

la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier

Les besoins fondamentaux des enfants

Mars 2019 / Numéro 447

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : © UNICEF_UN0269566_Fontes AFP-Services
Page 5 : © UNICEF_UN0269552_Fontes AFP-Services
Page 6 : © UNICEF_UN0269428_Kambou AFP-Services
Page 11 : © UNICEF_UN0269295_Berkovich AFP-Services
Page 15 : © UNICEF_UN0269413_Graham AFP-Services
Page 21 : © tung256_Pixabay
Page 31 : © Marc De Tienda - IHAB France
Page 32 : © Dr Caroline Francois - IHAB France
Page 40 : © Marc de Tienda - IHAB France
Page 43 : © Yves Nedellec - CH Roubaix
Page 49 : © Marc de Tienda - IHAB France

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2019
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction



© UNICEF_LIN026566_Fontes AFP_Services

ILLUSTRATIONS DE CE NUMÉRO : MERCİ À L'UNICEF

Santé publique France remercie l'UNICEF France qui nous a autorisés à publier des photographies extraites de son fonds pour illustrer ce numéro de *La Santé en action*, consacré aux besoins fondamentaux des enfants.

L'UNICEF est le fonds des Nations unies pour l'enfance (*United Nations International Children Emergency Fund*). Elle définit son action comme suit : « *Nous défendons les droits des enfants. Nous travaillons pour la survie, la protection et le développement de tous les enfants dans 190 pays. Nous agissons en priorité pour les enfants les plus défavorisés. Nous intervenons dans les situations d'urgence.* » Plus d'informations sur unicef.fr

Les crédits photos correspondant aux photographies de l'UNICEF sont mentionnés en page 2 de ce numéro.

3

Dossier

LES BESOINS FONDAMENTAUX DES ENFANTS

Coordination :
Maud Gorza, Flora Bolter

Introduction

4 _ Maud Gorza, Flora Bolter

« Il y a consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant »

5 _ Entretien avec Marie-Paule Martin-Blachais

« Développer pour tous une culture commune autour des besoins fondamentaux universels de l'enfant »

8 _ Entretien avec Agnès Gindt-Ducros

Besoins fondamentaux de l'enfant : état des connaissances

10 _ Flora Bolter, Anne-Clémence Schom, Elsa Keravel, Anne Oui, Gilles Séraphin

Négligence envers les enfants : état des connaissances et modalités d'intervention

13 _ Carl Lacharité, Louise Éthier, Pierre Nolin

Développement de l'enfant : l'apport des neurosciences

17 _ Catherine Gueguen

Adversités durant l'enfance : Quel impact sur la santé ?

20 _ Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre

Grandir sans chez-soi

23 _ Stéphanie Vandentorren, Stéphane Darbeda, Mathilde Roze, Maria Melchior, Bruno Falissard

Petite enfance : de l'efficacité des programmes de visites à domicile

27 _ Christine Colin

La formation des personnels médico-sociaux à l'accompagnement de jeunes enfants

30 _ Marcel Jaeger

Maternité du centre hospitalier de Roubaix : « Se recentrer sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né »

33 _ Entretien avec Sylvaine Rousseau

Italie : un programme pour réduire la maltraitance et prévenir le placement des enfants

35 _ Paola Milani

Technicienne de l'intervention sociale et familiale : un soutien à domicile de la mère et du nourrisson

38 _ Jean-Laurent Clochard

Techniciennes d'intervention sociale et familiale : agir contre la vulnérabilité périnatale

41 _ Sandrine Amaré, Marielle Valran

Panjo : des visites à domicile pour renforcer le lien mère-enfant

44 _ Entretien avec Sandie Sempé

Lunévillois : développement de l'enfant et accompagnement à domicile

46 _ Sophie Buchheit, Marie-Christine Colombo, Élise Fidry, Fabienne Ligier, Charlotte Decroix

Pour en savoir plus

48 _ Françoise Delahaye, Laetitia Haroutunian

Sommaire
La Santé en action N° 447

Les besoins fondamentaux des enfants

Dossier coordonné par Maud Gorza,

chargée de projet en santé publique, unité petite enfance, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Flora Bolter,

chargée d'études, Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe).

Les connaissances dont nous disposons sur les besoins fondamentaux de l'enfant se sont considérablement développées au cours des dernières décennies.

Les travaux réalisés par les précurseurs avaient révélé à quel point l'environnement social et affectif était vital pour le développement du petit enfant. Les recherches plus récentes – y compris en neurosciences affectives et sociales – sont venues confirmer ces travaux pionniers. Le Center on the Developing Child de l'université de Harvard les a synthétisés et a ainsi défini trois fondements qui constituent le socle d'un développement sain des enfants : des relations stables et réceptives indispensables pour le développement d'interactions cohérentes, stimulantes et protectrices entre jeunes enfants et adultes ; des environnements physiques, chimiques et bâtis sûrs et favorables ; et une nutrition adaptée [1].

Ces travaux ont notamment été repris en France dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, laquelle a souligné le consensus quasi universel autour de ces besoins fondamentaux. Les connaissances mobilisées en protection de l'enfance et en promotion de la santé périnatales ont pour point commun de s'interroger sur ces besoins fondamentaux de l'enfant, dont la satisfaction est nécessaire pour permettre « la construction du sujet dans la plénitude de ses potentialités, du respect de ses droits et au service de son développement et de son accès à l'autonomie et à la socialisation [2] ».

Ce prisme tend à remplacer depuis plusieurs années, sur les plans législatif et réglementaire comme sur celui des

pratiques, une définition auparavant exprimée en négatif : supprimer ou éviter le danger dans le cas de la protection de l'enfance, éviter (au sens de prévenir) la maladie ou l'infirmité dans le cadre de la santé.

Ces travaux rejoignent la somme de connaissances de plus en plus riche sur la fenêtre particulière d'opportunité et de vulnérabilité que constitue la période des mille premiers jours, qui va de la conception jusqu'aux deux ans de l'enfant. L'exposition à des conditions environnementales (terme entendu au sens large : affectif, physique, socio-économique, nutritionnel) favorables ou défavorables au cours de cette période va avoir une influence sur le développement et sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes.

Approche écosystémique

Cet état des connaissances sur les besoins fondamentaux de l'enfant nécessite donc de s'interroger sur les aptitudes requises chez les adultes en charge du « prendre soin » des enfants¹, en premier lieu les parents (voire d'autres membres de leur entourage), et également les professionnel.le.s en charge de la petite enfance et de l'enfance, dans leurs capacités d'action pour favoriser le développement des enfants et de leur famille. Il est alors indispensable de prendre en compte et de soutenir les conditions dans lesquelles ces aptitudes peuvent se construire et être mises en œuvre. En effet, ces connaissances ne doivent pas nous enfermer dans une approche uniquement orientée vers des actions ciblant l'individu, mais elles nous encouragent, au contraire, à agir sur différents déterminants de la santé périnatale, notamment les déterminants sociaux et territoriaux, via une combinaison de politiques publiques adaptées ; d'interventions dans les différents milieux de vie, sous forme notamment de programmes structurés de prévention

précoce. Plusieurs exemples de programmes sont présentés dans ce numéro. Au final, cette approche écosystémique des besoins fondamentaux de l'enfant s'inscrit totalement dans une démarche de promotion de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa² de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). ■

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

2. « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS). En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_Epdf?ua=1

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Center on the Developing Child. *The Foundations of Lifelong Health* [InBrief], 2010. En ligne : <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-The-Foundations-of-Lifelong-Health-1.pdf>
- [2] Dr Martin-Blachais M.-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. [Rapport] remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Paris : Direction générale de la cohésion sociale, 28 février 2017 : 129 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>

« Il y a consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant »

Entretien avec Marie-Paule Martin-Blachais, médecin, directrice scientifique de l'École de protection de l'enfance, rapporteure du rapport *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant*.

La Santé en action : **Quels sont les « besoins fondamentaux de l'enfant », sujet de la loi de 2016 relative à sa protection ?**

Marie-Paule Martin-Blachais : La politique de protection de l'enfance s'est fondée au milieu du XX^e siècle autour d'une dualité de deux autorités publiques : la protection judiciaire par l'ordonnance du 23 décembre 1958, instituant l'assistance éducative, mesure contrainte sous l'autorité du juge dès lors que la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont « *en danger* » ou son éducation compromise ; la protection sociale dite « *administrative* » par décret n° 59-100 du 7 janvier 1959, sous forme de contrat avec les familles, dans les situations où les conditions d'existence du mineur « *risquent* » de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation.

En 1990, la signature par la France de la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) et son application dans notre droit interne ont eu un impact sur la protection de l'enfance, « *impératif d'ordre public* ». Ainsi, la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant¹ constituent les références théoriques, juridiques et de doctrine de la protection de l'enfance. En effet,



© UNICEF_JUN020952_Fontes AFP-Services

elles accordent une importance majeure à la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, à la réponse à ses besoins fondamentaux au service de son développement physique, affectif, intellectuel et social, aux fins de préservation de sa santé, de sa sécurité, de sa moralité et de son éducation, ainsi qu'au respect de ses droits.

L'affirmation de ces principes implique aujourd'hui pour les professionnels d'appréhender les situations de protection de l'enfance sous l'angle de la réponse appropriée aux besoins du mineur au regard de son développement, de ses droits et dans son intérêt. Ces professionnels sont invités à interroger les modalités d'exercice de la parentalité et l'impact de l'environnement de l'enfant, dans la mesure où ils pourraient compromettre le développement, les droits et le bien-être de l'enfant.

S. A. : **Comment s'articulent l'approche de la protection de l'enfant par le biais de ses besoins fondamentaux et celle traitant de ses droits ?**

M.-P. M.-B. : Selon l'article 3-1 de la Cide, « *l'intérêt de l'enfant doit être une considération primordiale* » dans toutes décisions qui concernent les enfants et ce quel que soient le contexte et les décideurs impliqués. Ce principe est repris par le deuxième alinéa de l'article 24 de la Charte des droits fondamentaux, et son applicabilité directe dans notre droit interne est reconnue par la Cour de cassation depuis 2005. C'est une notion-cadre, un principe matriciel tant en droit des mineurs qu'en droit de la famille. On peut considérer que l'intérêt supérieur de l'enfant est de voir ses besoins fondamentaux satisfaits au service de son développement physique, affectif, psychologique, cognitif et social.



© UNICEF / UN026928_Kambou/APP-Services

Les droits de l'enfant sont les règles juridiques dont l'enfant est le sujet ou l'objet ; ils constituent soit une prérogative juridique dont l'enfant bénéficie pour que l'accès à ses droits soit garanti, soit une obligation qui s'impose à l'État. Certains droits de l'enfant énoncés dans la Cide ont pour objet la satisfaction de ses besoins fondamentaux et permettent ainsi d'imposer aux États que ceux-ci soient pourvus avec une possible sanction s'ils ne le sont pas, ainsi pour exemple le droit à la survie et au développement (art. 6, al. 2), le droit à une identité (art. 7 et 8), le droit à la protection contre toute forme de violence (art. 19).

S. A. : *Quels enseignements apporte votre rapport Démarche de consensus pour définir collectivement les besoins fondamentaux de l'enfant ?*

M.-P. M.-B. : Il y a consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant. En 2016-2017, la démarche de consensus [1] a été conduite dans un esprit ouvert d'approche pluridisciplinaire et également en tenant compte des différentes écoles de pensée à l'intérieur des disciplines. Elle a permis de parvenir à de nombreuses convergences entre celles-ci,

à l'encontre des représentations de *dissensus*, de la psychanalyse aux neurosciences en passant par les théories de l'attachement, voire les approches systémiques de dynamiques familiales et/ou d'environnement. Elle a conduit à un consensus sur une cartographie de sept besoins fondamentaux de l'enfant² à pourvoir pour assurer son développement, dont un « *méta besoin de sécurité* » qui inclut les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection contre toute forme de violence et le besoin d'une continuité affective et relationnelle pour accéder à sa construction en tant que sujet. Les autres besoins fondamentaux et universels de l'enfant sont : le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et enfin le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi. (*Voir schéma ci-après.*)

Enfin, cette démarche a souligné l'importance pour les professionnels de disposer d'une grille de lecture holistique³ opérationnelle, permettant d'appréhender les situations de mineurs, d'assurer l'efficacité de leur accompagnement et de leur prise en charge. Pour ce faire, ces professionnels s'appuieront sur des évaluations pertinentes impliquant enfant,

L'ESSENTIEL

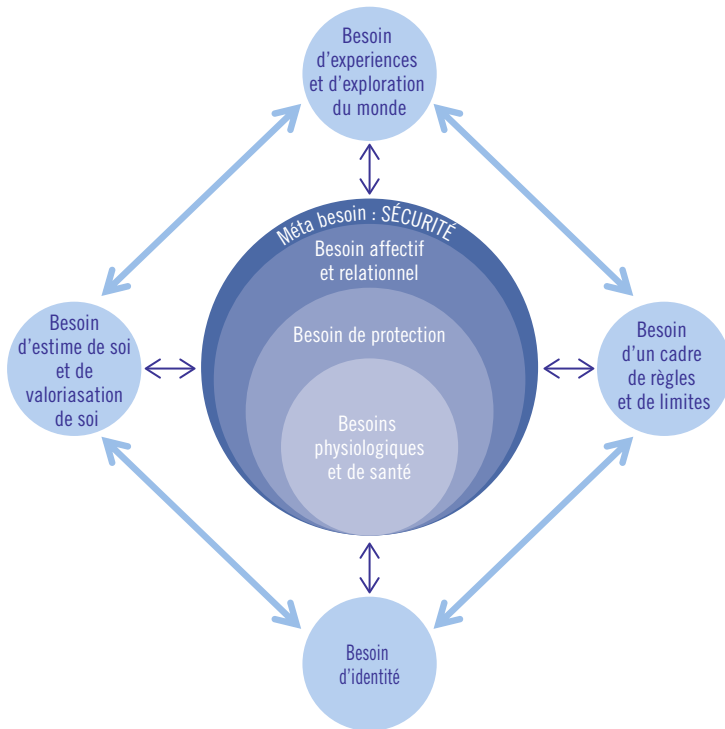
► **L'intérêt supérieur de l'enfant est de voir ses besoins fondamentaux satisfaits au service de son développement physique, affectif, psychologique, cognitif et social. Une conférence de consensus a formulé des recommandations dans ce sens.**

parents et environnement. Les enjeux sont aujourd'hui le déploiement et l'appropriation de ces outils pour accompagner les institutions et les professionnels dans ce changement de paradigme de la politique de protection de l'enfance au regard de sa doctrine, ainsi que l'accompagnement au changement des pratiques des professionnels.

S. A. : *Le Conseil national de la protection de l'enfance, institué en 2016, a-t-il pu influencer sur les pratiques en protection de l'enfant ?*

M.-P. M.-B. : Le CNPE, autorité indépendante, a pour mission de proposer des orientations nationales de la politique de protection de l'enfance, de formuler des avis et d'en évaluer la mise en œuvre, et ce au travers de cinq commissions thématiques⁴. Il lui revient d'appréhender les nécessaires évolutions de cette politique dans un souci d'équité territoriale au service de nos concitoyens. Il intervient à côté de la Haute Autorité de santé (HAS⁵) qui, dorénavant, a la responsabilité des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Sur le terrain, les attentes des institutions et des praticiens vis-à-vis du CNPE restent fortes, notamment sur sa capacité à mutualiser les connaissances et les bonnes pratiques pour soutenir une réflexion et une analyse partagée permettant une mise en perspective de la politique publique de protection de l'enfance. Ces attentes portent également sur une meilleure articulation entre les échelons territoriaux et cette autorité indépendante. Le CNPE se situe en effet à la croisée de politiques

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Source : Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance – Février 2017

sociales décentralisées et de certaines politiques régaliennes (justice, éducation, santé, etc.) et il doit porter une volonté forte de transversalité pour une meilleure opérationnalité des acteurs.

S. A. : La loi de 2016 sur la protection de l'enfance peut-elle favoriser l'intervention précoce auprès des parents, pour une meilleure protection des enfants ?

M.-P. M.-B. : La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a défini son périmètre dans son premier article modifié : l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (Casf). À ce titre, le législateur a précisé que les missions de la protection de l'enfance ne sauraient se réduire au seul champ des services spécialisés de protection de l'enfance. En effet, elles doivent inclure tous les acteurs qui contribuent à l'accompagnement des mineurs et des familles, dont le secteur de la prévention. Ainsi se trouvent réunis – dans une même finalité de préoccupation du bien-être de l'enfant et de la réponse à ses besoins – l'ensemble des acteurs de la prévention, de la prévention précoce universelle, du soutien à la parentalité, à la protection

de l'enfance spécialisée. Et comme le confirme la loi du 14 mars 2016, les acteurs des différents champs impliqués travaillent dans un contexte d'articulation territoriale de ces politiques au travers de schémas et/ou de conventions de partenariat.

S. A. : Cet objectif de prendre en compte les besoins fondamentaux de l'enfant entre-t-il en résonance avec le concept de « promotion de la santé » ?

M.-P. M.-B. : La promotion de la santé, telle que définie en 1984 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe tout comme l'approche par le concept de « salutogénèse⁶ » d'Aaron Antonovsky [2] me semblent pouvoir tout à fait venir croiser les besoins fondamentaux de l'enfant, par leur approche universelle de la prise en compte des déterminants de santé, en particulier de la précarité et de la pauvreté, de l'accès à la santé, de l'environnement domestique et social et de leurs impacts, des réseaux de sociabilité de soutien comme ressources et tuteurs de résilience, de l'éducation et des modes de vie. ■

Propos recueillis par Flora Bolter et Maud Gorza.

1. La loi du 14 mars 2016 propose une nouvelle définition de la protection de l'enfance. Celle-ci doit désormais viser, selon l'article 1 de l'article 112-3 du Casf, « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

2. Le rapport Martin-Blachais formule sept recommandations et trente-huit propositions. Les recommandations sont les suivantes :

1. Améliorer les connaissances en protection de l'enfance.
 2. Conforter la mise en œuvre plus systématique des droits de l'enfant et du principe de primauté de son intérêt dans les procédures judiciaires.
 3. Le méta besoin : une nouvelle approche des besoins fondamentaux de l'enfant.
 4. Des actions renforcées dans les contextes de vulnérabilité.
 5. Garantir à l'enfant lors de sa prise en charge la réponse à ses besoins fondamentaux et à ses besoins spécifiques.
 6. Améliorer le repérage, le dépistage ou la prise en charge des mineurs en danger ou en risque de danger de compromission de leur développement.
 7. Garantir une culture commune partagée par la formation.
3. Qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout.
4. Les thématiques de ces commissions sont : l'adoption ; la prévention et repérage précoce ; l'adaptation des interventions aux besoins de l'enfant ; l'amélioration de la connaissance en protection de l'enfance et le développement de la recherche ; l'amélioration de la formation en protection de l'enfance.
5. Depuis le 1^{er} avril 2018, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a rejoint la Haute autorité de santé.
6. Concept qui insiste sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être (physique, mental, social, etc.), plutôt que sur l'étude des causes des maladies.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Dr Marie-Paule Martin-Blachais. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. [Rapport] remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Paris : Direction générale de la cohésion sociale, 28 février 2017 : 129 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>
- [2] Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1979.

« Développer pour tous une culture commune autour des besoins fondamentaux universels de l'enfant »

Entretien avec

Agnès Gindt-Ducros,

directrice de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe).

La Santé en action : La loi de 2016¹ stipule que la protection de l'enfance a pour mission de « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant » ; en quoi est-ce une avancée ?

Agnès Gindt-Ducros : Au-delà d'une définition, c'est un objectif que fixe cette loi, qui est effectivement de garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant. L'enfant est ainsi clairement placé au cœur des préoccupations en protection de l'enfance, la satisfaction de ses besoins devant permettre sa construction, son développement, son accès à l'autonomie et sa socialisation dans le respect de ses droits.

Fonder l'action en protection de l'enfance sur ce concept introduit un réel changement de paradigme, car il s'agit maintenant de l'intégrer dans les pratiques et les interventions des professionnels. Cette approche dynamique s'inscrit dans des parcours de vie, en partant de besoins susceptibles d'être compromis auxquels il faut apporter des réponses. Ces dernières vont bien au-delà d'une simple protection de l'enfant face à des risques et à des dangers, puisqu'il s'agit aussi de créer les conditions favorables pour son avenir et son accès à l'autonomie. Ainsi, agir en protection de l'enfance

par l'entrée conceptuelle des besoins fondamentaux offre de nombreuses perspectives d'action dans toutes les composantes de la vie d'un enfant : sa famille, son mode de garde, son école, ses loisirs, ses services de santé, son logement, etc., qui participent toutes à son développement et à sa socialisation. Il en découle en contrepartie la nécessité, d'une part, de faire évoluer la conception de la protection de l'enfance au-delà des dispositifs administratifs et judiciaires de protection et d'y intégrer ce qui fait la vie, le quotidien de l'enfant, et d'autre part, de travailler de façon plus globale, plus intersectorielle, plus partenariale, plus participative, plus prospective et donc infiniment plus complexe.

S. A. : Comment favoriser le travail intersectoriel de l'ensemble des professionnels en faveur des enfants ?

A. G.-D. : De nombreux auteurs de disciplines différentes ont travaillé à modéliser les besoins fondamentaux de l'enfant (*voir dans ce numéro la synthèse de l'Onpe*) et il existe des points de convergence autour de ces différents modèles. L'enjeu majeur était justement de faire consensus sur ces modèles afin de les rendre opérationnels. En France, une démarche de consensus [1] pluridisciplinaire et transversale a été engagée pour élaborer une vision partagée des besoins fondamentaux de l'enfant. Cette démarche a été menée de façon rigoureuse et scientifique avec des experts de diverses disciplines : sociologie, droit, sciences de

l'éducation, pédiatrie, philosophie, pédopsychiatrie, pédagogie, etc., en tenant compte des modèles déjà existants. Elle a permis de dégager les points de convergence et de faire émerger un corpus de références des besoins fondamentaux universels des enfants (*voir article de M.-P. Martin-Blachais dans ce même numéro*).

Dorénavant, l'enjeu qui se pose aux acteurs de la protection de l'enfance est que ces besoins fondamentaux soient pris en compte dans la pratique quotidienne. Il est important de diffuser cette pratique, de développer des cultures communes, de former les professionnels avec le support de référentiels participatifs et d'outils, évalués et validés, qui vont les aider à trouver, tout au long des parcours des enfants, des réponses aux questions de fond suivantes : comment savoir si les besoins fondamentaux d'un enfant sont satisfaits ? Comment savoir si son développement est compromis ? Quels sont ses besoins spécifiques et quelles réponses adaptées lui apporter ?

S. A. : L'identification des besoins fondamentaux des enfants est-elle un préalable incontournable pour la promotion de leur santé et de leur bien-être ?

A. G.-D. : Il n'y a pas de préalable, les deux concepts se nourrissent l'un de l'autre. La promotion de la santé s'adresse à la collectivité et à la population. La démarche d'identification des besoins fondamentaux de l'enfant est plutôt individuelle, considérant l'enfant dans sa singularité et

L'ESSENTIEL

▣ **La nouvelle loi de 2016 de protection de l'enfance a pour objectif premier le fait de « garantir les besoins fondamentaux de l'enfant ». Cette approche globale s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Elle nécessite un travail interdisciplinaire des professionnels, qui doivent être formés à ce changement de paradigme et être en capacité de travailler avec les parents, les familles et les enfants.**

selon ses besoins propres. Les deux concepts ont en commun de se préoccuper des besoins des individus en cherchant à les satisfaire pour qu'ils puissent « réaliser leurs ambitions et évoluer avec leur milieu ou s'y adapter [2] ». Ainsi, la modélisation des besoins fondamentaux de l'enfant peut apporter un cadre opérationnel dans un projet de promotion de la santé à destination des enfants. Elle apporte une meilleure connaissance de leurs besoins universels et de leur développement, ce qui permet de développer des actions adaptées à tous et à ceux qui en ont le plus besoin. Cela rejoint le principe d'universalisme proportionné [3]. Inversement, le travail autour des besoins fondamentaux de l'enfant peut s'inspirer de la démarche de promotion de la santé dans l'idée d'enrichir les réponses individuelles par des actions collectives globales. En effet, si dans une optique de protection l'enfant est un sujet nécessitant une réponse individuelle et adaptée à ses besoins spécifiques, il est aussi un sujet social qui participe à la vie collective d'une société. Tout cela doit impérativement passer par une prise en compte des droits et de l'intérêt supérieur des enfants.

S. A. : Comment les professionnels de la protection de l'enfance peuvent-ils inclure les familles et l'environnement de l'enfant ?

