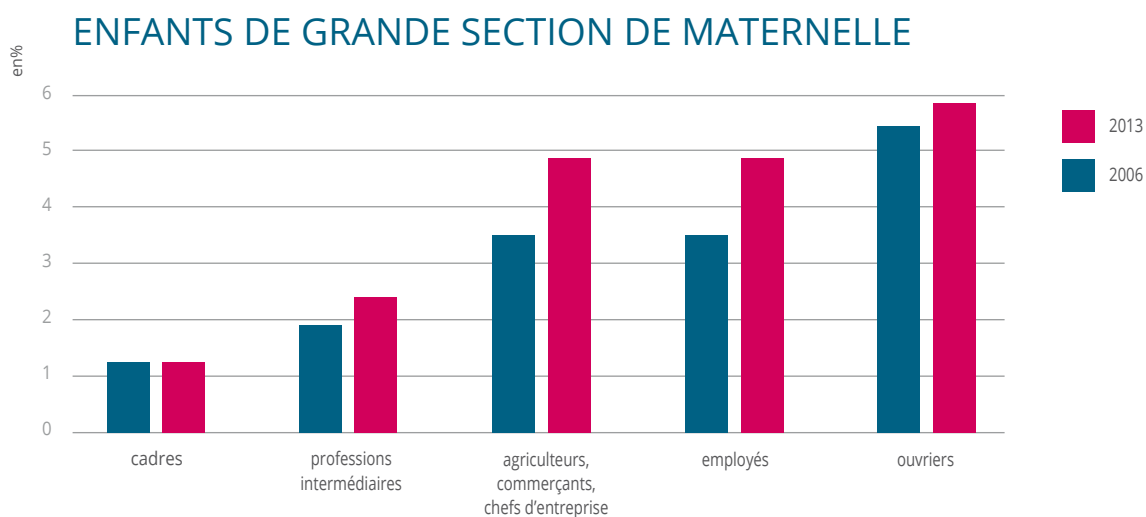
Note • L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents.

Champ • France (hors Mayotte).

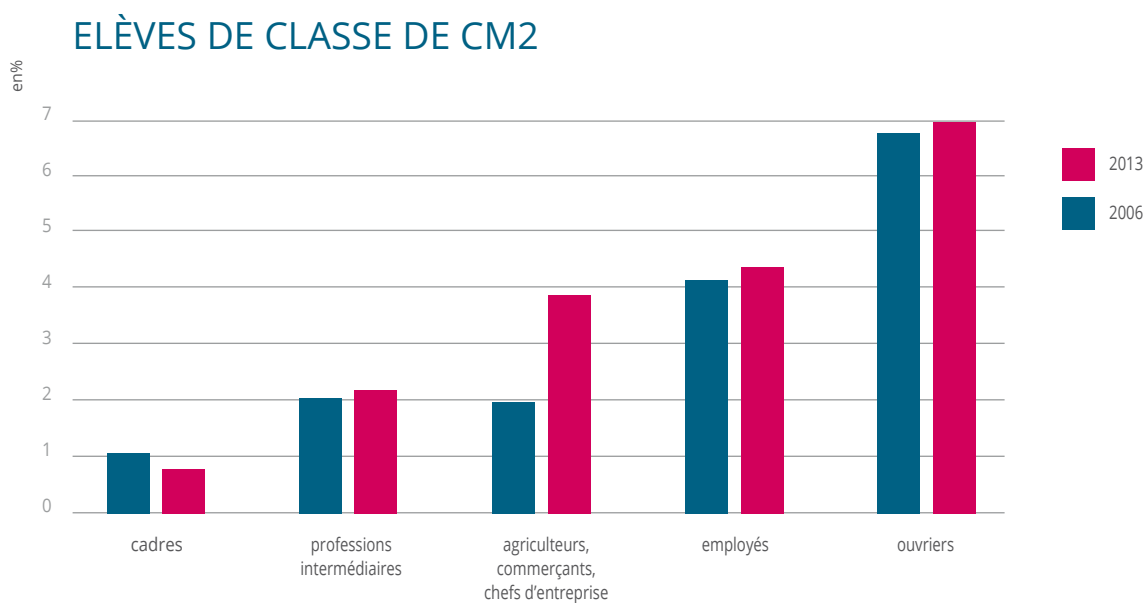
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

TAUX D'OBÉSITÉ SELON LE GROUPE SOCIAL DES PARENTS

graphique 2



graphique 3



source : ministère des Affaires sociales - ©Observatoire des inégalités

L'injustice a tendance à s'accroître quand on cumule les difficultés et bien que j'aborde peu la question des inégalités territoriales, c'est bien un des facteurs par lequel les inégalités territoriales peuvent entrer en synergie avec les inégalités sociales, c'est celui de l'accumulation des désavantages : si vous êtes déjà dans la partie inférieure du gradient et qu'en plus, vous habitez un territoire où il y a très peu de services, évidemment qu'il sera encore plus difficile pour vous d'accéder aux conditions de bien-être.

Voilà, notre positionnement que, bien sûr, nous partageons avec la SFSP et certainement avec beaucoup d'entre vous ici, c'est que les inégalités sociales de santé, ce sont de véritables injustices et pourquoi est-ce que ce sont des injustices ? Parce qu'elles ne dépendent pas de l'individu et de son bon vouloir et de son envie de créer de meilleures conditions de vie, une meilleure santé pour lui et ses proches, mais bien parce qu'elles dépendent des déterminants sociaux. Quand on parle de déterminants sociaux, le modèle le plus intéressant bien qu'on n'en maîtrise pas encore vraiment tous les liens, toutes les nuances, c'est celui qui a été promu, je dirais représenté au bout de longs travaux par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Je ne vais pas vous détailler l'ensemble du modèle.

Le modèle Pathway

→cf.5

Simplement, j'attire votre attention sur trois points. D'un côté, sur la gauche, nous avons bien les déterminants structurels des inégalités de santé et ce sont donc bien les déterminants sur lesquels, nous en tant que professionnels, on n'a pas beaucoup d'impact mais on doit savoir qu'ils sont essentiels. C'est bien la position sociale avec, comme vous le savez, la reproduction de la position sociale de génération en génération contre laquelle on doit lutter. C'est bien les questions de genre. C'est bien le système éducatif. C'est bien le système d'emploi et de soutien à l'emploi et au bout du compte, effectivement les revenus qui sont un des indicateurs de position sociale. Je suis pédagogue de formation Sciences de l'éducation et donc, je m'intéresse beaucoup aux études PISA et aux analyses qui sont faites des études PISA. La France comme la Belgique et je suis déjà intervenue en France auprès des médecins de l'Education nationale partagent ce triste constat d'avoir un des systèmes éducatifs les plus inégalitaires et donc, effectivement, une des sources sans doute et un des leviers du travail sur les inégalités sociales qui après influenceront sur la santé, c'est notamment d'avoir des systèmes éducatifs moins inégalitaires.

Vous avez dans la colonne de droite une série de déterminants intermédiaires qui sont sensibles aux déterminants structurels. Ce sont les conditions de vie. Ce sont les facteurs humains et biologiques mais je maîtrise peu - bien que j'entende quelquefois des exposés très

intéressants - toutes les questions d'épigénétique, toutes les questions de mesure des paramètres physiologiques, hormonaux qui sont liés aux états de stress permanent. On sait maintenant que la position sociale peut finalement par le stress et la difficulté des conditions de vie vraiment s'inscrire dans le fonctionnement somatique des individus.

Il y a tous les facteurs psychosociologiques que vous connaissez certainement aussi très bien sur lesquels je ne vais pas m'étendre pour pouvoir progresser dans l'exposé.

Vous voyez que le système de santé, sur ce schéma, est dans un petit coin et donc, bien sûr, c'est important de travailler l'accès au système de santé ou l'accès au système d'accompagnement parental pour ce qui nous rassemble aujourd'hui. Mais on a évidemment tout un champ de travail beaucoup plus large que ces questions d'accès.

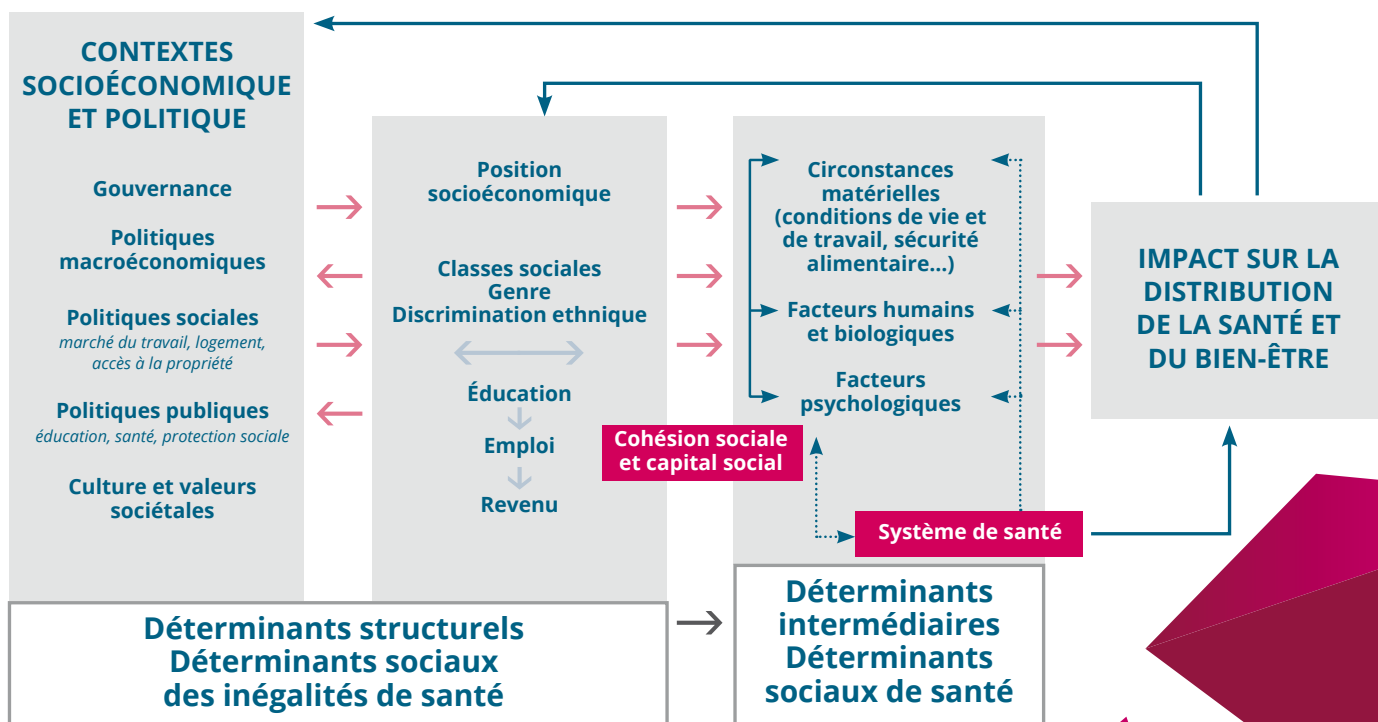
J'attire aussi votre attention sur le petit rectangle entre les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires. Petit rectangle qui n'était pas présent dans les premières modélisations de la CDSS qui est apparu quelques années plus tard. Parce que des travaux, des études statistiques de grande ampleur ont montré l'importance de la cohésion sociale et du fait d'avoir des sociétés peu égalitaires sur le fonctionnement du système éducatif, parce que ça se marque dans ce domaine là aussi, et sur la santé. Un des schémas peut-être les plus marquants et les travaux les plus marquants en ce sens ont été faits par Wilkinson et son équipe qui a écrit un ouvrage en anglais que l'on a traduit d'ailleurs en Belgique francophone : *"pourquoi l'égalité est meilleure pour tous ?"* En travaillant des indices de problèmes sociaux et de santé dont vous voyez les différents paramètres sur la gauche, en utilisant un indice composite et en croisant cet indice avec les inégalités de revenu dans les différents pays, on voit bien que l'indice de problèmes sociaux et de santé est moins bon, par exemple, aux Etats-Unis là où les inégalités de revenus sont les plus élevées.

On voit que la Norvège est située en bas à gauche du graphique : on a donc de faibles inégalités, de revenus et des indices de problèmes sociaux et de santé moins forts. Voilà pourquoi l'égalité est meilleure pour tous et pas seulement pour les plus pauvres. C'est meilleur pour l'ensemble de la population d'un pays.

Quand on sort du domaine de la santé publique - j'avais été amenée à me pencher sur ce rapport de l'OCDE qui date de 2010 et qui explique par exemple pourquoi l'éducation est vraiment un levier essentiel pour améliorer la santé et la cohésion sociale. Concernant l'OCDE, je ne vous ai pas mis les chiffres mais ce sont des modèles d'analyse socioéconomique très rigoureux. Il y a des constats intéressants. L'éducation obtient des effets en termes de compétences qui améliorent la santé et l'engagement social et Pierre a rappelé tout à l'heure combien en promotion de la santé, l'engagement social était un levier important pour construire la santé d'une communauté. Si on commence tôt, si on implique les familles et les communautés, si on développe d'autres compétences que les compétences cognitives. Alors là, il y avait des



5. LE MODÈLE PATHWAY (CDSS - OMS 2011)



AGIR DÈS LA PETITE ENFANCE

(D'APRÈS JULIE POISSANT) :

- ▶ L'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire les inégalités sociales de santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence (OMS, 2009).
- ▶ Donner une chance pour un bon départ dans la vie à tous les enfants doit être la plus haute priorité des autorités politiques qui veulent réduire les iniquités en matière de santé (Marmot et collab., 2010).
- ▶ Donner la plus haute priorité à un bon départ dans la vie implique (OMS, 2014 ; Morrison et al. BMC Public Health 2014, <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>)
 - Des soins et services prénataux et pour une naissance en santé ;
 - Une protection sociale adéquate pour les familles ;
 - Un soutien pour des environnements familiaux chaleureux et sensibles ;
 - Des services universels, abordables et de haute qualité en matière d'éducation et de soins ;
 - Des environnements bienveillants et stimulants.

interventions qui étaient jugées plus efficaces mais ça concernait surtout le milieu scolaire qui vous intéresse moins aujourd'hui.

À côté des déterminants sociaux, dans le travail sur les interventions pour essayer de juguler et de réduire les inégalités sociales de santé, on accorde beaucoup d'importance aux trajectoires de vie, pourquoi ? Parce qu'on se rend compte que les inégalités diminuent, se recomposent, s'amplifient, re diminuent éventuellement un peu en fonction des différentes conditions de vie auxquelles vous êtes confrontés. Et donc, les choses ne sont jamais gagnées une fois pour toutes, bien qu'on sache que tout ce qui est mis en place dans l'enfance, la jeunesse et le début de l'âge adulte est quand même déterminant et vous donne plus de chances de traverser les difficultés de la vie en restant en bonne santé et en restant inséré socialement.

Au niveau des conditions de vie, on voit effectivement dans ce type de schéma que, bien sûr, notre style de vie personnelle va dépendre des réseaux et des milieux de vie immédiats dans lesquels nous sommes. Ça va dépendre aussi des conditions de travail – l'éducation, je l'ai déjà dit – mais aussi, on le voit de plus en plus en matière maintenant d'accès à une alimentation saine, de l'agriculture et de la production de nourriture. On travaille beaucoup pour le moment en Wallonie sur un plan alimentation-activité physique qui essaye de tenir compte des inégalités sociales de santé. C'est un vrai défi parce qu'il y a beaucoup d'initiatives intéressantes qui naissent mais l'accès à ces initiatives est compliqué. Le logement, les installations sanitaires, les services de santé, tout ça sont évidemment des conditions qui vont influencer les cellules familiales.

Bien sûr, on doit tenir compte du contexte socioéconomique mondial, par exemple, qui renforce toutes les tendances à l'individualisme, à l'individualisation, finalement à l'impact du monde économique par rapport aux services publics en général.

J'en viens à quelques diapositives que j'ai reprises de chez Julie Poissant. Effectivement, elle repart de ce document de l'OMS « Comblé le fossé en une génération » qui pointe bien que l'une des mesures qui offre les meilleurs chances de réduire les inégalités, c'est d'investir dans les premières années. Si vous avez besoin de donner de la crédibilité à votre action et que vous avez besoin d'un texte pour ça et pas seulement des bonnes relations que vous entretenez avec votre public et avec les professionnels, vous avez des textes pour le dire.

→cf.6

Qu'est-ce que ça implique cette priorité à un bon départ dans la vie ? De nouveau, du côté de l'OMS, des soins et des services prénataux et des conditions de naissance en bonne santé, une protection sociale adéquate pour les familles, des environnements familiaux qui soient chaleureux et sensibles mais aussi des services universels qui vont finalement permettre que ces environnements familiaux dits chaleureux

et sensibles se développent. Des services universels bien sûr abordables et qui restent de haute qualité même pour les personnes qui ne doivent pas y consacrer une part importante de leurs revenus. Des environnements qui sont stimulants et bienveillants. Ce qui justifie la priorité donnée à l'enfance, c'est que le gradient socioéconomique est présent dès la grossesse puisqu'il influence déjà évidemment les parents dès avant même la conception.

Il reste évidemment présent à la naissance et lors des premières années. Les inégalités de santé, je vous le disais, ont un impact sur la vie à l'âge adulte et on doit prendre en compte les parcours de vie dans lesquels les premiers stades de la vie vont occuper une importance fondamentale.

La réduction des inégalités nécessite d'améliorer les conditions de vie – j'espère qu'avec les schémas précédents vous voyez un peu comment les liens peuvent se retracer – elle implique de développer des actions basées sur la résilience, sur les capacités des personnes et ces capacités et cette résilience peuvent se construire dans l'enfance en lien, bien sûr, avec les cellules familiales et les cellules de proximité des enfants. Les interventions lors de la petite enfance sont reconnues comme un investissement rentable et évidemment, je ne peux pas passer en revue toutes les études, mais, si vous allez voir la littérature de Julie Poissant, vous verrez beaucoup d'études qui commencent à pointer la rentabilité de l'investissement dans la petite enfance.

Pour arriver à mettre en place une universalité proportionnée, trois catégories de barrières, des barrières qui sont liées aux services, des barrières qui sont liées aux familles, des barrières qui sont liées aux intervenants.

→cf.7

Vous voyez qu'on peut avoir des barrières parce que le nombre de places est limité et j'ai vu pas plus tard que ce week-end qu'il y avait toute une série de données sur les places d'accueil sur le site de l'Observatoire des inégalités en France. On dispose de cartes territoriales sur les places d'accueil. Les barrières peuvent être liées aux coûts. Elles peuvent aussi être liées à l'endroit où sont les services. J'ai

7. LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES UNIVERSELS (D'APRÈS JULIE POISSANT)

LES BARRIÈRES LIÉES AUX SERVICES

Les obstacles	Les pistes de solutions
Places limitées	Lieu satellite
Coût	Proportionnel au revenu
Lieu inaccessible	Transport fourni
Horaire	Diversifier les moments, aller dans les lieux où se trouvent les personnes visées
Incapacité de répondre aux besoins	Aide concrète en premier
Manque de coordination entre les services	Partenariat solide cohérence dans l'offre de service

LES BARRIÈRES LIÉES AUX INTERVENANTS

Les obstacles	Les pistes de solutions
Distance sociale	Formations, ateliers destinés aux intervenants
Attitude de jugement	
Manque de connaissance sur les enjeux culturels	
Incapacité à reconnaître les forces des familles	Diversifier les moments, aller dans les lieux où se trouvent les personnes visées

LES BARRIÈRES LIÉES AUX FAMILLES

Les obstacles	Les pistes de solutions
Manque de temps, stress élevé	Aller vers elles selon leur horaire
Langue	Traduction des contenus, interprètes, jumelage
Fragmentation de la fratrie	Garde des enfants assurée sur place, activités adaptées à l'ensemble de la famille
Manque d'information sur les services offerts	Saisir les moments clés pour informer, regrouper les informations en un seul lieu
Peur d'être jugé	Faire appel à des parents comme formateurs
Attentes et intérêts variables dans le temps	Consulter souvent les familles pour connaître les besoins, les forces, les ressources, rappel et suivi, travailler au maintien de la relation

LES TROIS DIMENSIONS D'OBSERVATION DES TERRITOIRES

► **Espace** : défini comme une étendue structurée, dotée de caractères physiques, sociaux, économiques, culturels, etc -> relations de distances, de contiguïté, mais aussi vecteurs d'échanges, de réseaux

► **Territoire** : défini par les modes de gestion sociale de cet espace. Espaces appropriés, gérés et administrés. Enjeux de conflits et de rapports de force. Les jeux d'acteurs (élus, décideurs, groupes de pression, habitats), présents et passés permettent de comprendre les processus de production et de reproduction des inégalités > analyse des systèmes locaux d'action

► **Lieu** : élément participant aux constructions identitaires, à l'adoption de normes, de valeurs, notamment en matière de santé (alimentation, alcool, prévention, soins, sport, etc.). Il fonde également les perceptions et les usages de l'espace, l'utilisation de ses ressources matérielles et sociales.

Rican S, Salem G, Vaillant Z, Jouglu E (2010). Dynamiques sanitaires des villes françaises. Paris : La documentation française, DATAR. Coll. Travaux, n°12. 76p.
Rican S, Vaillant Z, Jouglu E, Salem G (2013). Les inégalités territoriales de santé. In Laurent E (dir.). Vers l'égalité des territoires : dynamiques, mesures, politiques. Paris : La documentation française : 113-129

déjà travaillé avec des équipes qui étaient très contentes d'avoir mis en place un soutien pour les enfants en fin de maternelle sauf que les lignes de transport en commun n'étaient pas utilisables par les familles qui habitaient les quartiers. Le transport en commun ne passait pas dans leur quartier. Les horaires, la difficulté de répondre aux besoins immédiats : si on n'arrive pas tout de suite dans le service qui, lui, va pouvoir répondre à vos besoins immédiats – je pense c'est tout le sens du travail en réseau – le manque de coordination entre les services. Bien sûr, on ne doit pas négliger les barrières liées aux professionnels qui sont quelquefois peu familiers sur le plan symbolique et sur le plan pratique avec les personnes qu'ils sont censés accompagner. Les barrières liées aux conditions de vie des familles elles-mêmes : leur stress, le manque de temps, la langue, la fragmentation de la famille, le fait de n'être pas au courant à propos des services qui leur sont accessibles, la peur d'être jugé et puis finalement, une inconstance dans les attentes. Or, on sait que pour que les actions soient efficaces, souvent ça demande un peu de temps d'installation et de progressivité dans l'installation.

Je termine en vous incitant à aller voir aussi les études de plus en plus nombreuses y compris qualitatives sur les facteurs d'influence liés au territoire. Et je n'ai repris qu'une diapositive de Stéphane Rican.

Ce qui m'intéressait, c'est ces trois dimensions qu'il positionnait dans le territoire en disant : « on doit être attentif à l'espace c'est-à-dire aux caractéristiques physiques du territoire, les relations de distance de contiguïté, la manière dont les réseaux s'organisent, la manière dont les échanges peuvent apparaître ».

→ Cf.8

On doit être attentif au territoire c'est-à-dire hors de l'espace physique, il y a la manière dont on gère socialement ces territoires. Il peut y avoir effectivement des territoires qui manifestent plus de cohésion sociale que d'autres et le travail avec les municipalités voire avec les comités de quartier est essentiel et donc, les systèmes d'action locale sont vraiment intéressants à bien connaître pour voir où peut s'insérer notre action par rapport à la cohésion sociale. Et enfin, il y a cette dimension qu'il appelle "les lieux" qui sont les endroits à l'intérieur de territoires où se font les constructions de l'identité, où se fait l'adoption de normes. Pour les jeunes, ça peut être la rue et pas la famille. Pour les parents, ça peut être les amis et les voisins plutôt que le professionnel de santé. Donc, il me semblait que puisque je n'avais pas beaucoup de temps pour vous parler des inégalités territoriales, vous inciter à être attentifs à ces trois manières de voir le territoire pourrait être intéressant.

Echanges

AVEC LA SALLE

Mady Denantes

Je représente, là, la mission 'Inégalités sociales de santé' de MG France, un syndicat de médecins généralistes.

Je voulais vous remercier pour cet exposé passionnant et surtout d'avoir dès le début fait la différence entre inégalités de santé, inégalités sociales de santé. Souvent notre ministre, hélas, dit « inégalités de santé » quand elle veut dire, je suppose, « inégalités sociales de santé » et donc, toute l'action, déjà et ce qu'on peut faire, est bien sûr différent quand on parle d'inégalités de santé ou d'inégalités sociales de santé. Donc, j'espère qu'elle va entendre ce que vous venez de bien exposer. Inégalités de santé, on n'y peut en gros, rien – et d'ailleurs vous avez aussi Madame parlé d'inégalités de santé – inégalités sociales de santé, c'est une injustice et là, on peut quelque chose. Merci de bien nous l'avoir montré.