A. G.-D. : Dans l'approche des professionnels par les besoins fondamentaux de l'enfant, la place accordée aux parents et aux familles se doit d'être au tout premier plan, et, quand

elle est possible, la participation des parents, des familles et des enfants eux-mêmes est indispensable. Cette participation permet une meilleure compréhension de leurs besoins. En effet, qui peut parler le mieux de ses besoins si ce n'est l'individu lui-même et ceux qui lui sont proches ? Les enfants eux-mêmes, les parents et les familles ont des choses à dire et ils doivent être entendus sur les besoins des enfants et sur les réponses à apporter auxquelles ils peuvent être activement associés. Toutefois, cette démarche participative n'est pas simple à mener, ne serait-ce que parce qu'elle peut conduire à des désaccords sur ce qui peut être considéré comme bon pour l'enfant.

Pourtant et au-delà du constat de désaccords, l'approche par les besoins peut constituer une véritable ressource pour construire plus facilement des alliances et des objectifs communs entre les professionnels, les enfants et les familles. Cette approche peut donc être mise en œuvre, à condition que le concept de besoins fondamentaux de l'enfant soit bien compris, que les professionnels se le soient bien approprié, en particulier par la formation, et qu'ils soient bien outillés pour le mettre en pratique. Ils seront alors en mesure de pouvoir réellement associer l'enfant, ses parents et la famille pour le projet de vie de l'enfant. Cependant, construire des alliances signifie aussi qu'il faut du temps, de la pédagogie, du dialogue et de la lucidité dans ce travail : la protection de l'enfance comporte une part importante d'incertitude et de complexité qu'il faut accepter. Ceci justifie plus que jamais que ce travail soit intersectoriel et interdisciplinaire.

S. A. : Comment combiner les interventions précoces auprès des nouveaux parents et des jeunes enfants et la protection des enfants en danger ?

A. G.-D. : C'est un enjeu majeur que de trouver la juste mesure dans l'intervention entre, d'une part, l'action avec les parents et l'enfant, et d'autre part, sa nécessaire protection, y compris parfois vis-à-vis de son propre environnement familial. C'est là que prend tout son sens la prise en compte des besoins fondamentaux

de l'enfant dans une approche écosystémique. L'enfant ne peut pas être considéré autrement que selon son degré de dépendance vis-à-vis des adultes qui l'entourent, sa maturité, son âge, son environnement de vie et d'éventuelles vulnérabilités ajoutées, comme un handicap. L'autre question majeure qui doit être posée est celle du repérage le plus précoce possible des enfants en danger. Cela justifie de développer pour tous une culture commune aux besoins fondamentaux universels des enfants et donc que l'ensemble des professionnels concernés soient formés, de la santé (pédiatres, médecins généralistes, infirmière.s, orthophonistes, kiné, etc.), de l'éducation et du secteur social qui sont en contact avec les enfants, les professionnels de garderie, des centres de loisirs, des écoles, etc. ■

Propos recueillis par Flora Bolter et Maud Gorza.

1. La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant propose une nouvelle définition de la protection de l'enfance. Celle-ci a désormais pour mission, selon l'article 1 de l'article 112-3 du CASF « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ». Cette nouvelle définition donne donc une place centrale aux besoins de l'enfant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Dr Marie-Paule Martin-Blachais. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. [Rapport] remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Paris : Direction générale de la cohésion sociale, 28 février 2017 : 129 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>.

[2] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa*, OMS, 21 novembre 1986 : 4 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final, Genève : OMS, 2008. En ligne : whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

Besoins fondamentaux de l'enfant : état des connaissances

Flora Bolter et Anne-Clémence Schom, chargées d'études à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, **Elsa Keravel et Anne Oui,** chargées de mission à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, **Gilles Séraphin,** directeur de l'Observatoire national de la protection de l'enfance¹.

Les besoins de l'individu expriment sa dépendance à l'égard de son milieu extérieur (Pourtois et Desmet, 2011). Selon Henri Laborit (cité par Pain, 2009), les besoins de l'être humain sont corrélés à son état de développement (Zaouche *et al.*, 2007). Pour un bébé en état d'« immaturité organique » (David, 2013), et donc de dépendance complète à son environnement,

la satisfaction des besoins indispensables à sa survie nécessite l'intervention d'un autre, le parent le plus souvent. Dans une optique développementale, l'enjeu de la satisfaction des besoins du petit humain est de lui apporter les soins sans lesquels [il] ne peut ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir (Brazelton et Greenspan, 2003), les différentes dimensions du développement (moteur, neurologique, émotionnel et affectif...) étant très interdépendantes au cours des premiers mois (David, 2013). Pour Thomas Berry Brazelton et Stanley Ira Greenspan (2003), un *feedback* (effet de boucle) continu entre hérédité (ou « schéma physiologique » de l'enfant) et environnement (en particulier les réactions des parents) contribue

au développement de l'enfant : les parents doivent adapter leur comportement aux besoins singuliers de leur enfant (du point de vue de son « tempérament » ou « schéma physiologique ») afin qu'il puisse développer ses qualités particulières.

Consensus quasi universel autour de certains besoins

Existe-t-il des « besoins fondamentaux », certains besoins étant plus importants que d'autres ? Différentes nomenclatures ont été établies, et ce dès 1938 (Pourtois et Desmet, 2011). Carl Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin (2006) relèvent un consensus quasi universel autour de certains besoins (d'ordre physique ou éducatif) ; d'autres (les besoins d'ordre psychologique par exemple) suscitent des controverses d'une collectivité à l'autre, voire à l'intérieur d'une même collectivité. En 1970, Abraham Harold Maslow a proposé une théorie de la motivation reposant sur cinq besoins humains fondamentaux et hiérarchisés (physiologique, de sécurité, d'amour, d'estime, d'accomplissement de soi). Pour cet auteur, l'apparition d'un besoin dépend de la satisfaction du besoin « précédent ». Le paradigme des douze besoins psychopédagogiques élaboré par Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet (2011) comporte quatre dimensions (affectives, cognitives, sociales et de valeurs), chacune recouvrant trois besoins spécifiques de l'enfant qui impliquent des catégories d'attitude parentale. T. B. Brazelton et S. I. Greenspan (2003) définissent sept « besoins incontournables ». Il s'agit des expériences et des soins que tout enfant

a le droit d'avoir, formulés comme suit : le besoin de relations chaleureuses et stables ; le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation ; le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles ; le besoin d'expériences adaptées au développement ; le besoin de limites, de structures et d'attentes ; le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture ; le besoin de protection de notre avenir.

Approche écosystémique des besoins de l'enfant

Les programmes nationaux de soins aux enfants fondés sur une approche écosystémique des besoins de l'enfant, s'ils reposent également sur sept besoins développementaux de l'enfant au Royaume-Uni (*Looking after children*) comme au Québec (Initiative Aides) et en Italie (Programme d'intervention pour prévenir l'institutionnalisation), en donnent des formulations différentes de celles proposées par T. B. Brazelton et S. I. Greenspan. Pour les programmes anglais (Jones, 2015) et québécois (Lessard *et al.*, 2010), les sept besoins sont : la santé, l'éducation, le développement comportemental et affectif, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi, les habiletés à prendre soin de soi. Pour le programme italien (Milani, 2015), les sept dimensions dont l'enfant a besoin pour grandir sont : santé et croissance ; émotions, pensées, communication et comportement ; identité et estime de soi ; autonomie ; relations familiales et sociales ; apprentissage ; jeux et loisirs.



© UNICEF / UNICEF2025_Berthel APF-Services

L'ESSENTIEL

► Dans le cadre de la préparation d'une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, organisée en 2016 à la demande du ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, l'Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe) a réalisé une revue bibliographique publiée en 2016.

Le présent texte est extrait d'un article publié par les auteurs dans la *Revue des politiques sociales et familiales*.

Établir des relations affectives stables : le besoin absolu

La représentation des besoins essentiels a évolué, passant d'une conception hiérarchisée – selon A. H. Maslow comme indiqué *supra* – à l'identification d'un « *méta besoin* » (Lacharité *et al.*, 2006). Il s'agit du besoin qu'ont tous les enfants d'établir des relations affectives stables avec des personnes de leur entourage immédiat ayant la

capacité, et étant disposées, à leur porter attention et à être psychologiquement disponibles. Ce besoin est « *méta* » car il englobe la plupart (si non l'ensemble) des autres besoins fondamentaux ressentis par un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte du contentement suffisant du premier besoin. Ainsi, pour T. B. Brazelton et S. I. Greenspan, les aspects « *régulateurs* » des relations chaleureuses et stables (qui procurent la sécurité, assurent la santé physique, combinent les besoins élémentaires de nourriture et d'abri) aident les enfants à demeurer dans un état de calme et d'attention propice aux nouveaux apprentissages. Répondre de manière pertinente aux besoins relationnels de l'enfant a comme principal enjeu de préserver le sentiment de sécurité de base, qui est l'assise de toute dynamique de développement (Bonneville-Baruchel, 2014).

Les besoins de l'enfant sont également reconnus par le droit. Certes, Maurice Berger (2012) déplore l'absence, dans les textes légaux, de référence aux besoins minimums qui doivent être contentés pour qu'un enfant se développe correctement. [...]

Les doctrines onusiennes (Convention internationale des droits de l'enfant) et de juristes français établissent un lien direct entre le principe d'intérêt de l'enfant et la prise en compte de ses besoins essentiels ou prioritaires (Capelier, 2015).

Des besoins similaires selon les situations ?

Même si on peut identifier un corpus de besoins fondamentaux, cela ne signifie pas que « *les besoins de l'enfant* » soient une notion applicable de la même manière dans toutes les situations.

La première constatation qui s'impose lorsqu'on cherche à distinguer les besoins selon les âges relève de la définition même de l'enfance : la période qui va de la naissance à l'âge adulte est caractérisée par des rythmes et des étapes différentes, avec une capacité d'expression et un niveau de discernement dont les réalités sont en évolution constante. Les besoins de l'enfant ne trouvent pas la même expression lorsque ce dernier est nourrisson, enfant ou adolescent. Ce constat a conduit de nombreux auteurs à réfléchir sur l'identification des besoins en proposant une division de l'enfance en plusieurs

périodes et sur l'accompagnement adapté qui doit être proposé pour chacune d'elles.

« Pouvoir se sentir exister de manière continue »

À cette réalité évolutive de l'enfant et de son rapport au monde correspondent des besoins qui, tout en restant de même type globalement, s'expriment de manière différente selon les âges. Ces différences sont particulièrement apparentes dans les premiers temps de la vie. Marie-Paule Durieux (2013) décrit ainsi le lien qui se tisse entre les parents et l'enfant au moment de la naissance, soulignant l'état de forte dépendance du bébé vis-à-vis de son environnement et de ses parents. Les soins corporels et psychiques adéquats,

peut découler des approches par stades, il reste nécessaire de pouvoir adapter la pratique et l'identification des besoins en fonction des âges. Le Cahier d'analyse des besoins de l'enfant (Cabe), développé au Québec, présente ainsi des adaptations correspondant à six groupes d'âge : de la période prénatale à 1 an ; de 1 à 2 ans ; de 3 à 4 ans ; de 5 à 10 ans ; de 11 à 15 ans ; de 16 à 18 ans. Cependant, Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2014) propose de davantage tenir compte de l'âge psychique de l'enfant que de l'âge réel, c'est-à-dire de considérer l'état évolutif de sa construction subjective et de ses capacités psychiques.

Par ailleurs, le sexe biologique et le genre social font également partie des éléments qui peuvent être évoqués pour adapter la lecture des besoins à la situation individuelle de chaque enfant. De façon générale, les auteurs ne mettent pas en avant une hypothétique différence ontologique entre les garçons et les filles qui poserait une différence radicale dans leurs besoins (que cette différence soit présentée comme biologique, essentielle ou culturelle). En revanche, le type de problématique rencontrée n'est pas le même selon que les enfants ou les adolescents soient filles ou garçons (Lanctôt, 2015). Par ailleurs, l'accompagnement qui est proposé aux enfants, dès le très jeune âge, prend souvent différemment en compte les besoins des enfants selon que ces derniers soient filles ou garçons (Cresson, 2010). S'agissant des actions menées envers les adolescents, des études font ressortir une adaptation quasi exclusive au public masculin. En outre, une forte considération de ces différences peut engendrer un renforcement des stéréotypes.

D'autres caractéristiques socio-démographiques, voire culturelles et religieuses, peuvent aussi avoir un impact sur l'identification des différents besoins des enfants. En protection de l'enfance, et en particulier dans le cas du placement, l'article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant stipule ainsi qu'« il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine

ethnique, religieuse, culturelle et linguistique ». Les besoins culturels (au sens de besoin de prise en compte des particularités culturelles, religieuses, etc.) ne sont pas des droits spécifiques à certains enfants qui auraient la « particularité » d'être issus d'une culture ou d'une tradition considérée comme « autre ». Ces droits universels et inaliénables, reposant sur une analyse des besoins de chaque enfant, s'expriment dans des contextes variés qui peuvent impliquer une attention différenciée. Il en est de même pour les situations de handicap, qui créent les expressions de « *special needs* » (besoins spéciaux) dans les pays anglo-saxons, ou besoins « spécifiques » ou « particuliers » dans les pays francophones. Par exemple, en France, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées évoque les accompagnements adaptés à tous les types de situation de handicap comme des « *besoins particuliers* ».

La question des besoins fondamentaux de l'enfant est ainsi réfléchie depuis de nombreuses années et dans différents champs disciplinaires. Plus récemment, elle est devenue un principe directeur dans la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. ■

« POUR T. B. BRAZELTON ET S. I. GREENSPAN, LES ASPECTS "RÉGULATEURS" DES RELATIONS CHALEUREUSES ET STABLES (QUI PROCURENT LA SÉCURITÉ, ASSURENT LA SANTÉ PHYSIQUE, COMBLENT LES BESOINS ÉLÉMENTAIRES DE NOURRITURE ET D'ABRI) AIDENT LES ENFANTS À DEMEURER DANS UN ÉTAT DE CALME ET D'ATTENTION PROPICE AUX NOUVEAUX APPRENTISSAGES ».

définis par Donald Woods Winnicott (1989), lui sont nécessaires pour, selon l'expression utilisée tout le long de l'ouvrage, « *pouvoir se sentir exister de manière continue* ». Se focalisant plutôt sur les enfants âgés de 0 à 2 ans, Myriam David (2013) souligne la nécessité de prendre en compte la spécificité de ce temps et des besoins qui s'y expriment, et ce pour l'ensemble du devenir de l'enfant. Anne Perret et Fabien Poulle (2015) proposent un dispositif qui répond aux besoins des adolescents âgés de 10 ans à 18 ans, en tenant compte de la particularité de cette période en raison des remaniements psychiques importants qui y sont à l'œuvre.

Les besoins du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent ne sont pas identiques : sans nécessairement céder au déterminisme qui

Sources: Cet article est issu d'une première publication. S'y référer pour consulter les références bibliographiques des auteurs cités dans cet article: Bolter F., Keravel E., Oui A., Schom A.-C., Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. *Revue des politiques sociales et familiales*, 2017, n° 124 : 105-112. Intégralité de l'article accessible en ligne: https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2017_num_124_1_3210

Autre source à consulter : Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). *Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance*. [Note d'actualité], Paris: ONPE, octobre 2016: 125 p. En ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf]

1. Fonction des auteurs au moment de la publication de leur article dans *Revue des politiques sociales et familiales*, 2017, n° 124 : p. 107-112.

Négligence envers les enfants : état des connaissances et modalités d'intervention

Carl Lacharité,

psychologue, professeur titulaire,
département de psychologie,

Louise Éthier,

professeure titulaire,
département de psychologie,

Pierre Nolin,

professeur associé,
département de psychoéducation,
Université du Québec (Trois-Rivières)¹.

Synthèse de l'article original (voir « Pour en savoir plus ») rédigée par Sandrine Ragondet, interne en santé publique, unité petite enfance, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Définition de la négligence envers les enfants

La négligence se manifeste par une carence significative voire une absence de réponse à des besoins d'un enfant, ceux-ci étant reconnus comme fondamentaux sur la base des connaissances scientifiques ou de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie l'enfant.

Ces besoins fondamentaux sont principalement d'ordre physique ou éducatif. Toutefois, leur satisfaction repose sur un besoin primaire d'ordre psychologique : le besoin, pour l'enfant, d'attention ou de disponibilité psychologique de la part de son entourage.

La carence de réponse à des besoins entraîne un risque significatif pour le développement de cet enfant. Cette carence est attribuable à une difficulté significative ou à une incapacité (circonstancielle ou

chroniques) du réseau social proche de l'enfant d'agir conformément aux normes minimales de soins physiques, psychologiques ou éducatifs, reconnues à l'intérieur de la collectivité dont cet enfant fait partie.

Cette difficulté ou cette incapacité sont, en premier lieu, imputables aux parents (ou à tout autre adulte ayant la garde physique) de l'enfant. Toutefois, si ces derniers ne disposent pas de conditions minimales d'exercice de leurs responsabilités envers l'enfant, l'imputabilité doit être aussi « diffusée » à d'autres acteurs faisant partie des divers contextes de développement de l'enfant.

Sur la base des besoins spécifiques qui sont touchés, cette définition permet de distinguer au moins quatre types de négligence :

- la négligence physique : alimentation, logement, habillement, soins de santé, etc. ;
- la négligence éducative : stimulation, surveillance, supervision, encadrement, etc. ;
- la négligence multiple : besoins physiques et éducatifs ;
- la négligence affective où les besoins d'ordre physique ou éducatif semblent recevoir une réponse adéquate, mais où les figures parentales échouent, par ailleurs, à manifester l'attention ou la disponibilité psychologique que la société attend d'elles.

Ce dernier type de manifestation de négligence est particulièrement difficile à opérationnaliser (caractériser, *NDLR*) et repose, la plupart du temps, sur des actes de rejet, d'hostilité, d'intrusion ou d'indifférence psychologique. Mais surtout, un aspect de la dimension affective

de la négligence – difficulté, chez les personnes qui s'occupent de l'enfant, à manifester de l'attention et de la disponibilité psychologique envers ce dernier, ce qu'on appelle aussi la fonction réflexive – est présent dans les deux autres formes de négligence (physique et éducative). Cependant, la négligence affective peut aussi se manifester en l'absence de négligences physique et éducative. Dans ces cas, la négligence affective s'accompagne de conduites interactives qui interfèrent avec une réponse adéquate aux besoins de l'enfant (notamment : hostilité, intrusion, indifférence) et elle produit une forme particulière de négligence.

Étiologie de la négligence envers les enfants

La négligence envers les enfants repose sur la combinaison de deux mécanismes.

Le premier mécanisme relève d'une perturbation de la relation entre les figures parentales et l'enfant, caractérisée par la présence d'un faible taux d'interactions et, dans les moments où il y a interaction, de conduites réciproques principalement négatives.

Le second mécanisme consiste en une perturbation du rapport entre la famille et la collectivité, principalement caractérisée par l'isolement « fonctionnel » des figures parentales et de l'enfant :

- situations d'isolement social avec une absence ou quasi-absence de contacts entre la famille et son entourage ;
- situations à l'intérieur desquelles le réseau de soutien formel de la famille s'est développé, aux dépens du réseau informel, la vie sociale de la famille ne

tournant pratiquement plus qu'autour des services professionnels qu'elle reçoit ;

- situations d'insularité de la famille (réseau de soutien social essentiellement refermé sur lui-même), qui restreignent considérablement la provision régulière, variée et contingente de soutien informel et formel ;
- situations où des conflits interpersonnels à répétition provoquent de l'instabilité sociale qui interfère avec le soutien informel et formel.

Les facteurs contextuels, notamment l'absence de soutien social et de ressources collectives – économiques, sociales ou culturelles –, semblent peser particulièrement dans l'apparition des situations de négligence. La présence de facteurs de stress chroniques (événements incontrôlables, quotidiens), à la fois dans l'environnement et dans la famille elle-même, contribue au risque de négligence.

Sur le plan des caractéristiques des figures parentales, les deux principales conditions de risque reposent sur les situations de fertilité exacerbée ou excessive, et sur les problèmes de santé mentale. Le nombre de grossesses et de naissances, notamment lorsqu'elles sont non planifiées, constitue un important facteur de risque de négligence. Les problèmes de santé mentale associés à la négligence regroupent principalement la toxicomanie, la dépression et les troubles de la personnalité. Les habiletés (au sens de compétences, *NDLR*) sociales déficitaires (impulsivité, méfiance, faible estime de soi) de même que les faibles habiletés (au sens d'aptitudes, *NDLR*) à résoudre des problèmes – se manifestant, notamment, à travers des déficits cognitifs, voire un retard ou une déficience intellectuels – constituent des facteurs ayant un effet modéré sur l'apparition des situations de négligence envers les enfants. Les enfants eux-mêmes, à travers la présence de caractéristiques négatives, telles qu'un tempérament irritable ou des problèmes de comportement, contribuent à augmenter les risques de négligence à leur égard.

Conséquences de la négligence envers les enfants

La négligence envers les enfants se manifeste dans quatre domaines.

- Le premier a trait à une augmentation des risques de mortalité ou de morbidité sur le plan physique, se manifestant plus par des événements isolés portant atteinte à la vie d'un enfant – noyade, suffocation, empoisonnement, chute au moment où l'enfant est laissé sans surveillance –, que par des situations chroniques de négligence d'ordre physique – comme une malnutrition extrême causant le décès. Ces conséquences fatales semblent être particulièrement causées par une négligence de type éducatif ou multiple plutôt que de type essentiellement physique. Les risques de morbidité physique englobent des conséquences telles que l'exposition prénatale à l'alcool (syndrome d'alcoolisation fœtale) ou à d'autres psychotropes, les retards de croissance (résultant notamment de malnutrition), les lésions et les dommages cérébraux causés par des accidents ou par l'absence de soins médicaux disponibles dont peut avoir besoin un enfant.

- Le second domaine a trait à une augmentation des risques d'être exposé à d'autres formes de mauvais traitements : les situations de négligence constituent un creuset propice à l'apparition et au maintien d'abus physiques, psychologiques et sexuels de la part des figures parentales ou d'autres adultes de l'entourage de l'enfant.

- Un troisième domaine de conséquences porte sur les lourdes restrictions que doivent subir les enfants négligés à l'intérieur de leur « niche écologique ». Lorsqu'un enfant se développe, il a besoin d'une variété et d'une étendue d'expériences positives, à l'intérieur et à l'extérieur de sa famille, lui permettant de stimuler ses potentialités personnelles et d'explorer son monde. Les environnements négligents affectent directement l'accès, l'utilisation et la qualité des ressources de la collectivité mises à la disposition des enfants, ce qui vient réduire considérablement les occasions de participation des enfants à une variété de contextes sociaux et éducatifs normatifs qui contribuent, chez les enfants non négligés, à soutenir leur développement, en complément des relations familiales. Ainsi, les situations de négligence, en plus de

fragiliser directement le développement global des enfants, interfèrent avec les mécanismes de protection qui leur permettraient de réduire leur exposition à des conditions fragilisantes, de réduire l'impact négatif que ces conditions peuvent avoir sur eux, et qui leur permettraient de développer des stratégies positives pour y faire face efficacement.

- Le dernier domaine a trait aux séquelles développementales, directement attribuables à la négligence par les figures parentales.

Les séquelles développementales

La découverte sensorielle du monde et le développement neurocognitif

Les enfants négligés dès la petite enfance doivent explorer le monde sans cadre social leur permettant de rendre celui-ci intelligible. Ils peuvent alors se sentir dépassés et envahis par ce qu'ils perçoivent, et vouloir se protéger en se retirant ou en se désintéressant de ce qui les entoure. Ils peuvent aussi devenir avides d'exploration, mais celle-ci s'effectue de manière désordonnée et sans autre but que la stimulation elle-même. À la période préscolaire et lors de l'entrée à l'école, ils ont déjà accumulé des retards dans certaines fonctions neurocognitives (notamment : attention, concentration, mémoire, planification). Le caractère imprévisible du monde qui les entoure leur permet difficilement d'organiser de manière cohérente les relations de cause à effet. Si l'enfant, en plus d'être négligé, est violenté physiquement ou psychologiquement, son environnement devient alors imprévisible et hostile, une combinaison à laquelle il est particulièrement complexe et difficile de s'adapter. Au cours de la période scolaire, l'enfant négligé a de la difficulté à se concentrer et à planifier son travail. Les activités qui lui demandent des efforts sont vécues comme frustrantes et il préfère passer à autre chose. Contrairement aux enfants du même âge, il ne croit pas que la réussite est le résultat de ses efforts et il s'engage peu dans des activités avec la motivation de les maîtriser. De plus, l'enfant négligé

L'ESSENTIEL

► Cet article vise à décrire un modèle écosystémique de la négligence qui peut être appliqué, notamment, au développement de nouveaux programmes d'intervention et à l'évaluation de l'implantation et des effets de programmes existants. Carl Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin y résument les conséquences de la négligence envers les enfants et y formulent des recommandations d'intervention. Synthèse et extraits choisis de leurs travaux.

manifeste souvent des problèmes de comportements qui interfèrent avec ses apprentissages. Il accumule ainsi, rapidement, les échecs scolaires. L'école devient un autre lieu imprévisible et parfois même hostile.