Michel-Henri Delcroix

Expert agréé par la Cour de Cassation, gynécologue obstétricien.

Merci pour ces exposés introductifs et bravo pour bien poser la situation. Une question : Pourquoi on s'intéresse à l'enfance, la jeune enfance ? Pourquoi on ne s'intéresse pas vraiment avant la naissance ?

Et j'en veux pour témoignage, c'est que dans les 25 associations partenaires que j'ai listées à la fin, on ne parle ni des sages-femmes, ni des gynécologues obstétriciens qui sont les seuls à voir les femmes enceintes jusqu'à 22 fois en consultation de suivi de grossesse. La question, c'est : comment impliquer ces professionnels de santé, d'une

part ? Et d'autre part, pourquoi sont-ils à la marge quand on parle de parentalité ? Je ne sais pas si je suis clair.

Pierre Lombraïl

Michel, tu es très clair mais je vais laisser Chantal répondre et rends lui grâce qu'elle a parlé d'entretien prénatal précoce. Ça ne s'appelle pas comme ça en Belgique bien évidemment, sinon ce serait trop simple, mais elle l'a fait. Merci de rappeler que, quand même, il y a des professionnels de santé, il ne faut pas les oublier même si, reconnaissons-le, dans le tableau global, leur rôle est certes éminent mais c'est un petit bout de la chaîne.

Chantal Vandoorne

Je suis désolée si je vous ai donné l'impression qu'effectivement, on travaillait essentiellement avec des enfants. C'est sans doute un raccourci de langage, je dirais, parce que, d'abord, les recommandations des travaux de l'OMS « Comblent le fossé en une génération » sont bien claires : on doit travailler au niveau prénatal et il y a un continuum. Et quand on dit au niveau prénatal, on commence même avant que la dame, la jeune dame soit enceinte donc, on travaille avec les jeunes filles en fin d'enseignement de lycée ou d'enseignement professionnel. Je suis tout à fait d'accord avec vous et d'ailleurs l'administration qui organise la PMI chez nous travaille vraiment sur un continuum du prénatal jusqu'au soutien à la petite enfance. Là où on assiste à des ruptures, c'est évidemment avec l'entrée à l'école maternelle. Il y a quelquefois moins

de continuité dans le soutien parental au moment de l'entrée à l'école maternelle.

Michèle Damay

Médecin pédiatre Rennes

Je suis médecin en petite enfance à la ville de Rennes et je m'interroge et ça va dans la suite et la cohérence : les chiffres que vous nous avez donnés comme introduction parlent toujours à partir de la grande section et là, quand vous avez parlé d'entrée à l'école, instinctivement, je pensais de l'entrée en grande section car on a quand même un acteur en France important qui est la PMI qui travaille depuis avant la grossesse jusqu'à la fin de la moyenne section. Est-ce qu'on a aussi des chiffres ? Parce que j'ai pu imaginer que si on a des chiffres à partir de la grande section, c'est parce qu'il y a l'Éducation nationale qui travaille en grande section et qui donc, donne des chiffres. Les bilans de santé de quatre ans qui généralement sont fait par la PMI ou parfois par la ville, donnent aussi des chiffres. Et puis on a aussi les bilans de deux ans. Est-ce qu'on a des chiffres par rapport à ça ? Parce que tout ce que vous nous avez donné pour la grande section, je peux vous affirmer que c'est dès la crèche.

Chantal Vandoorne

Avant que Madame ne réponde, je n'ai pas voulu vous donner de chiffres. En fait, je vous ai montré deux graphiques que j'ai trouvés rapidement dans ma situation wallonne en un week-end pour vous illustrer ce qu'était le gradient mais loin de moi l'intention

d'avoir voulu vous donner des chiffres. C'était juste pour vous illustrer le gradient. Et c'est des graphiques que j'avais à ma disposition dans mon ordinateur donc, je n'ai pas cherché les chiffres pour préparer cet exposé.

Pierre Lombrail

Vous avez raison Madame, mais Chantal n'a pas voulu nous ennuyer. Vous l'avez compris. En même temps ce que vous dites est très important, ça se mesure très, très tôt et beaucoup plus tôt que les graphiques qu'on a présentés et pas seulement sur des paramètres de santé physique parce qu'obésité, les dents cariées évidemment que c'est important mais les inégalités en matière d'apprentissage, de construction cognitive et émotive, très tôt, ça, malheureusement, les statistiques le montrent aussi et ça l'est tout autant. Nos médecins généralistes, Mady qui s'est exprimée tout à l'heure, les connaît bien puisqu'on fréquente un groupe particulièrement impliqué dans ces affaires-là et qui travaille très sérieusement à montrer l'importance de la défavorisation des mères, y compris en matière psychique, troubles anxio-dépressifs, et les conséquences en matière d'acquisition cognitive à deux ans, par exemple.

Oui, malheureusement, je peux vous dire la même chose sur les paramètres environnementaux. Vous connaissez évidemment ces problèmes si vous êtes Rennaise puisque vous avez sur place une cohorte où on montre l'effet des pesticides sur l'apprentissage, le devenir cognitif des enfants, c'est très préoccupant. On ne va pas trop s'effrayer, on va quand même se dire « on a des choses à faire ensemble » et dans l'ordre du soutien et du petit trait d'union que Chantal a bien souligné dans une diapo de l'OMS sur la dimension cohésion sociale.

Corinne Bois

Médecin de PMI dpt 92

Je suis médecin de PMI dans le 92 et puis, je suis aussi épidémiologiste au niveau de la cohorte Elfe. Je voulais dire que, moi, j'avais publié plusieurs articles sur les inégalités sociales de santé déjà visibles à quatre ans mais c'est des données locales des Hauts-de-Seine au niveau du bilan de quatre ans et que je suis en train de conduire une enquête sur les bilans de quatre ans dans trente départements en association avec la cohorte Elfe où on compte bien mettre en évidence aussi les inégalités sociales de santé qui concernent des données très classiques, comme vous disiez, obésité, dentaire, etc. mais aussi du développement psychomoteur puisqu'il y a des différences au niveau du langage. Et puis ce que j'avais montré dans les publications sur les Hauts-de-Seine, c'est que par contre, il pouvait aussi y avoir des avantages et par exemple, des enfants qui étaient mieux vaccinés contre l'hépatite B pour plein de facteurs. Peut-être qu'ils sont plus exposés aussi mais peut-être aussi que les médecins qui sont consultés... que les parents qui consultaient les médecins, c'était plus souvent des médecins de PMI et que les médecins de PMI, peut-être vaccinaient plus. Donc, finalement par un côté détourné, il pouvait aussi

y avoir des avantages pour la santé pour certaines choses même si c'est une petite partie et que ça pèse plutôt du côté des désavantages bien sûr, en général.

Odile Cochetel

Médecin Éducation nationale

Je suis médecin de l'Éducation nationale dans le Puy-de-Dôme et je voulais juste dire que malheureusement, moi, quand j'entends qu'on fait des études sur les bilans de quatre ans ou bien les bilans de grande section, c'est bientôt fini puisque la PMI est en train de se retirer du bilan de trois-quatre ans à l'école. On n'a plus assez de médecins de PMI. Les médecins de l'Éducation nationale vont continuer à faire des bilans ciblés de grande section mais les infirmiers, infirmières de l'Éducation nationale ont décidé de ne plus faire de dépistage systématique donc, on se retrouve avec des enfants maintenant qui vont faire une scolarité : ils vont démarrer en petite section et qui ne seront pas vus avant la sixième de façon systématique au moins par un infirmier ou une infirmière de l'Éducation nationale. Donc, les études épidémiologiques, on en aura de moins en moins et surtout là, on va énormément aggraver les inégalités sociales de santé.

Pierre Lombrail

Merci, Madame. Je ne peux pas ne pas souligner la grande misère des systèmes de prévention collective que sont la PMI et l'Éducation nationale. Je le fais sans polémiquer évidemment avec la représentante du ministère... qui n'y est pour rien, mais enfin, on y est tous pour quelque chose, parce que si on ne se bagarre pas ici pour dire que ces dispositifs ont une place essentielle à côté, en complémentarité des dispositifs que sont l'hôpital, que sont la médecine générale, qui le fera ? Les médecins généralistes aussi font ce qu'ils peuvent mais eux aussi sont aussi en grande difficulté. Là, on a un souci énorme, on va le payer très cher. Une des raisons d'un séminaire comme ceci, c'est de pointer ces points d'inquiétude. Donc, je vous remercie de le faire Madame.

Je pense que sur ces paroles fortes, on va pouvoir clore cette introduction.

Je remercie encore, chaleureusement Chantal, d'avoir fait ceci avec simplicité, pour rendre accessibles des choses extrêmement compliquées. Mais je ne savais pas qu'elle venait des Sciences de l'éducation, donc forcément, finalement, elle n'a aucun mérite, elle est formée à la vulgarisation...

Donc, maintenant que l'on a campé le décor, l'orateur suivant, que je ne connais pas encore, a le droit de nous dire qu'il n'est absolument pas d'accord, et que finalement, tout ça, c'est bien, mais ce qui compte, c'est ce qui se passe au niveau individuel et dans la relation soigné-soignant. Enfin, je ne sais pas. En tout cas, vous connaissez le sujet bien mieux que moi, donc nous allons entendre le point de vue du pédopsychiatre sur l'accompagnement et la parentalité. Enfin, un point de vue de pédopsychiatre, puisque de la même façon qu'il n'y a pas un point de vue de Santé Publique, il n'y a pas un point de vue de la pédopsychiatrie, j' imagine...



L'accompagnement à la parentalité

les inégalités parentales se mesurent-elles à travers le gradient social

DIDIER HOUZEL

PROFESSEUR ÉMÉRITE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT - PÉDOPSYCHIATRE

En tant que pédopsychiatre largement inspiré par la psychanalyse, je ferai souvent référence à cette discipline. Je crois, en effet, que la psychanalyse mérite d'être citée dans le champ de la parentalité parce qu'elle a été une des voies pour souligner l'importance des parents, de la relation entre les parents et l'enfant, dès la naissance, voire avant la naissance. Tout à l'heure on a signalé l'importance de la vie prénatale ; on y est de plus en plus sensible et je crois que Michel Dugnat nous en parlera tout à l'heure. La psychanalyse, au fur et à mesure de son développement, a reculé en quelque sorte dans le temps pour nous éclairer, à sa façon, sur ces déterminants relationnels, affectifs, fantasmatiques qui jouent un rôle évident dans la parentalité.

Peut-on mesurer les inégalités parentales à travers le seul gradient social ?

Je pose la question des inégalités parentales au regard du gradient social ou socio-économique : est-ce qu'on peut mesurer les inégalités parentales, à l'aune de ce gradient ? Si je pose la question c'est d'une part parce que des données épidémiologiques montrent que ce n'est pas tellement évident : certaines anomalies de la parentalité parmi les plus graves, comme certaines maltraitances, par exemple les bébés secoués, sont réparties de manière égale sur tout le

gradient social ; et d'autre part parce que cela comporte des risques de « stigmatisation » de certaines populations.

Je crois qu'il y a un certain écart entre la recherche, les données de la recherche, la réflexion théorique sur ces données et l'application. Si on transmet que telle population est susceptible d'être en souffrance dans sa parentalité, est-ce que l'on ne risque pas d'en faire une population cible, au sens stigmatisée ?

Je vois deux dangers à cette stigmatisation. Le premier est celui que l'on appelle, en psychanalyse, la projection. Et je pars d'une citation :

« Un jour ou l'autre, la conscience morale de la société s'éveillera et elle lui rappellera que le pauvre a tout aussi bien droit à l'aide psychique qu'à celle que, de nos jours il a déjà, l'aide chirurgicale qui sauve la vie ; et que les névroses ne menacent pas moins la santé du peuple que la tuberculose et peuvent être, tout aussi peu que celle-ci, abandonnées à l'assistance impuissante de tel ou tel membre du peuple. Alors, seront édifiés des établissements et des instituts de consultations, auxquels seraient affectés des médecins formés à la psychanalyse, afin de rendre, par l'analyse, capables de résistance et d'activité, des hommes que sans cela s'adonneraient à la boisson, les femmes qui menacent de s'effondrer sous le poids des renoncements, les enfants qui n'ont le choix qu'entre la sauvagerie et la névrose »

(Freud, 1919, p. 107).

C'est Freud qui parle, en 1919. Évidemment il dit cela à une époque, au début du XX^{ème} siècle, où les préjugés

sociaux étaient beaucoup plus forts qu'aujourd'hui. Néanmoins, il faut s'interroger sur la persistance de ce type de préjugés. Remarquez qu'il associe automatiquement la pauvreté à l'alcoolisme, des pères en tout cas, et qu'il ne prévoit pas d'autre avenir pour les enfants des familles démunies économiquement que la sauvagerie ou la névrose.

Je propose, pour notre réflexion et pour éviter cet écueil de la projection, de partir de l'idée qu'il n'y a pas de normes en matière de parentalité, pas de normes bien définies comme il peut y en avoir en matière de ressources économiques, de niveau culturel ou de santé physique. Le gradient socio-économique ne peut servir de référentiel unique dans ce domaine. Je ne crois pas qu'il faille le méconnaître, mais je pense qu'il ne faut pas le prendre comme référentiel unique. Des études épidémiologiques tendent à étayer ce point, comme je l'ai dit plus haut.

Le second danger ou écueil que je vois à une approche qui ne prendrait que le gradient social comme modèle d'analyse des inégalités est celui de la disqualification, ce que j'appelle le « cercle vicieux de la disqualification ». Et cela demande quelques explications. Le développement de l'être humain

s'appuie sur un paradoxe : pour développer nos compétences, nous avons besoin de nous appuyer sur plus compétents que nous. L'enfant prend appui sur ses parents pour sa croissance psychique. En même temps, il a le fantasme, inévitablement, que ce qu'il acquière, il l'a dérobé aux personnages bienveillants qui lui servent d'appui. La mythologie est remplie d'exemples de ce type de fantasmes, par exemple, l'homme qui dérobe le feu aux dieux.

En règle générale, ces fantasmes sont refoulés mais ils n'en continuent pas moins d'agir inconsciemment en fragilisant les compétences acquises et en menaçant le sujet d'échecs dans la réalisation de ses désirs. Ceci s'applique tout particulièrement, je crois, au domaine de la parentalité. Tout parent a, au fond de lui, la crainte de ne pas se montrer à la hauteur, de ne pas savoir faire, d'être mis en échec, d'être disqualifié. Il est intéressant de noter à cet égard que les observations sur le développement de l'enfant montrent que les couples mère-enfant, ce qu'on appelle les dyades, qui sont les plus adéquates, les plus fonctionnels, ne sont pas ceux dans lesquels la mère a le sentiment de savoir-faire, immédiatement, comme il faut, pas non plus ceux dans lesquels la mère hésite

exagérément, mais ceux dans lesquels les échecs de la communication entre la mère et le bébé sont rapidement corrigés. Des chercheurs américains, Tronick et Cohn (1989), ont montré que dans les dyades les plus fonctionnelles, les premières interactions entre mère et enfant échouent dans 70% des cas, mais que l'échec est rapidement corrigé.

Le « bon parent », ou plutôt, pour reprendre l'expression de Winnicott, « le parent suffisamment bon », ne serait donc pas celui qui sait d'emblée, ou qui croit savoir, mais celui ou celle qui est capable de se remettre en question, de s'interroger sur les interactions entre lui ou elle et son enfant, et de corriger le cas échéant sa façon de répondre à l'enfant. Cela suppose une tranquillité intérieure et une confiance en soi qui est plus ou moins contrariée par les fantasmes de disqualification.

L'un des aspects les plus subtils de la disqualification et des pièges qu'elle peut tendre est la projection de ce sentiment de disqualification dans la relation à l'autre, en se montrant peu compétent, inadéquat, hésitant, maladroit. S'installe alors un cercle vicieux : l'autre témoin de ce manque de compétence projette à son tour des jugements négatifs — un peu comme

l'avait fait Freud dans la citation que j'ai faite — sur le parent qui se montre peu adéquat et renforce ainsi son sentiment de disqualification. Je pense que, dans le travail social, c'est un des mécanismes sur lequel il faut beaucoup réfléchir.

La présomption de compétence parentale

Je crois, qu'au contraire, il faut essayer de renforcer le sentiment de compétence parentale. C'est ce qui est qualifié, dans un rapport de l'IGAS de 2013, de présomption de compétence parentale.

Les textes qui recommandent le soutien à la parentalité depuis 1999, date de la première circulaire qui avait introduit cette action, insistent sur l'universalité des moyens à mettre en œuvre. Universalité, cela veut dire que les moyens en question doivent s'adresser à tout le monde, à toutes les couches de la population, sans distinction de niveau social, économique ou culturel. Je pense que l'on a des exemples de cette universalité ou tout au moins de cette universalité potentielle, avec la Protection Maternelle et Infantile ; malheureusement, on vient de dire qu'elle est un peu en déshérence. Un autre exemple devrait être - pardonnez-moi de mettre cela au conditionnel- la médecine scolaire. J'y ajoute les entretiens systématiques, comme l'entretien du quatrième mois de la grossesse, etc...

L'universalité, en effet, s'oppose à la stigmatisation dont j'ai souligné les dangers et les possibles cercles vicieux.

J'ai été très heureux d'entendre Madame Vandoorne parler d'universalisme proportionné, parce que je crois, que c'est dans ce sens que l'on peut mettre en pratique cette universalisme, évidemment en tenant compte du gradient social ou socio-économique.

Néanmoins, y a-t-il des cibles privilégiées pour l'accompagnement à la parentalité ? Éviter la stigmatisation ne veut pas dire qu'il n'y a pas certaines situations à risque qui doivent retenir particulièrement notre attention. Et certes, la grande pauvreté fait partie de ces situations, de même que l'isolement. Mais je dirais qu'il me semble qu'il faut plutôt donner à ses situations la signification de facteurs multiplicateurs que de cibles en soi. Il est certain que les parents qui vivent dans une grande précarité, sans savoir de quoi demain sera fait, s'ils arriveront à boucler le budget du mois, s'ils risquent d'être menacés de surendettement, voire d'expulsion..., ces parents-là ont toutes chances de manquer de la disponibilité psychique nécessaire pour rentrer dans une bonne communication avec leur enfant.

On sait aussi que dans les familles monoparentales, qui sont le plus souvent constituées d'une mère et de ses enfants, les relations affectives risquent d'être déséquilibrées, soit dans le sens d'un manque de disponibilité de la mère, surchargée de tout un tas de soucis, de tâches, soit dans le sens d'un attachement trop exclusif de cette mère à son enfant, parce

que l'enfant est son seul partenaire affectif et qu'elle est pour lui son seul objet d'attachement.

Je pense donc nécessaire d'avoir un souci particulier d'accompagnement à la parentalité des personnes qui se trouvent en situation de grande pauvreté, de précarité économique ou d'isolement, mais sans en faire une cible privilégiée, et dans un esprit identique à celui que l'on peut avoir pour accompagner la parentalité dans les familles qui n'ont pas ces problèmes.

La littérature est riche de données sur les facteurs de risques pour la parentalité, mais avant de les évoquer, je souhaite décrire rapidement la place, selon moi toute particulière, qu'ont les parents dans le développement psychique de leur enfant.

A quoi sert un parent ?

Ce n'est pas évident... souvent on a l'idée que cela serait bien de s'en passer, de trouver des solutions substitutives. Mais l'exploration du développement affectif de l'enfant a montré une chose étonnante: qu'il s'agisse d'exploration par observation directe ou qu'il s'agisse d'exploration psychanalytique, les données convergent vers le constat que le bébé et probablement le fœtus encore davantage, ne vit pas tout à fait dans le même monde que nous. Son univers n'est sans doute pas le monde géométrique, l'espace-temps euclidien que nous habitons. Il habite un espace plutôt affectif, que nous retrouvons chaque nuit dans nos rêves, ou que nous recherchons consciemment lorsque nous laissons notre pensée libre de ses associations spontanées. C'est un univers plus qualitatif que quantitatif. Les qualités dont il est coloré sont le reflet des états émotionnels de l'enfant qui tantôt se sent en sécurité dans un environnement maternel confortable et fiable ; tantôt se sent menacé de l'intérieur et de l'extérieur, lorsqu'il éprouve des sensations douloureuses, voire torturantes, qu'il ne sait apaiser lui-même ; tantôt se sent excité jusqu'à épuisement s'il reçoit du dedans ou du dehors des stimulations trop vives qu'il ne peut contrôler.

Ces sensations ou émotions sont chacune projetées dans un aspect de la mère, c'est ce que le même Winnicott (1960), que j'ai cité tout à l'heure, appelait la « mère environnement ». Mère, premier objet d'attachement, qui se trouve divisée en autant de compartiments disjoints que d'émotions différentes projetées par l'enfant. Il est évidemment essentiel que l'aspect confortable et sécurisant l'emporte, car c'est sur lui que va se construire la sécurité de base de la personnalité, l'attachement sécurisant décrit par les théoriciens de l'attachement, le narcissisme décrit par les psychanalystes. Et c'est ce capital narcissique qui va ensuite permettre de traverser les inévitables obstacles du développement et d'assurer la confiance en soi nécessaire pour épanouir au maximum ses potentialités.

Plus tard, une fois passée la petite enfance, c'est le couple parental qui servira de matrice au développement

psychique jusqu'à l'adolescence. Espace maternel, espace parental, représentent des contenants, au sens du psychanalyste Bion (1962), dont l'enfant et l'adolescent ont besoin pour parachever leur croissance psychique. Donc, tout ce qui vient perturber l'équilibre émotionnel de la mère d'abord, des parents ensuite, et compliquer leur capacité à communiquer entre eux et à se remettre en question le cas échéant, constitue un facteur de risque pour leur parentalité. Les parents, dans leurs actions éducatives, transmettent à leurs enfants une langue, une culture, des connaissances, des valeurs, toutes choses que l'enseignement, l'école, continuera à transmettre au-delà du milieu familial. Mais ils transmettent d'abord un climat émotionnel, une intimité, une capacité à partager un même univers, ce que le psychologue Daniel Stern (2000) avait appelé des schémas « d'être avec », tout ceci qui constitue les fondations de la personnalité et en cela, ils sont irremplaçables.

Je signale encore un autre risque. Il y a deux modalités d'accompagnement à la parentalité : l'une, qui me paraît plus fréquente dans les pays anglo-saxons, consiste en l'application

de « programmes ». On fait des « programmes » pour gérer les colères, les caprices de l'enfant de trois ans, ou les difficultés d'apprentissage à l'entrée à l'école, les problèmes de l'adolescence, etc... L'autre mode d'approche, plus répandue dans les pays latins, consiste à proposer des entretiens, des rencontres, des groupes de paroles, de manière plus libre, plus dérogée d'un programme ciblé.

Je vois dans la première modalité un risque d'autoréférence : c'est-à-dire que l'on fait un programme et puis on évalue le programme plus que la réalité de la santé, de l'évolution de l'enfant. J'en prends un exemple dans un programme américain, cité dans un rapport de l'IGAS, dont l'évaluation repose sur une méthode économétrique : un groupe « de traitement » d'individus bénéficiaires est comparé à un groupe de contrôle, de non-bénéficiaires. Le programme influence la réussite future de ces bénéficiaires.

Voici en exemple quelques résultats de cette évaluation :

« Le taux d'enfants sortants diplômés du lycée est plus élevé, 71% vs 54% ». C'est bien, mais est-ce que ça nous renseigne sur leur santé ?

« De même que le nombre de personnes occupant un emploi à 19 ans ; 50% contre 32%, la situation socio-économique est plus avantageuse. Ainsi 36% des anciens bénéficiaires accèdent à la propriété, contre 13% du groupe de contrôle ». C'est assez marqué, culturellement.

« La relation à la justice est plus apaisée ». Cela nous intéresse déjà davantage mais c'est quand même surprenant. « Seuls 7% des bénéficiaires ont été arrêtés à plus de cinq reprises à 27 ans, contre 35% du groupe de contrôle ».

Avantage individuel, le programme est également une source de réduction des dépenses publiques. L'évaluation estime en effet, qu' « en contribuant au financement du programme, l'État fédéral a économisé 105 324 dollars, principalement attribués à la réduction du nombre des actes délictueux ».

Tout ceci est bien mais est-ce suffisant ? Est-ce que l'on a vraiment évalué l'impact sur la santé physique et psychique de l'individu ? Ou est-ce que l'on a plutôt évalué le programme, orienté a priori vers ce type de paramètres ?

Je rappelle que c'est le même procédé qui avait fait, pendant longtemps, dire à des chercheurs américains, que les Noirs avaient un QI inférieur aux

Blancs, jusqu'à ce que l'on comprenne que les questions qui étaient posées dans les tests étaient, culturellement parlant, beaucoup moins accessibles à cette population de Noirs américains et qu'il fallait toujours ré-étalonner les tests sur la population concernée.

Les facteurs d'inégalités dans la parentalité : des événements et situations clefs qui fondent en partie les inégalités

Une recommandation en 2006 du Conseil de l'Europe souligne à grands traits les situations dans lesquelles la parentalité peut devenir plus éprouvante : être parents pour la première fois, être parents adolescents, être une famille confrontée à des besoins particuliers, des familles en situation socio-économique difficile. On le voit, ces catégories sont très vastes et plutôt floues.

La revue de la littérature montre beaucoup de choses à partir des premières études épidémiologiques dans ce domaine, qui remontent aux années 70, publiées par M. Rutter et al., célèbre pédopsychiatre britannique qui avait étudié toute une classe d'âge d'enfants de l'Île de Wight (Rutter et al., 1976) et suivi leur évolution.

Voilà les items que j'ai retenus :

Évènements de vie touchant la famille : deuil d'un des parents ou d'un membre de la fratrie, déménagement, immigration, divorces, séparation du couple parental.

Facteurs d'adversité familiale : climat de discorde, mésentente conjugale.

Qualités d'expression émotionnelle : distance émotionnelle, style de communication familiale.

Défaillance dans les conduites éducatives et affectives : carence de soins et d'éducation, attitude de rejet des parents à l'égard de l'enfant, incohérence des conduites éducatives parentales.

Inceste, violence intrafamiliale, alcoolisme parental, autres conduites d'addiction chez les parents,

Dépression parentale, en particulier dépression maternelle du post-partum,

Angoisse, troubles obsessionnels, maladie psychiatrique avérée chez l'un des parents.

Il me semble que beaucoup de ces catégories sont très générales ou très subjectives, ou même parfois les deux, par exemple : défaillance dans les conduites éducatives et affectives et qu'il est intéressant d'essayer de cibler davantage, de manière plus spécifique, certaines catégories. À titre d'exemple, et pas du tout avec une prétention à l'exhaustivité, les dépressions maternelles post-natales, la prématurité, les ruptures conjugales, les ruptures d'affiliations, un deuil dans la période périnatale, l'annonce d'un handicap.

Les dépressions maternelles post-natales

Elles sont d'une fréquence impressionnante. Près de 13,5% des maternités sont l'occasion d'états dépressifs sévères chez les mères. Lynne Murray (1996), qui est la grande spécialiste de ce domaine, souligne qu'elles sont souvent non reconnues, non diagnostiquées par l'entourage, y compris l'entourage professionnel. Les conséquences pour l'enfant sont, d'une part, des troubles du développement cognitif et d'autre part chez les garçons plutôt une hyperactivité et des troubles du comportement et chez les filles plutôt des troubles dépressifs.

Si le personnel est bien formé, bien entraîné, il peut les déceler, dès la maternité.

Il y a un problème, que je ne peux pas ne pas soulever, c'est la brièveté des séjours en maternité, qui me paraît complètement à l'opposé de tout ce que nous sommes en train de dire. Quand on pense que les mères, parfois, ne restent que 48h à la maternité après avoir accouché. Parfois, c'est au-delà de ce délai que se déclarent certains syndromes somatiques, mais surtout ces états dépressifs ou anxieux de la mère. Une fois qu'elle est rentrée chez elle, on passe complètement à côté.

La prématurité

C'est un facteur très important de perturbation de la parentalité et de disqualification. La mère n'a pas réussi — c'est comme cela qu'elle le vit, même si elle n'y est pour rien du tout — à mener sa grossesse jusqu'au bout et à donner à l'enfant toute la capacité nécessaire pour se développer dans la situation post-natale. Il lui faut confier l'enfant à des professionnels, qui, eux, sont compétents là où elle s'est sentie incompétente.

Des travaux ont montré que l'impact sur le développement de l'enfant est, en partie, lié à la réaction émotionnelle des parents, et notamment de la mère, plus qu'au degré de prématurité (Pierrehumbert, 2003). C'est dire l'importance d'une aide psychique proposée aux parents dans ces situations de prématurité. Et on connaît aussi l'impact sur la maltraitance : dans une étude de l'INSERM sous la direction d'A. Tursz (2013), 22% des bébés secoués sont d'anciens prématurés, alors que la prématurité ne touche que 7,2% des naissances.

Les ruptures conjugales

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur l'impact des ruptures conjugales sur l'enfant, notamment sur le plan affectif. C'est tout le domaine de la médiation familiale.

Les ruptures d'affiliation

Ce sont toutes ces situations où, brutalement, et parfois dans un climat de violence, de guerre, de menaces de persécution, la famille est coupée de ses racines, géographiques, culturelles, linguistiques. Ce qui est, en général, marqué par le déni, dans une sorte de volonté d'hyper-adaptation au pays d'accueil mais qui entraîne chez les enfants des troubles de l'identité et une sorte d'incapacité à symboliser, et même à se représenter le traumatisme que, pourtant, ils ont subi et que leurs ascendants ont subi.

Les deuils dans la période périnatale

Ils me paraissent un facteur qui a un impact très important sur la parentalité. Je crois qu'il y a une sorte d'incompatibilité entre une situation de deuil, qui concentre tout l'investissement psychique sur la personne disparue — je parle d'un deuil proche, comme la perte de ses parents ou la perte d'un autre enfant. Comment concilier cette concentration de l'investissement sur la personne disparue, toute l'histoire, tous les souvenirs, toutes les relations qu'on a eu avec elle dans le travail

de deuil ; et l'investissement d'un nouvel être, d'un nouveau membre de la famille ? D'autant plus que c'est accompagné d'un fantasme de vases communicants, c'est-à-dire : une vie en prend une autre. L'enfant qui arrive est vécu, parfois, comme ayant pris la vie de celui qui vient de disparaître.

L'annonce d'un handicap

Elle provoque inévitablement une profonde blessure narcissique chez les parents qui soit ont tendance à se dévaloriser et à se disqualifier, soit se sentent plus ou moins persécutés par le handicap. Il n'y a pas nécessairement de rapport entre la gravité du handicap et l'intensité de la blessure ressentie par les parents. Elle paraît augmentée en cas de handicap visible et de handicap qui nécessite des soins longs et complexes.

Je conclus par deux points.

Y a-t-il des périodes privilégiées ou critiques dans lesquelles il faut accompagner particulièrement la parentalité ? La réponse est oui, et Michel Dugnat va certainement en parler beaucoup mieux que moi en ce qui concerne la période périnatale

et toute la petite enfance. J'ajouterais l'adolescence.

Pourquoi est-ce que ce sont des périodes critiques ? Probablement parce que ce sont des périodes qui sont marquées par ce paradoxe dans la transmission de la vie où l'on doit offrir à l'enfant et à l'adolescent des liens affectifs particulièrement forts, pour qu'il arrive à s'individuer, c'est-à-dire à se détacher suffisamment de ses premiers objets d'attachement. Il ne s'agit pas d'aller vers la rupture, la rupture avec les parents n'est pas un signe de santé psychique ; mais il faut réussir à s'individuer à partir de liens qui sont privilégiés, intimes et particulièrement forts. Ceci est un exercice difficile, risqué, devant lequel certaines personnalités échouent ; les personnalités fragiles, les personnalités narcissiques, qui sont en grandes difficultés soit dans la période périnatale, soit à l'adolescence.

Bibliographie

1. Bion W. R. (1962), Aux sources d l'expérience, trad. F. Robert, Paris, Puf, 1979
2. Circulaire ministérielle n° 99-153 du 9 mars 1999 créatrice des REAAP
3. Dugnat M dir. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Toulouse. Eres ; 2012
4. Dugnat M. Santé mentale et psychiatrie périnatales, renouveler l'approche de la prévention. Dialogue.2002 3 (n°157) : 29-41 http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=DIA_157_0029
5. Freud S. (1919), Les voies de la thérapie psychanalytique, trad. J. Altounian et P. Cotet, in Oeuvres complètes, vol. XV, 1996, p. 97-108.
6. Hamel D, Paquet G Inégalités sociales de santé et santé des tous petits : l'identification de facteurs de protection. Québec : INSPQ, 2003 : 16 pages https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/175_inegalitestout-petits.pdf
7. Hamel D, Pampalon R, Raymond G. Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – mise à jour 2001. Québec : INSPQ, 2001 :12 pages https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/295-IndiceDefavorisation_2001.pdf
8. Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Eres/questions d'enfance. Paris. Novembre 2014 : 200 pages
9. 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
10. IGAS (2013), RapportRM2013-015P.
11. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>
12. Lamboy B. Soutenir la parentalité, pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir. Médecine et Hygiène. 2009 1(N°21) : 31-60 http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=DEV_091_0031
13. Lang T. Inégalités sociales de santé. Les tribunes de la santé. 2014 2 (N° 43) : 31-38
14. 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. IGAS. Mai 2011 : 240 pages <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000581/index.shtml>
15. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action. IGAS. Mai 2011 : 124 pages <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>
16. Murray L. (1996), L'impact de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant, Intervention présentée au Colloque international de psychiatrie périnatale, Monaco, janvier 1996.
17. Neyrand G. Parentalité et contrôle social. Yapaka. Fédération de Wallonie. Mai 2003. 59 pages http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-65-parentalite-neyrand-web_2.pdf
18. Organisation Mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux. OMS, 2008 http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
19. Paquet G. Santé et Inégalités sociales, un problème de distance culturelle. Documents de recherche. IQRC. Québec. 1989 ; 21 : 131 pages <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000016649.pdf>
20. Pierrehumbert B. (2003), Le premier lien. Théorie de l'attachement, Paris, Odile Jacob.
21. Poissant J. Adaptation à la parentalité. Québec : INSPQ, 2014 : 30 pages <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/adaptation-a-la-parentalite.pdf>
22. Potvin L, Moquet M.-J, Jones C. (sous la dir). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 2010 : 380 pages
23. Recommandation Rec(2003)19 du Comité des Ministres aux Etats Membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive.
24. Rutter M., Tizard J., Yule W., Graham P. & Whitmore K. (1976), Researzrh report: Isle of Wight studies, 1964-74, Psychological Medicine, 6, 313-332.
25. Stern D. (2000), "Schéma d'être avec", in D. Houzel, M. Emmanuelli et F. Moggio (eds.), Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Puf.
26. Tronick E. Z. & Cohn J. F. (1988), "Infant-mother face-to-face interactions: age and gender differences and the occurrence of miscoordination", Child development, n° 60(1), p. 85-92
27. Tursz A. (2013), Rapport du Comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013).
28. Winnicott D. W. (1960), La théorie de la relation parent-nourrisson, in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, pp. 237-256.

Ressources

Observatoire des inégalités <http://www.inegalites.fr/>

Bibliographie indicative, les inégalités sociales de santé- Ireps Haute Normandie- mise à jour juillet 2014 <http://ireps.oxatis.com/Files/93216/142107506334376.pdf>

Synthèse bibliographique de l'IRdes sur les inégalités de santé- mise à jour avril 2016 <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>

Dernière consultation janvier 2018



Pierre Lombrail

Merci Monsieur Houzel. On voit qu'émérite peut avoir un autre sens que celui que vous lui avez donné. Je me permettrai de retenir, après vous avoir remercié chaleureusement, que finalement on n'est pas fondamentalement en désaccord, que vous pointez bien le fait qu'il n'y a pas de déterminisme, même s'il y a des régularités statistiques. Vous pointez les risques de stigmatisation. On est d'accord sur l'universalité des moyens mais leur adaptation à des situations... Un souci particulier d'accompagnement, mais sans en faire une cible privilégiée sur le même mode que ce que l'on fait pour tout le monde.

Un petit caillou dans notre jardin, que je prends volontiers, le risque auto-référentiel des programmes de la Santé Publique, bien intentionnée ; on ne s'en méfie jamais assez, c'est vrai. Ce n'est pas l'objet de la matinée, mais j'en prends bonne note à titre personnel ...

Echanges

AVEC LA SALLE

Christine Colin

Médecin Santé Publique.

Université de Montréal

Christine Colin. Je suis médecin spécialiste en Santé Publique et professeur à l'Université de Montréal. J'ai travaillé pendant longtemps sur la périnatalité dont, à la mise en place de « programmes », au Québec, qui ont quand même fait preuve de leur valeur.

Je voulais vous remercier pour votre exposé que je ne trouve effectivement pas fondamentalement en désaccord, quoique, sur l'approche présentée par Madame Vandoorne.

Moi, je ne crois pas qu'il faille séparer l'approche par risque socio-économique et l'approche individuelle. D'ailleurs, le premier exposé montrait bien que dans l'ensemble des déterminants, évidemment les déterminants structurels et les déterminants de milieux sont majeurs, mais les déterminants individuels restent : notre poids, notre taille, notre âge sont des choses sur lesquelles on ne peut pas nécessairement intervenir, pour la grossesse par exemple. Par contre, je suis étonnée que vous ayez dit qu'il n'y a aucune différence épidémiologique pour la violence selon les milieux sociaux. Dans les études que j'avais regardées, il y en a effectivement moins peut-être que pour la prématurité ou pour le retard de croissance intra-utérine, mais il y en a quand même. Et, pour en revenir à la périnatalité, on sait quand même qu'il y a, au moins une fois et demi de plus de prématurés, deux fois plus de bébés avec un poids insuffisant, et trois fois plus de bébés avec un retard

de croissance intra-utérine en milieu très défavorisé. Donc, c'est quelque chose dont il faut tenir compte. Et c'est vrai aussi, quoique beaucoup moins documenté, pour les malformations congénitales et pour les « décès subits » du nouveau-né.

J'ai été sensible à votre point sur la stigmatisation, je pense qu'il y a effectivement un risque énorme. Je crois que les distances culturelles, les façons de vivre et les façons de grandir en milieu défavorisé, particulièrement en quart-monde ou en milieu qui souffre d'exclusion sociale et de cumul de risques, comme cela a été dit tantôt, l'environnement culturel, au sens large, n'est pas le même que celui de la majorité des intervenants. Et nous avons, des fois, un peu tendance, comme intervenant, à ne pas comprendre ce qui se passe et, effectivement à culpabiliser ou à manquer de reconnaissance de la dignité des familles avec lesquelles nous sommes en lien. Et le non jugement que vous avez cité, Madame, m'apparaît aussi extrêmement important.

Alors, tout ça pour dire qu'au Québec on a mis en place, il y a 25 ans maintenant, un programme qui cible, effectivement des sous-populations dans une perspective de promotion de la santé donc d'approche sur les déterminants mais aussi d'approche sur des groupes. Je pense que la stigmatisation a moins d'impact quand on cible des quartiers, par exemple, où des femmes ont un ensemble de facteurs de risques — faible scolarisation, faibles revenus — mais où on ne pointe pas madame X ou madame Y. On offre des services

qui mettent en phase sur la réduction des inégalités de santé, en passant aussi par l'amélioration des services offerts au niveau du quartier, en mettant l'accent sur le travail des intervenants communautaires et bien sûr, sur l'éducation, en tout cas dans une perspective individuelle mais soutenue par un collectif finalement. Et je crois que là, on peut avoir un impact important, à condition, bien sûr, que l'on ne juge pas ou qu'on essaye de faire un petit peu abstraction de nos a priori et, en comprenant ce que les familles vivent, de les respecter davantage. Et ça, ça se fait aussi par l'éducation des intervenants et on obtient des résultats.

Vous avez, effectivement, mis un peu en cause ces évaluations et Pierre les a reprises. Je crois qu'il faut effectivement être attentif mais, au moins, il y a quand même des indicateurs qui montrent que oui, ça fonctionne ! Vous avez parlé du « perry preschool program », mais il y en a plein qui ont quand même montré un impact. Ce ne sera jamais 100%, on ne va jamais annuler les inégalités, mais on peut quand même réduire ces inégalités. Pour moi, ça me paraît extrêmement important. On sait qu'il y a des programmes qui sont efficaces et il y a des conditions de réussite qui sont efficaces.

Et enfin, je ne peux pas m'empêcher de dire que si l'on ne tient pas compte des inégalités sociales de santé, c'est clair que les investissements économiques et financiers vont avoir tendance à aller quand même vers les familles les plus favorisées et que non seulement on ne réduira pas les inégalités mais on va les augmenter. D'où la réflexion actuelle

sur les universalismes proportionnés qui demandent, à mon avis, encore un peu de travail, pour être certain que, vraiment, on a bien en tête de réduire les inégalités ; mais qui est une piste extrêmement intéressante.

Didier Houzel

Merci beaucoup. Je pense que j'ai été un peu rapide tout à l'heure en parlant de maltraitance. Certaines maltraitances, comme, par exemple, les bébés secoués ; dans l'étude à laquelle je me référais, il s'agissait des bébés secoués. Je ne parle pas de l'ensemble des maltraitances.

Vous avez raison de souligner que la prématurité suit aussi un certain gradient socio-économique. Il y a un facteur intermédiaire, ce n'est pas directement lié au gradient quand on parle de la parentalité, c'est assez compliqué. Il y a un impact sur le taux de prématurité qui suit le gradient social, c'est ce que vous nous avez dit, mais ce n'est pas directement la prématurité qui est en question.

Christine Colin

Et encore plus sur le retard de croissance intra-utérin, ce qui s'explique bien, puisqu'il y a un environnement alimentaire, de stress. Les dépressions pré et post-natales sont pratiquement deux fois plus élevées en milieu défavorisé. Ce sont les chiffres que nous avons. Ce n'est donc pas juste le hasard. Les conditions de vie dans lesquelles vivent ces femmes là expliquent les facteurs de risques qui vont faire en sorte que. Ce que je crois, c'est qu'on doit s'attaquer aux facteurs de risques, aux déterminants, mais dans une approche absolument non stigmatisante, ce qui n'est pas facile à faire, mais qui est faisable.

Didier Houzel

Ce qui suppose une formation des personnels très approfondie.

Julie Pons

FNAAFP-CSF

Je m'appelle Julie Pons. Je travaille pour la FNAAFP-CSF qui est une Fédération

d'Aide à Domicile. Vous allez vous dire, pourquoi l'aide à domicile ? Et bien, parce que nous intervenons aussi auprès des familles en anténatal et en post-natal en France via des travailleurs sociaux qui s'appellent des TISF, des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale.

Ma fédération a mis en place, depuis plus de dix ans, un programme spécifique qu'on appelle « Périnatalité ». En fait, nous formons ces TISF, grâce notamment à Monsieur Dugnat qui intervient dans les formations que nous faisons, sur la détection de la relation mère-bébé et des problématiques qui pourraient arriver dans la relation mère-bébé. Le but de ce projet est, évidemment, de parer éventuellement aux dépressions du post-partum et de pouvoir repérer en tout cas ces dépressions. Vous avez avancé le chiffre de 15%. Moi, j'avais plutôt le chiffre de 10% pour la France.

Didier Houzel

Le dernier chiffre que j'ai vu, c'est, je crois, 13,5%. Entre 10 et 15, disons, mais plutôt plus près de 15.

Julie Pons

Le sujet était : le gradient social est-il toujours pertinent ? Et bien, dans ce que nous pouvons observer, en tout cas pour la dépression du post-partum, j'aurais plutôt tendance à dire que non, puisque les familles auprès desquelles nous intervenons ne sont pas forcément de milieux sociaux défavorisés. C'est ça aussi la difficulté de cette intervention, c'est-à-dire que ce dont on se rend compte c'est que les femmes qui peuvent développer ce type de dépression ne sont pas forcément issues de milieux défavorisés. On a des chiffres où, en fait —je pense notamment à l'association de Nantes, qui a bien répertorié toutes ces choses— les milieux sociaux sont représentés à parts égales. Je m'interroge, j'avance juste ce sur quoi nous travaillons en ce moment et donc là j'avais envie de répondre. Est-ce que le gradient social est toujours pertinent ? Pas forcément.

Didier Houzel

C'est une question. Mais je partage votre question.

Pierre Lombrail

D'abord, merci pour ce que vous faites. Ensuite, faisons attention entre l'individuel et le collectif. Peut-être que vous ne l'observez pas parmi les femmes qui bénéficient de vos services. Malheureusement, cela n'enlève rien aux chiffres en population, si je prends une casquette d'épidémiologiste, et que l'on mesure de manière extrêmement reproductible dans le temps et dans l'espace. C'est peut-être ça, une source de « discordance ».

Julie Pons

Ce que je veux dire, c'est qu'en matière de prévention, surtout sur cette prévention de la dépression du post-partum, je pense qu'il ne faut pas s'attacher uniquement... On est bien d'accord que cette dépression peut toucher n'importe quelle femme et quel que soit son milieu social.

Christine Colin

Je pense que l'on n'a jamais prétendu que les risques étaient exclusivement sociaux, ça c'est clair, et je pense qu'on est tous d'accord. Il y a un excès de risque, il y a un excès de pathologie qui est lié à l'environnement socio-économique et il y a aussi la question des biais de recrutement qui fait que souvent on ne voit pas certains risques et on a du mal à joindre ces personnes-là, d'abord et avant tout, parce qu'elles ont peur de ce qu'on va leur dire et du jugement qu'on va porter.

Je pense que le plus grand risque de stigmatisation, c'est la culpabilité qu'ont ces mères-là. Elles savent bien qu'elles ne sont pas reconnues comme des mères compétentes et ce qui a été dit tantôt, pour moi c'est majeur et c'est ce que l'on avait essayé d'introduire dans notre programme, c'est d'abord valoriser la compétence des mères et la mettre à jour. Parce que souvent c'est le contraire, on leur dit : « Mais non, tu ne sais pas faire ça », alors qu'elles ont beaucoup de compétences, qu'on ne reconnaît pas, qu'on ne valorise pas.

Didier Houzel

Et qu'elles-mêmes ne connaissent pas.

Christine Colin

Evidemment, qu'elles ne reconnaissent pas, parce qu'on leur dit pas. Là je pense que l'on est tous d'accord que c'est quelque chose de très important à faire.

Pierre Lombrail

Mais là, on touche quelque chose de formidablement difficile pour nous, médecins de Santé Publique. On est très mauvais en matière de communication manifestement. Dès que l'on vous sort l'étendard « Inégalités », vous pensez, ou vous craignez, qu'on ne parle plus que du déterminisme social. Evidemment que ça n'efface pas tous les autres, ça serait bien trop simple.

Brigitte Plou-Delcourt

Association Entr'actes

Je suis Brigitte Plou-Delcourt, je suis présidente de l'association l'Entr'actes, qui veut dire « entre les actes », et j'ai travaillé dix ans en maternité, dix ans en PMI. Je voudrais attirer votre attention sur ce qui concerne la compétence et le sentiment de compétence des parents et également ce trajet d'avant la naissance et du désir d'enfant. J'ai beaucoup entendu des mamans en difficulté à cause des procréations assistées, où les choses sont difficiles : elles n'ont pas eu le temps, véritablement, de se poser pour penser à ce qui leur arrive. Elles sont prises dans un tourbillon technique et les écouter à la naissance d'un enfant, c'est quelque fois compliqué de se dire qu'elles ne se sentent pas forcément génitrices tout de suite, comme ça, parce qu'elle pensent souvent que le médecin y est pour quelque chose. Aborder ces questions-là, c'est aussi quelles compétences ? Elles disent : « Merci le médecin, mais moi, mon corps a tenu, n'a pas tenu... ». Elles sont prises dans quelque chose où... Voilà pourquoi on s'appelle l'Entr'actes, c'est pour qu'elles puissent se poser entre les actes, qu'elles aient un moment, parce qu'au moment où elles deviennent mères, et les pères aussi, c'est assez compliqué. Ils n'ont pas du tout réalisé ce qui leur arrive : « On ne m'avait pas dit qu'un enfant, c'est comme ça. On ne m'avait pas dit que c'était quand même assez compliqué. On ne m'avait pas dit que ça pleure toutes les nuits ». Je vous le dis parce que ce n'est pas un cas unique et que c'est quelque chose qu'il faut prendre en compte, il y en a de plus en plus et on a besoin de les aider ces parents-là. Ils sont parents, au même titre que les autres, mais ils ont un chemin qui est très différent et leur position parentale est souvent bien affaiblie quand ils prennent conscience, tout d'un coup, de ce qui leur arrive.

Christophe Debeugny

Médecin santé scolaire CAPP

Christophe Debeugny. Je suis le médecin responsable de la Santé Scolaire du 1er degré et des CAPP, qui sont des Centres d'Adaptations Psycho-Pédagogiques de la ville de Paris.

De mon point de vue, le mérite de cette première partie de débat, c'est de mettre en évidence un certain nombre de risques, on est un peu dans une gestion de risques. On a le risque de la stigmatisation, merci de l'avoir rappelé, je crois qu'il faut toujours le rappeler. Je pense aussi que l'on est dans un risque de cumul de situations à risque, ce n'est pas que le gradient social, c'est toutes les situations qui cumulent et qui renforcent aussi, pour un certain nombre de parents, le sentiment de disqualification, que n'auront peut-être pas des populations plus favorisées qui peuvent se raccrocher à d'autres éléments d'estime de soi. Je pense que c'est important de le rappeler.