L'engagement mutuel et la communication

Au cours de la petite enfance, l'enfant négligé prend rapidement conscience que ses tentatives d'engagement social avec les personnes dont il partage la vie se soldent par des échecs. À d'autres moments, il est exposé à un déferlement de messages de la part des personnes qui l'entourent et qu'il arrive difficilement à décoder. Cela le rend confus et parfois même suscite de la peur (surtout s'il perçoit de l'hostilité dans les messages). À la période préscolaire, l'enfant négligé a peu d'incitations pour apprendre et utiliser des mots afin de communiquer avec son entourage – de toute façon, on ne l'écoute pas ! En revanche, il apprend de mieux en mieux à utiliser son corps pour communiquer les idées qu'il a en tête ou les émotions qu'il ressent. Il apprend à s'exprimer par ses actions, parce que c'est cette forme de communication que l'on utilise principalement avec lui. Au cours de la période scolaire, l'enfant négligé a peu d'intérêt à s'engager réellement avec ses pairs. Personne ne s'est vraiment soucier de ce qu'il ressentait, pourquoi se soucierait-il de ce que ressentent les autres ? Une seule personne se soucie vraiment de lui : lui-même ! L'enfant négligé d'âge scolaire développe



© UNICEF_UN0269413_Graham AFP-Services

souvent une attitude égocentrique, ce qui, au mieux, l'amène à être négligé par ses pairs ou, au pire, à être rejeté par eux. Ses faibles habiletés verbales vont aussi constituer une source de complications dans ses rapports sociaux. Quand il voit les autres enfants et les adultes utiliser de plus en plus de mots pour exprimer leurs idées et leurs émotions, cela peut susciter des sentiments de crainte et renforcer son retrait social ou encore susciter des sentiments de colère qu'il peut mettre en action en agressant les autres. Il crée, ainsi, une situation plus intelligible pour lui : quand il voit pleurer l'autre ou qu'il le voit se mettre en colère en retour, cela constitue une forme d'engagement et de communication qui lui est familière.

L'expression et la régulation affective

La régulation des affects est le processus qui permet à l'enfant de maintenir ou de retrouver un état de bien-être et de confort, de contrôler la quantité de stimulations à laquelle il porte attention et de moduler son degré d'excitation en fonction des diverses situations qu'il rencontre. Normalement, le jeune enfant apprend progressivement à maîtriser cette

habileté, à l'intérieur d'un contexte de régulation mutuelle : ce sont les personnes avec qui il vit, qui lui fournissent les premières structures de régulation. Au cours de la petite enfance, l'enfant négligé ne dispose pas de telles structures mutuelles de régulation affective. Il est donc exposé régulièrement à des états émotionnels négatifs qui sont intenses et prolongés. Il doit composer seul avec ceux-ci. Il doit se fier à ses propres systèmes d'action préadaptés (par exemple fermer les yeux, tourner la tête) ou utiliser au maximum les maigres stratégies cognitives dont il dispose. Il lui est difficile de mettre en place des stratégies de régulation affective plus complexes. Au cours de la période préscolaire, contrairement aux autres enfants de son âge, l'enfant négligé va peu différencier les émotions. Son registre émotionnel s'élargit peu. Il joue avec les mêmes affects et les mêmes émotions, peu différenciés, qui caractérisent la petite enfance : la colère, la peur, la surprise, la tristesse, la joie, l'intérêt. Par conséquent, dans ses relations sociales – avec des pairs non négligés ou des éducateurs –, il reconnaît mal les émotions plus nuancées que les autres peuvent exprimer (par exemple le regret, l'envie, l'ennui, l'impatience).

Sur le plan de la régulation affective, l'enfant négligé d'âge préscolaire est plus habile à moduler ses états émotionnels, mais le résultat est rarement ressenti comme étant confortable, satisfaisant et efficace. À la période scolaire, l'écart entre le registre émotionnel de l'enfant négligé et celui de ses pairs non négligés et des éducateurs s'accroît encore plus. Il développe davantage les stratégies peu efficaces qu'il a élaborées à la période préscolaire (retrait anxieux, passivité, inhibition, intimidation-agression). Cela crée des situations relationnelles difficiles qui déroutent les autres (notamment les éducateurs) et les incitent à se désengager ou encore, s'ils n'ont pas le choix, à prendre en charge et à contrôler la conduite de l'enfant.

L'attachement et les représentations de soi et des autres

Dans ses relations d'attachement, l'enfant négligé acquiert, au cours de la petite enfance, la conviction qu'il n'est pas suffisamment important pour qu'on se soucie de lui et que les personnes qui sont en mesure de le protéger et de le reconforter sont aussi des sources de peur et d'inconfort. Il peut difficilement leur faire confiance. L'enfant négligé fait donc tout ce qu'il peut pour s'attacher à des personnes imprévisibles et peu sensibles à ses signaux de détresse – et parfois hostiles. Cela requiert beaucoup d'énergie et d'attention de sa part. Il oscille entre deux stratégies : d'une part exprimer très fortement sa détresse, son besoin de proximité et sa colère de ne pas être reconforté, et d'autre part inhiber ces puissants affects quand aucune réponse ne vient ou quand la réponse suscite une augmentation de ceux-ci. À la période préscolaire, dans ses relations d'attachement, l'enfant négligé continue de développer ces deux registres – par exemple exprimer autre chose que ce qu'il ressent intérieurement pour contrôler la réaction parentale ; manifester des conduites de contrôle et punitives envers une mère ou un père apathique. Ce type de relation d'attachement l'amène à développer des représentations clivées de lui et de ses figures d'attachement :

image négative de soi et des parents, et image positive idéalisée de soi et des parents. Ceci fait que lorsque l'enfant négligé commence à aller à l'école, il a tendance à se percevoir plus compétent que ne le considère son enseignant. En revanche, à la fin de la période scolaire, il a tendance à se percevoir moins compétent et moins accepté par les autres, ce que confirme son enseignant.

Prévenir ou contrer la négligence envers les enfants

Il est nécessaire d'inscrire les interventions face à la négligence dans une logique de services intégrés localement (logement, emploi, éducation, santé, réadaptation, services sociaux, justice) autour des enfants négligés et des figures parentales responsables de leur bien-être. Cette logique d'intégration des services commande également que l'on porte une attention particulière à la construction d'un cadre commun qui permet de comprendre les besoins des enfants et le partage des responsabilités par les adultes appartenant à l'entourage immédiat de ces derniers.

Perturbation des relations entre figures parentales et enfants, perturbation du rapport entre famille et collectivité : ces difficultés jalonnent la vie des parents et des enfants aux prises avec des situations de négligence. Les besoins de l'enfant impliquent que l'on porte attention aux relations qui s'établissent entre les figures parentales et des agents professionnels du domaine du social, de l'éducation, de la santé et de la justice. Ces relations relèvent la plupart du temps d'une double logique : une logique d'autorité dont le but est la normalisation des conduites parentales, et une logique de soutien dont le but est de renforcer le potentiel des personnes et des collectivités à prendre en charge le bien-être des enfants. Une des principales charnières de ces alliances opératoires repose sur la construction d'espaces qui permettent aux figures parentales et aux agents professionnels de partager une réflexion à l'égard des besoins des enfants – leur identification, leur définition, leur évaluation, leur analyse et la planification de leur réponse. Comme la négligence

semble indissociable du phénomène des besoins de l'enfant, c'est peut-être autour d'une pratique réflexive partagée, portant sur ces besoins et impliquant les agents professionnels et les figures parentales concernées, que peut se construire une véritable réponse sociale à la négligence.

Les enfants négligés nécessitent non seulement que l'on mette en place des actions cliniques spécialisées pour répondre aux multiples défis qu'ils présentent sur le plan cognitif, langagier, affectif et social, mais également des actions sociales et éducatives pour leur offrir des contextes normatifs à l'intérieur desquels ils ont l'occasion de vivre, comme n'importe quel autre enfant de la collectivité, des expériences alternatives et complémentaires à ce que leur offre leur famille. ■

Pour en savoir plus

Cet état des connaissances a été élaboré en 2006. Toutefois, comme nous l'indiquons en février 2019 Carl Lacharité, si les constats mis en relief dans cet article restent toujours d'actualité, les recherches plus récentes offrent des appuis empiriques supplémentaires pour étayer la pertinence de ce modèle de la négligence. Voir un autre article (*en anglais*) publié en 2014 :

- Lacharité C. Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review*, 2014, vol. 23, n° 4, p. 286-296.

Pour un accès à des connaissances plus étoffées, le lecteur pourra aussi se reporter à :

- l'article original : Lacharité C., Éthier L. S., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 2006, vol. 4, n° 484 : p. 381-394.

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-4-page-381.htm>

- une synthèse de cet article : Lacharité C., Éthier L. S., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. In : Observatoire national de la protection de l'enfance. *Les Besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance*, octobre 2016 : fiche n° 15, p. 83-86.

En ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf

1. Fonctions de L. Éthier et de P. Nolin au moment de la publication de l'article. À ce jour, professeurs émérites à l'université du Québec (Trois-Rivières).

Développement de l'enfant : l'apport des neurosciences

Catherine Gueguen,
pédiatre.

Durant l'enfance, le cerveau est beaucoup plus fragile, malléable et immature que tout ce qu'on pensait jusqu'à présent [1 ; 2]. Toutes les expériences affectives, relationnelles vécues par l'enfant durant ses premières années de vie vont s'imprégner au plus profond de lui, dans son cerveau, modifiant les neurones, leur myélinisation, leurs synapses, les molécules cérébrales, les structures et les circuits cérébraux et même l'expression de certains gènes.

L'empathie¹, le maternage (prendre soin, rassurer, consoler), et également le stress ont des effets extrêmement importants sur le cerveau de l'enfant. Ils ont des retentissements sur le cortex préfrontal², le cortex orbito-frontal³, les circuits cérébraux, la sécrétion de l'ocytocine, du *Brain-Derived Neurotrophic Factor*–BDNF (facteur de croissance neuronale), sur le système nerveux parasympathique et même sur l'expression d'un gène, le NRC31, qui agit sur l'hippocampe – structure cérébrale dévolue à la mémoire et à l'apprentissage – et sur notre aptitude à faire face au stress par le biais de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Les connaissances sur l'immaturation cérébrale du jeune enfant nous permettent de comprendre pourquoi celui-ci est en proie à de véritables tempêtes émotionnelles : pourquoi il tape, mord entre 1 an et 3 ans, pourquoi il peut éprouver de véritables paniques et pourquoi, si on le laisse seul face à ses détresses, il va sécréter trop de cortisol, substance délétère pour son développement cérébral.

Bienveillance et empathie

Un enfant élevé avec bienveillance, empathie, que l'on aide à se connecter à ses émotions, à les exprimer, va devenir lui-même empathique, sociable et ne développera pas des comportements agressifs et antisociaux. À chaque fois que l'on console et apaise un enfant qui pleure, est en colère ou a peur, on l'aide à faire face à ses émotions et à ses impulsions, en développant une meilleure maturation de son cerveau. Une attitude soutenante, encourageante favorise le développement de l'hippocampe.

Quand l'enfant a la chance d'avoir autour de lui des adultes attentifs, empathiques, bienveillants, soutenant, son cerveau va se développer au maximum de ses possibilités aussi bien au niveau intellectuel qu'affectif. Rianne Kok, en 2015, étudie 191 enfants de 6 semaines à 8 ans ; elle montre que lorsque les deux parents sont empathiques, il y a une augmentation de la substance grise du cerveau et un épaississement du cortex frontal [3].

Être bienveillant ne veut pas du tout dire être laxiste, laisser tout faire. Non ! L'adulte donne des repères, un cadre, mais il le fait avec empathie et bienveillance. Quand il voit que l'enfant n'a pas un comportement adéquat, il lui dit son désaccord et lui donne confiance : « *Cela ne me convient pas, je ne suis pas d'accord quand je t'entends dire..., quand je te vois faire... Tu vas apprendre à faire autrement, je te fais confiance.* » ; mais il ne juge pas l'enfant, ne le critique pas, ne lui fait pas de reproches en disant : « *Tu n'es pas gentil, ce n'est pas bien de... Tu es paresseux, égoïste...* » En effet, en entendant ces paroles, l'enfant perd confiance en lui, se dévalorise et ne progresse pas.

Maltraitance verbale et physique

Quand l'enfant est entouré d'adultes durs, rigides, non empathiques, les conséquences se feront sentir sur sa santé physique, psychologique et sur son intellect. Les humiliations physiques, verbales, les punitions, les menaces peuvent avoir des effets redoutables pour le cerveau de l'enfant. Si ce stress est quotidien, répété, il peut diminuer la neurogénèse et même provoquer la destruction de neurones dans des structures cérébrales très importantes, comme le cortex préfrontal, le cortex orbito-frontal, l'hippocampe et d'autres structures cérébrales [4].

Des dizaines d'études montrent le lien entre les gifles, les fessées (encore considérées comme faisant partie de l'éducation en France⁴) et de nombreux troubles du comportement : agressivité, anxiété, tendance dépressive qui peuvent persister à l'âge adulte avec le risque de développer des addictions à l'alcool, aux drogues et des troubles de la personnalité [5].

La maltraitance émotionnelle, définie comme tout comportement ou toute parole qui rabaisse l'enfant, le ridiculise, le critique, le punit, lui procure un sentiment d'humiliation, de honte ; tout ce qui lui fait peur ou le terrorise est redoutable pour le cerveau de l'enfant. Cette maltraitance émotionnelle sévère chez l'enfant affecte de nombreuses structures cérébrales et de nombreux circuits neuronaux dont le fonctionnement du cortex orbito-frontal. Elle augmente le risque de développer de nombreuses pathologies comportementales et psychiatriques : agressivité, anxiété, dépression, troubles dissociatifs (dépersonnalisation, troubles de l'identité), etc.

En 2013, Rebecca Waller, de l'université d'Oxford, a fait le bilan de 30 études sur les éducations punitives et sévères. Elle conclut que les effets sont déplorables et totalement contraires au but recherché par les adultes [6]. Ce type d'éducation n'améliore pas du tout l'enfant et l'adolescent, au contraire, cela les rend insensibles, durs, sans empathie et cette éducation débouche souvent sur des conduites antisociales (agressivité, vol, drogues) [7].

L'ESSENTIEL

▣ **Les dernières découvertes faites par les neurosciences affectives et sociales (NAS) sur le développement du cerveau affectif et social aident à mieux comprendre l'enfant. Elles éclairent sur les conditions nécessaires à l'épanouissement de l'être humain et incitent à une véritable révolution éducative.**

Développement des compétences sociales et émotionnelles

Intuitivement, nous savions que la qualité de la relation avec l'enfant est un des facteurs essentiels de son développement, les neurosciences affectives et sociales sont venues le confirmer scientifiquement. Elles nous disent également que la faculté de comprendre ses propres états émotionnels et ceux des autres est fondamentale pour le développement de l'enfant, parce qu'elle favorise les relations satisfaisantes et les comportements d'entraide. La mise en pratique de ces découvertes passe par le développement des compétences socio-émotionnelles, définies par la recherche comme étant :

- les compétences émotionnelles : connaissance des émotions, aptitude à les exprimer sans culpabilité, aptitude à les réguler.
- les compétences sociales : capacité à avoir des relations satisfaisantes, aptitude à écouter l'autre, comprendre l'autre, coopérer, résoudre les conflits et avoir une pensée critique.

Développer ces compétences socio-émotionnelles produit des effets positifs sur le développement personnel, social et intellectuel de l'enfant et sur celui de l'adulte, ainsi que sur le travail scolaire et le travail [8].

Même si l'enfant vient de milieu très défavorisé, plus il développe ces compétences, plus il va progresser personnellement, améliorer ses relations et avoir un développement intellectuel optimal [9].

Former les professionnels de l'enfance

Il est donc central de former les professionnels de l'enfance au développement des compétences socio-émotionnelles des enfants [10].

La relation de l'adulte et donc du professionnel avec l'enfant peut s'apprendre, se travailler, s'améliorer. Il existe actuellement de nombreuses formations partout dans le monde pour développer ces compétences. Comme la demande est très forte, de multiples formations plus ou moins fiables voient le jour. C'est pourquoi il vaut mieux se renseigner sur le parcours des formateurs et sur la durée de leur formation, les cursus sérieux se faisant sur plusieurs années.

La communication non violente (CNV)

La meilleure approche semble être la communication non violente (CNV). C'est une communication empathique, consciente et bienveillante. Elle a été développée par Marshall Rosenberg (1934-2015), psychologue clinicien, qui a été un collaborateur de Carl Rogers. Carl Rogers fut le premier psychologue au monde à montrer l'importance de la qualité des relations et de l'empathie.

La CNV est fondée sur la prise en compte des émotions et des besoins fondamentaux. Elle permet de comprendre ce qui favorise l'épanouissement d'un être humain ou ce qui lui nuit, ce qui facilite une relation, l'entrave ou suscite de la violence. Son intention est de permettre que les besoins fondamentaux de chaque humain puissent être satisfaits de manière harmonieuse et pacifique.

La CNV propose un processus en quatre points (observation, sentiment, besoin, demande), qui permet :

- de comprendre ce qui se passe en soi (auto-empathie) et de pouvoir agir pour retrouver son équilibre émotionnel ;
- de s'exprimer avec authenticité et respect, au lieu de se taire, de critiquer ou d'exploser ;
- de savoir faire des demandes claires donnant plus de chances d'être entendu ;
- d'offrir une qualité d'écoute empathique qui permet à la personne écoutée de se sentir vraiment rejointe ;

- de prévenir ou de désamorcer la violence ;

- de gérer les conflits de manière constructive, par l'écoute mutuelle et la cocréation de solutions.

Elle favorise la coopération au sein des équipes, donne les moyens concrets de vivre une bienveillance éducative, et offre une grille d'analyse pour une meilleure prise en compte des besoins humains.

À l'heure actuelle, beaucoup de formations sont issues de ses travaux, et la CNV est enseignée et utilisée dans tous les domaines de la vie sociale (éducation, santé, entreprise, justice...) dans environ 65 pays.

Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté la feuille de route du Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie en France le 28 juin 2018. Parmi les recommandations, on note que : « *Le développement des compétences psychosociales* » (gestion des émotions, du stress, des conflits...) sera encouragé dans les champs « *de l'éducation, de la santé, de la justice et du travail* ».

Vers une nouvelle loi sur l'autorité parentale

Le 29 novembre 2018, une loi concernant l'autorité parentale a été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale.

Cette loi qui n'est pas encore adoptée définitivement – puisqu'elle doit passer au Sénat puis revenir à l'Assemblée – stipule que : « *L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.* » et que : « *Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2019, un rapport présentant un état des lieux des violences éducatives en France et évaluant les besoins et moyens nécessaires au renforcement de la politique de sensibilisation, d'accompagnement et de soutien à la parentalité à destination des parents ainsi que de formation des professionnels concernés.* »

Cette loi est un premier pas, mais on peut regretter qu'elle ne protège pas les enfants dans tous les lieux de vie quand on connaît les très nombreuses études qui montrent les dégâts provoqués sur le cerveau des enfants et des adolescents par les humiliations verbales et physiques [11 ; 12 ; 13 ; 14]. Beaucoup d'enfants en France subissent quotidiennement des

humiliations dans les différents lieux d'accueil, à l'école, dans les centres aérés, etc.

De plus, les termes de « *violences physiques ou psychologiques* » ne veulent rien dire pour beaucoup d'adultes qui considèrent qu'une gifle, une humiliation verbale, comme : « *Tu es nul* », ne sont pas de la violence mais de l'éducation. En 2018, 53 pays dans le monde et 32 pays européens ont adopté ce type de loi.

Miser sur la petite enfance bénéfique pour la société

C'est un investissement bien entendu à long terme et qui « rapporte » beaucoup. En 2007, l'étude conjointe de deux économistes – un Américain, James Heckman, prix Nobel et un Russe, Dimitri Masterov – montre que dans des populations défavorisées lorsque l'on investit un dollar dans la formation des professionnels de l'enfance pour qu'ils développent les compétences socio-émotionnelles de la petite enfance, on économise cent dollars à l'âge adulte en prévention des risques de chômage, d'exclusion sociale, de délinquance et de tout type de déviance [15].

La littérature scientifique internationale démontre l'importance majeure de la qualité de la relation avec l'enfant et du développement des compétences socio-émotionnelles. Il n'est plus temps de démontrer une fois de plus ces résultats, mais il est temps d'agir sans tarder et, entre autres, de former les professionnels en conséquence. ■

1. L'empathie est définie, par Jean Decety, par trois facettes, l'empathie affective : sentir, partager les émotions, les sentiments d'autrui sans être dans la confusion entre soi et autrui ; l'empathie cognitive : comprendre les émotions et les pensées d'autrui ; la sollicitude empathique qui nous incite à prendre soin du bien-être d'autrui.

2. Le cortex préfrontal est le centre exécutif du cerveau, le centre de décision, de réflexion et de planification.

3. Le cortex orbito-frontal fait partie du cortex préfrontal. C'est une structure très précieuse qui joue un rôle essentiel dans nos capacités d'affection, d'empathie, dans la régulation de nos émotions et également dans le développement de notre sens moral et de notre aptitude à prendre des décisions.

4. Selon une enquête réalisée par l'Union des familles en Europe en 2006-2007, 85 % des parents français disaient pratiquer la violence éducative ordinaire. En 2015, selon un sondage Ifop-Le Figaro, sept Français sur dix se disaient opposés à une interdiction de la fessée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Davidson R. J., McEwen B. S. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 2012, vol. 15, n° 5 : p. 689-695. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491815/pdf/nihms366958.pdf>

[2] McEwen B. S. In pursuit of resilience: stress, epigenetics and brain plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2016, n° 1373 : p. 56-64.

[3] Kok R., Thijssen S., Bakermans-Kranenburg M. J., Jaddoe V. W. V., Verhulst F. C., White T. *et al.* Normal variation in early parental sensitivity predicts child structural brain development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 54, n° 10, p. 824-831. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Marinus_Van_IJzendoorn/publication/282154432_Kok_Thijssen_Bakermans-Kranenburg_et_al_2015_JAACAP_Normal_Variation_in_Early_parental_sensitivity_predicts_child_structural_brain_dev/links/56054ba908aea25fce32c2d7/Kok-Thijssen-Bakermans-Kranenburg-et-al-2015-JAACAP-Normal-Variation-in-Early-parental-sensitivity-predicts-child-structural-brain-dev.pdf?origin=publication_list

[4] Teicher M. H., Anderson C. M., Ohashi K., Polcari A. Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological Psychiatry*, 2014, vol. 76, n° 4 : p. 297-305. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258110/pdf/nihms546881.pdf>

[5] Van Harmelen A.-L., van Tol M.-J., van der Wee N. J. A., Veltman D. J., Aleman A., Spinhoven P. *et al.* Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biological Psychiatry*, 2010, vol. 68 : p. 832-838. En ligne : <http://www.annellauravanharmelen.com/wp-content/uploads/2013/06/reduced-medial-prefrontal-cortex-volume-in-adults-reporting-childhood-emotional-maltreatment.pdf>

[6] Waller R., Gardner F., Hyde L. W. What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 2013, vol. 33 : p. 593-608. En ligne : <https://sites.lsa.umich.edu/mindlab/wp-content/uploads/sites/596/2018/03/Waller-Gardner-Hyde-2013-CPR.pdf>

[7] Gershoff E. T., Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 2016, vol. 30, n° 4 : p. 1-18. En ligne : https://pdfs.semanticscholar.org/0d03/a2e9f085f0a268b4c0a52f5ac31c17a3e5f3.pdf?_ga=2.100891777.1859219709.1548946020-1793935129.1548946020

[8] Mayer J. D., Roberts R. D., Barsade S. G. Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 2008, vol. 59 : p. 507-536.

[9] Curby T. W., Brown C. A., Bassett H. H., Denham S. A. Associations between preschooler's social-emotional competence and preliteracy skills. *Infant Child Development*, 2015, vol. 24 : p. 549-570.