Pour moi, il y a le risque qui va bien avec la stigmatisation, c'est celui du ciblage. Qui cibler ? Comment on va repérer, le plus possible, ces personnes, ces familles qui cumulent ces situations à risques ? Pour moi, ce qui est important dans le débat maintenant, en ayant ça en tête : comment je vais pouvoir les repérer pour pouvoir apporter justement une intervention qui sera proportionnée au niveau des besoins. Je trouve que, étant sur le terrain, la pratique au contact avec ces familles et ces enfants, pour le moment, je n'ai pas de réponse à donner aux médecins. On est aussi dans une logique de dépistage, de bilan systématique. Ils sont revendiqués pour un certains nombre d'entre eux. Donc, si jamais j'arrive à être plus fin dans mes repérages, il faut qu'après je puisse apporter un accompagnement non-stigmatisant, mais bien sur, renforcé.



Alors, qu'avons-nous à faire ensemble ?

MICHEL DUGNAT

PÉDOPSYCHIATRE,

PSYCHIATRE EN PÉRINATALITÉ,

ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE MARSEILLE

La proposition que je vous fais est la suivante : les choses ont été très clairement posées par Chantal Vandoorne et par Didier Houzel et je vais donc prendre le risque, puisque nous avons devant nous tous l'après-midi en ateliers pour discuter, en prenant le risque peut-être à certains moments, de dire plus clairement que je ne devrais, les choses et, probablement aussi, en essayant d'utiliser comme analyseur un peu concret de ce qui devrait être une politique de santé publique périnatale, dont je vais dire en l'assumant, que je ne suis pas sûr qu'elle soit à la hauteur de ce qu'elle devrait être, en France. Et je vais partir de la politique périnatale.

Partons de quelques rappels sur l'analyse de la politique de santé publique périnatale et insistons sur le fait qu'il ne faut pas oublier qu'en période périnatale, la parentalité s'instaure. Ceci est lourd de menaces et à la fois prometteur quand on ambitionne des interventions préventives en santé, et donc en santé mentale.

De l'apport de l'épigénèse aux politiques de santé publique :

A quel moment une politique périnatale devrait-elle commencer ?

Les obstétriciens attentifs¹ aux problèmes de santé publique s'interrogent concrètement et interpellent psychologues et médecins de santé publique avec la question précieuse de savoir quand la prévention commence ? Il faut clairement leur répondre désormais que c'est en antéconceptionnel. Dans la pratique, c'est plutôt pour l'instant au moment de la conception que se situerait l'intervention des professionnels de santé médicaux, paramédicaux et sociaux². Pourtant la consultation antéconceptionnelle est riche de perspectives, notamment au regard des avancées récentes en recherche, qui prouvent par exemple que l'hygiène de vie, et au premier chef l'alimentation tant du père que de la mère, influe sur la santé antéconceptionnelle du fœtus à venir et de l'être qu'il deviendra³.

L'idée d'une influence de l'anténatal, ce «premier chapitre» de la vie, sur la suite de l'existence se trouve dans la littérature, mais déjà chez Hippocrate, et chez les poètes (Victor Hugo ou Marina Tsvetaïeva⁴). Il y subsiste souvent cette idée qu'un choc vécu par la femme enceinte peut marquer le corps du bébé ou que la vue de quelque chose d'effrayant peut déformer celui-ci voire expliquer certains

1 Paul Cesbron, Comment dit-on fœtus dans la langue des humains ? In *Bébé Sapiens : du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés* (Drina Candilis-Huisman et Michel Duna, dir.) Eres, Toulouse, 2017

2 René Friedman ; *La reproduction humaine : du médical au sociétal*, Bébé Sapiens, op. Cité.

3 François Fargues, *La clinique du fœtus*. Bébé Sapiens, op. Cité.

4 *L'enfant commence en nous bien avant son commencement. Il y a des grossesses qui durent des années d'espoir, des éternités de désespoir* » (Marina Tsvetaieva).

5 D.J. Barker et coll. 1986, Infant mortality, childhood nutrition and ischemic heart disease, vol. 10 *Lancet* 1077-1081

6 Gisèle Apte, *L'environnement et les épigones*. Bébé Sapiens, op.cit.

7 Ivette Glover¹, O'Connor TG, O'Donnell K. *Neurosis Biobehav Rev* 2010 Sep; 35(1):17-22. Prenatal stress and the programming of the HPA axis.

8 Henri Atlan, *L'utérus artificiel*. Le Seuil, Paris, 2005

« handicaps », comme on ne dit pas encore à l'époque. En lutte contre les faux-savoirs de la culture rurale, les médecins hygiénistes du début du XXe siècle ont défendu l'idée que le sang de la mère transmettait ses soucis au fœtus et qu'il fallait que la femme enceinte aille bien pour que le bébé de l'intérieur aille bien ; l'idée, plus juste scientifiquement pour nous, était que la mère soit calme et heureuse pour favoriser le développement du fœtus. Un siècle plus tard, on en sait beaucoup plus sur les origines développementales de la santé physique et psychique et des maladies, y compris concernant le fœtus. Ce que certains appellent l'hypothèse de Barker⁵ et qu'il vaut mieux appeler l'origine développementale de la santé et de la maladie (DOHaD, Developmental Origins of Health and Disease) donne des bases (neuroscientifiques) qui invitent à dépasser les métaphores traditionnelles, en particulier celle des psychistes sur la transmission. Le cerveau fœtal se développe à vive allure et son développement est affecté durablement par le stress maternel ; les travaux portent principalement sur le cortisol et sur l'axe hypothalamo-hypophysaire du bébé en gestation : car le stress maternel, même s'il est difficile à définir et à quantifier, est un

puissant agent sur le développement de celui-ci⁶.

Depuis le début des années 2010, il est acquis que le stress prénatal influe potentiellement et durablement sur le développement de l'enfant, puis de l'adulte avec, entre autres, les travaux de Jeanet Dipietro, Thomas O'Connor, Bea R.H. Van den Bergh, Vivette Glover, etc. C'est ce que nous avons appris à partir des modèles animaux, non seulement chez les muridés mais aussi chez nos proches frères dans l'évolution que sont les primates.

Par exemple, la progéniture de rats stressés va être plus anxieuse et moins attentive, présenter des difficultés d'apprentissage etc... : on objectivera en imagerie une moindre spécialisation hémisphérique, mais différemment répartie selon le sexe du fœtus. Ceci correspond au fait que les études sur le placenta montrent comment le cortisol maternel peut dépasser les capacités de régulation de celui-ci.⁷

Une proposition prométhéenne a émergé, celle de construire la santé future de l'enfant avant même sa conception : est-ce là une ambition sisyphéenne, ou une réalisation à portée de main ?

Cette santé future de l'enfant n'est-elle pas aussi prédictive de la santé de l'adulte que deviendra le bébé ? A-t-on

ouvert la boîte de Pandore ? Si l'utérus artificiel cher à Henri Atlan⁸ paraît difficilement accessible à l'échelle d'une génération au dire des plus optimistes, la gestation pour autrui (GPA) est déjà une réalité, et le clonage reproductif de notre espèce accessible... Dans le film de science-fiction de Steven Spielberg *Minority Report*, Tom Cruise incarnait un policier chargé d'arrêter les criminels avant même qu'ils ne commettent leurs forfaits. Et en 1997, dans *Bienvenue à Gattaca*, la vie d'un humain, candidat au départ idéal pour des recherches spatiales sélectionné grâce à son génome, basculait dans un accident, permettant à un humain conçu naturellement, génétiquement imparfait et passionné, de partir explorer l'espace.

Période féconde dans la pensée mythique, la périnatalité se mettrait-elle aussi à l'heure de l'anticipation ? Il est en tout cas de plus en plus étayé que la santé globale tant physique que psychique, voire somatopsychosociale d'un individu se joue, en partie, très tôt : la grossesse - de la conception à la naissance, et les deux premières années (que l'on pourrait appeler les 1001 premiers jours, bien qu'il ne s'agisse pas d'un conte des Mille et une nuits) sont fonction des habitudes de vie de ses parents et

de ses grands-parents. Si « un bébé tout seul ça n'existe pas » selon la phrase souvent citée de D. Winnicott, on voit d'emblée que c'est de la santé des parents qu'émerge la santé de l'enfant si l'on entend par santé –comme y invite l'Organisation Mondiale de la Santé– un bien-être, incluant la santé mentale, qui dépasse le seul « silence des organes ».

La recherche médico-économique pour mieux évaluer l'impact de la prévention précoce sur les coûts de santé, avec l'importance de s'interroger sur la façon de transmettre de façon aussi respectueuse que possible ces informations sensibles aux parents, en particulier aux populations les plus fragiles psychiquement ou défavorisées socialement, a commencé ailleurs qu'en France.

Un récent article dans Plos medicine⁹ justifie la démarche pluri-disciplinaire de ce séminaire. Partant de la reconnaissance des effets négatifs de la pauvreté sur le développement en période périnatale et pendant la petite enfance, les interventions visant à limiter les conséquences néfastes des inégalités sociales de santé ont fait l'objet de multiples travaux d'évaluation. Force a été de constater que ces interventions, apparaissant souvent dans la littérature anglo-saxonne sous le vocable générique « psychosocial », ont des effets réels mais modérés¹⁰. Un récent travail de réanalyse d'une de ces études a interrogé un « angle mort » : la moyenne des résultats sur la totalité d'un échantillon pourrait faire sous-estimer l'efficacité de l'intervention sur un sous-échantillon et les faibles effets sur un sous-échantillon d'individus moins sensibles compenseraient les effets les plus favorables sur le sous-échantillon des sujets répondants.

Cette étude de réanalyse des données d'un essai randomisé d'évaluation d'un programme de visite à domicile, mené par des agents de santé communautaire en Afrique du Sud, va dans ce sens : sur une cohorte de 220 enfants, autant de bénéficiaires de programmes que de témoins, on constate que lorsque le génotype infantile pour le polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la sérotonine est pris en compte, les individus présentant deux allèles courts sont nettement plus sensibles à cette intervention précise (et peut-être à d'autres), cependant que les individus présentant deux allèles longs ne tirent presque pas de bénéfice de la même intervention.

Les résultats sur la sécurité de l'attachement mère-enfant montrent que les chances de présenter un attachement sécurisé sont plus de trois fois supérieures à 18 mois (84 % sécurisé) à celles des enfants présentant le même génotype mais n'ayant pas bénéficié de l'intervention (58 % sécurisé). Pour les enfants porteurs des deux allèles longs, l'intervention ne faisait pas varier le taux de sécurité (70 %).

Ces résultats soulèvent de redoutables questions dont celles de savoir si, vu le coût important de ces interventions, il faut faire bénéficier seulement le sous-échantillon d'individus génétiquement sensibles (40 %) et ne pas en faire bénéficier (dans ce cas 60 %) la majorité de la population ne présentant pas cette sensibilité.

Mais cette étude ne laisse guère de place à l'épigénèse et à

l'épigénome : comment saisir dans ce type de recherche des implications de cette révolution de l'épigénétique ?

Pourquoi les travaux sur l'origine développementale de la santé et de la maladie bouleversent-ils les représentations de la prévention ?

Pour prévenir ce qu'il est désormais convenu d'appeler des « maladies de civilisation », des recherches alliant des logiques de la prévention précoce et de l'épigénétique avec le concept des « origines développementales de la santé et de la maladie » (cf. supra) permettent d'expliquer comment et peut-être à quel point les modes de vie – voire l'hygiène de vie des parents – impactent la santé future de l'enfant et de l'adulte dès avant sa conception. Elles mettent ainsi l'accent sur la responsabilité des professionnels à soutenir les parents et leur projet d'enfant, dès avant la conception.

Ce sont maintenant non seulement des chercheurs¹¹ mais aussi des néonatalogues qui insistent sur l'augmentation des maladies chroniques avec le développement épidémique de ces maladies non transmissibles, en raison de facteurs environnementaux (stress, polluants, sédentarité, malnutrition...). Elles sont devenues un enjeu majeur de santé publique ; il paraît donc urgent pour certains de repenser les actions de santé globale dans le sens de la prévention, dès l'amont, avant qu'elles ne s'installent. Or, il ressort d'un sondage de 2017 que 91 % des couples en âge de procréer estiment qu'une grossesse doit être bien préparée, mais qu'en pratique, 54 % font commencer la santé du bébé après la naissance¹².

Quelques résultats, de ce qui n'est qu'un sondage : la grossesse est vue comme un moment de joie par 93 % des personnes interrogées mais aussi d'inquiétude pour 75 % d'entre eux : une contradiction qui n'étonnera pas forcément les psychistes habitués à l'ambivalence.

Seulement 25 % de ceux qui désirent un enfant dans les deux ans envisagent une visite préconceptionnelle. Moins d'un tiers des 20-40 ans sont informés du fait que la femme peut utilement surveiller son alimentation dès avant la conception ; les deux tiers estiment que les parents ne sont pas assez informés sur l'importance des modes de vie sur la conception ; près d'un tiers estime l'activité physique inutile avant ou pendant la grossesse.

Sept sur 10 disent savoir que l'hygiène de vie du père avant la conception a un impact sur la santé de sa progéniture, et ce sont l'alcool et le tabac qui sont vus comme des éléments de l'hygiène de vie du père qui impactent le plus la santé de l'enfant.

Or, le rôle et la fonction du père restent la tâche aveugle de multiples interrogations sociétales¹³ comme des pratiques professionnelles de la périnatalité¹⁴. Pourtant, son rôle dans la transmission inter et transgénérationnelle de maladies acquises est désormais l'objet de multiples travaux scientifiques (par exemple ceux de Benazir Siddeek¹⁵, du laboratoire de recherche DOHaD du professeur Umberto Siméoni à Lausanne).

9 Morgan et coll., Serotonin transporter gene (SLC6A4) polymorphism and susceptibility to a home-visiting maternal-infant attachment intervention delivered by community health workers in South Africa : Reanalysis of a randomized controlled triad , <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002237>

10 Pour une revue de la littérature accessible en français mais déjà un peu ancienne, cf. Yvon Gauthier : Périnatalité en milieu vulnérable au Canada et aux Etats-Unis in Prévention précoce, parentalité, périnatalité, Michel Dugnat (dir). Eres, Toulouse, 2004.

11 Barbara Demeneix, 2016. Le cerveau endommagé. Comment la pollution altère notre intelligence et notre santé mentale. Paris, Odile Jacob

12 Sondage Odoxa sur un échantillon de 1008 personnes représentatives de la population française, âgées de 20 à 40 ans, dont 476 personnes ayant eu des enfants et 200 personnes souhaitant en avoir dans les deux ans qui viennent

13 CAF. 2016. Exercice de la paternité et congé parental en Europe. Revue des politiques sociales et familiales, n° 122 - 1er et 2e trimestres 2016, http://www.persee.fr/issue/caf_2431-4501_2016_num_122_1

14 Nine Glangeaud-Freudenthal, Florence Gressier (dir.) : Accueillir le père en périnatalité. Eres, Toulouse, 2017

15 Compte-rendu des Quatrièmes rencontres du Grand Forum des tout-petits (président Umberto Siméoni, CHUV Lausanne) 9.11.2016, Paris <http://www.colloque-tv.com/colloques/les-4emes-rencontres-du-grand-forum-des-tout-petits>

16 Barbara Demeneix, op. cit.

17 Chantal Zaouche-Gaudron : BECO pour Bébé Sapiens – in Bébé Sapiens, op.cit.

Cette biologiste synthétise un grand nombre de recherches qui montrent que :

- les pères exposés à des famines sont plus à risque d'avoir des enfants qui développeront des maladies cardiaques ou un diabète ;
- les pères fumeurs, plus à risque d'avoir des enfants de petit poids de naissance et, indirectement, porteurs de maladies cardio-vasculaires à l'âge adulte ;
- les « pères tardifs » des sociologues ont des enfants plus à risque de schizophrénie ou de troubles bipolaires.

En particulier, il est connu qu'exposée à une pression de l'environnement par altération de la balance alimentaire, la progéniture de rats, pourtant croisée avec une femelle non exposée à cette pression environnementale, présente des fragilités sur plusieurs générations. Chez l'humain, un régime alimentaire pauvre en protéines, en folates, et riche en graisse, a une incidence, mais le stress chez le père peut aussi conduire à une altération des fonctions cognitives et à des problèmes métaboliques chez ses enfants : c'est une réalité encore sous-estimée même par les professionnels de santé attentifs à la prévention. Si, parmi les multiples métaphores

qui courent pour rendre sensible l'importance de la question des mécanismes de l'épigénétique, le code génétique était une partition de musique, et les marques épigénétiques le rythme, alors quand commencerait la pièce de musique ? Une façon moins poétique et plus précise est de dire que l'environnement ne modifie pas le génome mais qu'il en régle l'expression phénotypique sur plusieurs générations. Il faut d'emblée insister sur le fait que ces marques épigénétiques sont réversibles si un enrichissement du milieu et un environnement plus stimulant en limitent les effets délétères ; mais ceci a aussi un coût, et c'est cette question du coût qui ne manquera pas de se poser dans les années à venir.

L'étude de l'importance de ces mécanismes épigénétiques dans la programmation des altérations de la lignée germinale induites par des événements précoces comme l'exposition à des perturbateurs endocriniens (pcb...)¹⁶, de ceux impliqués dans la programmation des maladies non transmissibles et ceux de la transmission inter et transgénérationnelle portée par les spermatozoïdes, participe ainsi à la compréhension de l'impact des modes et de l'hygiène de vie du père et de

la mère, sur la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra.

Quel avenir pour la consultation préconceptionnelle ?

Une attention plus grande dans l'accompagnement du projet de grossesse, en pré-conceptionnel, devrait donc, du fait de cette actualité, conduire à plaider énergiquement pour le développement d'une consultation antéconceptionnelle, car le futur de l'enfant s'anticipe sans se prédire¹⁷ ; plusieurs sociétés savantes se sont déclarées favorables à cette visite préconceptionnelle qui reste, à leur grand dam, marginale (seulement 9 % des femmes enceintes bénéficieraient de visites préconceptionnelles, et bien souvent en l'absence du conjoint). Les résultats du sondage déjà cité simplifiant la question complexe du désir d'enfant sont sans doute marqués d'un biais statistique d'« effet de désirabilité ». Mais cette visite préconceptionnelle serait néanmoins précieuse, en particulier pour des patientes (de plus en plus) âgées, (de plus en plus) en surpoids : 10 %, (de plus en plus) précaires, (de plus en plus) à pathologies multiples. Ce bilan de santé avant la conception permettrait, s'il était mené dans un

climat de confiance, d'évaluer les niveaux de risque et de soutenir ceux des parents qui souhaitent modifier tel ou tel trait de leur mode de vie, afin de faire au mieux pour le développement de leur bébé, avec l'aide de professionnels sécurisants.

Il est donc douloureux de constater que pour la problématique, pourtant simpliste, du déficit en acide folique (forme synthétisée de la vitamine B9), dont la trop faible présence chez la femme enceinte augmente le risque de spina bifida chez le bébé, la France est parmi les plus mal classées des pays européens en matière de supplémentation. Nous partons de loin (ceci sans oublier l'impéritie des pouvoirs publics et de certains professionnels de santé concernant des médicaments anti-épileptiques qui, outre le spina-bifida, ont des effets gravement délétères sur le fœtus). Dans le cadre de ces transformations se dessine le fait que l'accent mis sur la responsabilité des mères a conduit à sous-estimer notablement l'influence de la santé du père sur le devenir de l'enfant.

Et si l'alimentation de la femme enceinte et sa gestion du poids pendant la grossesse pouvaient devenir une question à laquelle les professionnels soient attentifs en soutenant les familles – puisqu'on sait maintenant que pendant la grossesse, une prise de poids excessive favorise un cercle vicieux intergénérationnel de l'obésité –, il serait peut-être possible de prévenir aussi le diabète gestationnel, facteur de fausse couche, de déclenchement de césarienne, de troubles dans le post-partum...

Une information mutuellement éclairée¹⁸ des femmes et de leur compagnon permettrait-elle de faire disparaître des croyances relevées par le même sondage comme non fondées : la peur du sport, la peur de la faim et de l'hypoglycémie ?

Il n'est pas exclu que l'utilisation de nouveaux objets connectés ou tout simplement du bon vieux SMS facilite, dans le cadre d'une telle confiance, une plus grande attention à ces questions difficiles : se pose donc alors la question plus large de savoir quel sens donner à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), depuis l'Entretien prénatal précoce (EPP) clairement défini désormais, jusqu'à l'« entretien postnatal précoce », (EPNP) défendu avec talent par Danielle Capgras (2014), sage-femme visionnaire¹⁹...

Une stratégie de santé publique pourrait alors probablement dessiner des interrogations à différents niveaux : les futurs jeunes papas se souviendraient-ils mieux de leurs cours de science de la vie et de la terre (SVT) que l'on aurait enfin enrichis de la dimension de l'évolution darwinienne et de l'actualité de l'épigénétique ? Et dans lesquels on aurait insisté sur l'impact sur les spermatozoïdes d'un mode de vie problématique ? Peut-être... Mais pourquoi n'intègrent-ils pas, ces futurs pères, le rôle crucial des polluants environnementaux – dont il est de plus en plus question dans les médias –, mais surtout du stress voire de la sédentarité ? Pourquoi certains futurs parents pensent-ils que le sport pourrait porter préjudice au futur bébé ? Pourquoi ne dit-on pas aux jeunes femmes en surpoids que perdre quelques kilos avant la grossesse serait

si favorable ? Il ne suffit pas que la Haute Autorité de santé (HAS), qui a donné un ministre de la Santé à la France (Dr Agnès Buzin), ait mis en place un document sur cette visite préconceptionnelle, pour que celle-ci se répande, que les professionnels en parlent en connaissance de cause.

Qui peut mener à bien cette importante information nécessairement personnalisée des futurs parents ? Qui, ou plutôt quel mouvement peut, après la suppression de la visite prénuptiale en 2007, permettre à cette visite préconceptionnelle « de favoriser le maintien de l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer » et « d'éviter d'éventuelles consultations à complications obstétricales », en passant sereinement en revue les antécédents médicaux, le mode de vie, le statut des parents, d'éventuelles pathologies chroniques, mais surtout les médicaments pris (psychotropes...) et les facteurs de risque avérés : stress, tabac, alcool ? Clairement le rôle de la profession sage-femme en matière de prévention primaire est ici crucial.

Actuellement, on assiste à des recompositions des discours normatifs et des pratiques en matière de parentage comme de reproductions humaines sont actuellement à l'œuvre ; par exemple, un chercheur en sciences sociales (Luca Chiapperino²⁰) travaille sur les imaginaires liés à la reproduction humaine, profondément transformée en notre époque de l'épigénétique. Il constate ce qu'il appelle une recomposition des discours en matière de parentalité, et l'on ajouterait volontiers « en matière d'expérience de la parentalité et de parentage » ; en effet, la dimension transgénérationnelle allant de pair avec ce qu'il appelle ironiquement « l'extension du niveau temporel de la prévention », ne va pas sans une prise de conscience du public, et pas seulement des décideurs des dépenses de santé qui, eux, savent ou devraient savoir qu'intervenir tôt est un investissement pour l'avenir et qui fait de la pauvreté une quasi-malédiction pour les générations à venir, si ces effets sur la santé ne sont pas pris à bras-le-corps : ce sont donc les inégalités sociales de santé dont il est question.

On sait mieux comment sur le plan biologique de récentes tragédies du passé ont un effet sur le présent (extermination des juifs d'Europe, famine en Hollande pendant la Seconde guerre mondiale, attentats terroristes à partir du 11 septembre 2001...). Cette approche permettra-t-elle d'élever le niveau d'attention sociale autour du corps des femmes et de la grossesse ? De changer la façon dont les professionnels de la périnatalité, de la petite enfance et de la santé publique, pensent la façon dont se sentent responsables les pères et les mères ? Les scientifiques se représentent-ils à quel point leurs études diffusées, vulgarisées, déformées, faisant l'objet de fausses nouvelles font, quoi qu'il en soit, changer la parentalité dans ses trois dimensions : exercice, expérience, la pratique (cf. Didier Houzel) ?

En tout cas, les questions sociopolitiques et de policy-making dans la recherche biomédicale, dans l'innovation technoscientifique, dans la bioéthique, font que cette évolution de l'épigénétique contribue à un discours public

18 Françoise Molénat, Naissances et politiques, l'intime et le collectif in Bébés Sapiens, op. cit.

19 Danielle Capgras. Le désert de l'accompagnement postnatal. In Dossier l'Entretien Postnatal Précoce, Vocation Sage Femme n° 109, 2014

20 Luca Chiaperrino : L'épigénétique et le concept DOHaD. Vers de nouvelles temporalités en médecine « personnalisée ». Rev Med Suisse ; 2017 ; 13 :334-6

21 François Jouen et col. Epigénèse probabiliste et développement, in Bébés Sapiens op. cit.

22 Pawlby et coll. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring : Prospective longitudinal community-based study. J. Affect Disord., vol. 113, p. 236-243, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602698>, 2009

23 O'Donnel et coll. Maternal prenatal anxiety and child brain-derived neurotrophic factor (BDNF) genotype: effect on internalizing symptoms from 4 to 15 years of age. Development and Psychopathology, vol. 26, Cambridge University Press p. 1255-1126.

24 Extrapolations réalisées à partir de Clinical practice guide lines. Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorders and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals- february 2011 <http://cope.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Perinatal-Mental-Health-Clinical-Practice-Gui-delines.pdf> - National Institute for Health and Care Excellence. Nice Clinical Guideline 45 and 92. Antenatal and Postnatal Mental Health : Clinical Management End Service Guidance » <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

marqué par une renégociation des responsabilités (exercice de la parentalité), liée à l'expérience de la parentalité et à la protection de la santé des générations futures.

Bref, grâce à l'épigénétique²¹, il est enfin possible de sortir de cette question diabolique de l'inné et de l'acquis, pour un modèle plus complexe qui constitue un véritable changement de paradigme. On n'emboîtera pas le pas à ceux qui disent trop rapidement que c'est la revanche de Lamarck sur Darwin ? En tout cas, nous sommes au tout début d'un mouvement passionnant, et l'épigénétique va avoir de profonds effets sur les représentations du développement dans le public, chez les professionnels de santé, chez les décideurs ainsi que sur les programmes de recherche.

Elle éclairera sans doute les constats obtenus grâce aux enquêtes épidémiologiques. Par exemple, on montre à partir d'une cohorte d'adolescents déprimés que la totalité des mères ont présenté entre la conception et l'adolescence une dépression avérée et qu'une proportion considérable, près des 2/3²² a présenté une dépression pendant la grossesse. Rappelons que dans les années 1980-1990, les efforts des cliniciens et des chercheurs ont

porté principalement sur la dépression postnatale. La nouvelle frontière actuelle est la dépression prénatale. Déjà, des travaux probants viennent mettre l'accent sur l'influence de l'alimentation paternelle et maternelle et des perturbateurs endocriniens sur l'ADN fœtal et son expression phénotypique. Et ce dès avant la conception...

D'autres études nous apprennent que les troubles psychologiques chez les enfants (de 4 à 15 ans chez O' Donnel²³, 2014) sont fortement corrélés à l'anxiété, à la dépression ou à l'association anxio-dépressive chez la mère en anténatal. On peut résumer ceci de façon simple en disant que stress (chronique) et grossesse riment... mais ne font définitivement pas bon ménage.

D'où une question : comment peut-on, sans augmenter le stress des femmes qui le seraient déjà, les informer des effets psychiques de leur état de santé, tant physique que mentale, sur le cerveau de leur bébé de l'intérieur ? Le sondage déjà cité permet de mettre l'accent sur le fait que si près de 9 femmes sur 10 pensent que la grossesse est un moment merveilleux, 2 femmes sur 3 sont persuadées que c'est un moment d'anxiété, et 1 sur 4 que c'est un moment de mal-être. Il y

a donc un défi à relever collectivement des pouvoirs publics jusqu'aux médias. Car il ne suffit pas d'encourager les futurs parents à adopter un mode de vie favorable à la santé de leur enfant ; il s'agit aussi d'agir sur ces tableaux cliniques anténataux comme le prévoit d'ailleurs la loi de 2007 sur la Promotion de la santé de l'enfant. En effet, en appliquant aux naissances françaises les chiffres de l'épidémiologie britannique, on arrive aux résultats suivants²⁴ :

EN FRANCE, SUR 820 000 NAISSANCES PAR AN :

- ▶ 1640 naissances seraient suivies d'une psychose du post-partum nécessitant une hospitalisation.
- ▶ 1640 autres naissances, d'une hospitalisation en psychiatrie, et concernent des mères ayant des antécédents de troubles psychiatriques chroniques.
- ▶ 24600 naissances, d'une maladie dépressive sévère.
- ▶ 24600 naissances, d'un état anxieux sévère associé ou non à un état de stress post-traumatique.
- ▶ 23000 naissances d'une difficulté d'adaptation avec réaction de détresse qui ne constitue pas un état pathologique
- ▶ 82000 naissances, d'une dépression modérée et/ou d'un état anxieux.
- ▶ 123000 naissances d'une difficulté d'adaptation avec réaction de détresse.

Au total, dans leur première année, près de 135 000 bébés interagissent avec une mère présentant un trouble psychique caractérisé ou une difficulté d'adaptation. Or, on connaît de mieux en mieux l'impact de la seule dépression maternelle post-natale sur leur développement cognitif mais aussi, bien sûr, affectif.

On peut présumer que les autres troubles : états anxieux, états mixtes du post-partum... ont aussi un impact développemental. On manque actuellement de travaux équivalents sur l'ante-partum.

Quoiqu'il en soit, la prise en charge conjointe de ces bébés nécessite la mise en place d'une politique d'offre de soins psychiques conjoints graduée, sur fond de prise en compte du défi de la santé périnatale environnementale, s'adressant à toutes les (futurs) mères, à tous les (futurs) pères et à tous les bébés (de l'intérieur et dans les bras). (Re) venir à une alimentation plus saine, diminuer drastiquement les perturbateurs endocriniens pendant la grossesse et l'allaitement, diminuer les sources de stress, traiter les états anxieux et dépressifs contribuerait à la fois à l'amélioration de la santé des femmes et à celle des bébés en période périnatale.

Se pose donc ainsi, dans un tout autre registre, la question de soutenir, dans une société de l'accélération, les « oasis de décélération », selon l'expression proposée par un sociologue allemand issu de l'école de Francfort, Hartmut Rosa²⁵. Facteur potentiel de stress chronique, cette accélération touche à la fois les rythmes sociaux et les rythmes individuels. Elle menace comme un facteur de stress à la fois le bébé in utero et, après la naissance, l'interaction mère-bébé, plus pour certaines femmes que pour d'autres bien évidemment. Car le rythme de l'interaction avec un bébé n'est pas celui des notifications que l'on reçoit sur son smartphone... Du côté des macro-rythmes, la question de la durée des congés maternité, des congés paternité et des congés parentalité et de la sécurité à la reprise de l'emploi dans de bonnes conditions influe largement sur le rythme de l'interaction. Du côté des micro-rythmes, le respect des rythmes du bébé dans sa relation avec sa mère va par exemple permettre des expériences cruciales de protoconversation à partir du 2^{ème} mois, et de l'attention partagée conjointe au 9^{ème} mois.

Et ces questions sont encore plus cruciales si l'on considère que la « suffisamment bonne parentalité » est également un facteur non seulement de santé globale (psychique et psychique).

La périnatalité, période sensible de la parentalité, et la parentalité facteur crucial de la santé de l'enfant puis de l'adulte

Il revient donc au réseau primaire, soit à l'entourage de la femme enceinte, et au réseau secondaire, les professionnels, sur la base d'une information fiable, de mettre en œuvre un certain nombre de règles dont la première doit pouvoir être, si une femme est stressée (sur un mode aigu ou chronique)

pendant la grossesse, qu'elle puisse s'en ouvrir à quelqu'un... et éventuellement à un professionnel de santé. En période prénatale, quels sont ses interlocuteurs possibles en première ligne ?

Or, des études prouvent que la consultation obstétricale est réduite actuellement à treize minutes, et à quel point il est crucial, dans une période de grave déficit démographique gynécologues obstétriciens, de rendre le suivi des grossesses physiologique aux sages-femmes. Nous avons donc un large besoin du soutien des sages-femmes, professionnelles médicales qui ont, elles, un peu plus de temps. Il faut donc une capacité d'écoute développée en formation initiale et en formation continue des sages-femmes qui sera offerte à la femme enceinte dans le cadre d'un suivi de grossesse humanisant et global. Il est aussi nécessaire que cette capacité d'écoute des patientes mais aussi de l'autre parent soit soutenue par le fait que ces professionnelles se sentent elles-mêmes capables de s'écouter ou d'être écoutées par leurs collègues.

C'est toute la question du tact et de l'attention aux mots et à la voix qu'il faut déployer dans la façon d'évoquer ces éléments favorables à la santé à venir du fœtus et du bébé, qui se pose là. Comment les professionnels proposent-ils aux parents, pas seulement aux mères, un soutien adapté à chaque situation familiale dans ce moment d'accueil au monde d'un nouvel être ? Comment tenir compte de l'autre parent, père ou mère ? Comment favoriser, dès la grossesse, une expérience vécue, intime, subjective, de la parentalité ?

Le 3^e Plan périnatalité (2005-2007) comprenait deux parties « Humanité » et « Proximité » qui allaient dans le sens de la sécurisation des émotions anténatales, en proposant l'EPP et en augmentant l'offre de PNP. Il avait pour objectif de favoriser l'écoute dans le cadre du suivi médical de grossesse. En insistant sur la nécessité de formations pluri professionnelles et pluri institutionnelles au travail en réseau personnalisé, ce Plan périnatalité a été dans la bonne direction en confortant les professionnels dans la conscience de leur rôle à l'écoute des patientes et des autres parents.²⁶

Mais dix ans après, nous avons besoin de bien davantage : l'urgence d'un nouveau Plan périnatalité, le quatrième. Construit en intégrant complètement la santé mentale et la psychiatrie périnatale à tous les étages, informé des travaux menés au Royaume Uni²⁷ il comporterait parmi bien d'autres mesures : l'association des usagers à la politique périnatale à tous les échelons, mais aussi et surtout le développement d'une politique de généralisation d'une offre de soins psychiques conjoints graduée.

Force est de constater que cela implique une volonté politique sans faille pour, entre autres :

- Proposer systématiquement pour aller vers sa généralisation l'EPP ;
- augmenter l'offre de PNP ;
- favoriser la formation au travail en réseau personnalisé métier par métier et en transprofessionnel ;
- promouvoir une prise de conscience sociétale de l'ampleur

25 Hartmut Rosa, 2010. *Alinéation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, Paris, La Découverte, coll. « Poche ».

26 Françoise Molénat, *Naissances et politiques, l'intime et le collectif* in *Bébé Sapiens*, op. cit.

27 Ian Brockington et al., 2016, *International Position Paper on Mother-Infant (Perinatal) Mental Health (with Guidelines for Clinical Practice)* sous presse

28 INPES. Réduire les inégalités sociales en santé, 387 p., <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

29 Didier Houzel et col. 1999. *Les enjeux de la parentalité*. Eres, Toulouse

30 Maurice Godelier, 2004. *Les métamorphoses de la parentalité*. Fayard, Paris

31 Sans revenir sur le fait que des dizaines de milliers de personnes qui ont droit au RSA ne le touchent pas, privant de plusieurs milliards d'euros la consommation des ménages, disons qu'à une échelle plus restreinte, la réglementation du suivi de grossesse en France, par exemple, rend possible pour n'importe quelle femme l'accès à une sage-femme qui va proposer huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Sans aucun engagement de frais, beaucoup de femmes pourtant ne savent pas qu'elles sont en droit d'accéder à une professionnelle libérale. À l'heure où se forme une quantité impressionnante, et sans doute excédentaire par rapport aux besoins des hôpitaux et de la PMI, de sages-femmes, il y aurait

possibilité de proposer aux femmes la relation privilégiée que rend possible la présence d'une sage-femme pendant la PNP.

32 Pour Maurice Godelier (*Les métamorphoses de la parenté*, 2004), dans toutes les sociétés, la parentalité inclut et déborde la parenté. Celle-ci concerne au premier chef les individus qui procréent ou adoptent des enfants. Les fonctions de la parentalité sont universelles. Elles consistent :

- à doter l'enfant, à sa naissance ou plus tard, d'un nom et d'une identité sociale (l'appartenance à tel ou tel groupe social) ;
 - à élever, nourrir, protéger l'enfant pendant son enfance, car sans les soins (le care) et l'affection prodigués par des adultes pendant les premières années de son existence, l'enfant humain ne survit pas ;
 - à éduquer l'enfant selon les normes sociales et culturelles qui règnent dans sa société ;
 - à exercer sur l'enfant certaines formes d'autorité ;
 - et, pour certains des adultes apparentés à l'enfant, à s'interdire d'entretenir des rapports sexuels avec celui-ci, tout au long de son développement et ensuite quand il est adulte (prohibition de l'inceste).
- Ces fonctions de la « parentalité » sont universelles mais selon la nature du système de parenté auquel les individus appartiennent, elles sont réparties entre un certain nombre d'individus qui sont dans les rapports de parenté avec l'enfant débordant de loin les frontières de la famille au sein de laquelle ce dernier est né. On remarquera que cette énumération ne recoupe pas les définitions des trois dimensions de la parentalité chez Didier Houzel. L'introduction du terme « parentage » (pour désigner cette énumération des fonctions de la parentalité) permettrait peut-être de sortir des ambiguïtés entre champs scientifiques...

du problème ;

- développer des outils didactiques produits avec le soutien de Santé Publique France²⁸ ;

- soutenir l'effort des associations d'usagers en période périnatale ;

- entretenir une mobilisation de l'ensemble des institutions concernées ;

- évaluer, en France, la faisabilité de programmes de soutien renforcés (par exemple, sur le modèle du programme de David Olds : Family Nurse Partnership ou des enquêtes menées par l'équipe d'Antoine Guedeney).

En résumé, en termes de parentalité aujourd'hui, nous sommes confrontés à la question de savoir comment agir au plus tôt pour que les « bons plis » de la parentalité soient pris grâce, entre autres, à des professionnels soutenant et non stigmatisants comme le proposent plusieurs chapitres de l'ouvrage récent « Bébé sapiens » (Eres 2017).

Or, des études fragmentaires concernant la santé mentale et la psychiatrie périnatale et les parcours de santé périnatale montrent que sur de trop nombreux territoires, le parcours de grossesse se transforme parfois en parcours du combattant, en particulier pour les parents les plus fragiles qui ne s'y retrouvent plus,

deviennent anxieux, se culpabilisent et ne constituent pas ou perdent confiance dans leurs compétences parentales.

Les travaux collectifs animés par le professeur Didier Houzel²⁹ ont, dès les années 1990, permis de mettre au jour les enjeux de la parentalité. Cette démarche constitue 20 ans après, un outil de réflexion central aujourd'hui. Car à un moment où la doxa réduisait encore la parentalité à sa dimension imaginaire, grâce à la présence dans le groupe d'un magistrat d'enfant, d'une responsable de service de l'aide sociale à l'enfance dans un département rural et d'une éducatrice de jeunes enfants, le travail du collectif réuni autour de lui, s'appuyant sur une méthode casuistique mais aussi sur des données anthropologiques rigoureuses³⁰, a permis de dégager très clairement qu'il fallait distinguer trois dimensions dans la parentalité, et reconnaître l'existence d'une d'entre elles, trop souvent négligée, qui est celle de l'exercice, lequel intègre l'ensemble des droits et devoirs sociaux et juridiques, et la façon dont ces droits sont utilisés ou pas. Mentionnons que, dans le champ des droits généraux, comme de la parentalité et plus particulièrement de la périnatalité, le

manque d'informations accessibles sur les droits est une lacune lourde de conséquences³¹. La deuxième dimension est celle de l'expérience de la parentalité. Vécue, elle relève de l'intime, et constitue la dimension subjective, personnelle, qui va se traduire dans les représentations et dans les actes. Didier Houzel a proposé une formule synthétique : « On perd un bébé à la naissance, celui de l'imaginaire et on gagne un bébé, celui de la réalité. » Et quand les deux mouvements sont trop difficiles, quand le deuil de l'enfant imaginaire est empêché, ou quand la découverte du bébé de la réalité est par trop éprouvante, quand il n'y a pas d'aménagement possible, l'interaction parent-bébé menace d'être fragilisée.

La troisième dimension est celle de la pratique de la parentalité. Elle intègre toute la question des soins parentaux, c'est-à-dire de la réponse à l'ensemble des besoins de l'enfant tels qu'ils se déploient dans le quotidien et tels que la confiance en lui-même de l'enfant, qui sera plus tard un écolier puis un citoyen, doit se construire à ces moments-là.

La pratique³² de la parentalité a une particularité par rapport aux deux autres : les deux premières

dimensions ne se délèguent pas. Mais le parent confie sans cesse ses enfants – à éduquer, garder, instruire, soigner – à une multitude de professionnels, pour lesquels la question des relations avec les parents est tout à fait cruciale, d'où l'importance de la formation aux questions soulevées par la parentalité, en particulier avec des présentations tant individuelles que collectives de l'ensemble des professionnels en contact avec les parents.

Périnatalité et inégalités sociales de santé : quelles articulations ?

À partir du rapport de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)³³ sur les inégalités sociales de santé dans la société française, nous pouvons, en période périnatale, rappeler l'importance de cette problématique par un exemple : la prématurité est deux fois plus importante chez les salariées des métiers de service aux particuliers que chez les femmes cadres : 6,4 % versus 3,9 %, chiffres assez parlants. C'est une des raisons pour lesquelles, en lien avec la question des inégalités sociales de santé, le soutien à la parentalité a fait l'objet d'une étude de cas de la mission en charge de ce rapport. En tant que (pédo) psychiatre en périnatalité et en pédopsychiatrie générale, praticien de terrain s'occupant de femmes présentant des troubles psychiques avérés, de leurs bébés et des enfants qu'ils deviennent, je ne peux qu'adhérer à ce diagnostic de la gravité des inégalités posé par l'IGAS. Il montre à quel point l'impact du milieu social est grand sur la santé des enfants.

Les questions éthiques que soulève ce rapport sont difficilement traitées et on peine aujourd'hui pour intervenir et réduire les inégalités sociales de santé en général, et concernant l'enfant en particulier. Rappelons simplement qu'un conflit oppose les tenants des politiques « universalistes » et ceux des politiques « ciblées », que l'on écarte artificiellement en ayant recours au terme (plutôt qu'au concept) d'« universalisme proportionné ».

Sur le même thème, l'OCDE³⁴ a fait le choix de reconnaître que le fonctionnement parental – employons ce terme à dessein – ou le rôle parental est un déterminant important du bien-être de l'enfant, c'est-à-dire de sa santé, sur lequel jouent les difficultés économiques et sociales. Mais le choix de ne pas étudier le déterminant du bien-être subjectif dans ce rapport montre bien la complexité de la tâche.

Pourtant, une grande quantité de travaux, à partir de ceux de E. Tronick et TB. Brazelton, par exemple dans les années 1970³⁵, sur les accordages/désaccordages dans l'interaction (match versus mismatch) et les compétences précoces du nouveau-né montrent que la qualité de la relation constitue un élément fondamental du développement global de l'enfant, et donc de sa santé. Un nouvel abord de la parentalité en période périnatale serait-il susceptible de diminuer les inégalités sociales de santé ? Nous sommes conscients qu'il s'agirait d'adresser des efforts concentrés sur une toute petite période, sur une toute

petite échelle de temps entre la mère et le bébé, celui de la grossesse et des deux premières années. Actuellement, force est de constater que ce moment reste considéré comme ne relevant pas de politiques publiques, qui ne pourraient pas agir sur ces facteurs... Alors que de nombreux professionnels et chercheurs pensent qu'il est possible que des politiques publiques coordonnées et bienveillantes à différentes échelles agissent sur ces facteurs. Ils assument le fait qu'augmenter le pouvoir d'agir des parents sur leurs conditions d'environnement et celle de leur bébé doit devenir une priorité absolue en santé publique. Ils œuvrent déjà dans ce sens. Ceci ouvre entre autre nécessairement la question complexe socialement de la durée des congés maternité, paternité et du congé parental d'éducation, qui en France sont plutôt mieux indemnisés mais nettement moins longs que dans les pays nordiques.³⁶

La pratique de la parentalité est importante en tant que déterminant de la santé de l'enfant à tous les âges de sa vie. Mais le développement cérébral du bébé, comme celui de l'adolescent, est particulièrement rapide. Cette réalité doit être prise en compte radicalement. Si les effets désastreux sur le développement du cortex préfrontal des adolescents des alcoolisations – type « rue de la soif » à Rennes – sont connus et ne sont dénoncés qu'en vain du fait de l'efficacité des lobbys alcooliers, il serait peut-être plus facile de tirer des conséquences socialement acceptables sur les cerveaux se transformant encore plus vite en périnatalité et dans la toute petite enfance. Il a été possible, après des travaux particulièrement emblématiques, d'obtenir la présence sur les bouteilles d'alcools d'un pictogramme en déconseillant la consommation pendant la grossesse. La diminution du syndrome d'alcoolisation foetale, première cause de déficience intellectuelle évitable en France qui touche plusieurs milliers d'enfants par an est à ce prix³⁷. Cette nécessaire attention est parfois difficile à défendre auprès de professionnels au service d'autres catégories d'âges ou d'autres catégories de parents.

Nous sommes dans une société post-industrielle qui a fait de la fabrication de l'enfant un enjeu considérable, d'où de possibles effets de stigmatisation, de disqualification de certains parents, d'où la nécessité de constituer en dogme le fait de partir toujours de la plus minime compétence du parent le plus en difficulté, dans sa pratique de la parentalité, pour améliorer son expérience de la parentalité comme son respect dans son exercice. Il faut pouvoir, dans cette période très médicalisée de la périnatalité, veiller à ce que la médicalisation elle-même ne fragilise pas ou ne stigmatise pas certains parents. Une illustration simple pourrait être le parent ordinaire qui, par exemple, ne sait pas ce qu'est une amniocentèse et peut se sentir attaqué par cet examen banal aux yeux des professionnels de santé.

Comment modéliser les facteurs d'environnement agissant sur l'interaction mère-bébé et donc sur la santé mentale de l'adulte à venir ?

Voici comment nous pouvons synthétiquement nous

33 Lopez et coll., « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant ». Rapport IGAS <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article240>

34 <http://www.ocde.org/fr/els/famille>

35 Gisèle Apter, L'environnement et les épigènes

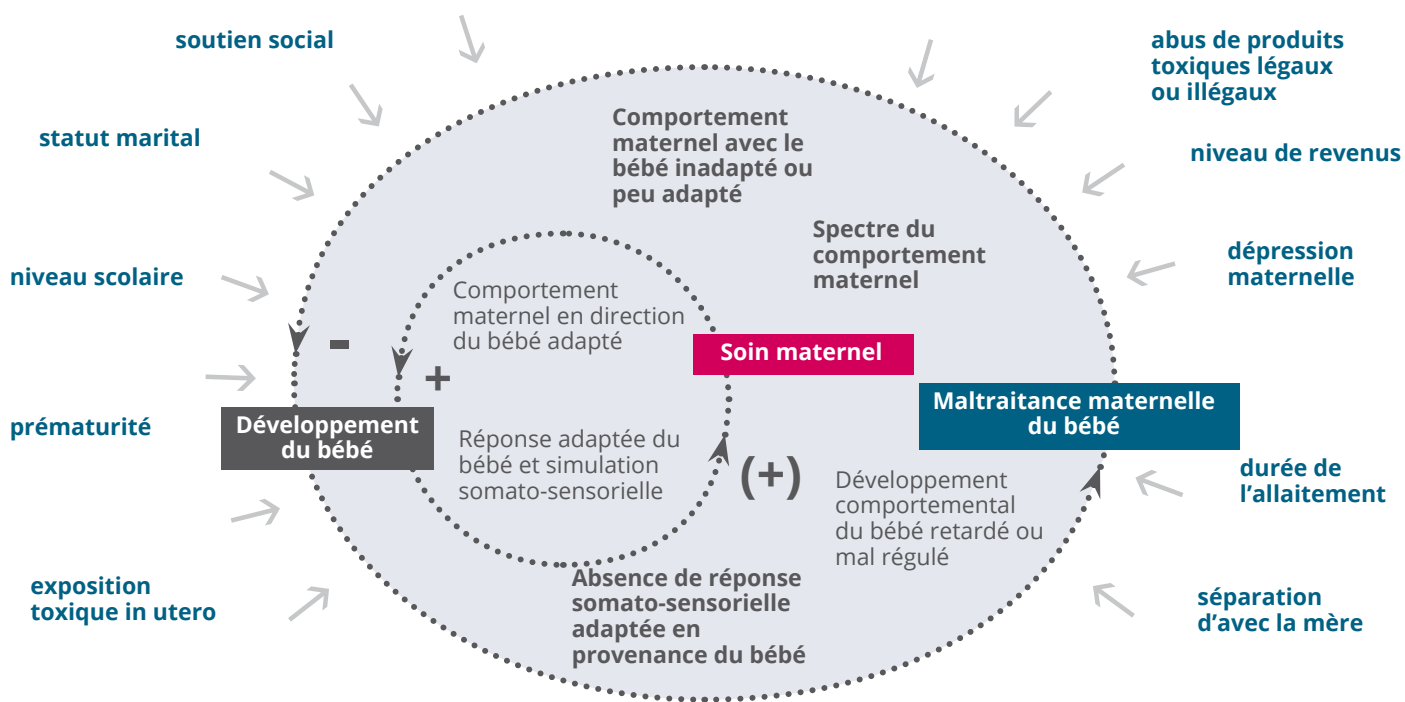
36 Note de la WAIMH remise au Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age(HCFEA) 1^{er} octobre 2017

37 Cf. Le combat de Maurice Titran : http://www.lemonde.fr/vous/article/2006/05/09/l-alcoolisme-du-foetus_769710_3238.html

38 Dominique Dallay, Nine Glangeaud-Freudenthal et coll. Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatrie, Berlin Springer Verlag.