[10] Durlak J. A., Weissberg R. P., Dymnicki A. B., Taylor R. B., Schellinger K. B. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 2011, vol. 82, n° 1 : p. 405-432.

[11] McEwen B. S., Nasca C., Gray J. D. Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology Review*, 2016, vol. 41 : p. 3-23. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677120/pdf/npp2015171a.pdf>

[12] Teicher M., Samson J. A., Anderson C. M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Neuroscience*, 2016, vol. 17 : p. 652-666.

[13] Choi J., Jeong B., Rohan M. L., Polcari A. M., Teicher M. H. Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biological Psychiatry*, 2009, vol. 65, n° 3 : p. 227-234. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652864/pdf/nihms88908.pdf>

[14] Tomoda A., Sheu Y.-S., Rabi K., Suzuki H., Navalta C. P., Polcari A. *et al.* Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *NeuroImage*, 2011, vol. 54, Suppl. 1 : p. 280-286. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950228/pdf/nihms206505.pdf>

[15] Heckmann J. J., Masterov D. V. The productivity argument for investing in young children. Applied economic perspectives and policy. *Review of Agricultural Economics*, 2007, vol. 29, n° 3 : p. 446-493. En ligne : http://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman_Masterov_RAE_2007_v29_n3.pdf

la première enfance. Manuel BLR-C. Paris : Éditions et Applications psychologiques, 2001 : 308 p.

Adversités durant l'enfance : quel impact sur la santé ?

Michelle Kelly-Irving, chargée de recherche, **Cyrille Delpierre**, directeur de recherche, laboratoire d'épidémiologie et d'analyses en santé publique (Léasp) UMR-1027, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), université Toulouse III Paul-Sabatier, Toulouse.

La littérature scientifique sur les conditions adverses durant l'enfance, qu'on appellera ici « adversités », est en plein essor. Le terme est également devenu courant en dehors du milieu scientifique universitaire, y compris dans le milieu du travail social et de la protection de l'enfance. Le terme « adversités durant l'enfance » (*Adverse Childhood Experiences, ACEs*) est un fourre-tout que certains auteurs ont tenté de définir et d'utiliser plus précisément [1].

Des expériences négatives chez les enfants émergent en épidémiologie sociale

En 1998, l'étude *Adverse Childhood Experiences* menée aux États-Unis a décrit une forte relation graduelle entre un certain nombre d'événements et de conditions de l'enfance jugés stressants, d'adversités, et la cause du décès [2]. Les auteurs expliquent cette association comme une relation indirecte entre les conditions stressantes et le décès, passant par des comportements de santé (tabac, alcool, etc). L'hypothèse mise en avant est que les personnes exposées au stress chronique causé par l'adversité, en consommant le tabac ou l'alcool, obtiennent un avantage pharmacologique ou psychologique au moins à court terme. La définition des adversités mise en avant dans cette étude était que « les expériences stressantes ou traumatisantes de l'enfance ont des effets négatifs sur

le développement neurologique qui persistent tout au long de la vie et qui augmentent le risque d'une variété de problèmes sociaux et de santé [2] ». Cette étude sera la référence, la « source primaire » de l'intérêt épidémiologique qui s'ensuit pour nos travaux sur les adversités. Il est bien entendu admis que ce travail primaire était fondé sur des travaux précédents sur le stress psychosocial [3]. Cependant, cette première enquête utilise le terme « adversités », et souligne des résultats d'associations entre les adversités et le cancer du poumon, les maladies sexuellement transmissibles, le risque de suicide, les troubles dépressifs, la cardiopathie ischémique, les maladies respiratoires obstructives chroniques. Depuis lors, de nombreuses études ont été menées et publiées, réalisées par d'autres auteurs à partir de données différentes, provenant principalement de pays à revenu élevé. Plusieurs méta-analyses ont maintenant été effectuées pour examiner la cohérence des résultats (pour un résumé : [4]).

Adversités précoces et effets négatifs sur la santé

Pour les épidémiologistes sociaux, l'ensemble des travaux menés sur les adversités et les pathologies chroniques constitue une source convaincante de données probantes sur la réalité d'un chemin psychosocial liant exposition sociale et état de santé. Nous suggérons que cela s'explique par au moins trois raisons. Premièrement, comme nous l'avons mentionné, les résultats des différentes études sont convergents, même lorsqu'elles portent sur des populations différentes. De nombreuses études, y compris des études de cohortes de naissance où

l'adversité est mesurée prospectivement, identifient une association dose-réponse, où un nombre croissant d'adversités accumulées est associé à un risque accru de morbidité [4]. Ce type de relation – observé dans les études de cohortes où la chronologie des événements entre les adversités identifiées et la santé est respectée – est convaincant pour les épidémiologistes, car il s'agit de deux des critères les plus importants soulignés par Bradford Hill (1965), qui pointe vers une relation causale. Deuxièmement, l'association entre adversité et santé persiste après la prise en compte de la privation matérielle ou de la pauvreté, ce qui suggère que d'autres mécanismes sont en jeu. Troisièmement, les nouveaux développements de la science sur l'incorporation biologique (*embodiment*) de l'environnement mettent en évidence la façon dont le stress chronique peut modifier le fonctionnement biologique [5].

Au-delà de la simple description des associations, le cadre des adversités tente en effet de comprendre comment les relations peuvent fonctionner en se référant à une littérature sur la neurobiologie, et notamment sur la biologie du stress. Dans une étude effectuée *post-mortem*, des modifications épigénétiques liées au système de réponse au stress dans différentes régions du cerveau ont ainsi été observées chez des personnes décédées par suicide, comparées à celles qui avaient succombé à d'autres causes de décès [6]. Ce constat scientifique que les adversités précoces peuvent avoir des effets négatifs sur la santé a également été démontré par des modèles animaux qui ont permis de compléter la littérature épidémiologique.

L'ESSENTIEL

► **Les données scientifiques sur les « adversités » (stress, conditions de vie défavorables sur les plans familial, social, économique, etc.) que rencontre l'individu tout au long de sa vie, y compris dès la naissance, se sont considérablement renforcées au cours des dernières décennies. On parvient désormais à expliquer comment ces adversités se forment et ont un impact avéré sur la santé des individus. Sur un plan éthique, les chercheurs alertent sur le fait que ces travaux sur les adversités ne devraient pas « servir à incriminer les parents, mais plutôt à révéler les conditions, en particulier les conditions sociales, dans lesquelles les parents et les enfants vivent et comment ils font face ».**



© Jung256_Photay

Des facteurs multiples

Cette plausibilité biologique du cadre des adversités, la cohérence des résultats et les relations dose-réponse contribuent toutes à démontrer que les expériences psychosociales vécues au cours des deux premières décennies de la vie sont susceptibles d'entraîner certains groupes de la population dans une trajectoire de développement de maladies chroniques. Cela n'exclut pas l'influence d'autres facteurs, comme la privation et la pauvreté, lesquels alimentent l'exposition de certaines populations à ces difficultés et ce avec un fort niveau de preuves [7]. Les difficultés matérielles et le faible niveau d'instruction sont non seulement susceptibles d'être des sources possibles de stress physiologique, mais ils induisent également un manque de ressources qui peuvent permettre de se protéger contre l'exposition à des facteurs de stress. La sensibilité de la physiologie humaine durant l'enfance, accompagnée de la capacité physique et psychologique de réagir aux défis environnementaux peuvent en partie expliquer pourquoi les adversités sont associées à une mauvaise santé plus tard dans la vie.

Les adversités et l'utilisation inadéquate des résultats épidémiologiques

Dans l'ensemble, les études épidémiologiques et animales dans ce domaine montrent que les adversités, par le biais de mécanismes biologiques impliquant des systèmes de réponse au stress, sont susceptibles d'agir sur la santé ultérieure et représentent donc une cible potentielle pour une intervention de santé publique. Cependant, cette preuve est parfois utilisée dans un discours sur le cadre des adversités qui est peut-être stigmatisant et nuisible. Bien que la recherche épidémiologique que nous avons décrite sur les adversités puisse être une preuve utile pour justifier des politiques structurelles ou au niveau de la population, elle est un outil diagnostique insuffisant à l'échelle individuelle et mal adapté pour les travailleurs sociaux, les médecins, les travailleurs de la protection de l'enfance ; de plus, elle risque de stigmatiser les familles et les enfants. De nombreux exemples démontrent ce risque de dérive. Ainsi c'est le cas du *National Health Service* en Écosse, qui a créé en 2017 un centre sur les adversités durant

l'enfance. Comme pour bon nombre de ces initiatives mises en place dans le secteur des soins de santé, l'intention est louable : prendre en compte les facteurs sociaux lorsqu'on cherche à améliorer la santé. Dans cet exemple particulier, les praticiens sont encouragés à utiliser un questionnaire sur les adversités avec les patients, bien qu'une mise en garde soit formulée au sujet de l'utilisation dans les écoles, qui, selon eux, pourrait être stigmatisante.

Quelles stratégies de prévention en santé publique ?

Les auteurs de l'étude originale sur les adversités ont établi des liens très prudents entre leurs conclusions et les stratégies de prévention en santé publique. Ils ont essentiellement mis en avant la nécessité d'un changement structurel, de meilleurs programmes de visites à domicile par des professionnels de santé et d'une meilleure sensibilisation aux impacts des conditions de vie stressantes [2].

Depuis quelques années, la communauté de santé publique de divers pays a commencé à utiliser le mot-clé adversité dans les approches de prévention primaire et de promotion de

la santé. Un certain nombre de vidéos ont été réalisées par les agences nationales de santé publique à cet effet.

À titre d'exemple, une de ces vidéos a été réalisée par le *Centre for Disease Control* aux États-Unis, qui a financé une grande partie de la recherche épidémiologique sur les adversités dans ce pays¹. Elle montre un personnage de bande dessinée, le narrateur semble être un jeune adulte, et il se concentre sur son quartier et sa communauté. Bien qu'il détaille un certain nombre d'identités stéréotypées, comme celle de la mère célibataire qui occupe plusieurs emplois, l'accent est mis sur les effets négatifs de la pauvreté et les effets positifs des personnes de la communauté qui agissent comme mentors pour les enfants et les adolescents. Le narrateur explique les effets positifs sur la vie des enfants du quartier des programmes de parrainage « *grand frère* » et des clubs sportifs extrascolaires. Il dit que « *quand les écoles commencent à prendre la responsabilité des adversités, tout le monde y gagne* », et il explique cinq stratégies de prévention des adversités, qui peuvent être mises en œuvre au sein des communautés :

- renforcer le soutien économique aux familles ;
- modifier les normes sociales ;
- offrir des services de garde d'enfants et une éducation préscolaire de qualité ;
- améliorer les compétences parentales ;
- intervenir pour réduire les méfaits et prévenir les risques futurs.

Le récit de cette vidéo vient toujours d'un individu au sujet de ses propres expériences, mais il le place dans un groupe en se référant à sa communauté.

Elle préconise des changements structurels, à l'échelle des populations, impliquant les écoles et les programmes d'emploi, afin d'apporter des changements positifs. Les cinq stratégies citées sont extrêmement ambitieuses, mais le tableau d'ensemble est celui de l'effort collectif et de la solidarité. Cette vidéo reflète la façon dont les données probantes sur les adversités durant l'enfance pourraient être expliquées, ainsi que le choix d'un message positif et en faveur de l'*empowerment* au sujet de

la population et des collectivités, qui s'apparentent davantage aux approches de promotion de la santé [8].

Conclusion

Les conséquences potentielles des adversités sur la santé sont un sujet de recherche où le niveau d'intervention ciblé doit être le contexte social, structurel dans lequel les enfants sont exposés aux adversités et au désavantage socio-économique. En examinant ce contexte, l'accent est mis sur les conditions qui peuvent être néfastes pour le bien-être de l'enfant et sur la façon dont ces conditions se produisent. L'accent ne doit pas être mis sur l'individu et sa responsabilité – ce qui est d'autant plus important lorsque l'on s'intéresse aux enfants –, mais sur la responsabilité sociétale et collective. Les données sur les adversités ne devraient pas non plus servir à incriminer les parents, mais plutôt à révéler les conditions, en particulier les conditions sociales, dans lesquelles les parents et les enfants vivent et comment ils y font face. Développer des études sur les impacts biologiques des adversités signifie donc rechercher et fournir des preuves pour des actions fondées sur la population et éviter la stigmatisation possible des familles et des enfants qui n'ont pas les moyens d'agir. En tant qu'épidémiologistes sociaux travaillant sur ces questions, il est important pour nous de souligner les tentations et les excès trop fréquents qui consistent à traduire, de manière simpliste, erronée, stigmatisante et contre-productive, les recherches produites sur les adversités relatives aux enfants et aux familles. ■

1. Centre for Disease Control. *We Can Prevent ACEs*, 2018. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=8gm-INpzU4g>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Pinel-Jacquemin S., Zaouche Gaudron C., Troupel O., Raynaud J.-P., Kelly-Irving M. Adversités, enfance et famille. Apports d'une approche écosystémique. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2016, vol. 2, n° 2 : p. 93-111. En ligne : <https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/hal-01498697/document>
- [2] Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V. *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, vol. 14, n° 4 : p. 245-258. En ligne : [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)
- [3] Rutter M. The long-term effects of early experience. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1980, vol. 22, n° 6 : p. 800-815. doi:10.1111/j.1469-8749.1980.tb03751.x.
- [4] Kelly-Irving M., Delpierre C. A critique of the adverse childhood experiences framework in epidemiology and public health: uses and misuses. *Social Policy and Society*, 2019.
- [5] Delpierre C., Castagne R., Lang T., Kelly-Irving M. Social environment, biological embedding and social inequalities in health. *Medecine/Sciences*, 2018, vol. 34, n° 8-9 : p. 740-744. En ligne : <https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/pdf/2018/08/msc180130.pdf>.
- [6] Poulter M. O., Du L., Weaver I. C. G., Palkovits M., Faludi G., Merali Z. *et al.* GABAA receptor promoter hypermethylation in suicide brain: Implications for the involvement of epigenetic processes. *Biological Psychiatry*, 2008, vol. 64, n° 8 : p. 645-652. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.05.028>.
- [7] Metzler M., Merrick M. T., Klevens J., Ports K. A., Ford, D. C. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 2017, vol. 72 : p. 141-149. En ligne : https://ac.els-cdn.com/S0190740916303449/1-s2.0-S0190740916303449-main.pdf?_tid=5e96a6c3-8f9d-4ea2-bcab-af8751d07009&acdnat=1550583209_730fddde34d1eb3d1d8ee96f37537deba.
- [8] Potvin L., Jones C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de Santé publique*, 2011, vol. 102, n° 4 : p. 244-248. En ligne : <https://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/2725/2451>

Grandir sans chez-soi

Stéphanie Vandentorren, responsable, direction des régions, cellule d'intervention en région (Cire) Nouvelle-Aquitaine, Santé publique France, chercheure, Sorbonne Université, université Pierre-et-Marie-Curie (UPMC) Paris-VI, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (UMRS-1136), équipe de recherche en épidémiologie sociale (Érés),

Stéphane Darbeda, doctorant, Inserm (UMR-1178), centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), université Paris-Sud (Paris),

Mathilde Roze, médecin généraliste, Sorbonne Université, UPMC Paris-VI, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (UMRS-1136), Érés,

Maria Melchior, chercheure, Sorbonne Université, UPMC Paris-VI, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (UMRS-1136), Érés,

Bruno Falissard, directeur, Inserm (UMR-1178), Cesp, université Paris-Sud.

En France, les caractéristiques des familles sans logement demeurent peu connues, alors que leur nombre a augmenté depuis quinze ans, à l'instar des grandes métropoles européennes. Cette population est souvent exclue des enquêtes épidémiologiques menées en population générale et peu représentée dans les rares enquêtes menées auprès des personnes sans domicile, qui concernent plutôt les adultes. Pour répondre à cette lacune, l'étude *Enfants et familles sans logement (Enfams)* [3] a été menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris en 2013, auprès de ces familles hébergées en hôtel social, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), en

centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou en centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada).

Les objectifs de cette étude étaient de fournir une estimation, à un temps donné, de la taille de cette population, et de décrire les conditions de vie et de santé de ces familles.

Le nombre de familles sans logement en Île-de-France a été estimé à 10 280, soit environ 35 000 personnes, dont 17 660 enfants âgés de moins de 13 ans. L'étude *Enfams* a montré que ces familles étaient en majorité composées de parents nés à l'étranger, arrivés en France depuis en moyenne cinq ans et dans des situations administratives et financières précaires (revenu médian de 220 € par mois). La moitié de ces familles est monoparentale, dont 22 % avec trois enfants ou plus. Ces familles vivent dans des hébergements souvent surpeuplés et privés de confort : 30 % n'ont pas de toilettes ou de douches privatifs et 41 % des enfants dorment dans le lit de leurs parents. L'autre caractéristique de ces familles est qu'elles subissent une forte mobilité résidentielle, qui peut avoir des répercussions sur la socialisation des enfants, en particulier sur leur scolarisation – dix fois moins importante qu'en population générale, notamment pour les enfants hébergés à l'hôtel. La précarité alimentaire qui frappe huit familles sur dix et deux enfants sur trois est le marqueur le plus frappant des conditions de vie dégradées [4]. L'étude a également montré que ces conditions de vie sont associées au développement et au comportement des enfants. Cet article est consacré à ces deux faits majeurs.

Un retard de développement prégnant

Le développement de l'enfant relève de deux phénomènes : la croissance (poids, taille) et la maturation ;

il se manifeste dans deux dimensions : le domaine physique et le domaine psychomoteur. Le développement psychomoteur recouvre le développement moteur et le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social. Il témoigne de la maturation progressive du système nerveux. La psychomotricité, le langage et l'intelligence se développent de façon simultanée et sont étroitement liés au développement affectif. Les interactions sont donc étroites entre le psychisme et la motricité. Un développement moteur normal sous-entend un psychisme d'une certaine qualité. Dans le psychisme, la dimension émotionnelle est importante. Il existe une interaction entre le moteur et l'émotionnel [5].

Au moment de la construction de l'enquête, le choix des chercheurs s'est porté sur un outil mesurant le développement général (échelle de Vineland¹). En effet, il permet de prendre en compte les spécificités de la population des enfants de familles n'ayant pas d'hébergement fixe et le fait, notamment, que les résultats puissent être influencés par le milieu culturel. Cet outil, qui peut être utilisé pour évaluer les enfants jusqu'à 5 ans révolus, est administré lors d'un entretien avec la personne qui connaît le mieux le jeune enfant (dans *Enfams*, la mère dans 95 % des cas). Il présente en outre l'avantage d'être l'un des rares instruments à avoir une haute qualité clinique.

Le développement des enfants et leurs comportements adaptatifs ont ainsi été évalués dans l'étude *Enfams* chez les enfants de moins de 6 ans [6]. Cette étude a révélé une forte prévalence de retards de développement (80,9 %), en écho aux études nord-américaines réalisées dans des populations comparables [7 ; 8].

Même au sein de la population rencontrée au cours de cette étude, en situation de dénuement extrême,

des sous-groupes plus vulnérables ont pu être mis en évidence. En effet, la présence d'un retard de développement était plus importante chez les enfants dont les parents avaient un niveau d'études faible, chez les enfants plus âgés, chez les enfants nés dans un pays autre que la France, chez ceux qui avaient un faible poids à la naissance, et chez ceux qui avaient été hospitalisés au cours de l'année précédant l'enquête. Le faible niveau d'études de la mère est un facteur de risque connu de retards cognitifs et développementaux chez les enfants. Ce facteur reste prépondérant dans la population retenue, suggérant un *continuum* de risque dans l'ensemble de la population [9].

Le facteur le plus associé au retard de développement des enfants était l'âge : en effet, on observe que plus l'âge au moment de l'étude était élevé, plus les scores de communication, vie sociale, vie quotidienne et motricité étaient bas. Ce résultat est conforme aux conclusions d'autres études [10] et pourrait être attribué à l'effet cumulatif d'un environnement à haut risque et de la nécessité d'une plus grande stimulation cognitive et verbale avec l'âge [11]. Le pays de naissance des parents ainsi que le petit poids de naissance étaient également associés aux scores de développement des enfants. Les enfants de parents nés à l'étranger peuvent être confrontés à différents facteurs de risque de difficultés développementales, comme un faible revenu familial, un faible niveau d'éducation parentale et des barrières linguistiques. L'itinérance de ces familles très pauvres commence souvent avant la naissance de l'enfant, et la plupart des mères sans domicile font face à de nombreuses difficultés lors de la grossesse (suivi insuffisant ; carences nutritionnelles, comme l'anémie [12]...); leurs enfants sont donc plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance.

Globalement, les résultats de cette étude corroborent ceux retrouvés dans la littérature où la pauvreté, le défaut de recours aux soins et le stress parental sont connus pour être associés au retard de développement chez les enfants sans domicile, suggérant des effets cumulatifs des conditions de vie délétères [13].

Une santé mentale préoccupante

L'origine précoce de nombreux troubles de santé mentale incite à porter une attention particulière à la situation des enfants. Les difficultés psychologiques des enfants peuvent se manifester de façons variées (anxiété, retrait relationnel, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil) et avoir une gravité, un retentissement fonctionnel et une durée variables. Ces difficultés regroupent les troubles internes, tels que les troubles émotionnels, le sens de l'identité et la confiance en soi, et aussi les troubles externes tels que les troubles du comportement ou les symptômes d'hyperactivité, d'inattention, les troubles relationnels avec les pairs, les capacités d'adaptation, les troubles du développement et le retard mental.

Les facteurs de risque généraux de difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants comprennent :

- les facteurs de risque génétique [14] ;
- les difficultés de santé physique et mentale parentale [15] ;
- les complications périnatales [16] ;
- le faible statut socio-économique mesuré par le fait de grandir dans une famille monoparentale, ayant un faible niveau d'études ou de revenus, ou étant en situation de précarité alimentaire [17] ;
- des événements de vie négatifs, l'isolement relationnel et un niveau de soutien social faible [18] ;
- la violence domestique [19].

Les enfants qui grandissent dans des familles sans logement sont exposés de manière disproportionnée à nombre de ces expositions et de ces expériences. Une revue de la littérature sur ce sujet [20] a montré que les enfants de familles sans logement ont des niveaux de troubles psychologiques plus fréquents que les enfants de la population générale. Ces études ont mis en évidence des facteurs associés, comme la santé mentale de la mère [15], les conditions d'hébergement et l'instabilité de l'hébergement [21], l'expérience d'événements de vie, tels que le fait d'avoir été témoin de violences ou d'en avoir subi (en particulier des violences sexuelles) ou encore le décès d'un proche.

Les familles sans logement souffrent plus fréquemment de troubles anxieux et de troubles de l'humeur sévères, mais moins souvent de troubles psychotiques que les personnes sans logement fixe qui ne vivent pas en famille [22]. Par ailleurs, les personnes immigrées ont aussi un risque plus élevé de troubles de stress post-traumatique et de dépression que la population générale, en partie du fait d'une exposition plus fréquente à des traumatismes [23].

Afin de mesurer des comportements ou des symptômes associés à des problèmes de santé mentale, les chercheurs ont également choisi d'utiliser le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ2) dans l'étude *Enfams*, pour les enfants âgés de 4 à 13 ans [24]. En France, une étude réalisée en 2005 en population générale [25] a montré que 9,9 % des garçons et 5,7 % des filles présentent un niveau élevé de difficultés psychologiques ; dans l'étude *Enfams*, c'était le cas de 20,8 % d'enfants. La présence de difficultés chez les enfants variait selon le pays de naissance des parents. Par ailleurs, les facteurs qui y étaient associés étaient les suivants :

- l'enfant était en surpoids ;
- l'enfant se couchait après 22 heures ;
- l'enfant n'aimait pas son hébergement ;
- l'enfant était victime de moqueries à l'école.

Cette tendance était également observée lorsque les parents avaient connu une forte mobilité résidentielle, et lorsqu'il existait un risque suicidaire chez les mères.