39 François Bourdillon et coll. (sous la dir. de). Traité de prévention, Paris, Flammarion-Médecine Sciences in Bébés Sapiens, op. cit.

FACTEURS D'ENVIRONNEMENT INFLUANT SUR LES INTERACTIONS MÈRE-BÉBÉ



représenter l'interaction complexe entre le soin maternel et le développement du bébé³⁸.

L'avancée des recherches à plusieurs niveaux de l'interaction en microanalyse à l'épidémiologie permet de (re)construire la façon dont vont se « fabriquer » des bébés fragilisés voire en retrait, avec une mère présentant un trouble psychique et isolée ou souffrant d'un autre trouble. Et dans certains cas, la pratique de la parentalité va passer

de façon graduelle du soin maternel ordinaire à la maltraitance maternelle.

Alors pourquoi réunir, rapprocher inégalités sociales de santé, parentalité, périnatalité ? Parce que les conditions périnatales impactent très gravement le développement de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra, comme on vient de le détailler. La puissance publique, avec le premier Plan périnatalité s'y est d'ailleurs penchée au moment de la création de la médecine néonatale

dans les années 1970 avec bien moins d'arguments.

Le fait que le développement se soit bien passé de la conception à 2 ans ne garantit pas la suite mais permet simplement que les conditions soient remplies pour que les autres étapes ne demandent pas de moyens importants par la suite.

La prévention³⁹ reste le parent pauvre du système de santé en France. Et c'est pour cela qu'il faut commencer par l'élaboration d'une politique périnatale

et du quatrième Plan périnatalité. En d'autres termes, il faut intervenir du côté du bébé, ce tout petit enfant, et du côté des deux parents (quels que soient l'appellatif et le genre de chaque parent), sans jamais oublier le rôle actif que joue le bébé.

Après l'état des lieux, quelles perspectives dans le champ du soin ?

Comment dépasser les limites de l'EPP, de la PNP, et de l'EPNP et du 3^{ème} Plan périnatal ?

L'analyse de la situation et des besoins existe : les réponses sont insuffisantes et inadaptées.

On pourrait se contenter de références anciennes, mais le monde de la périnatalité a la chance d'être parmi les premiers bénéficiaires de l'enquête ELFE. Celle-ci étudie depuis 2011 plus de 18 000 enfants suivis pendant vingt ans, mobilise déjà 150 chercheurs et 80 équipes de recherche, et concerne donc un enfant sur cinquante. Elle a déjà rendu nombre de résultats sur une cohorte d'à peu près 15 000 mères interrogées à la maternité. Et nous disposons de quelques publications éclairantes pour le dispositif : EPP, PNP⁴⁰. Les questions posées aux femmes en période périnatales dans le cadre de l'enquête ELFE sont simples : il leur a été demandé quelle avait été leur réaction à la découverte de leur grossesse et si elles avaient présenté des difficultés psychologiques persistantes pendant la grossesse. Les résultats⁴¹ ont montré, d'une part, qu'un tiers seulement des femmes bénéficiait de l'EPP, et d'autre part, que seule, un peu plus de la moitié des mères avaient bénéficié d'une PNP. Mais surtout, parmi les 12 % de femmes déclarant avoir présenté des difficultés psychologiques persistantes pendant leur grossesse, un quart, soit 3 % du total de la population, ont bénéficié d'une consultation abordant cette difficulté persistante.

Ce qu'on appelle dans l'enquête ELFE une consultation dédiée, inclut les sages-femmes, les gynécologues, les médecins généralistes, ceux qui prennent le temps (même pendant les brèves consultations obstétricales) de : « Vous n'avez pas l'air bien aujourd'hui, que se passe-t-il ? » et si la réponse est positive : « Voulez-vous bien que nous nous arrêtons sur le fait que vous ne vous sentez pas très bien ? » Ce n'est pas là le travail des psychologues de maternité. Et parmi ces femmes, lesquelles se sont vu proposer un traitement au sens large : traitement par la parole ou un traitement psychotrope ? Ces résultats confirment qu'il n'y a encore que trop peu d'accès à des soins de santé mentale, et a fortiori aux soins de psychiatrie périnatale...

D'autres résultats partiels sont déjà pleins d'enseignement. Globalement, l'EPP concerne tendanciellement plutôt les femmes primipares en situation d'emploi, avec un niveau supérieur au bac, qui déclarent leurs difficultés psychologiques.

L'EPP, cette mesure phare du troisième Plan périnatalité a vraisemblablement souffert d'avoir été envisagé comme une partie, celle de la prévention précoce de la délinquance par la loi sur ce sujet de société brûlant à l'hiver 2007, il y a

dix ans, et d'avoir été, *in fine*, insérée dans la loi de réforme de la protection de l'enfance parue d'ailleurs le même jour, le 5 mars 2007. Cette deuxième loi prévoyait la systématisation de l'EPP et la mise en œuvre sous la houlette de la PMI des mesures nécessaires identifiées par la sage-femme dans un climat de confiance.

Cela amène quelques interrogations : quels objectifs ? Faut-il déterminer une population cible ? Pourquoi, plus de dix ans après le Plan périnatalité, seul un tiers des femmes bénéficient-elles de ces trois quarts d'heure de rencontre au début du quatrième mois avec une sage-femme bienveillante, qui ne mesure là pas la hauteur utérine mais prend du temps pour évoquer toutes les forces et, éventuellement, les points de faiblesse d'un projet de grossesse, qu'il y ait eu projet ou non de la part de ce couple.

Même question concernant la PNP : les femmes qui auraient le plus besoin de la préparation à la naissance et à la parentalité n'en bénéficient pas.

Pourquoi est-il si compliqué d'affronter ce défi de permettre socialement à des femmes d'accéder à un temps d'écoute de soi, de l'autre parent ? Une des raisons est que les liens entre les professionnels du réseau secondaire – au sens des systémiciens – sont complexes et difficilement lisibles, et que le réseau primaire des femmes : leur entourage, leur conjoint, est déjà en soi un système complexe. Il faut donc que des professionnels de cultures très différentes se forment ensemble, diminuant ainsi les clivages et les effets de clivage entre tous les professionnels de santé : libéraux, territoriaux, hospitaliers..., et du social.

La nécessaire lutte sociale pour une santé périnatale incluant vraiment et la santé mentale périnatale

Il y a dix ans, les « périnatalistes » ont entamé une nouvelle étape dans un long, trop long chemin. De nombreux textes, excellents, ont été publiés, exception faite de la circulaire de 2006, mal écrite et lourde de malentendus, mais rectifiée par celle de 2015, qui préconisaient la création de réseaux sans en définir les contours. Aujourd'hui, la question à peu près formalisée est la suivante : comment le parcours de grossesse, de périnatalité, peut-il s'organiser de façon à ce que toutes les femmes bénéficient de réponses adaptées à leurs besoins de santé ? Par exemple, si une femme a besoin d'une Technicienne de l'intervention sociale et familiale, (T.I.S.F.) qu'on ne l'envoie pas voir un psychologue, ce qui peut être stigmatisant. Si une femme a besoin de parler, qu'on ne lui prescrive pas un traitement psychotrope au motif qu'il est moins coûteux.

À ce jour, quelles avancées ? Il n'existe pas en France, pays jacobin, régalien, malgré une fonction publique dévouée, une vraie prise en compte de la parole des usagers dans les dispositifs de soins périnataux, encore plus que dans ceux de ce qu'on appelle souvent « la démocratie sanitaire » qui reste

40 ELFE est la première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte, qui aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement. Lancée auprès de 500 familles pilotes en 2007, elle a été généralisée en France métropolitaine depuis avril 2011. Soutenue par les ministères en charge de la Recherche et de la Santé ainsi que par un ensemble d'organismes de recherche et d'autres institutions, elle marque une étape dans l'épidémiologie en France, <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/>

41 Mélanie Bales et coll. "Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort, Eur, Psychiatry, vol. 30. P. 322.328" in *Bébé Sapiens*, op. cit.

42 Maman Blues affirme que la maternité n'est pas de l'ordre de la responsabilité ou préoccupation individuelle mais collective. Les visiteurs du site sont invités à parcourir cet espace dédié à ce visage

méconnu de la maternité, avec la plus grande attention et précaution. Car « le monde de la maternité est un monde d'ombres et de lumières à la fois fragiles et frissonnantes qu'il ne faut toucher que du bout des doigts » <http://www.maman-blues.fr/>

43 Ouvrage collectif préface Nine Glangeaud-Freudenthal, postface Michel Dugnat : *Tremblements de mères, Le Visage caché de la maternité*. Edition Instant Présent, 2010.

44 Alain Grégoire, *Développer les soins de santé mentale au Royaume-Uni* » in -9 +9

à construire. Pour une raison assez simple : même une mère de famille nombreuse n'est pas très longtemps « usagère » du système de soin périnatal. Elle ne l'est guère que pour un an. Avoir des associations d'usageres de qualité se heurte au turn-over des membres de ces associations. Contrairement au Royaume Uni, il n'existe que quelques expériences où les usagers prennent la parole : Maman Blues est une exception. Créée en 2006 par des femmes ayant souffert de dépression du post-partum, voire d'états psychotiques ou encore de femmes bipolaires ayant présenté des états mixtes du post-partum, elle leur a permis de se mettre à la disposition de toutes les autres femmes en souffrance psychique : un site est régulé par elles, qui ont vécu ce qu'elles appellent la « difficulté maternelle ». Elle se veut une voix possible de ces mères⁴².

Elles ont été dans cet état de vacillement, dans leur expérience précoce de la parentalité, voire de délabrement : celui que traverse une femme quand tout son être voudrait s'occuper de son bébé et créer un lien avec lui alors qu'un état psychique perturbé l'empêche de le faire⁴³. Ayant traversé ce moment-là, elles peuvent en parler avec tact. Elles savent

aussi adresser au bon moment aux services publics, à la pmi, aux équipes de psychiatrie périnatale. Ce site rencontre une limite : il n'est fréquenté que par des femmes.

Citons aussi le Collectif interassociatif autour de la naissance, (CIANE) qui fédère un ensemble d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est destiné à la représentation des usagers (n° d'existence N2013RN0027). Il ambitionne de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples, et d'améliorer les conditions de la naissance. Il vise aussi à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement. Il défend un modèle centré sur la mère, le bébé et la famille, et se veut se préoccuper de leur bien-être et de la qualité des soins. Enfin, il se veut fondé sur des données factuelles et probantes (evidence-based medicine) et considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation des (futurs) parents comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins⁴⁴. Concrètement, par quoi passerait la

mise en œuvre d'un vrai parcours de périnatalité qui augurerait bien de la parentalité dans ses trois dimensions, c'est-à-dire où des soins délivrés au moment pertinent par le professionnel le plus compétent dans le cadre d'un travail en réseau personnalisé fassent que le parent se sente reconnu, qu'il investisse la confiance qu'on lui a témoignée en tant qu'acteur de sa maternité ou de sa paternité, dans la façon dont il va s'occuper de sa progéniture, de la « bébéité » à l'adolescence ?

Quels résultats de la démarche globale au Royaume Uni ? Quelles perspectives dans la zone francophone ?

Au Royaume-Uni

Pour soutenir la « naissance de la parentalité », notre proposition est d'établir un mélange de politiques publiques et sociétales qui se situerait entre la capacité de discerner ce qu'il faudrait faire dans l'absolu d'un système de santé périnatale complètement abouti et le pragmatisme de partir d'un état des lieux réaliste. C'est ce que firent nombre de collègues britanniques qui ont mobilisé depuis sept ans la société

civile et les pouvoirs publics, autour des questions de santé mentale et de psychiatrie périnatales⁴⁵. Leur démarche a été la suivante.

Il existe un corpus important d'études qui dressent le même constat : plus d'une femme sur dix présente un trouble psychique avéré en post-partum (cf. supra).

Les conséquences de ces troubles sur l'enfant sont connues : entre autres, que les garçons seront plus en échec scolaire au niveau de l'équivalent du Brevet, et que les filles, s'il n'y a qu'un seul épisode de dépression dans la première année dans leur vie de l'enfant, seront un tout petit peu meilleures élèves, mais au prix d'une fragilité discrète sur laquelle le suivi longitudinal de la belle cohorte de Line Murray nous éclaire.

Des enquêtes épidémiologiques fournissent des preuves de l'efficacité de dispositifs de soins (Kenny et coll., 2013).

Il est donc possible de faire évaluer les économies potentielles, à l'échelle du Royaume-Uni. Une économiste, Annette Bauer l'a fait, dans le cadre de ses travaux à la London School of Economics (LSE)⁴⁶.

Une politique en matière de périnatalité s'était développée au Royaume-Uni dès les années 1960, avec le déploiement des unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé, mais elles ne répondent qu'aux besoins des femmes les plus gravement malades. Ayant convaincu le ministre de la santé et le premier ministre David Cameron de leur unité de point de vue, ils ont obtenu un effort considérable (360 millions de livres sur 5 ans) au bénéfice des territoires non encore couverts aux trois niveaux de spécialisation de la santé mentale périnatale.

A la suite de cette étude, ils veulent aussi que les coûts de santé mentale et psychiatrie périnatales soient comparés à ceux des soins somatiques, et insistent sur l'inégalité au détriment des soins de santé psychique. Ils ont commencé par un état des lieux synthétisé en une carte qui insistait sur l'hétérogénéité des équipements. Ce constat a permis de répartir les moyens affectés sur les territoires. C'est près d'un quart du budget de la réforme du système de santé mentale britannique qui a été consacré à garantir un meilleur accès aux soins de santé mentale et de psychiatrie périnatale.

Ces engagements du premier ministre vont faire bénéficier les femmes les plus dépressives et les plus stressées et anxieuses, de soins de santé mentale adaptés, grâce à une véritable mobilisation nationale. Mobilisation qui est passée par un appel à l'opinion publique, une sensibilisation des employeurs, une information citoyenne des pouvoirs publics, l'accord des Royal College of Obstetricians, General Practitioners Psychiatrists, des associations de personnes qui souffrent de troubles bipolaires ou autres, ou celles rassemblant les personnes dont l'épouse s'est suicidé, en post-partum. Bref, ils ont voulu collectivement que les besoins de soins psychiques et relationnels des femmes qui présentent des fragilités psychiques soient reconnus. La campagne qui a fédéré des personnes de ces différentes instances s'appelle :

« Everyone's business »⁴⁷ : elle a été animée par le Dr Alain Grégoire. Nous le remercions par écrit pour tout ce qu'il incarne, et espérons que les réflexions collectives traduites

et simplifiées ici seront une petite pierre à l'édifice de cette Global Maternal Mental Health Alliance (que l'on pourrait traduire par Alliance internationale pour la santé mentale maternelle) qu'il invite toutes les personnes mobilisées en France à rejoindre sous la bannière d'une Alliance francophone pour la santé mentale maternelle⁴⁸.

Nous ne résistons pas ici à emprunter à leur argumentaire. Il s'agit d'essayer de rattraper une partie du retard accumulé depuis longtemps (Dugnat, 1988), du fait de riches traditions de la santé publique et de la psychiatrie périnatale qui n'existent pas en France. Ils ont non seulement listé les conditions à remplir (cf. supra) mais ont surtout plaidoyé à partir de trois faits essentiels.

La complication médicale la plus fréquente de la maternité est la dépression du post-partum. Elle est deux fois plus importante en nombre que l'hypertension, bien plus fréquente que l'hémorragie de la délivrance, que la prématurité, que la pré éclampsie. Elle est même plus fréquente que le retard de croissance intra utérin sur lequel il y aurait pourtant tant à faire, à notre avis, prioritairement. Elle se complique d'un nombre conséquent de suicides qui ne sont généralement pas rattachés à la maternité en France mais que l'on connaît dans les pays nordiques disposant d'un registre de santé.

Il existe un lien entre l'anxiété ou la dépression maternelle entre la fin de la grossesse et la fin du quatrième trimestre de grossesse et les troubles psychologiques de l'enfant entre 4 et 15 ans évalués globalement⁴⁹. 100 % des enfants déprimés à 16 ans ont une mère qui a présenté une dépression, d'après l'enquête de Susan Pawlby⁵⁰ (cf. supra).

Enfin, le problème de la psychiatrie périnatale de la mère, du père, du bébé, en France, c'est que souvent le bébé en souffrance psychique ne pleure pas. Les mères peu « sensibles » – sans discuter de la traduction délicate du terme anglais, ce qui nous emmènerait trop loin – lorsqu'on les prend en charge correctement pour des dépressions graves, des tableaux psychotiques aigus ou des tableaux psychotiques chroniques, sont à la sortie d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé plus « sensibles » (c'est-à-dire en capacité de percevoir et d'interpréter les expressions non verbales et verbales du bébé de manière adaptée et d'y répondre adéquatement et rapidement de façon cohérente et prévisible) à leur bébé que la moyenne de la population. Le bébé ne sera pas retiré systématiquement ou inutilement puisqu'elles se situent dans la moyenne de la population, même pour les femmes schizophrènes⁵¹. Parce que soutenue intensivement, même la mère souffrant de schizophrénie y devient suffisamment attentive pour que la passivité de l'enfant – passiveness – recule.

En France

Si, désormais, le « projet d'enfant » (qu'est devenu le désir dans cette affaire ?), la grossesse – tant somatique que psychique — et les modes de vie dans toutes leurs dimensions articulent bien-être individuel et enjeux d'une

45 Alain Grégoire, Développer les soins de santé mentale au Royaume-Uni » in -9 +9 Coopérer en ante et postnatal, Spirale n° 78, 2016

46 Bauer, Annette and Knapp, Martin and Parsonage, Michael (2016) Lifetime costs of perinatal anxiety and depression Journal of Affective Disorders, 192. 83-90.

47 <http://everyonesbusiness.org.uk/>

48 Présentations Alain Grégoire, Journées annuelles de la Société Marcé francophone, Marseille, 15 novembre 2015 et Journées bi-annuelles des Unités d'hospitalisation parents-bébé (JUHPB), Paris, 29 septembre 2017

49 K. O Donnel and coll. Op. cit.50 S. Pawlby and coll. Op. Cit.51 M. Kenny and coll. Mother-infant interaction in mother and baby unit patients. Before and after treatment, Journal of Psychiatric Research, Vol 47, p. 1192-1198.

santé publique renouvelée par les avancées fulgurantes des biotechnologies, la parentalité en période périnatale étendue, c'est-à-dire jusqu'aux 1 000 premiers jours à partir de la conception, doit devenir une priorité nationale. L'attention que le Haut conseil de la famille, de l'enfant et de l'âge portera à ces questions sera un bon indice de l'importance accordée par la société française tout entière.

L'A.R.I.P., le groupe France de la World Association for Infant mental Health (WAIMH), et la Société Marcé Francophone (SMF, branche de la Marcé Society), etc. y contribueront à travers leurs journées de travail, leurs colloques internationaux et leurs adresses aux pouvoirs publics. Une première étape possible consiste :

- 1- à recenser l'ensemble des unités de soins conjoints parents-bébé (qu'il s'agisse d'unité ambulatoire ou d'unité d'hospitalisation),
- 2- de constituer un espace d'échange à la fois scientifique et sociétal pour dégager un consensus sur l'ensemble des questions avec l'ensemble des professionnels,
- 3- à porter le résultat de ces travaux devant les pouvoirs publics et dans la société civile.

Cette démarche à peine évoquée ici, permettrait de diminuer les inégalités sociales de santé dans leur lien avec l'exercice, la pratique et l'expérience

de la parentalité pour limiter l'impact des troubles de la santé mentale sur le développement de l'enfant.

Ce document doit beaucoup aux différentes manifestations scientifiques citées en notes (en particulier le colloque de Cerisy - Cerisy-La-Salle 50210-, septembre 2015), ainsi qu'aux sites Gynger et Yapaka. Il doit aussi beaucoup à deux ouvrages récemment traduits : Lyne Murray, 2017. La psychologie des bébés. Comment les relations favorisent le développement de l'enfant de la naissance à 2 ans, Toulouse, Erès, et plus indirectement, Scott Stuart (dir.), 2017. Psychothérapie interpersonnelle, Erès, à paraître en novembre 2017.

Il emprunte également plusieurs développements à la conclusion de l'ouvrage « Bébé Sapiens, un abord transdisciplinaire, Evolution, épigénèse, environnement, futurs ... », Eres, Toulouse 2017

Co-Auteurs

Frédérique Ginoux-Froment est psychiatre militaire à l'hôpital d'instruction des armées Laveran (hia), et a été assistante de pédopsychiatrie au sein du service du Pr François Poinso au C.H.U. Sainte-Marguerite de l'assistance publique-hôpitaux AP-HM, de Marseille

Eve Lumbroso est pédopsychiatre, responsable de l'Unité d'hospitalisation conjointe parents-bébé, C.H. de Montfavet-Avignon, Pôle de pédopsychiatrie (Dr Christine Bonnauron)

Jokthan Guivarch, doctorant en droit et sciences criminelles, est psychiatre, pédopsychiatre, chef de clinique-assistant (cca) en pédopsychiatrie dans le service du Pr François Poinso, AP-HM, CHU Sainte Marguerite.

Laure Le Treut est psychiatre, pédopsychiatre et ancienne chef de clinique assistante dans les services universitaires de pédopsychiatrie des Pr François Poinso (upe) et David Da Fonseca, Hôpitaux Sud de l'AP-HM

François Poinso est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Sainte Marguerite, AP-HM et chef du secteur 2 de pédopsychiatrie des Bouches-du-Rhône. Il anime le Diplôme universitaire centré sur la petite enfance de la Faculté de médecine de Marseille. Il est le directeur du Centre ressources autisme de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Pierre Lombrail

Merci Michel. Je retiens cette fascination pour notre voisin et n'en déplaît à notre camarade québécoise, on a le droit aussi de prendre nos références plus près, d'ailleurs ça vous arrive également. Merci Michel, après, il faudra que tu m'expliques les enjeux autour de la dépression. Effectivement, je croyais qu'il fallait que l'on s'occupe de la dépression post-natale et puis tu me dis que je n'ai rien compris. On a le droit de faire les deux, peut-être.

Echanges

AVEC LA SALLE

Gilles Lazimi

Médecin généraliste

Bonjour, je m'appelle Gilles Lazimi, je suis médecin généraliste salarié avec Mady Denantes et on est aussi enseignants en Médecine Générale à Paris VI. On fait partie d'un groupe à Paris VI, qui est le groupe ISS, Inégalités Sociales de Santé.

C'était pour donner cette information, c'est important : les médecins généralistes s'intéressent au suivi de la grossesse et sont parmi les premiers à suivre les grossesses et de plus en plus longtemps puisque certains hôpitaux ne peuvent plus les suivre. En tous les cas, ils les suivent tardivement et pour les grossesses normales.

C'est une première chose : vous faire part qu'il existe un projet qui s'appelle « bien naître », où on a une dizaine de thèses en cours aujourd'hui, notamment des thèses sur le besoin, sur le suivi des femmes enceintes, sur les attentes et aussi sur les pathologies dépressives ; et aussi, sur l'examen prénatal précoce.

L'entretien, j'en fais, et c'est vraiment l'entretien et ce n'est pas un examen clinique. C'est vraiment trois quarts d'heure où on parle et j'apprends énormément de choses. C'était juste pour vous dire que l'on travaille aussi sur ce sujet et que c'est un sujet qui nous passionne.

À Paris IV, on travaille aussi un peu sur les violences faites aux femmes et sur les violences faites aux enfants. On a pointé : violences, maltraitements, abus sexuels — moi, je préférerais que l'on parle d'agressions sexuelles — envers les enfants. On

a évoqué les événements adverses. Ça m'aurait fait plaisir d'entendre parler de l'étude Felitti, par exemple, sur les événements adverses dans l'enfance et sur l'augmentation du risque à l'âge adulte de pathologies très nombreuses, et là on aurait un rôle à jouer peut-être aussi. Et on parle effectivement des pathologies psychiatriques chez les parents et des abandons ; et aussi, il y a quelque chose qui m'intéresse peut-être un peu plus, c'est les violences éducatives ordinaires. Dans le soutien de la parentalité, je suis responsable d'une « Maison des Parents » à Romainville, dans la ville où je travaille et ça fait dix ans que l'on essaye d'aider les parents à ne plus utiliser les violences éducatives ordinaires : claques, fessées et autre. Et c'est un élément important, il faudrait aussi que les professionnels de santé et nous, on en fasse part et que l'on ait aussi une parole forte pour qu'effectivement cela disparaisse et que 50% des enfants ne soient pas frappés avant l'âge de deux ans, comme c'est le cas en France. Merci.

Michel Dugnat

D'un mot quand même. Moi, je suis persuadé que les médecins généralistes ont un rôle considérable. Je travaille un jour par semaine dans un département rural. Ce sont eux qui déclarent les grossesses et ce sont eux, pour 10% d'entre eux, quand ils le souhaitent, qui suivent la grossesse jusqu'au cinquième, sixième mois. Ceux qui le font, aiment le faire.

Il n'empêche que les autres 90% qui déclarent la grossesse dans la zone

d'Orange, à laquelle je pense, qui est une zone précise sur laquelle j'ai monté un réseau de périnatalité, ne vont pas, le plus souvent, malheureusement, non seulement pas se former à l'entretien, mais pas se former à la phrase, de deux minutes à peu près, qui va permettre de dire quelque chose comme ça : « *Madame, je fais confiance à mes collègues sages-femmes, n'ayant pas le temps de m'en occuper, pour vous proposer ; et je vous dis comment vous pouvez bénéficier d'un entretien prénatal précoce, auprès des sages-femmes de la PMI, auprès des sages-femmes libérales du quartier, auprès des sages-femmes hospitalières ; de cet entretien dont je suis sûr qu'il vous apportera beaucoup* ». Le jour où on aurait 50% des généralistes qui déclarent des grossesses qui seraient capables de rentrer ce speech dans la consultation où l'on passe son temps à donner des coups de tampons pour déclarer la grossesse ; dans le climat de confiance qui est celui que l'on a avec un généraliste, ou un médecin traitant, ou un médecin de famille au meilleur sens du terme, on aura fait un très grand pas. Ce grand pas, pour l'instant, il est à faire.

Christine Colin

Nous on prend souvent nos références en France, c'est quand même pour ça que je suis ici finalement.

J'ai beaucoup été intéressée par votre exposé et cette emphase mise sur la santé mentale précoce. En fait, de plus en plus, dans mon avancée professionnelle, je me dis qu'il y a vraiment là quelque chose d'extrêmement important pour

lequel on passe souvent à côté. Dans le programme qu'on avait mis sur pied, il y a maintenant 15-20 ans, on ne cherchait des résultats, à priori, que sur le poids de naissance et, oh surprise ! Ce que l'on a trouvé, c'est un résultat sur la dépression ! C'était un programme d'accompagnement personnalisé, dans une relation de confiance, et avec un soutien matériel aussi, et il y a eu — c'était le score d'Edimbourg, dont on ne peut pas parler vraiment de diagnostic — moitié d'états dépressifs en prénatal ; et chez les femmes qui avaient déjà un état dépressif en prénatal, il y a eu moitié qui l'avaient moins ou pas du tout en post-natal. http://www.persee.fr/doc/AsPDF/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1233.pdf

Michel Dugnat

C'est une réponse à ce que disait Pierre. Pourquoi s'en occuper en anténatal ? Parce que si tu t'en occupes en prénatal, à peu près la moitié ne seront pas déprimées en post-natal. Et c'est formidable que vous l'avez montré sur des chiffres.

Christine Colin

Ce qui était encore plus étonnant, c'est que l'on ne l'avait pas cherché. Donc, on était passé à côté de cet impact potentiel qui était très important et comme vous l'avez dit, ça a un impact tout au long de la vie. Donc, c'est très important de s'en préoccuper, mais ma question, en fait, ce serait justement sur le gradient socio-économique ou en tout cas, d'approfondir la question de ces états dépressifs qui sont quand même plus fréquents en milieux défavorisés et qui nous laisse un peu... On n'a pas beaucoup de moyens quand même quand on arrive justement après l'installation de l'état dépressif. Je vais certainement dans votre sens sur l'intervention la plus précoce possible mais est-ce que vous avez une expérience par rapport à ces femmes qui sont dans des conditions de vie très difficiles ?

Michel Dugnat

Je travaille dans une ville qui est coupée en deux. À l'intérieur de la ville, il y a la banlieue ; ce que les Parisiens appelle la banlieue. C'est Marseille. C'est une ville où le 93 est dans la ville et pas à l'extérieur de la ville. Donc je travaille avec ces femmes en étant dans les beaux quartiers de Marseille, les quartiers Sud, ceux où il n'y a pas de kalachnikovs, et en accueillant des femmes dont certaines viennent des quartiers Nord.

Donc, effectivement, triple peine dans ces quartiers. Et j'en parle parce que je travaille en collaboration étroite avec les gens qui font la santé mentale et la psychiatrie périnatale dans ces quartiers.

La PMI, même à moyens renforcés, est ralentie par la précarité du quartier : quand il faut faire une consultation avec une femme qui vient des Comores — il n'y a plus d'immigration à Marseille, mais il y a pas mal de comoriennes qui arrivent par Mayotte — et qu'elle ne parle pas suffisamment bien, ça prend un temps fou !

Donc, on est pénalisé par le fait que la PMI, qui est un dispositif départemental, dont je ne laisserai pas dire qu'il se porte bien actuellement. Les endroits d'où viennent les gens qui parlent de la PMI sont des endroits où il y a encore beaucoup de moyens en PMI. C'est le cas à Marseille, il y a encore pas mal de moyens, mais ces moyens sont encore répartis de façon à peu près égalitaire et donc non équitable. Donc, la PMI est débordée.

Il n'y a pas de libéraux, il y a un seul pédopsychiatre sur le territoire des quartiers nord en ville et les sages-femmes libérales, c'est pareil, elles ne travaillent pas dans les quartiers Nord, ce qui rend difficile l'accès à l'entretien prénatal précoce et à la préparation en libéral à la naissance et à la parentalité. Elles sont aux frontières des quartiers Nord. Pour les femmes les plus défavorisées, il ne reste que la PMI.

J'essaie de décrire, à partir d'un territoire que je connais vraiment bien, même avec des chiffres, comment se boucle la boucle qui fait qu'une femme isolée, qui est à très haut risque, surtout si elle a un garçon, d'être en difficulté avec ce garçon. Peut-être parce qu'elle a été violente, peut-être parce que son image d'un homme c'est une image compliquée, peut-être parce qu'il va être braillard. La boucle dans laquelle se retrouve une femme isolée dans les quartiers Nord : moins de services, des services moins accessibles, et des services accessibles qui sont plombés par la question de la temporalité.

Je m'excuse de revenir à quelque chose qui me tient à cœur et ne pas l'avoir dit tout à l'heure dans mon propos principal, la question du bébé, c'est une question de temporalité, c'est une question, comme l'a aussi dit Didier Houzel, du temps qu'on distrait de l'écran, que ça soit l'ordinateur ou que ce soit le smartphone, pour proposer au bébé de se regarder les yeux dans les yeux — ça c'est trois mois — de regarder ensemble — vers neuf mois — un objet intéressant dont on parle, auquel on prête une attention conjointe, partagée, avec le bébé.

Or c'est de ça dont il est question, c'est comment les adultes, tous les adultes, les professionnels comme les autres, peuvent proposer à des bébés, qui ont des besoins construits par l'évolution, ces moments d'échanges inter subjectifs. Ce sont les chemins de traverse dont on a besoin pour construire des bébés attentifs qui, à l'entrée à l'école maternelle, c'est-à-dire en petite section, seront capables de s'asseoir et de tourner leur attention vers l'institut, et qui ne formeront pas un groupe complètement anémique. Les choses se jouent là. L'entrée en petite section se joue dans les premiers mois, dans la première année, parce que c'est la question de la construction de l'attention. Une mère déprimée ne regarde pas son bébé parce qu'elle a la tête à autre chose.

Frédérique Perrotte

Sage femme

Frédérique Perrotte. Je suis sage-femme dans un Réseau de Santé Périnatale parisien. Je me dis qu'il y a plein de travail finalement et que je suis contente d'être venue, que peut-être je vais faire encore plus de réseau en venant ici qu'en restant dans mon bureau et j'en suis finalement très persuadée. Juste une constatation, je me dis, où sont les pères ? J'ai peur. Je me dis : l'unité mère-bébé super ! Mais l'unité parents-bébé, est-ce que ce n'est pas mieux ? il y a quelques études qui montrent — puisque l'on parle d'études aussi, pas que des ressentis, même si cela sont super importants pour savoir ce que veulent les femmes et les pères, c'est SOLIPAM qui a montré que sur les patients très précaires, le fait d'avoir un conjoint c'était beaucoup mieux que de ne pas en avoir.

Donc, comment on lui fait de la place ? Parce que là, dans toutes nos organisations extraordinaires, plus ou moins en tout cas, je pense — pour l'avoir un peu vécu aussi parce j'ai aussi travaillé comme sage-femme — peut-être que le terme ne convient pas, « lui faire de la place ». Pour faire de la place il faut que les gens demandent aussi cette place. Finalement, il faut aussi peut-être être dynamique mais comment nos institutions, notre regard, notre positionnement fait de la place aux hommes dans cette parentalité ? Parce que le terme de « parents » c'est un homme-une femme, deux femmes, deux hommes, au choix. Comment le regard que nous posons, nous aussi, sur notre professionnalisme fait que c'est possible de dire : « vous avez des compétences paternelles, elles sont importantes ». Là, je les entends mais c'est un peu en filigrane. Je me dis que peut-être, on ne les cherche pas assez, on ne les met pas assez en valeur pour que, justement ça soit aussi une ressource, les TISF, le père, la grand-mère, le grand-père, le frère. Tout le monde a des compétences et comment on montre à ces futurs

parents qu'eux-mêmes en ont, et qu'ils peuvent aller aussi en chercher finalement ailleurs.

Michel Dugnat

J'abonde dans votre sens. Il y a un petit pic de dépression chez le père après la naissance et le risque est multiplié par deux pour le père de présenter une dépression du post-partum du père si la mère est déprimée. Le père, c'est la terra incognita. Les unités s'appellent trop souvent encore « unité mère-bébé ». L'unité dont je suis le médecin s'appelle « unité parent-enfant », parce que le père peut dormir avec la mère et avec son bébé. C'est la seule unité de France qui le fasse.

Corinne Métral

Infirmière association accompagnement parentalité et handi parentalité

Corinne Métral. Je suis infirmière puéricultrice, Présidente d'une association qui s'occupe de l'accompagnement à la parentalité et à l'handi-parentalité, sur Bordeaux. On est tous des professionnels de Santé de la Petite Enfance et de la Justice qui travaillons bénévolement. Effectivement, sur Bordeaux, on peut se rendre compte que les parents ont un besoin. On est là pour y répondre, mais il y a un travail de cohésion du travail d'un réseau qui est, pour nous, important, parce que, trop souvent, on fait chacun de notre côté et on a du mal à se rassembler. On a plein de choses intéressantes sur notre territoire mais on se retrouve un peu seuls et on a, en temps que professionnels, à se tourner vers la bonne personne, justement le médecin généraliste. Notre unité « mère-enfant », elle n'est que « mère-enfant » et pourtant le père est une ressource, c'est essentiel. On fait chacun de notre côté et on a du mal à rassembler. Déjà, nous, professionnels, pour trouver la collègue qui va savoir ça ou ça, ou l'association qui va pouvoir s'occuper de cette maman, c'est compliqué. Donc je me dis qu'en temps que parents, quand on est justement dans des situations compliquées,

c'est d'autant plus compliqué ! Et je trouvais que c'était intéressant de pouvoir tout rassembler, justement dans des carnets d'adresses où les professionnels seraient capables d'aller pêcher. Je suis convaincue que rien ne vaut un travail en équipe pour arriver à faire des choses extraordinaires, tout en mettant les parents effectivement au centre, car eux seuls savent ce qu'ils ont besoin, ce qu'il y a besoin pour leur enfant. Même si par moment il y a des difficultés, il y a toujours quelque chose qui brille et qui peut repositionner le parent en temps que parent, et en temps que parent positif.

Michel Dugnat

Bordeaux c'est l'endroit où la Psychiatrie Périnatale se porte le mieux en France. Je parle là de la Santé Mentale et de la Psychiatrie Périnatale. Mais vous avez raison de saisir cette question de l'handi-parentalité. La question du handicap psychique fait question pour les gens qui s'occupent de personnes handicapés avec d'autres types de handicaps que le handicap psychique ; elle fait question pour les psychiatres qui, pour certains, ne sont pas convaincus de l'intérêt d'un abord de la maladie mentale incluant le désavantage social lié au handicap psychique.

De mon point de vue, même si il y a des besoins très considérables pour les parents handicapés moteurs, il y aurait une confrontation à essayer d'avoir, sur les points communs et les points de divergence, entre les gens qui entourent des personnes pour lesquelles la parentalité est handicapée, désavantagée socialement pour des raisons motrices sensorielles, et pour des raisons psychiques.

Je travaille un peu là-dessus, avec des collègues de Paris Brune. Une femme malvoyante et une femme handicapée psychique, c'est différent ; mais il y a des trucs à apprendre quand on rapproche les équipes sur comment on essaye de compenser vraiment le désavantage.

Bernard Pissarro

*Médecin santé publique
et communautaire*

Bernard Pissarro. Médecin de Santé Publique et de Santé Communautaire. Je voudrais ramener le débat un peu sur les inégalités sociales que l'on a un petit peu abandonnées, pour des discussions absolument passionnantes par ailleurs. Il se trouve que depuis un petit bout de temps je travaille un peu autour de la périnatalité.

Je voudrais rappeler qu'il y a eu un rapport d'un groupe qui s'appelle REMI, c'est-à-dire réduction de la mortalité infantile ; il y a eu deux rapports, l'un sur la mortalité infantile, mené par l'INSERM, qui a analysé toute la partie natalité de la Seine St-Denis et qui a montré au passage qu'une partie de cette mortalité aurait été évitable si les professionnels avaient fait ce qu'il fallait faire. Avec un deuxième volet qui est plus anthropologique et qui a montré à quel point aussi le suivi pour des femmes en situation de grande précarité était difficile de la part des professionnels qui n'ont pas tendance à repérer la précarité, ou quand ils la repèrent ne savent pas trop quoi en faire. Donc, il y a un vrai problème à ce niveau-là qui a été assez bien documenté.

Je voudrais rappeler aussi que trois maternités, au moins, de la région parisienne, il y a entre 10 et 15% de femmes qui accouchent qui sont sans logement fixe ou en logement précaire et que là, on est dans la vraie précarité et que ce ne sont pas des petits chiffres. Il y a un gros effort qui a été fait récemment, en particulier en Seine St-Denis, sur l'accueil post-natal. Mais cet accueil post-natal, le logement post-natal, pour des femmes en situation de grande précarité ne se déclenche qu'au moment de l'accouchement. On ne peut déclencher le mécanisme qu'au moment où l'enfant est né, ce qui fait que ces femmes entrent en maternité sans savoir où elles habiteront, où elles iront, en sortant de maternité. Je pense que pour la relation mère-

enfant — en l'occurrence, ce sont souvent des femmes seules — ce n'est pas forcément le meilleur point.

Enfin, dernier point, qui est plutôt plus optimiste, mais pour le moment on n'a pas suffisamment d'éléments pour en parler autrement que, anecdotiquement, on commence à s'apercevoir que quand on commence à travailler sur le réseau des femmes, sur les réseaux qui sont autour d'elles, leurs réseaux de proximité. Quand on les réunit en consultation prénatale pour travailler ensemble, il se passe plein de choses, en particulier autour de leur estime de soi et que ça entraîne une certaine diminution de précarité. Pour le moment, il est bien trop tôt pour l'argumenter scientifiquement, mais je pense qu'il y a plein de recherches à faire autour, effectivement, de l'environnement communautaire, au sens de la communauté locale et pas des communautés comme on l'entend souvent. Dans les approches communautaires, il y a plein à faire pour améliorer les problèmes de périnatalité.

Michel Dugnat

Ce n'est pas contre-intuitif que de penser que si on rassemble des femmes pour parler de ça, ça va être bien pour elles. Et pourquoi on ne le fait pas ?

Mady Denantes

Médecin généraliste

Mady Denantes, médecin généraliste. Je voulais vous parler d'un travail qui a été fait et que l'on peut trouver sur le site du Collège de la Médecine Générale, par rapport au repérage dont vous nous parlez, repérage de la précarité mais aussi, comme nous le disait Madame Vandoorne, pas que de la précarité, parce que les ISS ne touchent pas que les précaires mais la moitié de la population française, on peut dire... On a fait un travail : pourquoi et comment repérer la position sociale dans le dossier du médecin généraliste. Vous pouvez l'avoir en allant sur le site du CMG.

Nous, on l'a mis sur nos ordinateurs dans la Maison de Santé, pour les professionnels, où je travaille.

http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf

Mais la deuxième question, et vous l'avez abordée : c'est repérer ! Et après, on en fait quoi ? Sur la consultation sans rendez-vous où on voit une femme enceinte de trois mois, en grande difficulté, on sent que oui, il faut lui faire le truc bref dont vous parlez..., mais on a plein de monde en salle d'attente. Lui dire : « ça serait bien que vous ayez un entretien prénatal », après c'est où l'orienter ? Ce n'est pas très lisse, ce n'est pas facile, c'est compliqué encore, alors que l'on travaille dessus. Oui, on peut le faire, nous, mais moi je pense à déléguer. On a beaucoup de boulot comme généraliste donc j'aimerais bien que ce soit d'autres qui le fassent, mais ça c'est une opinion personnelle. L'orientation, le rendez-vous à prendre, le lien à faire, je trouve que dans des populations vulnérables, ce n'est pas évident. Même en étant sensibilisés à ça, comme nous le sommes dans notre Maison de Santé.

Michel Dugnat

Les sages-femmes sont prêtes pour certaines de ces délégations.

Pierre Lombrail

Elles vont se parler...ça tombe bien ! Et d'ailleurs c'est fait pour ça cette réunion. C'est pour apprendre des tas de choses et puis pour se donner un peu plus de pouvoir d'agir.

Merci aux intervenants.

Synthèse des ateliers

Les trois ateliers se sont déroulés avec une grille de questions identique et le même objectif : identifier des connaissances et des interrogations sur les modalités d'action dans le champ de la parentalité dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.

La réflexion s'est construite en deux parties :

1. Ce que nous savons sur la question de la réduction des ISS, ce qui nous paraît important à intégrer dans nos actions d'accompagnement à la parentalité pour prendre en compte les ISS.
2. Les interrogations qui perdurent.

ATELIER 1

Animation/ synthèse :

Christine Ferron

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

Je vous propose une synthèse en trois parties : une première partie traitant les savoirs, et les connaissances établies, un deuxième groupe d'idées où les savoirs soulèvent aussi des questions, et un troisième groupe de points qui soulèvent essentiellement des questions pour l'ensemble du groupe.

1. Le premier groupe intègre des connaissances, des savoirs établis et qui n'appellent pas de questionnement particulier.

La notion de compétence des parents et des bébés est ressortie fortement. S'appuyer sur ces compétences-là pour

avancer.

L'importance de créer les conditions de l'expression de la population. Créer des espaces d'échanges, de femme à femme, de famille à famille, valoriser des espaces de partages informels, mettre en place des espaces de médiation, de traduction, s'appuyer sur les solidarités de voisinage et sur la notion d'usager expert.

La nécessité de se préoccuper des conditions de vie des personnes

La formation des professionnels pour un accompagnement à la parentalité qui soit de qualité.

2. Le deuxième groupe de réflexions, intègre des savoirs qui soulèvent des interrogations.

Le premier point est l'utilisation des réseaux sociaux et d'Internet dont on sait qu'elle est relativement bien partagée dans la population. Cela peut permettre des alliances, des échanges de compétences, le développement

de ressources communes entre les parents et les professionnels. Cependant, cela pose la question de la modération de ces espaces.

La question de la littératie aussi, serait intéressante à creuser. C'est-à-dire comment les gens accèdent à ces informations, se les approprient, les utilisent ?

La notion de proportionnalité qui a été évoquée ce matin est vraiment bien intégrée maintenant dans les esprits mais les personnes présentes ont évoqué une tension entre l'universel et le très spécifique. La nécessité d'approfondir cette notion de proportionnalité. Comment adapte-t-on la réponse aux besoins d'une famille, d'un groupe de population, d'une personne ; comment fait-on ?

Toujours dans ce même groupe de réflexion : l'importance de faire appel à tous les acteurs dans une approche très multi disciplinaire. Et en même temps, cela soulève les questions du



manque de connaissance mutuelle entre les professionnels par exemple, la place des TISF dans les prises en charges pluridisciplinaires.

Dernier point dans ce groupe un peu intermédiaire, la notion évoquée ce matin d'idéalisation de la maternité, d'idéalisation de l'enfant à naître, etc., dont tous les professionnels ont bien conscience. Mais comment gérer cela ? Comment accompagner ça aujourd'hui dans le contexte social actuel ?

Des questions...

La notion « d'aller vers », tout ce qui relève de l'accessibilité, de l'accès aux soins, de solutions qui restent à imaginer pour aller rejoindre les personnes. Il a été question de création d'unités mobiles, de faire connaître les informations sur les services. La question de l'accès aux droits, de l'ouverture des droits, qui concernent toutes les femmes et les familles mais en particulier les femmes et les familles d'origine étrangère. Comprendre les motifs du non recours, etc., tous ces aspects qui seraient à développer, avec une petite question qui a été posée en complément de cela, c'est le rôle de la SFSP dans ce qui est annoncé comme la création d'un service public d'information en santé et qui permettrait de répondre à cette

question « d'aller vers », d'accessibilité, d'accès aux informations, etc.

Un autre point qui mériterait d'être vraiment approfondi : la notion de territoire. La clarification des territoires, des dispositifs, des institutions, qui se superposent ou qui ne se superposent pas et qui ne sont clairs, finalement, ni pour les populations et pas toujours pour les professionnels non plus. Et au passage, interroger la place de la parentalité dans les Contrats Locaux de Santé, dans tous ces dispositifs existants.

Et puis, quelques « petites questions » qui ont été soulevées de façon plus rapide. La notion de repérage et de dépistage, quelles orientations en aval ? avec toutes les questions éthiques que cela suppose. L'exploration des rapports entre les données statistiques et les réalités de terrain. Quelle réalité prennent les chiffres dont on a pu prendre connaissance ce matin et quelle réalité cela prend pour les personnes ? Et puis quelle place des pères dans toutes ces démarches et ces offres de services ?

ATELIER 2

Animation, synthèse :

Anne Laurent

Chargée de mission Société Française de Santé Publique

Dans notre groupe nous avons abordé les choses autour de trois angles. D'abord l'angle des professionnels, ce qui nous a pris les neuf dixièmes du temps ; puis sous l'angle de la participation et la place de la population et enfin, sous l'angle des politiques et des choix de stratégie, des allocations de ressources.

Autour des professionnels, on a échangé autour de principes plus que de certitudes ; des principes d'action sur lesquels l'ensemble du groupe était d'accord. Ces principes d'action étaient, comme souvent dans le milieu professionnel, axés autour de trois grandes idées.

D'abord le « **savoir-être** », c'est-à-dire la posture professionnelle commune, qui est de développer une écoute active et bienveillante. Avant tout, « ne pas nuire ». Ne pas nuire aux familles, ni aux professionnels non plus. Nous avons eu une grande discussion autour de la difficulté pour les professionnels d'être bienveillants, à l'écoute, etc.

dans des organisations ou des dispositifs qui ne les autorisaient pas toujours à l'être, qui ne les autorisent pas toujours à travailler de façon collective et à avoir des relations entre eux. La question du « ne pas nuire » concerne aussi bien les professionnels que les familles.

Un point développé autour des **compétences**, avec la nécessité de partager des choses à travers le développement de stratégies de formation. Formations qui auraient un double objectif : à la fois celui de faire monter en compétences les professionnels mais aussi de changer les représentations sur un certain nombre d'institutions dont certaines sont délétères pour lutter efficacement contre les inégalités. En prenant l'exemple de la PMI : si tout le monde pense que c'est « un service pour les pauvres », qu'on l'étiquette et qu'on la stigmatise de cette façon, comment on va-t-on pouvoir travailler autrement ? D'où la nécessité, dans les formations, de changer les représentations sur les différentes structures et institutions.