Les enfants grandissant sans logement ont des niveaux élevés de difficultés psychologiques, qui sont également retrouvés dans la littérature et qui augmentent leur risque de difficultés psychologiques et de faible niveau scolaire à long terme [26]. Tout comme au sein des familles qui ne sont pas en situation de précarité, les difficultés psychologiques des enfants de familles pauvres semblent liées à la dépression des mères [27]. Les mères de familles pauvres sont souvent seules et/ou jeunes [28]. Elles sont plus sujettes aux conflits conjugaux et peuvent avoir des pratiques parentales inadaptées,

L'ESSENTIEL

► Pour les enfants, grandir sans un chez-soi stable peut avoir de sérieuses répercussions sur le développement physique, émotionnel, cognitif ou social [1]. L'intensité et la durée des effets des conditions de vie précaires posent particulièrement question pour les enfants, qui présentent une vulnérabilité particulière à l'absence prolongée de domicile fixe [2].

qui sont associées à des difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants [29]. En effet, cet environnement délétère, les pertes de biens, les perturbations des relations communautaires et les changements dramatiques dans la routine familiale peuvent avoir des conséquences sur le bien-être émotionnel et comportemental des enfants [30]. Ces répercussions sur le comportement des enfants peuvent à leur tour influencer leur scolarité : absentéisme et résultats scolaires [31], insertion sociale, et santé à court et à long terme [32]. En outre, le fait d'être soit sans logement soit dans un logement provisoire, surpeuplé, situé dans un environnement défavorable peut également générer un impact négatif sur le psychisme des enfants [33].

D'autres études anglo-saxonnes se sont intéressées à la réversibilité de ces troubles après le relogement de la famille, ou à leur association à la durée de présence depuis l'arrivée dans le logement ordinaire [34]. Elles montrent que les difficultés psychologiques [35] s'améliorent après un à deux ans d'hébergement pérenne en logement ordinaire et qu'après quatre ans et demi passés dans un logement ordinaire, les enfants dont les familles n'avaient pas de logement fixe auparavant sont semblables à ceux de familles pauvres mais logées [36].

Quelques conclusions

Ces constats sont d'autant plus inquiétants que le nombre de familles sans domicile a fortement augmenté ces dix dernières années et que les effets sur le développement des enfants

qui grandissent dans une famille sans abri se font davantage et plus longtemps sentir chez les plus petits.

L'impact des conditions de vie sur les indicateurs de santé des enfants est indéniable, notamment sur le développement psychomoteur et le bien-être psychologique. Les résultats suggèrent un *continuum* dans les facteurs de risque sociaux entre la population générale et les familles sans abri. Les retards de développement constatés chez la plupart des enfants sans logement, ainsi que les difficultés psychologiques avec des prévalences plus élevées qu'en population générale suggèrent la nécessité d'un dépistage précoce. Des programmes intégrés à long terme améliorant les compétences parentales et les possibilités de stimulation et de socialisation des enfants pourraient être mis en œuvre dans les garderies, les écoles, les lieux d'hébergements et les consultations médicales afin de minimiser les effets négatifs des conditions difficiles d'existence en début de vie des enfants, sur leur développement.

Cependant, il est important de souligner qu'il n'y a pas de fatalisme et que ces effets apparaissent largement réversibles, sauf maintien dans un isolement relationnel, une promiscuité et une instabilité résidentielle fortes. Les résultats développés ici ne doivent donc pas occulter le fait que les facteurs « individuels » présentés ne sont qu'un éclairage partiel – comme les autres déterminants – et que les déterminants macrosociaux, comme la crise du logement, la crise du marché du travail, le durcissement des politiques migratoires jouent un rôle essentiel sur l'état de santé des populations. ■

1. Le questionnaire Vineland est un outil qui permet d'appréhender le développement général d'un jeune enfant à partir d'un score composite prenant en compte les niveaux de communication, d'autonomie, de socialisation et de motricité.

2. Le SDQ mesure les symptômes d'hyperactivité et d'inattention, de troubles relationnels avec les pairs, de troubles du comportement, de troubles émotionnels et le comportement prosocial de l'enfant. Il présente l'avantage d'être simple et rapide et peut être utilisé en contexte d'enquête populationnelle, de dépistage clinique ou de recherche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Samuels J., Shinn M., Buckner J. C. *Homeless Children: Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities*. [Rapport remis à] Office of Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, mai 2010 : 39 p. En ligne : <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/76071/index.pdf>
- [2] Buckner J. C. Understanding the impact of homelessness on children. Challenges and future research directions. *American Behavioral Scientist*, 2008, vol. 51, n° 6 : p. 721-736.
- [3] Vandentorren S., Le Méner E., Oppenheim N., Arnaud A., Jangal C., Caum C. *et al.* Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris Region, France, 2013. *European Journal of Public Health*, février 2016, vol. 26, n° 1 : p. 71-76. En ligne : <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/1/71/2467482>
- [4] Martin-Fernandez J., Lioret S., Vuillermoz C., Chauvin P., Vandentorren S. Food Insecurity in Homeless Families in the Paris Region (France): Results from the ENFAMS Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 28 février 2018, vol. 15, n° 3. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5876965/pdf/ijerph-15-00420.pdf>
- [5] Wallon H. *L'Évolution psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin, 2002.
- [6] Darbeda S., Falissard B., Orri M., Barry C., Melchior M., Chauvin P. *et al.* Adaptive Behavior of Sheltered Homeless Children in the French ENFAMS Survey. *American Journal of Public Health*, avril 2018, vol. 108, n° 4 : p. 503-510. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Maria_Melchior/publication/323366368_Adaptive_Behavior_of_Sheltered_Homeless_Children_in_the_French_ENFAMS_Survey/links/5b0c0a280f7e9b1ed7fa9e27/Adaptive-Behavior-of-Sheltered-Homeless-Children-in-the-French-ENFAMS-Survey.pdf
- [7] Ziesemer C., Marcoux L., Marwell B. E. Homeless children: are they different from other low-income children? *Social Work*, 1994, vol. 39, n° 6 : p. 658-668 ; *Social Work*, 1995, vol. 40, n° 1 : p. 141.
- [8] Zima B. T., Wells K. B., Freeman H. E. Emotional and behavioral problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, n° 2 : p. 260-264.
- [9] Altarac M., Saroha E. Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*, 2007, vol. 119, suppl. 1 : p. 77-83.
- [10] Garcia Coll C., Buckner J. C., Brooks M. G., Weinreb L. F., Bassuk E. L. The developmental status and adaptive behavior of homeless and low-income housed infants and toddlers. *American Journal of*

- Public Health*, 1998, vol. 88, n° 9 : p. 1371-1374. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/13548699_The_developmental_status_and_adaptive_behavior_of_homeless_and_low-income_housed_infants_and_toddlers
- [11] Bassuk E. L., Rosenberg L. Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics*, 1990, vol. 85, n° 3 : p. 257-261.
- [12] Combs-Orme T., Riskey-Curtiss C., Taylor R. Predicting birth weight: relative importance of sociodemographic, medical and prenatal care variables. *Social Service Review*, 1993, vol. 67 : p. 617-630.
- [13] Duncan G. J., Magnuson K., Votruba-Drzal E. Boosting family income to promote child development. *Future of Children* 2014, vol. 24, n° 1 : p. 99-120.
- Koblinsky S., Taylor M. Developmental skills and social-emotional behavior of young homeless children. In : Lamb Parker F., Robinson R., Sambrano S *et al.* (éds.) *New Directions in Child and Family Research: Shaping Head Start in the 90's. Administration for Children, Youth and Families*. Washington DC : DHHS, 1991 : p. 122-126.
- [14] State M. W., Lombroso P. J., Pauls D. L., Leckman J. F. The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, août 2000, vol. 39, n° 8 : p. 946-962.
- [15] Conrad B. S. Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: risk and resiliency. *Archives of Psychiatric Nursing*, février 1998, vol. 12, n° 1 : p. 50-58.
- [16] Cutts D. B., Coleman S., Black M. M., Chilton M. M., Cook J. T., de Cuba S. E. *et al.* Homelessness during pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, juin 2015, vol. 19, n° 6 : p. 1276-1283.
- [17] Weinreb L., Wehler C., Perloff J., Scott R., Hosmer D., Sagor L. *et al.* Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics*, octobre 2002, vol. 110, n° 4 : e41.
- [18] Buckner J. C., Mezzacappa E., Beardslee W. R. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 2003, vol. 15, n° 1 : p. 139-162. En ligne : <https://pdfs.semanticscholar.org/1347/89e5c4bac9ebe96281da310dc4e90e33f4db.pdf>
- [19] Buckner J.C., Beardslee W.R., Bassuk E.L. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *American Journal of Orthopsychiatry*, octobre 2004, vol. 74, no 4 : p. 413-423.
- [20] Grant R., Gracy D., Goldsmith G., Shapiro A., Redlener I. E. Twenty-five years of child and family homelessness: Where are we now? *American Journal of Public Health*, 2013, vol. 103, Supl. 2 : p. e1-e10.
- En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969115/pdf/AJPH.2013.301618.pdf>
- [21] Rog D. J., Buckner J. C. Homeless Children and Children. *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*, 1^{er}-2 mars 2007 : p. 5.1-5.33. En ligne : https://www.huduser.gov/portal/publications/pdf/homeless_symp_07.pdf
- [22] Laporte A., Vandentorren S., Détrez M.- A., Douay C., Le Strat Y., Le Méner E. *et al.* Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris area, France. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 31 janvier 2018, vol. 15, n° 241. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858310/pdf/ijerph-15-00241.pdf>
- [23] Heeren M., Wittman L., Ehlert U., Schnyder U., Mayer T., Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 2014, vol. 55, n° 4 : p. 818-825.
- [24] Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, vol. 38, n° 5 : p. 581-586. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- [25] Shojaei T., Wazana A., Pitrou I., Kovess V. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, septembre 2009, vol. 44, n° 9 : p. 740-747.
- [26] Duncan G. J., Yeung W. J., Brooks-Gunn J., Smith J. R. How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review*, 1^{er} juin 1998, vol. 63 : p. 406-423.
- [27] Najman J. M., Andersen M. J., O'Callaghan M., Williams G. M., Behrens B. C. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, octobre 1997, vol. 31, n° 5 : p. 664-675.
- [28] Najman J. M., Aird R., Bor W., O'Callaghan M., Williams G. M., Shuttlewood G. J. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science and Medicine*, mars 2004, vol. 58, n° 6 : p. 1147-1158.
- [29] Zahn-Waxler C., Kochanska G., Krupnick J., McKnew D. Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 1^{er} janvier 1990, vol. 26 : p. 51-59.
- [30] Shonkoff J. P., Garner A.S., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel B. S. *et al.* The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress, *Pediatrics*, 1^{er} décembre 2011, vol. 129, n° 1 : p. 232-246. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/1/e232.full.pdf>
- [31] Fantuzzo J. W., LeBoeuf W. A., Chen C.-C., Rouse H.L., Culhane D.P. The Unique and Combined Effects of Homelessness and School Mobility on the Educational Outcomes of Young Children. *Educational Researcher*, 1^{er} décembre 2012, vol. 41, n° 9 : p. 393-402.
- [32] Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J., Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, juillet 2003, vol. 60, n° 7 : p. 709-717.
- [33] Barnes A. J., Gilbertson J., Chatterjee D. Emotional health among youth experiencing family homelessness. *Pediatrics*, 1^{er} avril 2018, vol. 141, n° 4 : e20171767. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/4/e20171767.full.pdf>
- [34] Vostanis P., Tischler V., Cumella S. Bellerby T. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *The International Journal of Social Psychiatry*, 2014, vol. 7, n° 4 : p. 30-40.
- [35] Buckner J. C., Bassuck E. L., Weinreb L. F., Brooks M. G. Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-aged children. *Developmental Psychology*, 1999, vol. 35, n° 1 : p. 246-257.
- [36] Shinn M., Schteingart J. S., Williams N. C., Bialo-Karagis N., Becker-Klein R., Weitzman B. C. Long-term associations of homelessness with Children's well-being. *American Behavioral Scientist*, 2008, vol. 51, n° 6 : p. 789-809.

Petite enfance : de l'efficacité des programmes de visites à domicile

Christine Colin,

médecin spécialiste de médecine préventive et santé publique, professeur titulaire, École de santé publique, université de Montréal (Canada), professeur invitée à Santé publique France.

Les besoins fondamentaux de l'enfant sont aujourd'hui bien connus (voir articles ci-avant dans le dossier). Il en est de même pour les besoins particuliers des enfants vivant dans la grande pauvreté et l'exclusion sociale [1]. Alors même que les inégalités sociales ne cessent d'augmenter dans le monde [2], d'une part ces enfants ne jouissent pas d'un environnement sécuritaire et stimulant et d'autre part, même si la grande majorité des parents sont aimants, les conditions dans lesquelles ils vivent masquent souvent leurs compétences et génèrent des risques pour le développement et la santé des enfants [3 ; 4].

Déterminants de la santé et stratégies de promotion de la santé

La Charte d'Ottawa, fondatrice de la promotion de la santé [5], a déplacé la cible de la responsabilité individuelle vers les déterminants de la santé. Ceux-ci sont nombreux et complexes et démontrent bien à quel point ce sont les milieux de vie, les systèmes et le contexte global, y compris politique, qui, bien plus que les volontés individuelles, influencent de façon majeure le développement et la santé des enfants [6 ; 7] (voir figure 1, p. 28).

Dans cette perspective, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a, depuis plus de trente ans, défini les prérequis indispensables pour la santé : la paix, un toit, l'éducation, des revenus suffisants, un écosystème

stable, des ressources durables ainsi que la justice sociale et l'équité [5]. La Charte d'Ottawa présente cinq stratégies d'action qui vont bien au-delà des interventions individuelles :

- le renforcement du potentiel des individus (programmes d'accompagnement parental ou d'éducation à la santé, etc.) ;
- le développement des environnements sains et sécuritaires (sécurité alimentaire, logements sains, accès aux parcs/espaces de loisirs, etc.) ;
- l'établissement de politiques publiques en faveur de la santé (logement, revenu, systèmes de garde des enfants, congés de parentalité, éducation préscolaire et scolaire, redistribution des richesses, etc.) ;
- le développement des communautés (actions communautaires et intersectorielles, etc.) ;
- la réorientation des services de santé (davantage de programmes de prévention et de promotion de la santé et accès favorisé aux soins).

La participation des individus et des communautés s'ajoute à ces cinq stratégies.

Des politiques publiques et la redistribution des ressources

La première année de vie est la plus critique pour le développement [8]. Les politiques publiques, qui contribuent à prévenir les problèmes sociaux et de santé, sont donc particulièrement opérantes en regard de la petite enfance. Les programmes pour la santé du petit enfant sont efficaces, y compris sous l'angle économique [9 ; 10]. Les investissements pour la santé des enfants ont un impact durable et leur permettent de devenir des adultes en meilleure

santé, plus éduqués et plus productifs. En agissant sur les déterminants de la santé, ils peuvent même interrompre le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté [9].

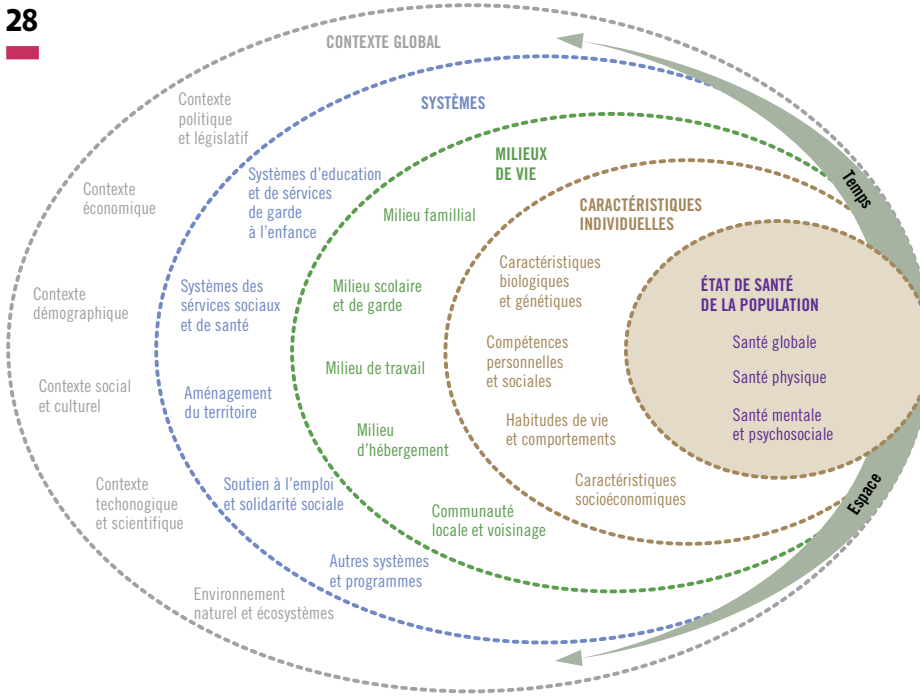
Même si elle ne l'annule pas, la redistribution des richesses par l'intermédiaire des impôts et des taxes est une stratégie très efficace pour faire baisser la pauvreté des enfants et de leur famille [11]. La redistribution des richesses en France, qui se situait à un niveau plutôt favorable au niveau international [12], semble actuellement en recul [13].

Des programmes structurés de prévention précoce

Dans les années 1980 à 2000, plusieurs interventions périnatales précoces ont été développées aux États-Unis – par exemple *Nurse Family Partnership* [14], en Angleterre, au Canada et ailleurs. Ces interventions ont pour but d'améliorer la santé des enfants et, pour la majorité, de réduire les inégalités. De façon générale, elles s'appuient sur le rôle « pivot » de la mère, offrent des visites à domicile, interviennent en période prénatale ou postnatale et visent le rehaussement des habiletés parentales [15].

Plusieurs revues de la littérature concluent à l'efficacité incontestable des programmes concernant notamment les visites à domicile [4 ; 16 ; 17]. Globalement, on constate, selon les programmes, l'amélioration de la santé maternelle prénatale, l'amélioration de la santé des enfants [18 ; 19], la diminution des naissances de poids insuffisant et de la morbidité néonatale, un meilleur développement cognitif et socioaffectif, la diminution des blessures non intentionnelles et des hospitalisations, une amélioration des pratiques parentales et de

Figure 1. Les déterminants de la santé



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.

L'ESSENTIEL

► **La première année de vie est la plus critique pour le développement de l'enfant. Les politiques publiques qui la ciblent ont démontré leur efficacité. En agissant sur les déterminants de santé, elles peuvent réduire les inégalités sociales de santé, voire interrompre le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté. Ainsi, les évaluations démontrent l'efficacité des programmes structurés de visites à domicile pour améliorer la santé de l'enfant. Les enfants qui ont bénéficié de programmes de soutien dans la petite enfance vont aussi avoir, à l'âge adulte, des comportements de santé plus favorables et une meilleure santé mentale.**

la relation parent-enfant (l'existence d'au moins une bonne relation parent-enfant entraîne une plus grande résilience émotionnelle et une estime de soi positive chez l'enfant [20]) et une amélioration de l'implication des pères auprès des enfants [21 ; 22]. À long terme, on observe que les enfants qui ont bénéficié de programmes de soutien dans la petite enfance, vont avoir, à l'âge adulte, des comportements de santé plus favorables. Ils vont moins fumer, plus attacher leur ceinture de sécurité, faire plus d'exercice physique et avoir une meilleure santé mentale à 21 ans [19].

Ces programmes ont aussi des effets positifs pour les mères qui vont davantage retourner sur le marché du travail, espacer les grossesses et réduire leur dépendance vis-à-vis de l'aide sociale. D'une façon générale, les programmes combinant visites à domicile et interventions directes auprès de l'enfant semblent les plus efficaces.

Concernant la réduction des inégalités sociales de santé, les recherches montrent aussi que les effets positifs de ces interventions sont plus marqués chez les populations les plus défavorisées au plan socio-économique. Cependant, si les services ne ciblent pas spécifiquement les familles les plus défavorisées, ce sont les familles en capacité d'utiliser les services qui en profitent et les inégalités sociales s'accroissent [23]. On ne peut pas se contenter d'attendre que les familles les plus défavorisées viennent vers les dispositifs : il faut donc aller à leur rencontre, être présent dans la durée et les accompagner [24].

Des exemples encourageants

Au Québec, le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NE-GS)* a été conçu pour rejoindre et accompagner les femmes enceintes

très défavorisées. Il a été testé, puis développé sur tout le territoire à partir de 1991. Il mise sur les visites à domicile, l'intervention d'un intervenant « privilégié » qui offre un accompagnement parental pré- et postnatal, une équipe multidisciplinaire en soutien, des activités de groupes pour les parents, de la stimulation parents-enfants, ainsi que la création d'environnements favorables par des tables de concertation dans les quartiers, le renforcement de l'*empowerment* à la fois individuel et collectif et même une certaine influence sur les déterminants sociaux. Les évaluations quantitatives et qualitatives du programme ont été très positives [25] et le programme *NE-GS* a évolué vers l'actuel programme des *Services intégrés de prévention en petite enfance* (Sippe).

La France, quant à elle, dispose depuis 1945 des centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui offrent des services préventifs, des consultations et des visites à domicile, accueillent et accompagnent les mères en situation de vulnérabilité et leurs enfants et suivent ainsi environ un cinquième des futures mères et des nourrissons [26]. Cependant, selon les départements, les ressources disponibles et les orientations des dirigeants, les PMI offrent un service plutôt universel – s'adressant à l'ensemble des mères – ou plutôt ciblé, notamment selon des critères d'âge. Il y a beaucoup de différences dans le profil des mères suivies, et le niveau de priorité accordé aux familles les plus défavorisées. Contrairement aux programmes décrits précédemment, les visites à domicile des PMI sont rarement faites dans le cadre d'un programme structuré (nécessitant objectifs énoncés, référentiels, respect du cadre et formations communes, etc.) [26]. Toutefois, certaines PMI mettent en place actuellement, sous forme expérimentale, des programmes de prévention précoce plus structurés selon des initiatives portées au niveau national (voir article de S. Sempé dans ce même dossier) ou au niveau local (voir article de S. Buchheit, M. C. Colombo, É. Fidry et C. Decroix dans ce même dossier).

À ces interventions en PMI s'ajoutent d'autres actions, dont l'entretien prénatal précoce (EPP), mesure-phare du plan périnatalité 2005-2007 ; le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) [27] depuis 2010 ; ou l'intervention des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) [voir articles de J.-L. Clochard, de S. Amaré et M. Valran, dans ce même dossier].

Des clés pour des programmes efficaces

Les facteurs de réussite des interventions en périnatalité et en petite enfance ont été bien identifiés. Ce sont la précocité (dès le début de la première grossesse ou même avant), la continuité pré- et postnatale ; l'intensité (il vaut mieux faire moins d'interventions, mais les cibler intensément auprès de ceux qui en ont le plus besoin) ; la souplesse, l'adaptation aux conditions de vie et de littératie des familles ; la stabilité des équipes et des intervenants, la présence d'une intervenante privilégiée et engagée auprès des familles (qui devient leur référente principale) ; des attitudes favorables et bienveillantes des intervenantes qui respectent la dignité des personnes et leurs valeurs (favorisées et soutenues par une formation solide). Ce sont aussi le travail en équipe multidisciplinaire, la participation et la mobilisation des parents et de la communauté, le partenariat et la concertation interprofessionnelle et interinstitutionnelle dans un *continuum* de services, la combinaison coordonnée de politiques publiques et d'interventions individuelles – notamment les visites à domicile – et communautaires – accompagnement par des réseaux de soutien, accès aux services disponibles, etc.

Des solutions existent. Elles nécessitent des ressources suffisantes pour la mise en œuvre et la coordination d'actions qui se sont révélées efficaces à la fois au niveau de politiques publiques et de services ciblés. C'est en s'appuyant sur les éléments constitutifs de la grande efficacité des programmes structurés de visites à domicile que les parents, reconnus et valorisés par les intervenants, vont révéler leurs compétences et améliorer la santé actuelle et future de leurs enfants. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Conroy K., Sande M., Zuckerman B. Poverty Grown Up: How Childhood Socioeconomic Status Impacts Adult Health. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2010, vol. 31 : p. 154-160.
- [2] Lawson M., Chan M.-K., Rhodes F., Parvez-Butt A., Marriott A., Ehmke E. *et al. Services publics ou fortunes privées*, [Rapport Davos], Oxfam, janvier 2019 : 114 p.
- [3] Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 1992 : 259 p.
- [4] Colin C. Promotion de la santé et du bien-être et prévention auprès des enfants et des familles en milieu d'extrême pauvreté : soutien, contrôle ou solidarité ? In : Colin *et al. Une juste place pour tous les enfants : Plaidoyer pour l'action*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004 : p. 85-117.
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève et Ottawa : 21 novembre 1986 : 4 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [6] Tang K.C., Beaglehole R. A charter to achieve health for all. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, vol. 16, n° 3 : p. 171-172.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Québec : MSSS, 2010 : 44 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- [8] Shonkoff J. P., Phillips D. A. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington (D.C.): National Academy Press, 2000.
- [9] Belli P. C., Bustreo F., Preker A. Investing in children's health: what are the economic benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, n° 10 : p. 777-784.
- [10] Harvard Center on the developing Child. *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture* [Working paper 5], 2007 : 9 p.
- [11] Merkur S., Sassi F., McDaid D., *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?* Genève : World Health Organization, 2013 : 72 p.
- [12] Unicef. *Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches*, Florence : Centre de recherche Innocenti, 2012, Bilan Innocenti n° 10 : 38 p.
- [13] Unicef. *Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches*. Florence : Centre de recherche Innocenti, 2017, Bilan Innocenti n° 14 : 56 p.
- [14] Olds D. L., Robinson J. A., Pettitt L., Luckey D.W., Holmberg J., Ng R.K. *et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up*

results from a randomized trial. *Pediatrics*, 2004, vol. 114, n° 6 : p. 1560-1568.

- [15] Brown S. S., Shaw R., Morgan L. *et al. The Roots of Social Capital: a systematic review of longitudinal studies linking relationships in the home with health and disease*, Health Service Research Unit, Oxford : University of Oxford, 2002.
- [16] Gomby D. S. The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse and Neglect*, 2007, vol. 31 : p. 793-799.
- [17] Peacock S., Konrad S., Watson E., Nickel D., Muhajarine N. Effectiveness of Home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BioMed Central Public Health*, 2013, vol. 13, n° 1 : p. 1.
- [18] Licence K. Promoting and protecting the health of children and young people. *Child care, health and development*, 2004, vol. 30, n° 6 : p. 623-635.
- [19] Chang D. I., Bultman L., Drayton V.L., Knight E. K., Rattay K. T., Barrett M. Beyond medical care: how health systems can address children's needs through health promotion strategies. *Health Affairs*, 2007, vol. 6, n° 2 : p. 466-473.
- [20] Emler N. *Self-Esteem: The Costs and Causes of Low Self-Worth*. Joseph Rowntree Foundation, York : York Publishing Services, 2001.
- [21] Anderson L.M., Shinn C., Fullilove M. T., Scrimshaw S. C., Fielding J. E., Normand J. *et al. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review*, *American Journal of Preventive medicine*, 2003, vol. 24, n° 3, S. 1 : p. 32-46.
- [22] Kahn J., Moore K. A. What works for Home Visiting programs: lessons from experimental Evaluations of Programs and Interventions, *Child Trends*, 1^{er} juillet 2010.
- [23] Saïas T., Lerner E., Greacen T., Guédeney A., Dugravier R. Emer A. *et al. Parent-provider relationship in home visiting interventions*. *Children and Youth Services Review*, 2016, vol. 69 : p. 106-115.
- [24] Colin C. Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé : sur quoi et comment agir ? Questions et points de repère. In : *Actes du deuxième séminaire Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé – AGIR*, Société française de santé publique, 19 janvier 2018. Février 2019 : 41 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf
- [25] Brodeur J.-M., Boyer G., Séguin L., Perreault M., Colin C., Théorêt B. *et al. Le programme québécois Naître égaux – Grandir en santé* : Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 1 : p. 119-127.
- [26] Saïas T., Clavel C., Dugravier R., Bonnard A., Bodard J. les interventions à domicile en protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale, *Santé publique*, 2018, vol. 30, n° 4 : p. 477-487.
- [27] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). *Prado, le programme de retour à domicile*. Paris, 2013.

La formation des personnels médico-sociaux à l'accompagnement de jeunes enfants

Marcel Jaeger,
professeur émérite,
Conservatoire national des arts
et métiers (Cnam).

Les services de la protection maternelle et infantile (PMI) sont un des domaines majeurs de l'intervention des professionnels de la petite enfance. Quelques chiffres donnent d'emblée une idée de leur importance : 5 100 points fixes de consultation [1] ; les équipes pluridisciplinaires représentent environ 1 200 médecins à temps complet ou à temps partiel, 3 300 médecins vacataires, près de 670 sages-femmes exerçant la surveillance à domicile, près de 3 700 puéricultrices, plus de 1 200 infirmières exerçant à domicile ou dans les consultations. D'autres personnels interviennent dans les domaines médical ou paramédical (aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, etc.), éducatif, social et psychologique ; des agents exercent des activités de conseil familial et conjugal, justifiant d'une formation permettant de travailler dans les établissements d'information, de consultation, de conseil familial, dans les centres de planification ou d'éducation familiale. Les assistants de service social sont en nombre croissant. Enfin, la PMI agréée les assistants maternels [2].

Face à un tel paysage, deux questions se posent d'emblée : qu'en est-il de la formation de tous ces intervenants ? Comment s'organisent la répartition et la complémentarité des compétences ?

La grande diversité des métiers de la petite enfance

Les dispositifs consacrés à la petite enfance n'échappent pas à une caractéristique générale des secteurs social et médico-social : la mobilisation de multiples compétences professionnelles, l'hétérogénéité des profils des intervenants, l'émiettement des qualifications et des métiers. Il existe plusieurs raisons à cela. Des raisons historiques d'abord : une autonomisation progressive de métiers sur fond d'ancrage initial dans le monde sanitaire, comme le montre la transformation de l'ancien brevet de capacité des « infirmières visiteuses de l'enfance » (1922) en diplôme de travail social [3] ; des raisons institutionnelles ensuite, avec la multiplication des formules censées répondre aux besoins et aux attentes des familles ; enfin, le principe même de la professionnalisation fondée sur l'identification de compétences de plus en plus référées à des besoins et à des attentes spécifiques, donc à des réponses ajustées à des situations particulières. L'exemple le plus typique est celui des éducateurs spécialisés, appelés ainsi pour faire la différence avec les éducateurs « naturels », « ordinaires » que sont les parents ; pour autant, ce métier d'éducateur spécialisé vient s'ajouter à celui existant d'éducateur de jeunes enfants¹.

Récemment, le décret du 22 août 2018 relatif aux diplômes du travail social² a institué un « socle commun » des formations préparant aux cinq diplômes donnant droit désormais au grade de licence (assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur

technique spécialisé, conseiller en économie sociale familiale, chefs ou directeurs d'un établissement de formation en travail social). Toutefois, ce décret ne modifie pas la catégorisation des métiers, ni les identités professionnelles. Ainsi, à chaque diplôme correspond un éventail de référentiels (de compétences, de formation, de certification...). Il y a de quoi être saisi par un vertige quand nous savons, par ailleurs, qu'en dehors des 13 certifications réglementées par le Code de l'action sociale et des familles, il existe un peu plus de 140 diplômes dédiés à l'accompagnement social des enfants et des adultes³ [4].

Formations généralistes et formations spécialisées

Pour une part, l'accompagnement des jeunes enfants s'effectue par des professionnels dont le champ d'action n'est pas restreint à la seule petite enfance (infirmiers, éducateurs spécialisés), tandis que d'autres professionnels, au contraire, n'existent que par la désignation d'une cible qui a pour seul critère une période de la vie (éducateur de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif petite enfance titulaire du CAP).

L'idée d'une éducation spéciale pour la petite enfance est ancienne. Les premiers jardins d'enfants ont été créés en s'inspirant de réalisations allemandes, laïques et à connotation socialiste, au XIX^e siècle : le terme « jardinière d'enfants » a été créé par un pédagogue allemand, Friedrich Fröbel, en 1836. La formule a été adoptée en France et elle a donné lieu, en 1908, à la première école de jardinières d'enfants préparant à un

L'ESSENTIEL

▣ **Auxiliaires de puériculture, éducateurs, assistantes de service social, et aussi infirmières, médecins... : l'accompagnement des jeunes enfants mobilise une multitude de professionnels – spécialisés ou généralistes – et de structures du secteur médico-social.**

L'enjeu majeur est de coordonner l'ensemble de ces compétences. Pour ce faire, ces professionnels doivent bénéficier d'un socle commun dans leur formation pour développer une culture partagée. En effet, toute intervention auprès d'enfants met en synergie des professionnels de disciplines différentes, et la qualité de cette synergie dépend des qualifications des intervenants.



© Marc De Tienda - IHB France

brevet professionnel. L'appellation éducateur de jeunes enfants (EJE) remplace celle de jardinière d'enfants depuis 1973. Les EJE ont pour fonction d'aider le développement des enfants âgés de 6 ans et moins, qui sont hors de leurs familles, que ce soit temporairement ou en permanence. Ils interviennent dans le registre de l'éducation préscolaire, auprès des enfants ordinaires (par exemple en crèche, en halte-garderie), auprès des enfants malades (établissements sanitaires) et auprès des enfants privés de leur milieu familial (établissements sociaux et médico-sociaux) ou hébergés avec leur mère, voire leur père dans une institution sociale (centre parental, centre d'hébergement et de réinsertion sociale...). Ils assurent aussi une fonction d'accompagnement à la parentalité.

Aujourd'hui, le rôle des EJE est essentiel aux côtés des autres professionnels. La formation a été réformée pour tenir compte de l'évolution des formations du travail social, et aussi des lieux d'exercice des EJE, notamment avec le développement des centres d'action médico-sociale précoce (Camsp). La formation théorique est passée de 835 heures en 1973 à 1 200 heures, puis à 1 500 heures sur une amplitude de trois ans en 2005. D'autres mesures ont été prises pour renforcer la professionnalisation, en

s'appuyant sur une mission confiée à Sylviane Giampino par la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes [5].

Mais dans tous les cas, les différents professionnels sont susceptibles d'intervenir auprès de toutes sortes d'enfants en bas âge : ils restent positionnés dans une optique généraliste et ne peuvent se reposer sur des compétences qui seraient définies trop étroitement. La conséquence est une obligation d'adaptabilité et une obligation d'ouverture à d'autres professions avec lesquelles s'impose un travail de coopération et de coordination. Il existe un autre élément dans l'impératif de complémentarité : le statut des EJE leur permet de diriger des structures dont la capacité est égale ou inférieure à 40 places, à la condition d'avoir cinq ans d'expérience. Depuis le décret du 20 février 2007, il ne leur faut plus que trois ans d'expérience, sous réserve de bénéficier du concours d'une puéricultrice ou d'un infirmier.

Cela relativise le clivage entre les secteurs sanitaire et social, souvent mis en toile de fond de la distinction entre les éducateurs de jeunes enfants et les auxiliaires de puériculture. On

notera ainsi que la différence entre les deux tient également à des différences de statut et de niveau de diplôme, l'éducateur de jeunes enfants se voyant attribuer le grade de licence dans le cadre de la réforme récente des formations sociales, alors que l'auxiliaire de puériculture n'est pas tenu d'être titulaire du baccalauréat. Au bout du compte, la complexité de l'architecture des catégories d'intervenants ne facilite pas sa lisibilité par les non-spécialistes, qu'il s'agisse des parents ou des professionnels issus d'autres secteurs.

La coordination des différents métiers

L'accent est de plus en plus mis, dans les politiques publiques, sur la continuité entre les soins, l'éducation et l'accompagnement social. La loi santé du 26 janvier 2016 s'inscrit dans le même mouvement : plutôt que de se polariser sur des dispositifs et des métiers spécifiques, elle incite à considérer en premier lieu les personnes et à se préoccuper de leurs parcours. Cela implique d'inscrire les actions dans la durée et de ne pas se limiter à des interventions ponctuelles, techniques. En clair, sortir



© Dr. Caroline François - IHAB France

d'une logique de prise en charge, pour aller vers des formes d'accompagnement diversifiées, en lien étroit avec les familles.

Dans cette même dynamique, des initiatives ont été engagées pour des actions de formation transprofessionnelles et transsectorielles, comme y incitait déjà la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Des injonctions plus pressantes ont vu le jour avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. L'une d'elles prévoyait ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants... devaient recevoir une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions dans le domaine de la protection de l'enfance.

Cette approche trouve aujourd'hui un nouvel écho avec *La Stratégie de prévention de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes* [6]. Olivier Noblecourt, délégué interministériel à la Prévention et à la Lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, a ainsi annoncé que la priorité pour 2019 serait la thématique prévention et petite enfance [7]. Le projet consiste à favoriser la justice

sociale en permettant l'accès universel à l'accueil des moins de 3 ans, en élaborant un référentiel éducatif visant au développement global et continu, applicable dès le plus jeune âge. Cela suppose de définir « *un socle de contenu de formation commun* » à tous les intervenants, en s'appuyant

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les services de PMI : plus de 5 000 sites de consultation en 2012. *Études & Résultats*. avril 2015, n° 913. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er913.pdf>
- [2] Jaeger M. *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, 10^e éd., 2017.
- [3] Henry S. Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938), *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 109, n° 2 : p. 44-56. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-44.htm>
- [4] de Rozario P. Culture et gestion de la VAE dans le travail social. *Carrièreologie*, 2012, vol. 12.
- [5] Giampino S. *Développement du jeune enfant, mode d'accueil, formation des professionnels*. [Rapport] remis à Laurence Rossignol, ministre des

sur les ressources de l'Éducation nationale, pour assurer un *continuum* dans l'accompagnement des parcours de vie de 0 à 6 ans.

Finalement, un postulat est clairement posé : pas d'intervention sans mise en synergie de professionnels issus de champs disciplinaires différents et pas de synergie en l'absence de qualification des intervenants. Sur ce point, la qualification n'est pas seulement une garantie quant à l'acquisition de compétences pouvant concourir à une intervention de qualité. Il importe surtout que soit pensée la question de la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient définis, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes et, pour cela, que des formations transversales soient mises en place. ■

1. Les textes réglementaires utilisent le masculin pour toutes ces qualifications, même si les hommes sont moins nombreux voire très peu nombreux. Il faut lire : ils et elles.

2. Décret du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT-EXT000037324454&dateTexte=&categorieLien=id>

3. Chiffres cités et analysés par Pascale de Rozario, chercheur Umr Cnrs 3320 Lise-Cnam.

Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, mai 2016 : 261 p. En ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/05/Rapport-Giampino-vf.pdf>

[6] Direction générale de la cohésion sociale. *La Stratégie de prévention de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes*. [Note] Paris : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. 6 p. En ligne : http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/NOTE_2-1_DGCS_La_strategie_de_prevention_et_de_lutte_contre_la_pauvrete_des_enfants_et_des_jeunes.pdf

[7] Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. *Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous*, Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2018 : 115 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf

Maternité du centre hospitalier de Roubaix : « Se recentrer sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né »

Entretien avec

Dr Sylvaine Rousseau,

pédiatre néonatalogue au sein du pôle mère-enfant du centre hospitalier de Roubaix, pilote du projet Initiative pour des hôpitaux amis des bébés (IHAB).

La Santé en action : **Qu'est-ce qui a incité la maternité à se lancer dans la démarche de labellisation Hôpital ami des bébés ?**

Dr Sylvaine Rousseau : Nous avons reçu en 2009 le label Hôpital ami des bébés (HAB¹) décerné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le *United Nations of International Children's Emergency Fund* (Unicef) et la Coordination française pour l'allaitement maternel. Au départ, nous avons conscience d'un certain manque de formation du personnel pour accompagner les femmes souhaitant allaiter. Nous avons fait remplir un questionnaire aux patientes et aux professionnels, lequel a confirmé ce fait et nous avons organisé des formations allaitement. Ce pas nous a conduit à nous intéresser au label HAB qui propose une démarche plus globale, de l'information prénatale à l'accueil du nouveau-né, avec une pratique qui place le bébé au centre des soins, respectant ses rythmes de vie et faisant place aux parents.

S. A. : **Comment les équipes se sont-elles recentrées sur les besoins individuels de la mère et du bébé ?**

Dr S. R. : Pour que les parents puissent faire des choix éclairés dans leur projet de vie, il est nécessaire de

leur apporter une information claire et étayée par des preuves scientifiques. C'est pourquoi nous avons d'abord mené un important travail sur la communication prénatale, en collaboration avec les médecins traitants, les sages-femmes libérales, les pédiatres, les services de protection maternelle et infantile (PMI), etc. Des livrets² ont été élaborés, qui servent d'appui aux séances d'information prénatale. Ils apportent également une cohérence dans ces informations au sein du réseau des professionnels que les parents sont amenés à consulter avant, pendant et après la naissance. D'autre part, cette approche par les besoins modifie l'attitude des équipes qui ne peuvent être dans une position surplombante d'experts ou dans une relation paternaliste avec les patientes. Se centrer sur les besoins, cela veut dire être à l'écoute sur la façon dont la mère souhaite être accompagnée. Cela a nécessité des formations pour s'adapter.

S. A. : **La prise en compte des besoins de la mère et de l'enfant bouleverse-t-elle le quotidien des équipes ?**

Dr S. R. : Le va-et-vient des nombreux professionnels qui entrent dans les chambres – pédiatre, sage-femme, aide-soignante, aide-puéricultrice, agent de service hospitalier – fatigue les patientes. Nous avons donc restructuré le travail de soin autour d'un binôme : une sage-femme et une auxiliaire de puériculture font au même moment les soins mère-bébé. Ainsi, le matin, nous sommes passés de cinq

professionnels visitant les chambres à deux. De même, la nouvelle organisation respecte les rythmes de sommeil de la mère et de l'enfant. Une patiente, si elle a mal dormi, peut mettre une pancarte sur la porte afin de différer son petit déjeuner. Nous attendons que le nouveau-né soit réveillé pour intervenir et, dans la mesure du possible, nous regroupons les soins – par exemple le bain et un examen pédiatrique ou une prise de sang – pendant ce moment d'éveil. Pour résumer, nous n'effectuons plus la traditionnelle tournée dans l'ordre des chambres, mais nous allons de l'une à l'autre quand leurs occupants sont prêts. En néonatalogie, respecter les rythmes du bébé dont la santé requiert des soins intensifs est d'autant plus pertinent ; si notre intervention le déstabilise, nous nous arrêtons. Il faut que les soins lui soient entièrement bénéfiques.

S. A. : **Comment accompagnez-vous les parents pour qu'ils prennent leur place dès la naissance de l'enfant ?**

Dr S. R. : Pour que ce principe de base fonctionne, il est nécessaire de mettre en place une organisation et des locaux afin que le nouveau-né et sa mère ne soient jamais séparés, et afin que le père ainsi que la fratrie soient les plus proches possible. Les chambres sont donc équipées d'une banquette-lit pour le papa. Nous avons du matériel – comme les berceaux adaptés et les bandeaux de peau à peau – pour faire les soins du bébé dans la chambre, près de ses parents. Même pour les prématurés,

L'ESSENTIEL

▣ **L'approche par les besoins de la mère et de l'enfant modifie l'attitude des équipes de professionnels. Elle a été mise en œuvre à la maternité de Roubaix sur le modèle « Hôpitaux amis des bébés » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les professionnels ne se situent pas dans une position dominante d'experts ou dans une relation paternaliste avec les patientes. L'organisation s'adapte : on ne réveille pas un nouveau-né ou une mère qui dorment, le père dispose d'un canapé-lit pour pouvoir dormir dans la chambre. Bain, soins... les parents les apprennent en faisant et non plus en regardant. Exit les nurseries, tout est conçu pour que le nouveau-né et sa mère ne soient jamais séparés. Se centrer sur les besoins, c'est être à l'écoute sur la façon dont la mère souhaite être accompagnée. Cela nécessite des formations pour s'adapter.**

nous réussissons à ne pas séparer la mère et l'enfant : un lit médicalisé est placé à côté de l'incubateur et la sage-femme vient s'occuper de la femme qui vient d'accoucher en soins intensifs, près de son enfant. En néonatalogie, nous donnons aussi une grande place aux parents, en adoptant la technique des soins kangourous : et un bébé peut passer une vingtaine d'heures en peau à peau avec sa mère et son père. Nous y avons aussi des Ateliers fratrie : une psychologue et une puéricultrice font découvrir l'environnement médicalisé du nouveau-né aux frères et aux sœurs et les accompagnent.

S. A. : Quelles adaptations sont demandées aux équipes pour renforcer le lien parents-enfant dès la naissance ?

Dr S. R. : C'est une pratique où le professionnel ne se met plus entre l'enfant et les parents, et où il prend le moins possible leur place. Auparavant, le premier bain était donné devant la maman qui regardait. Désormais, les parents donnent le premier bain avec le soignant à côté d'eux, qui les guide. C'est la même chose pour le premier biberon. Les parents apprennent mieux en faisant qu'en regardant. Ils prennent confiance en eux et deviennent très vite experts de leur bébé. Nous n'avons désormais plus de nurserie, la mère et son enfant restent

ensemble vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Lorsque surgissent des difficultés – par exemple si l'enfant pleure sans cesse –, on les résout dans la chambre, en trouvant des solutions avec la maman. Par exemple, nous avons des berceaux avec un côté qui s'ouvre et qu'on place tout près du lit : ils permettent de toucher bébé d'un seul geste, en tendant la main, sans avoir besoin de se lever.

S. A. : Quelles modalités d'accouchement sont proposées aux mères ?

Dr S. R. : Nous avons mis en place une filière physiologique pour favoriser un accouchement le plus naturel possible, qui intègre un suivi pendant la grossesse par la sage-femme. La naissance se passe en salle médicalisée, mais sans l'intervention d'un médecin, sauf nécessité. Nous mettons à disposition des futures mères des méthodes alternatives à la péridurale – acupuncture, positions de yoga. Ces techniques peuvent aussi être utilisées par les femmes qui choisissent la péridurale, ce qui permet de réduire l'injection de produit. Enfin, les mères restent environ deux heures avec leur nouveau-né en peau à peau après l'accouchement.

S. A. : La vision que les professionnels ont de leur métier a-t-elle évolué ?

Dr S. R. : Passer d'une organisation centrée sur les soins à une organisation centrée sur les besoins des patients ne se fait pas en deux temps, trois mouvements, ni sans difficulté. C'est en expérimentant et en constatant les effets bénéfiques des nouvelles pratiques que les soignants sont rassurés. Ils restent des experts techniques, tout en acceptant que les parents participent davantage, surtout en néonatalogie où ces derniers sont très présents longtemps ; les soignants apprennent de l'expertise des parents sur la santé de leur bébé. C'est certes une façon de fonctionner plus chronophage ; elle est compliquée dans un contexte où les équipes sont sous pression, alors que les soignants ont le sentiment de ne pas être assez nombreux pour faire idéalement leur travail. Cependant, laisser plus d'autonomie aux parents pour être acteurs a dégagé des marges de manœuvre. Il y

a des tâches que nous ne faisons plus, comme le tour de bain quotidien des auxiliaires. Et *a contrario*, individualiser les soins en les adaptant aux besoins des familles apporte de la satisfaction aux équipes, dont les prises en charge ne sont plus toutes identiques, et qui construisent un projet de soin personnel. C'est motivant de se sentir vraiment utile à chaque parent et de voir des bébés plus épanouis.

S. A. : Travaillez-vous en équipe et en réseau au sein et à l'extérieur de l'hôpital pour assurer la continuité des soins ?

Dr S. R. : La communauté périnatale périhospitalière est informée de notre démarche et nous nous réunissons une fois par an pour échanger. D'autres professionnels du territoire participent aux formations que nous organisons en interne pour les équipes de soin. Des sages-femmes libérales, qui effectuent les deux rendez-vous de suivi au domicile organisés par l'Assurance maladie, travaillent selon cette philosophie de soin. De même, des consultants en lactation font partie de notre réseau. Au sein de l'établissement, nous nous sommes rapprochés de la réanimation médicale et chirurgicale, qui prend en charge l'accouchée en cas de problème, pour maintenir le lien mère-enfant : un soignant du service emmène le bébé pour que les deux aient un contact et, si cela est possible, des moments de peau à peau. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Le label Hôpital ami des bébés (HAB) garantit une qualité d'accueil du nouveau-né et de ses parents dans les maternités et dans les services de néonatalogie. Il a été mis en place à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du *United Nations of International Children's Emergency Fund* (Unicef) au niveau international depuis 1992. Ce programme se développe en France depuis 2000. Les principaux engagements à respecter pour les établissements certifiés (HAB) :

- organiser des soins autour des rythmes biologiques du nouveau-né et de la mère ;
- répondre aux besoins physiologiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de sa famille tout en assurant la sécurité médicale ;
- apporter un soutien aux parents pour leur permettre d'acquiescer progressivement une autonomie.

Source et pour en savoir plus : <https://amis-des-bebes.fr/>

2. Le livret de maternité distribué en consultation prénatale s'intitule *Premier regard*. En ligne : <https://fr.calameo.com/read/00169446882e454ff369d>

Italie : un programme pour réduire la maltraitance et prévenir le placement des enfants

Paola Milani,

Laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale (LabRIEF),
Université de Padoue (Italie).