Le troisième élément est la question de **l'organisation**. Sont posés à nouveau comme principes le travail en réseau et le travail en partenariat. Une interrogation sur ce point : sommes-nous organisés entre nous pour permettre aux familles de se repérer ou leur demande-t-on de s'organiser elles-mêmes pour trouver qui on est, où on est, sur quoi on travaille et comment on fonctionne ?

Le deuxième point sur l'organisation, est l'idée qu'une piste pourrait être creusée autour de la notion d'un interlocuteur référent, à la fois sur l'ensemble des problématiques mais aussi dans le temps. Pour ne pas segmenter et sectoriser les différentes étapes du parcours d'un parent, il faudrait garder ce référent sur la durée. Mais qui est ce référent ? Le médecin généraliste référent ? Quelqu'un d'autre, un travailleur social, une TISF, une femme non professionnelle, etc... ? C'est la question du rôle, de la place, des compétences et de la nature même

de ces référents, qui peuvent changer en fonction des familles, des structures et des environnements.

On a évoqué assez rapidement la place des familles : le principe est de travailler avec toutes les familles mais finalement ce n'est pas si simple. Si on accepte de développer des stratégies d'universalisme proportionné, dans un contexte d'allocations de ressources faibles, quels choix fait-on ? Où met-on les ressources ? Si on développe ce type de stratégies, ne risque-t-on pas de manquer de moyens, de compétences et de ressources pour travailler avec les familles qui en ont le plus besoin ? Dans un contexte d'allocations de ressources qui diminuent, comment fait-on pour mettre en place ce type de stratégie ? Il nous faut donc réfléchir à ce principe de travailler avec toutes les familles.

Une autre question est : comment lutter contre l'immobilisme professionnel de certains ? Ce n'est pas parce que l'on décide de travailler ensemble que les choses bougent forcément.

Et enfin, est-ce que c'est la même chose de lutter contre les inégalités de santé et de lutter contre la précarité ? Est-ce que les deux choses se valent, ou pas ? Ce sont probablement des choses à retravailler, à éclairer.

Nous avons également repris ce qui a été évoqué dans l'atelier précédent à savoir de révéler et valoriser les compétences des parents.

ATELIER 3 **Animation, synthèse :** **Aline Osbery**

Chargée de projet IREPS Lorraine

Je vais être plus brève car beaucoup de choses ont déjà été dites, notamment par rapport à ce que nous savons. Nous avons abordé la question des postures professionnelles par rapport à l'approche du parent, par rapport à la question de la valorisation des capacités à agir des parents, de leurs compétences parentales ; la posture, aussi, d'être à l'écoute ; la question de la bienveillance vis-à-vis des parents. Et aussi, la place des familles : les considérer au cœur des démarches et donc que les professionnels soient vraiment dans l'action autour du parent.

Se pose donc le travail du professionnel vis-à-vis du parent mais aussi entre professionnels, puisqu'il a été mis en évidence l'idée de travailler en partenariat sur un territoire et peut-être, parfois, de céder sa place à la personne la plus appropriée pour aborder des questions que l'on ne pourrait pas aborder soi-même ; le maillage, mais aussi la connaissance et la reconnaissance des acteurs entre eux, sur le rôle et la place de chacun.

Et avant tout ça, comprendre ce que sont les parents, les cellules familiales, la vie des parents — avoir des enfants, etc. — pour comprendre quel est le parcours des familles et mieux les accompagner. Dans cette notion importante de parcours, je rajoute également la notion de temps, en filigrane tout au long de notre discussion, parce que le temps du professionnel n'est pas le temps des parents. Parfois les messages que l'on voudrait pouvoir passer en une ou deux rencontres, pour un parent ce n'est pas si simple. Il s'agit donc de remettre la place des familles au centre du travail des professionnels.

Par rapport aux questions, sur la méthode, il y a la démarche de « projet », il faut s'appuyer dessus. La question de la formation des professionnels, au-delà de leur cursus

professionnel, en allant dans la rencontre ; ainsi que des formations pluri-professionnelles, pour aborder des choses qui aillent au-delà de son propre métier.

Il a été également mentionné la question de confiance entre professionnels de champs différents mais aussi entre institutions, ce qui dépasse un simple jeu d'acteurs, mais un jeu politique, institutionnel, et entre collègues également. À titre d'exemple, nous avons parlé de la façon différente d'aborder la question de l'allaitement par deux personnes qui pourtant font le même métier.

La place des usagers au cœur : comment considérer réellement les besoins, les préoccupations des familles au quotidien ?

La question du diagnostic partagé, partagé avec les familles, oui, mais aussi avec l'ensemble des professionnels, des acteurs autour des familles.

L'idée d'avoir un partage d'expériences : comment permettre cet échange d'expériences pour ne pas recréer systématiquement des choses qui existent ? Donc, valorisation de ce qui existe et comment on le partage comment on le valorise ?

La question était aussi posée de la nécessité systématique d'un cadre formel ou est-ce que ce cadre s'impose à soi quand on avance, si on chemine avec les familles dans le travail ?

La question de l'accessibilité, de la disponibilité des services et de la cohérence entre ces différents éléments dans le parcours de la famille. L'idée étant de toujours mieux orienter les familles dans leur cheminement personnel.

Christophe Debeugny

C'est un point qu'on a abordé en sous-groupe et que l'on n'a pas eu le temps d'aborder en grand groupe et que je n'entends pas dans la restitution de chaque groupe : c'est la question du périmètre que l'on donne à la parentalité. Est-ce que la parentalité est positionnée surtout autour des parents, de la famille, où est-ce qu'on lui donne un sens plus large ? Je pense qu'il faut vraiment qu'on discute de

cela avant d'aller beaucoup plus loin sur le soutien à la parentalité. Est-ce que ça concerne aussi tout autre adulte qui a un rôle important en contact avec les enfants dans le cadre du développement, des compétences psychosociales, estime de soi des enfants, etc... ? Je ne sais pas si c'est le moment d'en débattre mais comme on arrive au terme de la journée, je proposerais que cette question soit traitée à un moment ou un autre, d'une manière ou d'une autre.

Pierre Lombrail

Et je ne serais pas surpris qu'elle ait une dimension interculturelle forte. Certains connaissent la Seine Saint-Denis, certains connaissent des populations mélangées...

Il y a une première réaction qui souligne une vraie difficulté, effectivement. Est-ce que vous en avez d'autres ?

Personnellement, je trouve que vous avez bien travaillé. Vous validez l'hypothèse que ce n'est pas aujourd'hui que l'on pouvait tout faire et qu'il faut vraiment que l'on se retrouve, rapidement selon certains. Ce ne sera pas pour tout de suite car il va falloir un peu de temps d'élaboration. J'ai bien compris que la temporalité c'était extrêmement important ; j'ai écouté les analyses, j'ai essayé de comprendre et il va falloir, nous, que l'on digère tout ce qui a été dit, que l'on mette ça en perspective pour que, ensemble, on en tire des choses qui soient utiles à tout le monde, de manière pluriprofessionnelle, pluri institutionnelle, pluridisciplinaire et éventuellement, même avec des représentants des personnes concernées !

Qu'avez-vous à rajouter ? Qu'est-ce que l'on n'a pas pris en compte et que l'on doit embarquer dans la réflexion des mois qui viennent pour que lorsque nous nous retrouverons en septembre 2017, on ait fait un pas ensemble, que l'on puisse l'acter et préparer le suivant ; et que déjà on prépare celui de l'année à venir.

Sandie Sempé

unité « Petite Enfance » de Santé Publique France.

Nous sommes deux représentant de cette unité, qui est donc le mixte entre l'INPES, l'INVS, l'EPRUS et ADALIS.

J'ai eu l'impression dans l'atelier que l'on découvrait beaucoup de projets, qui sont déjà en cours ou qui vont commencer, qui parfois se ressemblent, pas tout à fait, mais qui ont, dans l'esprit en tout cas, des choses en commun.

C'est peut-être un travail de Santé Publique France, peut-être conjoint avec la SFSP, d'établir un état des lieux de ces initiatives. Dans un an, j'espère bien que l'on aura tous avancé et que l'on pourra dire ce qui a bien marché, là où il y a des soucis et sur quels points. Je sais que les états des lieux représentent un travail colossal, mais si on est deux ou trois structures à se rassembler pour faire cet état des lieux des initiatives qui vont dans le sens de lutter contre les inégalités sociales de santé en périnatalité, ça pourrait être intéressant pour faire un point dans un an.

J'ai dit « périnatalité », c'est peut-être plus « parentalité », mais j'ai eu l'impression que les interventions de ce matin nous invitaient à regarder ce qui se passe autour de la périnatalité, même en prénatal. Après, j'ai certainement un avis biaisé.

Intervenante anonyme

On a effectivement surtout parlé de périnatalité. Je pense qu'il faut que l'on aille plus loin. Après les interventions de ce matin, je me suis dit que l'on pouvait mettre tous les moyens en périnatalité et qu'après il n'y aura plus besoin de travailler. Si seulement c'était vrai, ça serait bien !

Ce matin, on a quand même évoqué l'adolescence, l'Éducation nationale, on a peut-être toujours notre place aussi. La parentalité, on la vit tous à son échelon et il faut l'accompagner partout où l'on est, il n'y a pas qu'en périnatalité, même si c'est très important et même si c'est là que tout se fonde.

Pierre Lombraïl

Ce n'est pas simple. Il faut être efficace. Michel Dugnat nous dit « life course » et en même temps, il nous dit : « *vous intervenez trop tard quand vous parlez de femmes déprimées après la dépression, c'est pendant qu'il faut s'en occuper* ».

J'entends un besoin de définition du périmètre, ça me paraît une évidence. Et on ne pourra pas tout faire. Ce que j'entends c'est une volonté de collaboration, partagée, au sens de la consolidation de tout ce qui est déjà en train de se faire. En France on est formidable pour dire où sont les problèmes, mais pour trouver les solutions et surtout pour faire circuler ce qui marche ou pas, on est moins bon et il faut vraiment que l'on se soigne. La SFSP et Santé Publique France ont déjà un partenariat à cet effet.

Alain Néron

*Conseil Départemental du Cher.
Prévention Protection de l'Enfance
et co-animateur d'un REAP.*

Je n'ai pas vu la CNAF dans les partenaires, qui me semble, en termes de parentalité, un partenaire incontournable.

Ce qui me permet de faire le lien avec un dispositif sur lequel nous avons travaillé dans les départements, qui est le « Schéma des Services aux Familles ». Quid de ces politiques institutionnelles, particulières certes, mais dans lesquelles les collectivités, en particulier mais pas que, les associations, les institutions sont concernées. Peut-être une réflexion à faire autour du maillage avec toutes ces politiques là, puisqu'on a abordé dans notre groupe l'aspect politique autour de la parentalité : comment cet aspect a été pris en compte dans les politiques territoriales et comment on envisage aussi ce lien avec le schéma des services aux familles. Voir également les liens avec la CNAF, qui est un partenaire important en termes de petite enfance et de parentalité.

Michel Dugnat

J'avais deux remarques à faire.

Au sujet de la CNAF, ce n'est pas le principal de mon propos mais je voulais dire que le décloisonnement en

France est un long combat. Une grande étape du décloisonnement a été sur une toute petite chose. Julie Pons, à plusieurs reprises dans les ateliers, a parlé de cette profession méconnue que sont les TISF ; eh bien, rendez-vous compte que la CNAM et la CNAF ont signé une convention pour officialiser le fait que dans le PRADO, qui est un des grands absents de ce matin d'ailleurs et sur lequel il y a plein de questions à se poser, on avait un agent de la CNAM, plutôt de la CPAM, qui se rendait dans la chambre de la jeune accouchée pour lui dire : vous avez le droit de sortir plus tôt en bénéficiant de deux consultations à domicile, « allez vers » pour que vous puissiez sortir en toute tranquillité. Un long travail de près de dix-huit mois d'approches, de réunions multiples, etc... a conduit à une convention qui fait que cet agent de la CPAM va désormais, une fois qu'ils auront été formés, que les CPAM se seront mises à cette idée-là, cet agent va dire « je suis aussi chargé de vous dire ce que c'est une TISF ». Les TISF étant, comme vous le savez, largement financées pas seulement par la PMI, mais aussi par les CAF. Donc on va avoir une même personne, appartenant à la CPAM qui va porter un message, dont on espère qu'il sera clair et plein de tact et de bienveillance, auprès de ces femmes et qui est de dire : vous avez la possibilité de faire appel à une professionnelle, travailleuse sociale, qui viendra faciliter votre parentalité en période périnatale. Pour que les choses soient parfaitement claires, les TISF n'interviennent pas qu'en période périnatale, c'est plutôt un nouveau domaine d'intervention pour elles. Ça c'est le premier point.

Le deuxième point que je voulais faire est complètement différent. Je voulais insister sur le fait que j'ai peu entendu, bien que ça ait été dit ce matin, le fait qu'il y a eu tout un travail de recueil par la Société Française de la Santé Publique — courageux, de la part des gens qui l'écrivaient, comme de la part des gens qui le recevaient — de 123 actions de soutien à la parentalité dans lequel des professionnels — je n'en fais pas partie parce que j'ai craqué au

bout de trois pages, il y en avait quatre. Donc, 123 actions de soutien à la parentalité, des actions très concrètes, au ras du terrain, dans certains cas mais pas que, ils ont aussi répondu à un questionnaire, évidemment parfaitement bien fait, qui permettait d'avoir de la matière. Il y a juste un souci, c'est que les gens qui ont rempli courageusement ce questionnaire ne sont pas là aujourd'hui. Si, il y en a six sur 123 dans la salle, on est à 6%, ce n'est pas rien mais peut-être qu'une des choses que l'on pourrait espérer, c'est que la prochaine fois, ils soient plus nombreux et qu'ils viennent raconter des choses plus fragiles, des choses plus limitées, des choses plus discrètes, des choses plus « invisibles ». De la façon, en montant un projet de soutien à la parentalité, ils ont ou non fait une place à cette question des inégalités sociales de santé qui nous rassemblait aujourd'hui.

Pierre Lombraïl

Tu connais une partie de la réponse. Effectivement, le partage des préoccupations n'est pas tout à fait homothétique et pour le moment un grand nombre d'intervenants en parentalité n'ont pas forcément conscience, tout en le faisant parfaitement, de prendre en compte la question des inégalités sociales. Tout le monde ne s'est peut-être pas reconnu dans le projet. Déjà ce matin, j'insistais sur la difficulté de communication et je pense que notre discours de santé publique fait fuir un grand de gens et donc il faut qu'on apprenne à s'adresser à eux. Mais ceci n'enlève rien à la pertinence absolue de ton questionnement.

Bernard Pissarro

Je voulais juste revenir sur deux petits points de l'exposé du troisième groupe. Le premier point était quand vous avez dit : il faut que les professionnels soient autour des familles. Moi, je me méfie beaucoup quand les professionnels sont autour des familles parce que, au bout du compte, ils sont encadrés par les professionnels. Et je pense que le rôle des professionnels est d'être

en soutien aux familles et d'être aussi en soutien aux réseaux primaires des familles, on n'a pas du tout parlé. On sait bien que nous vivons tous avec un réseau primaire qui est les amis, les voisins, etc... Et puis les réseaux secondaires qui sont plus ou moins professionnalisés. On oublie trop souvent les réseaux primaires et je pense que dans une action comme celle-ci, dans une réflexion comme celle-ci, la place des réseaux primaires doit être valorisée.

L'autre est une remarque facile aussi. Quand vous avez parlé de la confiance, vous avez parlé uniquement de la confiance des professionnels entre eux, la confiance des usagers envers les professionnels et les professionnels envers les usagers, je pense qu'il ne faut pas les oublier non plus.

Pierre Lombrai

Il s'est dit beaucoup de choses que je vais essayer de ne pas redire, mais on s'est quand même dit beaucoup de choses entre professionnels parce que ce sujet-là nous interpelle formidablement dans nos postures, dans nos configurations de travail. La réaction du médecin de santé publique au rapport de l'atelier 2, qui est formidablement honnête : « *on a passé la majorité du temps à parler de nos problèmes de professionnels* ».

Eh bien oui. C'est ce qui se passe partout. Mais prenons-en acte sur les deux plans. Effectivement, n'oublions pas que nous ne sommes pas là pour nous faire plaisir uniquement, mais si on ne prend pas plaisir à faire son travail, on ne va pas le faire très bien ; on est là au service de..., parce que, quand même, on offre un service. Qu'en pense la personne à qui est destiné ce service ? Et puis, je sais que je dois aller au-delà et dans quelle mesure la personne, et son entourage, réseau primaire, est partie prenante de la solution et dans quelle mesure on facilite la mise en œuvre de ces solutions et qu'on n'arrive pas, nous, avec des solutions toutes faites ? C'est un résumé évidemment très sommaire.

Pour autant, il faut qu'on apprenne

à travailler entre nous. La SFSP la première, réunit simplement aujourd'hui une assistance aussi plurielle, en termes de corps de métier, en termes d'institutions et je prends le pari que les représentants des personnes concernées sont relativement modestes. Nous aussi on doit passer cette nouvelle frontière.

Pour autant, il y a des étapes et j'entends tous ceux qui, parmi vous, disent : « attendez, tout cela ça prend du temps ». D'ailleurs la confiance ça commence par se construire, je dirais la confiance entre la SFSP et un monde auquel elle ne s'adresse pas jusqu'à présent. Je crois qu'on a donné des gages suffisants pour que, justement, voilà il y a 123 actions de terrain, plus ou moins près du terrain qui remontent, avec des niveaux d'élaboration très variables mais en tout cas, elles remontent. Donc, ça témoigne bien de ce que vous pointez du besoin de partage et nous, on va un petit peu plus loin, en disant : capitalisation de l'expérience en complément de l'évidence scientifique, parce que parmi les choses qui n'ont pas été dites, il y a des domaines dans lesquels les pratiques et les organisations, donc pratiques cliniques et pratiques organisationnelles, si je fais un peu techno, peuvent s'appuyer sur de l'évidence scientifique, mais ce n'est pas toujours le cas.

Sur ce qui marche, qui ne marche pas, pourquoi ? Là, on n'a vraiment pas grand-chose, et ça, il faut qu'on le fabrique ensemble, il faut qu'on se fasse confiance pour être capable de regarder de manière critique mais constructive, ce qui marche et ce qui ne marche pas. C'est très compliqué ! Donc là, je reprends le mot confiance, après ce qui a été dit pour s'adresser à toutes les questions posées par la parentalité, il faut mobiliser un grand nombre de ressources qui se fréquentent, qui se connaissent plus ou moins. Je reprendrais volontiers que la confiance se construit dans la proximité. Et vous avez parlé de territoire et j'ai même entendu parler... Tiens, au fait, on en parle dans les Contrats Locaux de Santé ? Vous allez

me dire : « les Contrats Locaux de Santé, il n'y en a pas partout ! » Mais déjà, là où il y en a, ce serait bien de vérifier que cette question est prise en charge.

« L'aller vers », c'est par là que cela commence ; depuis l'accès aux droits jusqu'à : « est-ce que vous venez me chercher si je ne suis pas en situation d'aller vous voir ».

Vous avez dit des tas de choses absolument passionnantes. Que dire ? Que le rôle de la formation est formidablement important, des professionnels, pour bien apprendre son métier mais surtout pour décrocher ; art un tout petit peu difficile nous ont dit certains d'entre nous, et je partage ce point de vue, bien sûr.

Il y avait des choses évidentes dans ce que vous avez dit, on savait...

Créer des espaces de partage et de médiation : oui, on sait qu'on doit le faire et est-ce qu'on le fait pour autant systématiquement ? Je n'en suis pas si sûr.

L'usager expert a sa place : oui, d'accord et là, vous me direz que c'est aussi épidémique... la reconnaissance de son rôle.

Se préoccuper des conditions de vie : ça a été dit plutôt par un atelier et vous savez comme moi que c'est formidablement important.

Révéler, valoriser les compétences des parents : ça, j'ai plus confiance dans notre capacité à le faire encore que je suis un vrai professionnel de santé, donc vaguement normatif, donc, je sais facilement ce qui est bien pour les autres... mais c'est bizarre, ils ont aussi un point de vue sur la question et on n'est pas toujours d'accord. Et après tout, comme c'est une affaire qui se joue au long cours, si on n'est pas d'accord, ça ne marchera pas. Bon... d'accord, on va négocier !

Mais effectivement, dans les programmes, est-on capable de ne pas imposer la norme du professionnel ? Est-ce que pour autant l'usager a sa place ? Est-ce que c'est vraiment « empouvoier » l'usager ? Parce que c'est lui qui conduit sa vie et ce n'est pas le

professionnel qui conduit sa vie à la place de l'utilisateur. Tout cela a des échos beaucoup plus larges que la seule question déjà pourtant formidablement complexe, que nous avons traitée aujourd'hui.

C'est un petit clin d'œil mais puisqu'on parle de réseau primaire... Et quand on parle de difficulté de transmission : ces jeunes femmes qui sont isolées puisque la grand-mère est à Vesoul alors qu'elles-mêmes vivaient à Aix-en-Provence et réciproquement. Il y a des grands-mères sur place, évidemment, ce n'est pas les mêmes. Mais je ne sais pas s'il n'y a pas une idée à travailler là-dessus.

Je ne vais pas aller beaucoup plus loin parce que je pense que le reste a été très, très bien dit. Simplement, se dire : « *tiens, le rôle des pères...ne l'oublions pas* ».

Je n'oublie pas non plus la question soulevée par un des groupes, c'est-à-dire, par tous : « *dépistage, repérage, d'accord, mais pourquoi faire ?* » Ça pose la capacité à orienter. C'est-à-dire : on se connaît, etc. Et on se fait confiance ! Mais surtout, est-ce que nous orientons ou est-ce que c'est une orientation concertée avec les personnes. Toutes les questions éthiques qui seront de toute façon traitées lors du troisième séminaire. Tout cela pour vous quitter en vous remerciant très chaleureusement d'avoir participé.

GLOSSAIRE

ADALIS – Action Drogue Alcool Info Service

ANISS – Agence Nouvelle des Interventions Sociales et de Santé

ANPDE – Association Nationale des Puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants

Apes-ULg - Appui en promotion et éducation pour la santé-Université de Liège

APHM – Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

ARIP – Association Recherche Information Périnatalité

ARS - Agence Régionale de Santé

CDSS – Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CIANE – Collectif Inter associatif autour de la Naissance

CMG – Collège de Médecine Générale

CNAF – Caisse Nationale d’Allocations Familiales

CNAM – Caisse Nationale d’Assurance Maladie

CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie

DGS - Direction Générale de la Santé

EPP – Entretien Prénatal Précoce

FNAAFP-CSF – Fédération Nationale des Associations de l’Aide Familiale Populaire

FNEPE – Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs

FNES – Fédération Nationale d’Education et de Promotion de la Santé

GPA – Gestation pour autrui

HAS – Haute Autorité de Santé

IGAS – Inspection générale des affaires sociales

INPES – Institut National d’Education Pour la santé

INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INSPQ – Institut National de Santé Publique du Québec

INVS - Institut de Veille Sanitaire

IREPS - Instance régionale d’Education Pour la Santé

ISS – Inégalités sociales de santé

LES – London School of Economics

OCDE – Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PISA - Programme for International Student Assessment

PMI – Protection maternelle et infantile

PNP – Préparation à la naissance et à la parentalité

REAAP - Réseau d’écoute d’appui et d’accompagnement des Parents

SFSP - Société Française de Santé Publique

SOLIPAM – Solidarité Paris Maman

SPF – Santé Publique France

TISF – Technicienne en intervention sociale et familiale

Composition du groupe d’experts :

Catherine Bernard – Plateforme ASV ; David Blin – DGCS ; Julie Bodard – ANISS ; Alexandra Christides – FNEPE ; Jean-Laurent Clochard – FNAAFP-CSF ; Sébastien Colson – ANPDE ; Dr François-Paul Debionne – SFSP ; Pr Jean-Pierre Deschamps ; Dr Michel Dugnat – APHM ; Christine Ferron – FNES ; Nathalie Houzelle – Santé Publique France ; Pr Didier Houzel ; Anne Laurent – SFSP ; Flore Lecomte – SFSP ; Dr Brigitte Lefevre – DGS ; Pr Pierre Lombraill – SFSP ; Bénédicte Luret – FNEPE ; Dr Catherine Paclot – DGS ; Frédérique Perott – Réseau Périnatal Parisien ; Sandie Sempé – Santé Publique France ; Pr Danièle Sommelet – Croix Rouge Française ; Fabienne Vincent – Mutualité française

Droits et crédits photos : IStock photo / Freepik

Mise en page / design graphique : Studio Lili Bellule



**Plus d'informations
sur la SFSP**

CONTACT :

1, rue de la Forêt
54520 Laxou - France
Tél. +33(0)3 83.44.39.17
Fax. +33(0)3 83.44.37.76
accueil@sfsp.fr

www.sfsp.fr