L'acronyme P.I.P.P.I., Programme d'Intervention Pour Prévenir l'Institutionnalisation des enfants, a été inspiré par la résilience de Fifi Brindacier² ; il fait de ce personnage la métaphore de la force dont disposent les enfants pour faire face aux situations d'adversité dans la vie. Cette expérimentation sociale est issue d'une collaboration entre le ministère du Travail et des Affaires sociales et le laboratoire de recherche et d'intervention en éducation familiale (LabRIEF) de l'université de Padoue³. Pippi est une expérimentation de longue durée et de grande ampleur territoriale dans le cadre des politiques sociales. Elle a démarré en 2011-2012 dans 10 villes italiennes auprès de 89 familles-cibles. En 2018-2019, Pippi est en œuvre dans 250 territoires répartis sur 18 régions et avec la participation d'environ 2 500 familles.

Pippi a pour finalité d'innover dans les pratiques d'intervention auprès de familles dites « négligentes » afin de réduire le risque de maltraitance et d'éviter la séparation des enfants de leur milieu familial. Ce programme articule les domaines du social, de la santé, de l'éducation et de la scolarité. Les parents tout comme les enfants sont très fortement impliqués dans la construction de l'analyse et dans la réponse à leurs besoins. Pippi s'apparente ainsi aux programmes de type *Preservation families* (préservation des

familles) et *Home care intensive intervention* (intervention intensive pour prendre soin à domicile).

Le programme poursuit une double finalité :

- expérimenter un modèle d'intervention préventif auprès des familles en situation de négligence. Améliorer la pertinence des interventions ;
- en parallèle, construire une communauté de pratique réunissant les professionnels impliqués des services sociaux, de santé et éducatifs. Ces derniers peuvent ainsi agir dans le cadre d'une structure expérimentale, améliorer de façon uniforme dans tout le pays les conditions organisationnelles, culturelles et techniques dans lesquelles sont réalisées les interventions avec les familles en situation de négligence. L'objectif est la pertinence, l'efficacité et la qualité de ces interventions, au moyen de parcours d'évaluation scientifiquement reconnus.

Accompagner enfant et parents

Le postulat est qu'il ne faut pas accompagner seulement l'enfant ou seulement le parent, mais bien les deux en même temps et surtout la relation qui les unit au sein d'un système familial et d'un contexte d'appartenance : des services intégrés, cohérents entre eux et intervenant en temps utile sont autant de méthodes favorisant l'efficacité. Les dispositifs sont les suivants :

- des parcours éducatifs intensifs à domicile, centrés sur la relation parents-enfants-environnement social ;
- des groupes comprenant les parents et les enfants ;
- une collaboration entre services éducatifs pour la petite enfance, écoles, familles et services sociaux et de santé ;

L'ESSENTIEL

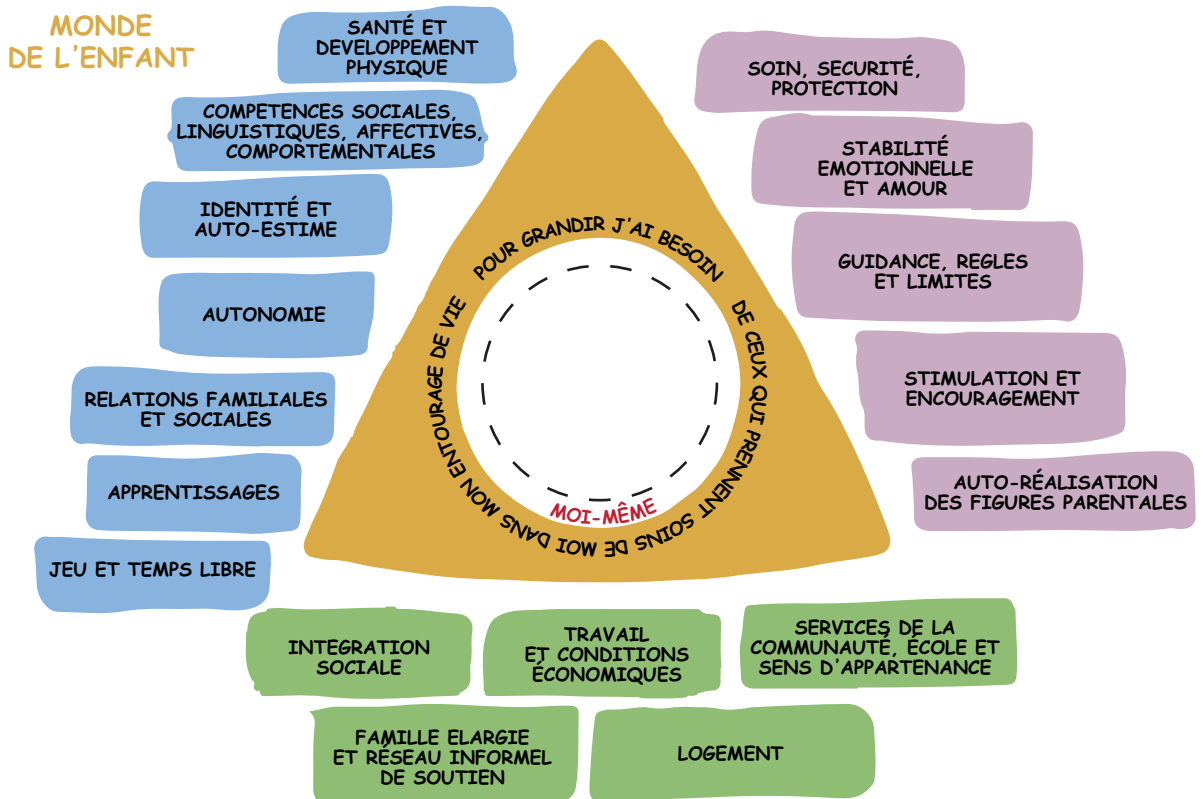
■ **En Italie, le programme d'intervention pour prévenir le placement des enfants travaille sur la relation qui unit l'enfant et les parents au sein du système familial. 2 500 familles y participent. L'évaluation montre l'efficacité de ce programme expérimental adossé à un cadre de référence élaboré et reconnu au niveau international.**

- des familles-ressources⁴ et une solidarité de voisinage.

Tout repose sur l'évaluation participative et transformatrice des besoins de toutes les familles [1]. Créer des modèles d'évaluation transformatrice signifie rendre les familles actrices de la construction de sens de tout le processus d'évaluation de l'intervention. Ce processus se déroule ainsi :

- évaluation partagée de la situation (*assessment*) ;
- construction des hypothèses d'intervention (planification) ;
- mise en œuvre et suivi de l'intervention ;
- évaluation finale du parcours réalisé et des changements obtenus.

Le cadre théorique de référence de l'évaluation est le modèle bio-écologique du développement humain qui s'applique au Monde de l'Enfant (*Mondo del Bambino – MdB*) ; il s'agit de l'adaptation italienne de l'expérience relative à l'*Assessment framework* (dispositif d'évaluation) du gouvernement britannique, réalisée dans les années 1990 [2 ; 3] et de l'expérimentation *Getting it right for every child* (Girfec) [4] du gouvernement écossais.

Figure 1. Le modèle multidimensionnel *Il Mondo del Bambino (MdB)*.

Source : Milani, Ius, Serbati, Zanon, Di Masi, Tuggia, 2015.

Satisfaction des besoins *via* une relation éducative

Ce cadre a été adapté d'une part par des chercheurs de Montréal (Québec) sous le nom de *Cadre d'analyse des besoins de l'enfant (Cabe)* dans le cadre du programme Aides [5], et d'autre part par le LabRIEF sous le nom *Mondo del Bambino (MdB)* dans le cadre de Pippi. Souvent dénommé le « triangle », il permet aux professionnels d'institutions et de services impliqués de se référer à un cadre d'évaluation unique et à un projet unique pour chaque enfant, afin d'aboutir à une compréhension holistique⁵ des besoins et des potentiels de chaque enfant et de chaque famille. Ce cadre théorique est pluridisciplinaire. Pour les professionnels, il est important d'avoir connaissance des cadres dans lesquels ils s'insèrent [6] et également des cadres différents dans lesquels évoluent les autres. Ils peuvent ensuite adopter un cadre commun, qui favorise le dialogue et la compréhension réciproque à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire.

Le « triangle » met en tension trois axes dimensionnels :

- les besoins évolutifs de l'enfant ;
- les capacités des parents à répondre à ces besoins ;

- l'ensemble des ressources disponibles, des facteurs de risque et de protection de l'écosystème familial (voir figure 1).

La perspective des besoins évolutifs a contribué à placer au centre une anthropologie de l'enfant, compris comme sujet structurellement ouvert à l'autre, acteur de son développement dès la phase prénatale et considéré dans son devenir, dans son projet qui définit son être constitutif en développement [7]. Le développement n'est pas un processus indépendant ; il implique la satisfaction des besoins évolutifs à l'intérieur d'une relation éducative, c'est-à-dire capable d'orienter positivement cette croissance. Les besoins de l'enfant supposent une réponse appropriée, génératrice d'une nouvelle capacité (*capability*). Les droits de l'enfant favorisent sa croissance et l'expression de ses capacités.

La notion de besoin peut être définie *via* les cinq lignes de force suivantes :

- relationnelle : le besoin s'exprime dans une relation ; il suppose une dimension de « prendre-soin », renvoie à la responsabilité et à l'engagement de chaque personne impliquée ;

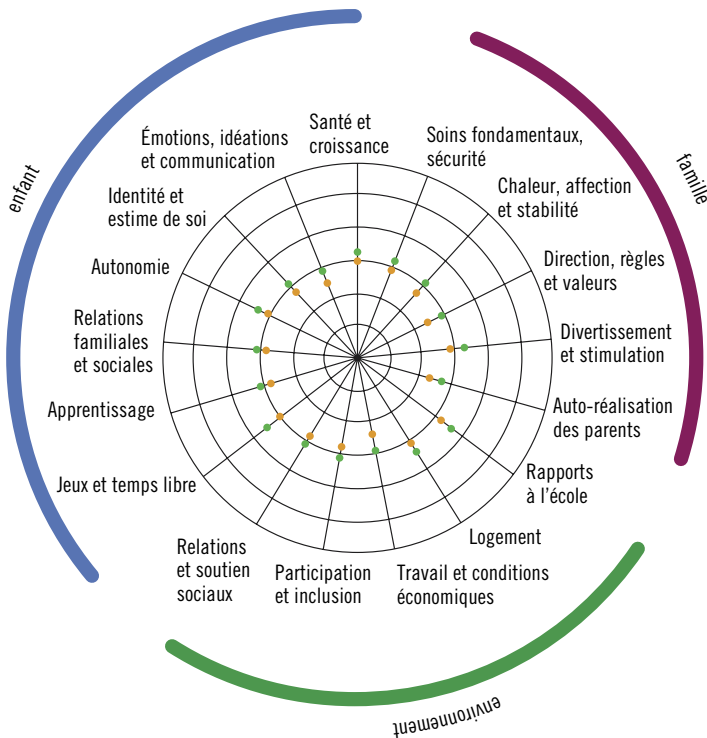
- dynamique : un besoin n'est pas tant un manque ou un problème qu'un objectif sur lequel construire une action ;

- ancrée sur l'« ici-et-maintenant », sur les multiples opportunités d'apprentissage présentes dans la routine quotidienne des enfants : le coucher, le bain, le repas, etc. Par exemple, le problème « *ce parent ne met pas son enfant au lit à la bonne heure* », qui renvoie au besoin des enfants d'avoir un rythme adapté entre le sommeil et la veille, peut être rendu dynamique de la façon suivante : « *Comment pouvons-nous modifier notre intervention pour permettre à cet enfant d'aller au lit à l'heure qui lui convient le mieux ?* » ;

- la notion de besoin est interdépendante : pour satisfaire un besoin, il faut faire levier sur les forces et donc observer, analyser et repérer ;

- non stigmatisante : le besoin est constitutif de l'humain et du devenir inhérent à la croissance ; il n'est pas spécifique à une population ciblée : les enfants, les jeunes et les familles vivent une série de besoins différents, à des moments différents de leur vie. Cependant, bien que tous les enfants aient besoin de services universels de bonne qualité, certains ne nécessitent

Figure 2. *Il Mondo del Bambino (MdB)* : différence entre T0 et T2 pour les 541 enfants ayant participé à Pippi 5.



Source : Milani, Ius, Serbati, Zanon, Di Masi, Tuggia, 2015.

Résultats obtenus sur 2016-2017, au début et à la fin de deux années du programme : en orange la situation en temps 1 et en vert la situation en temps 2. On note une progression de l'ensemble des indicateurs.

pas de besoins spéciaux (*special needs*) –, mais ils ont plutôt besoin d'attentions supplémentaires, de réponses plus qualifiées, qui peuvent concerner leur développement, l'instruction, la santé, l'assistance sociale, la santé ou d'autres domaines. Les besoins sont ce que nous avons en commun en tant qu'êtres humains, et non ce qui nous différencie [8].

Un programme en voie d'extension

L'instrument de base informatique pour évaluer, programmer et suivre la progression de l'intervention avec les familles s'appelle RPMonline⁶. Il traduit sur les plans méthodologique et opérationnel le cadre de référence, définit un plan d'intervention, prévoit l'évaluation. Les critères d'évaluation sont calqués sur les trois axes du « triangle » (voir la figure 2 ci-contre). Cela permet de visualiser – entre le moment initial (T0) et le moment final (T2) – les progrès réalisés par les 541 enfants qui ont participé à la cinquième mise en œuvre de Pippi en 2016-2017.

La phase expérimentale du programme Pippi s'est conclue par la formalisation de lignes directrices

nationales d'intervention auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité, approuvées lors de la conférence État-Régions du 21 décembre 2017. Ceci officialise le passage d'expérimentation à celui de cadre national non contraignant,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Serbati S., Zanon O., Di Masi D., Tuggia M. *Il Quaderno di P.I.P.P.I. Teorie, Metodi e strumenti per l'implementazione del programma*. Padoue : Becco-Giallo, 2015.
- [2] Ward H. *Looking After Children: Research into Practice*. Londres : HMSO, 1995.
- [3] Horwath J. (éd.) *The Child's World: the Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*. Londres : Jessica Kingsley Publishers, 2010 : 414 p.
- [4] Scottish Government. *A Guide to Getting it Right for Every Child*. Édimbourg, 2008 : 31 p. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/1141/0065063.pdf>
- [5] Chamberland C., Lacharité C, Clément M.-È., Dufour S., Lemay L., Lessard D. et al. *Recherche évaluative de l'initiative AIDES, Rapport final d'évaluation présenté à la Stratégie nationale de prévention*

ce qui garantit son intégration aux cadres d'intervention de droit commun des services régionaux et locaux, et donc sa systématisation et sa diffusion uniforme sur le territoire national, avec un financement stable pour les années à venir. ■

Pour en savoir plus

● <https://www.fisppa.unipd.it/pippi-programma-intervento-prevenzione-dell%E2%80%99istituzionalizzazione-seconda-fase-implementation>

1. NDT : *Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione* : Programme d'intervention pour prévenir le placement.
2. NDT : Pippi Calzelunghe en italien, du suédois Pippi Långstrump.
3. Le groupe de recherche responsable de la mise en œuvre au sein du LabRIEF se compose de : Sara Colombini, Diego Di Masi, Marco Ius, Paola Milani, Verdiana Morandi, Andrea Petrella, Francesca Santello, Sara Serbati, Chiara Sità, Marco Tuggia et Ombretta Zanon ; et, pour le ministère du Travail et des Affaires sociales, de : Adriana Ciampa, Cristina Calvanelli, Giovanna Marciano, Valentina Rossi et Raffaele Tangorra.
4. NDT : les « *famiglie d'appoggio* », traduites ici par familles-ressources, sont des familles qui, dans le cadre de Pippi, apportent une aide quotidienne aussi bien pratique qu'affective aux familles qui font l'objet de l'intervention. Il ne s'agit pas de familles d'accueil.
5. Une compréhension globale.
6. NDT : RPM correspond aux initiales de : *Rilevare, Progettare, Monitorare* (relevier, projeter, suivre la progression).

- du crime du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec*, Montréal : université de Montréal, juillet 2012, projet 6150-U1 : 308 p. En ligne : <https://initiativeaides.ca/wp-content/uploads/2017/05/AIDESrapporfinaljuillet2012final.pdf>
- [6] Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milan : Bruno Mondadori, 2003.
 - [7] Lacharité C. Participation des parents et services de protection de l'enfance, *Les Cahiers du Ceidef*, janvier 2015, vol. 1 : 27 p. En ligne : <http://docplayer.fr/storage/60/44440575/1549534220/4Pq9syhD-Pst-YdHJ8mDGw/44440575.pdf>
 - [8] Milani P. *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Rome : Carocci, 2018 : 280 p.

Technicienne de l'intervention sociale et familiale : un soutien à domicile de la mère et du nourrisson

Jean-Laurent Clochard, responsable du pôle familles, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (Fnaafp).

Notre société riche et développée n'offre pas toutes les garanties de bonne protection à nos enfants. Et les politiques de prévention sont insuffisantes et encore trop considérées comme non prioritaires, l'action préventive étant pénalisée par le fait de ne pouvoir apporter la preuve irréfutable de son efficacité immédiate. Or la posture professionnelle des Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) – 97 % des TISF sont des femmes – est exclusivement préventive. Les TISF exercent un métier singulier, le seul du champ du social à intervenir dans la durée au domicile des familles. Leur intervention sociale et éducative vise à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement, et/ou à créer et restaurer un lien social. Elles mêlent les activités de la vie quotidienne qui constituent le support privilégié de leur intervention et un accompagnement favorisant le développement de la dynamique familiale tout en soutenant la fonction parentale.

Accompagnement par la TISF de la triade mère-père-nourrisson

Dans le domaine de son activité d'aide à domicile auprès des familles, la Fédération nationale

des associations de l'aide familiale populaire-Confédération syndicale des familles (Fnaafp-CSF) a développé ces dernières années l'accompagnement par la TISF de la triade mère-père-nourrisson en sortie de maternité. Professionnelle de première ligne au cœur du « quatrième trimestre de grossesse » selon l'expression de la formatrice en périnatalité, Ingrid Bayot [1], la TISF axe son intervention sur le « prendre-soin » de la maman et du bébé. Dans cette période de grande fragilité, la présence de la TISF au domicile de la famille plusieurs heures par jour, plusieurs demi-journées par semaine, pendant plusieurs mois peut s'avérer essentielle : une présence, une disponibilité et une écoute qui rassurent ; une aide dans les tâches du quotidien qui permet de souffler ; une transmission des savoir-faire en puériculture qui contribue à l'autonomie ; une valorisation des compétences de la maman et du bébé qui donne confiance. Au final, des mamans et des bébés plus sereins, moins anxieux.

Cet accompagnement a été rendu possible grâce au soutien important des caisses d'allocations familiales (CAF), centres de protection maternelle et infantile (PMI) et services d'aide sociale à l'enfance (ASE). Nombre de professionnels de santé (pédopsychiatre, puéricultrice, sage-femme..) voient en la TISF un antidote¹ contre l'isolement bien souvent à l'origine de la dépression

L'ESSENTIEL

■
 ▣ Sous l'égide de la Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire-Confédération syndicale des familles (Fnaafp-CSF), les Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) sont formées spécifiquement pour accompagner la triade mère-père-nourrisson en sortie de maternité et prévenir ainsi la dépression du *post-partum*. Au cœur de leur intervention : prendre soin de la maman et du bébé.

de la mère. Plus de 10 % des mères sont sujettes à une dépression du *post-partum* [2]. De surcroît, la durée de séjour en maternité diminuant, la Haute Autorité de santé avançait qu'en France entre 15 % et 30 % des femmes pourraient rencontrer des difficultés suite à une mauvaise préparation du retour à domicile [3].

Prévenir les troubles du lien entre la mère et son bébé

Les spécialistes en santé mentale ont depuis longtemps établi que la dépression du *post-partum* provoque des dysfonctionnements dans la relation entre la mère et son bébé. Et l'apparition de troubles du lien entre elle et lui sont des signes

avant-coureurs d'une dépression. Ces troubles nuisent au développement cognitif, social et affectif du nourrisson. Ces constats sont corroborés sur le terrain par les professionnels intervenants de la Fnaapf.

Dans ce contexte, comment former la TISF – en prenant en compte les limites de ses interventions – pour qu'elle assume ce type d'accompagnement, à la frontière du social et du médical ? Certain.e.s professionnel.le.s de la psychiatrie périnatale, dont Michel Dugnat² et Jacques Dayan³, ont proposé leur expertise à la Fnaapf dans le but de renforcer les compétences des TISF. C'est ainsi qu'un travail conjoint au niveau national, initié par ces spécialistes avec l'association Pikler Lokzy⁴, a abouti à la mise en place d'une formation spécifique en complément de la formation initiale des TISF⁵. Actuellement, les soixante-dix heures proposées intègrent les pathologies périnatales et les techniques d'observation de la triade père-mère-bébé et de leurs interrelations. Près de 650 TISF ont suivi cette formation ces cinq dernières années.

Angoisse de se retrouver seule avec le bébé

Les retours favorables ainsi que les résultats d'une recherche action menée par le collège coopératif Auvergne Rhône-Alpes (CCAURA) sur les TISF en périnatalité (voir article suivant) témoignent qu'un pas qualitatif a été franchi. Ainsi, ce témoignage de Lucie, TISF, publié dans la revue *Spirale* [4], illustre bien l'apport de la formation à l'observation, étape-clé dans le processus de prévention de la dépression *post-partum* :

« Chez Mme G., je repère un manque de sommeil, un problème d'alimentation, une voix monocorde, une difficulté de concentration, un état de lenteur, de fatigue intense, ou à l'inverse, d'hyperactivité, des pleurs fréquents, une désorganisation ou une incapacité à prendre en charge les tâches quotidiennes au domicile, des plaintes somatiques, des douleurs fréquentes. Je repère sa difficulté à discerner les pleurs du bébé : portage du bébé non adapté, manipulation du bébé peu assurée, crainte pour les soins (bains, changes, habillage ou déshabillage), angoisse de se retrouver

seule avec le bébé (regard fuyant de la mère pour le bébé, peu de stimulations). »

Développer l'empathie des professionnels

Sur un autre plan, comme nous le propose la psychologue Ingrid Garnier dans l'ouvrage collectif de Michel Dugnat *Empathie autour de la naissance* [5], la démarche de formation de la Fnaapf se construit « non pas dans une relation statique d'acquisition de contenus mais à partir d'une transformation "du dedans" des stagiaires TISF dans un processus dynamique de transformation qualitative de son psychisme, de son mode d'être dans la relation... » « C'est permettre à chacun de faire l'expérience intérieure de ce que l'empathie rend possible dans la relation... » et « riche de cette expérience interne ressentie et pensée en formation, la TISF pourra l'"importer" de l'intérieur dans les familles et permettre aux parents de la vivre à leur tour et de la faire vivre à leur enfant ».

Des spécialistes en santé mentale suggèrent de donner plus de visibilité aux services de TISF, considérant qu'ils participent au bon développement et à la bonne santé de l'enfant et des parents. Comme l'énonce Jacques Dayan, « la TISF a une efficacité psychique considérable et peut avec efficacité s'associer par exemple à un travail psychothérapeutique ». L'idée défendue est de les inclure davantage dans les réflexions et les initiatives du champ du soin conjoint parents-nourrisson. Ainsi, La Fnaapf entend participer à la création d'une alliance de l'ensemble des acteurs de la périnatalité dont l'objectif est de plaider auprès du gouvernement pour un investissement public massif dans la prévention périnatale, tant les enjeux en termes de santé publique sont importants. Pour l'aide à domicile, cet investissement pourrait se traduire par la création d'une prestation légale « périnatalité » permettant à chaque famille qui le souhaite de bénéficier d'un accompagnement, par une TISF, de vingt heures en sortie de maternité, totalement prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), ce qui contribuerait à prévenir les troubles relationnels parents-bébé. ■

Pour en savoir plus

● Clochard J.-L. La technicienne de l'intervention sociale et familiale... au cœur du quatrième trimestre de la grossesse, *Spirale*, 2018, vol. 86, n° 2 : p. 52-60.

1. « La Tisf, c'est l'antidote contre l'isolement, l'isolement dans la réalité. Avoir une professionnelle qui vient à domicile deux demi-journées par semaine pour donner un coup de pouce, c'est un outil formidable. » Michel Dugnat, pédopsychiatre. Intervention dans l'émission *La Maison des maternelles*, France 5, 13 novembre 2017.

2. Pédopsychiatre et psychiatre, praticien hospitalier responsable de l'unité d'hospitalisation conjointe parents-enfant du service de psychiatrie infanto-juvénile Assistance publique-hôpitaux de Marseille.

3. Psychiatre, centre hospitalier universitaire de Rennes.

4. Emmi Pikler, pédiatre hongroise, directrice de la pouponnière de Lóczy à Budapest, a développé une approche philosophique et éthique avec pour principes : liberté motrice, activité autonome, personne de référence assurant la stabilité, observation bienveillante, travail en équipe, travail institutionnel attentifs à chaque enfant, etc.

5. Pour obtenir le diplôme d'État de TISF de niveau IV, une formation initiale de deux ans est nécessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Aide-mémoire Psychiatrie et psychopathologie périnatales*, Dunod, octobre 2017, page 181. Réseau de santé périnatal parisien, <http://www.rspp.fr/accompagnement-psychologique/la-depression-post-natale>

[2] Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes). *Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum*. Inpes, mai 2016, Fiche-action n° 16. En ligne : <http://inpes.sante publiquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>

[3] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

[4] Clochard J.-L. La technicienne de l'intervention sociale et familiale... au cœur du quatrième trimestre de la grossesse, *Spirale*, 2018, vol. 2, n° 86 : p. 52-60.

[5] Dugnat M. *Empathie autour de la naissance*. Toulouse : Éditions érès, 2016 : 288 p.

TISF : UNE INTERVENTION SOCIALE PRÉVENTIVE, ÉDUCATIVE ET RÉPARATRICE VISANT À FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES



© Marc de Tienia - IHAB France

Comme l'indiquent les textes officiels¹, le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) effectue une intervention sociale préventive, éducative et réparatrice visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement et à créer ou restaurer le lien social. Le technicien de l'intervention sociale et familiale exerce les fonctions suivantes :

- il élabore, met en œuvre et évalue le projet individualisé ;
- il accompagne la personne vers l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ;
- il aide à l'insertion de la personne dans son environnement ;
- il participe au développement de la dynamique familiale.

Les techniciens de l'intervention sociale et familiale interviennent au domicile habituel ou de substitution des personnes, dans leur environnement proche ou en établissement. Les établissements et les services employeurs sont notamment ceux visés par l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

De façon plus qualitative, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a, dans

l'activité la plus spécifique des techniciens dans la mesure où elle concilie l'aide à domicile, le soutien éducatif et l'assistance sociale.

Le travail des TISF auprès de familles est donc lié à l'accompagnement de la fonction parentale.

L'arrêté [de 2006, NDLR] précise que la démarche est triple : elle est préventive, sociale et éducative. Ces trois aspects se retrouvent dans l'intervention auprès des familles où les TISF sont supposés contribuer à l'anticipation de situations plus difficiles, nécessitant par exemple le recours à l'aide sociale à l'enfance, et aussi agir auprès des enfants et des parents pour améliorer la qualité de la relation auprès des familles et favoriser le lien social. L'originalité de l'action des TISF repose sur sa quotidienneté. En effet, les techniciens sont présents au quotidien auprès des familles, et sont les seuls à intervenir à leur domicile, cette modalité d'intervention permettant une approche de la famille dans sa globalité et un "faire-avec" intéressant.

Une étude de 2009 sur les TISF, confiée par la [Direction générale de la cohésion

son rapport sur la parentalité² publié en 2013, synthétisé les fonctions des TISF et dressé un état des lieux de leur déploiement en France. En voici des extraits :

« Les TISF, anciennement "travailleuses familiales", sont des travailleurs sociaux dont le rôle est formalisé dans l'arrêté de 2006 relatif au diplôme d'État des techniciens de l'intervention sociale et familiale. Ceux-ci doivent accompagner des personnes au quotidien afin de permettre leur autonomie. Si le travail des TISF ne se limite pas à l'intervention auprès de familles, ce secteur constitue

social NDLR] DGCS au cabinet Geste³ conclut à la pertinence des TISF comme mode d'intervention auprès des familles et préconise de "réaffirmer comme axes principaux le soutien à la parentalité, l'accompagnement social des personnes, l'éducation, en prenant appui sur la réalisation des activités de la vie quotidienne." La réforme de la protection de l'enfance intervenue par la loi de 2007 propose de nouvelles perspectives. Elle souligne en effet le caractère préventif que doivent avoir les interventions familiales. Le travail des TISF est appelé à s'articuler avec les autres professionnels de la famille [...]. L'implantation des TISF ne correspond pas toujours aux besoins des territoires. L'enquête du Geste réalisée à la demande de la DGCS permet d'estimer l'adéquation entre l'offre et les besoins des territoires. [...] Selon cette enquête, les disparités territoriales seraient importantes. [...] La perception d'un TISF n'est évidemment pas la même pour les familles selon qu'il s'agit d'une intervention mise en œuvre à l'initiative de la caisse d'allocations familiales, du centre de protection maternelle et infantile ou de l'aide sociale à l'enfance. Dans le premier cas, il s'agit clairement d'une offre de service dans le cadre de la politique familiale, pour faire face à des difficultés ponctuelles. Dans le second cas, l'intervention via la PMI, souvent ciblée sur la périnatalité, a aussi vocation à être reçue et comprise comme un soutien. Dans le cas d'une TISF missionnée par l'ASE, la dimension prescriptive est beaucoup plus prononcée et l'intervention au domicile risque d'être d'abord subie. L'adhésion de la famille n'est pas acquise face à ce qui peut être vécu comme une intrusion voire une menace de placement. »

Sources :

1. Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). En ligne : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=4503>

2. Inspection générale des affaires sociales (Igas). Évaluation de la politique de soutien à la parentalité. [Rapport RM2013-015P], février 2013 : 103 p. En ligne : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_TOME_II_ANNEXES_DEF.pdf

3. Geste. Étude sur les Techniciens de l'intervention sociale et familiale : missions, compétences, modes d'intervention et image. [Étude remise à la DGCS] juin 2011 : 52 p. En ligne : https://www.unaforis.eu/sites/default/files/public/fichiers/telechargements/tisf_rapport_final_juin_2011.pdf

Techniciennes d'intervention sociale et familiale : agir contre la vulnérabilité périnatale

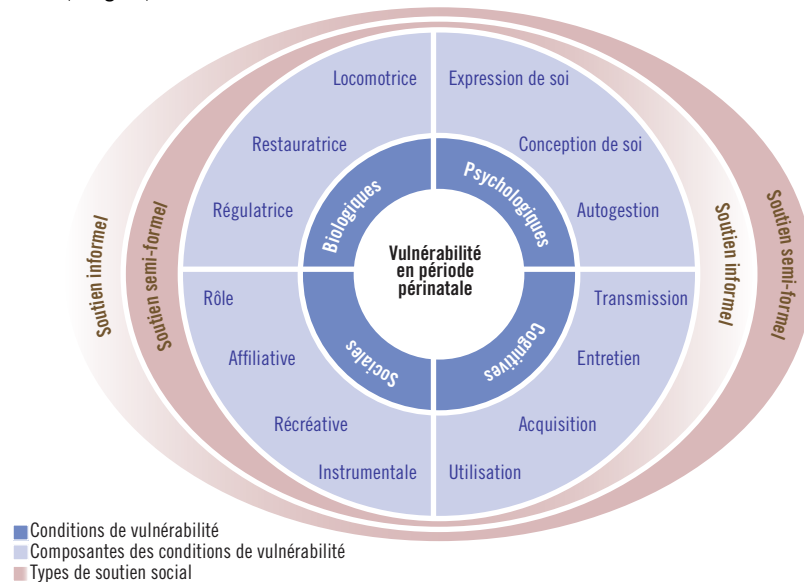
Sandrine Amaré et Marielle Valran,
collège coopératif Auvergne Rhône-Alpes (Ccaura).

Identifier et répondre aux besoins fondamentaux du bébé suppose des compétences développées par la majorité des parents au contact de leur enfant. Toutefois, la période périnatale¹ est une période de transition reconnue, souvent caractérisée par une vulnérabilité accrue des parents. Cette vulnérabilité s'exprime parfois par des troubles relationnels parent-enfant, susceptibles d'avoir un impact sur le développement de l'enfant. En effet, pour Carl Lacharité et ses collaborateurs, un environnement reposant sur « des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant, sorte de "méta-besoin" [...] conditionne la satisfaction des autres besoins de l'enfant [1] ». Il importe donc que les parents soient soutenus si nécessaire pour renforcer la qualité du lien avec leur enfant. Cette mission est au cœur de l'action des techniciennes² d'intervention sociale et familiale (TISF) exerçant en périnatalité, dont le métier reste méconnu et peu reconnu [2]. Elles interviennent au domicile, le plus souvent en demi-journées ou en journées complètes, selon une durée et une fréquence définies au regard des besoins des familles³.

Analyser les modes d'intervention des TISF

Cet article prend appui sur les résultats d'une recherche-action intitulée *Les TISF en périnatalité : soutenir les parents pour garantir la protection*

Figure 1. Regroupement de conditions de vulnérabilité (adapté de Lessick *et al.*, 1992 ; Rogers, 1997).



des enfants. Quelles compétences spécifiques pour améliorer le repérage des situations de vulnérabilité et l'accompagnement à domicile des familles confrontées à des troubles de la relation mère-enfant ?^{4,5}. Il vise à exposer les modes d'intervention des TISF pour prévenir ou réduire la vulnérabilité périnatale en vue de permettre aux parents de répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant. Nous avons eu recours au modèle de Lessick [3] et ses collaborateurs, adapté par Hamelin-Brabant [4]. Cette grille de lecture heuristique décrit la vulnérabilité périnatale selon quatre dimensions inter-reliées et influencées par les réseaux de soutien disponibles : biologiques, psychologiques, sociales et cognitives.

- vulnérabilité biologique : il s'agit de conditions physiques ayant un impact direct sur l'activité des parents, en

particulier le manque de sommeil, la fatigue accumulée et les difficultés liées à l'allaitement ;

- vulnérabilité psychologique : le modèle met en évidence l'augmentation du stress et l'altération de l'estime de soi, principaux facteurs de menace ;
- vulnérabilité sociale : l'endossement du rôle de parents, la transformation des relations sociales des parents et l'impact de la présence ou non de soutien à proximité ;
- vulnérabilité cognitive : il s'agit d'acquérir de nombreuses informations et connaissances relatives aux besoins du tout-petit et de les mobiliser au quotidien.

Pour chacune de ces dimensions de la vulnérabilité périnatale, l'objectif est d'identifier les actions des TISF et les méthodes développées. La recherche-action révèle que la formation complémentaire a permis :

L'ESSENTIEL

▣ **Des chercheurs, enseignants-chercheurs et professionnels du champ de la périnatalité ont mené conjointement une recherche-action pour analyser l'intervention des techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile, auprès des mères, des parents et de leur bébé. Entre mise en confiance, soutien matériel, conseil et retrait, les TISF en périnatalité œuvrent à tisser ou retisser les fils de la relation entre les parents et leur bébé. Ainsi participent-elles du réseau de soutien semi-formel auprès de la famille, surtout quand le système de solidarité familiale n'assure plus ce rôle.**

- de renforcer le sens de leur action auprès de ces familles en période périnatale (une meilleure conscientisation par les TISF de ce qu'elles font) ;
- d'affiner l'observation ;
- de développer une posture de soutien et de développement du pouvoir d'agir des familles, qui prévaut sur l'accompagnement à la réalisation du geste idéal ;
- de faire évoluer chez les TISF certaines représentations véhiculant une image de parents défaillants ou manquant de volonté.

Soutien biologique : soulager en prenant le relais

Les TISF et les parents situent le retour de la maternité comme une période fatigante au cours de laquelle les mères peuvent être épuisées et requièrent de l'aide pour affronter les nombreux changements. Aussi, le mode d'intervention des TISF – sur une temporalité longue et au cœur de l'intimité du domicile familial – leur permet de prendre la mesure des difficultés rencontrées et d'apporter un soutien matériel concret soulageant la fatigue des mères. Elles interviennent dans « le quotidien » et sont susceptibles d'accomplir des tâches domestiques qui s'ajoutent aux soins du bébé (l'entretien du logement, du linge, la préparation des repas, les démarches administratives et la garde des

autres enfants). Elles agissent alors en relais des mères, pour faciliter leur repos et leur libérer du temps.

Il appartient aux TISF d'évaluer le niveau de fatigue des mères, voire des parents, et de les mettre en confiance afin qu'elles acceptent cette prise de relais. La qualité de la relation entre la TISF et les parents est ici déterminante pour que le parent puisse se confier sur sa fatigue et ses difficultés, se déculpabiliser et se libérer de la pression accumulée.

Soutien psychologique : mettre en mots pour faciliter l'interaction

Une part importante du travail de la TISF consiste à repérer les difficultés de la mère, ou du parent, avec son bébé. Par sa présence au quotidien, au cœur de l'intimité des familles, la TISF a une place de choix pour observer les manifestations des troubles de la relation. Toutes les occasions du quotidien sont saisies pour observer les interactions entre la mère et le bébé. Cette observation fine se niche dans les détails du visage, du regard, du corps, des pleurs, des cris du bébé, et également dans l'intention perçue dans les gestes de la mère, ses réactions et son regard. À partir de ces observations, la TISF tente de mettre en mots les manifestations du bébé ou de la mère, en vue de restaurer la qualité de leur lien. Il s'agit d'amener la mère à entrer en contact avec son bébé, à tenter de comprendre la signification du comportement du bébé et à nourrir le dialogue avec lui. Les TISF accompagnent donc ces mères dans l'amélioration de la qualité de leur présence auprès du bébé. C'est cette posture conjointe d'observation et de mise en sens qui (re)tisse progressivement le lien mère/bébé.

Soutien social : valoriser les gestes pour endosser le rôle de parent...

Prendre une place et endosser son rôle de parent n'est pas aisé, dans un contexte où la naissance d'un enfant bouleverse les repères et ravive une histoire passée. En effet, dans certaines familles, les liens intergénérationnels sont parfois si complexes que le parent ne parvient pas à se positionner à cette nouvelle place. Aussi, les TISF soutiennent les

parents dans leur rôle en les valorisant, en les encourageant et en les rassurant dans les gestes du quotidien. Pour ce faire, les TISF mobilisent quatre registres d'action suivant la progression du parent :

- en *faisant pour*, la TISF montre l'action au parent, celui-ci demeurant observateur de la situation ;
- dans un *faire avec*, la TISF accomplit les gestes aux côtés du parent et intervient en soutien dans le duo parent-bébé ;
- dans le registre *faire faire*, la TISF propose au parent de réaliser le geste seul et reste à proximité en cas de besoin ;
- enfin, il convient aussi pour la TISF de *se retenir de faire*, en privilégiant un temps où le parent reste seul avec son bébé. Il peut également s'agir d'orienter le parent vers des équipes de soin en cas de difficultés importantes.

Il ressort de notre recherche-action que les TISF parviennent à mobiliser ces différents registres en fonction de la finalité souhaitée et de la progression du parent.

Soutien cognitif : conseiller de façon concrète et ciblée pour éviter la saturation

Au moment de la grossesse et de la naissance, les parents engrangent un volume important d'informations, tant sur les soins du nouveau-né, le matériel de puériculture, l'allaitement que sur les démarches administratives. Il peut en résulter une saturation cognitive, source de stress et d'irritabilité. Face à cette vulnérabilité, les TISF – selon notre recherche-action – savent conseiller sans ajouter de tension cognitive. D'une part, elles dispensent des conseils pratiques en actes, au moment précis où les parents en perçoivent l'intérêt. Contrairement à une consultation, le conseil est prodigué au cœur d'une réalité vécue. D'autre part, la temporalité de leur intervention permet un échange prolongé avec les parents. Les différents conseils reçus par les parents peuvent alors être discutés, confrontés entre la TISF et les parents.

Cette recherche-action identifie fortement le fait que l'intervention au domicile, au cœur de l'intimité

familiale, sur une durée prolongée, constitue une spécificité du métier. Entre mise en confiance, soutien matériel, conseil et retrait, les TISF en périnatalité œuvrent à tisser ou à retisser les fils de la relation entre les parents et leur bébé. Ainsi participent-elles du réseau de soutien semi-formel auprès de la famille, surtout quand le système de solidarité familiale n'assure plus ce rôle. ■

1. Entendue comme la période de vie allant du désir de conception de l'enfant aux deux ans de l'enfant.

2. Cette profession étant fortement féminisée, l'écriture au féminin est conservée.

3. Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) effectue une intervention sociale préventive, éducative et réparatrice visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement et à créer ou restaurer le lien social. Source : Inspection générale des affaires sociales (Igas) *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité*, février 2013. En ligne : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_TOME_II_ANNEXES_DEF.pdf

Le TISF intervient auprès de personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières : difficultés sociales, décès d'un parent, hospitalisation, naissance, longue maladie, handicap... Il soulage et épaula la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, aide aux devoirs...) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants. Il peut aussi jouer un rôle dans la protection des enfants. Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-tisf>

4. Cette recherche-action entendait dégager la nature des compétences spécifiques des TISF en périnatalité ainsi que les effets d'une formation complémentaire en termes de développement de ces compétences. Il s'est donc agi de croiser le regard de TISF exerçant en périnatalité, ayant suivi ou non une formation spécifique à la périnatalité, de parents ayant bénéficié de l'accompagnement d'une TISF, puis de professionnels travaillant en réseau avec des TISF.

5. Cette recherche-action nationale a été assurée par une équipe de chercheurs, enseignants-chercheurs et professionnels du champ de la périnatalité. 23 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de techniciennes d'intervention sociale et familiale avant qu'elles bénéficient d'une formation complémentaire relative à la périnatalité et après cette formation. Via des entretiens semi-directifs, les résultats ont été comparés à ceux du groupe témoin de 14 TISF n'ayant pas suivi la formation. En outre 10 entretiens ont été menés avec des parents ayant bénéficié durant la période périnatale de l'accompagnement des TISF. Et quatre *focus groups* (groupes d'échange) ont réuni d'autres professionnels de la périnatalité. Enfin, 400 TISF diplômées ont répondu à un questionnaire renseignant leur profil socio-démographique. La recherche-action a ainsi permis de rendre visible les compétences qu'elles exercent au quotidien.



© Yves Heidelet - CH Roubaix

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe). *Les Besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance*, octobre 2016 : fiche n° 15, p. 83-86. En ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf

[2] Tillard B. *Observation ethnographique des interactions TISF-Familles*. [Rapport d'étude] réalisé dans le cadre du programme régional de santé des enfants et des jeunes du Nord – Pas-de-Calais, 2004.

[3] Lessick M., Woodring B. C., Naber S., Halstead L. Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 1992, vol. 6, n° 3 : p. 1-14.

[4] Hamelin-Brabant L., de Montigny F., Roch G., Deshaies M.-H., Mbourou Azizah G., Bourque Bouliane M. et al. *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits*. [Rapport de recherche] Volet 1. *D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec : centre de recherche du CHU de Québec, 2013 : 113 p. En ligne : <https://www.fsi.ulaval.ca/sites/default/files/documents/pdf/Personnel/Genevieve%20Roch/rapport-recherche-geroch-janvier-2016.pdf>

Panjo : des visites à domicile pour renforcer le lien mère-enfant

Sandie Sempé,

chargée d'expertise en promotion de la santé,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
unité Petite enfance,
Santé publique France.

Qu'est-ce que Panjo et quel est son objectif ?

Panjo, c'est la Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et

de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de protection maternelle et infantile – PMI. Il s'agit d'une intervention à domicile de prévention précoce qui vise à renforcer les capacités des parents en situation de fragilité psychosociale, à répondre aux besoins fondamentaux de leur nouveau-né, en particulier au fameux « méta-besoin » de relations affectives stables avec au moins un adulte (*voir Bolter et al. du dossier*). Cette intervention est menée par les professionnelles de PMI (puéricultrices et sages-femmes).

Une intervention Panjo repose sur quatre grands principes auxquels il ne peut pas être dérogé :

- la même intervenante suit la (future) mère de la grossesse jusqu'au six mois de l'enfant *via* un minimum de six visites ;
- la professionnelle adopte une posture collaborative avec la mère, en valorisant les connaissances et les savoir-faire déjà acquis par les parents, en aidant la mère à exprimer précisément ses attentes et en apportant des conseils ou des orientations adaptés à son contexte de vie ;
- le binôme mère-intervenante consacre au moins vingt minutes par visite à l'observation du bébé et à la construction des liens d'attachement ;

- enfin, la mère est invitée régulièrement à solliciter son réseau social personnel et à avoir recours à d'autres services médico-sociaux du territoire ou de la PMI.

Pourquoi les intervenantes à domicile doivent-elles suivre une formation spécifique Panjo ?

L'expérience des intervenantes de PMI à domicile est précieuse et solide. Santé publique France a pris cette expérience comme point d'appui pour construire – avec des psychologues de PMI et l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants – un dispositif de soutien à la pratique pour les intervenants Panjo. En effet, considérer que l'attachement mère-enfant est le fil rouge de l'intervention à domicile représente un changement de pratique important. Avant de se lancer, les futur.e.s intervenant.e.s Panjo bénéficient d'une formation sur l'attachement, puis d'une formation à la posture collaborative en intervention à domicile, suivie d'une journée de réflexion sur la manière d'implanter Panjo au sein de leur service. Puis, pour soutenir la qualité de l'intervention sur le long terme, les intervenantes peuvent s'appuyer sur le Classeur Panjo qui comprend un outil d'auto-évaluation des besoins de la mère et 80 fiches d'activité qui peuvent être menées avec la mère et le père en fonction des demandes exprimées. Les intervenantes sont également soutenues dans leurs pratiques grâce à des supervisions collectives mensuelles, menées par des professionnel.le.s de santé mentale.

L'ESSENTIEL

▣ En France, pour l'étude d'efficacité Panjo 2, des puéricultrices et des sages-femmes effectuent six visites à domicile pendant la grossesse et avant les six mois de l'enfant.

▣ 159 femmes en bénéficient *via* 13 équipes de protection maternelle et infantile (PMI) dans 11 départements.

▣ Les premiers résultats sont prometteurs.

▣ Le point en six questions/réponses.

Sur la base de quels constats cette intervention a-t-elle été lancée ?

En 2011, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes (qui a rejoint depuis Santé publique France) a commencé à travailler sur l'élaboration de l'intervention Panjo. À l'époque, la littérature scientifique démontrait déjà sans aucune ambiguïté que les inégalités sociales de santé se construisent dès le plus jeune âge. L'Inpes souhaitait contribuer à réduire ces inégalités en construisant une intervention de prévention précoce structurée prenant en compte les enseignements de la recherche. Comme le rappelle Christine Colin (*voir son article dans ce dossier, NDLR*), plusieurs programmes de visites à domicile aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni avaient montré leur efficacité pour rattraper les chances perdues par les enfants nés dans des environnements défavorables. En France, alors même que les conséquences négatives d'une

dépression pour la santé de la mère et de l'enfant étaient documentées, le champ de la promotion de la santé mentale restait peu investi. C'est la recherche CAPEDP¹ qui a apporté l'éclairage nécessaire pour nous assurer qu'une intervention à domicile précoce et intense, centrée sur l'attachement, était faisable en France et pouvait permettre de réduire l'impact négatif de la dépression maternelle sur la construction de liens mère-enfant (voir les autres articles de ce dossier). Celle-ci était cependant menée par des psychologues rattachées à un hôpital, ce qui – malgré des avantages indéniables – rendait sa pérennisation complexe. La PMI – par ses missions historiques et sa capacité à implanter durablement certaines initiatives, comme à Aubervilliers – est apparue comme le service public idéal pour porter les interventions de prévention précoce dans le droit commun, en lien avec les réseaux pluriprofessionnels des territoires.

Qu'est-ce que Panjo 1 et Panjo 2 ?

Panjo 1 est la première phase expérimentale du projet, débutée en 2014. Il s'agissait de tester l'acceptabilité des interventions Panjo auprès des professionnel.le.s des PMI et des familles bénéficiaires, et de documenter les changements potentiels de pratiques professionnelles que cela impliquait. Après que l'Inpes et ses partenaires ont élaboré une première version des outils d'intervention et de la formation Panjo, les services de PMI de Loire-Atlantique, de la Métropole de Lyon et des Hauts-de-Seine les ont testés et ont mis en place l'intervention auprès de 36 familles. Cette première étape a confirmé la très bonne acceptation du dispositif par les professionnel.le.s et par les familles, et a permis d'optimiser les outils et la formation des professionnel.le.s.

Panjo 2 est de plus grande ampleur. 13 équipes de 11 départements ont mis en place l'intervention afin d'évaluer son efficacité auprès des familles répondant à deux critères de fragilité : s'identifier comme socialement isolées et attendre leur premier enfant. Pour ce faire, Santé publique France a signé une convention de recherche et développement avec l'Agence des

nouvelles interventions sociales et de santé (Aniss). Les inclusions des femmes enceintes dans l'étude d'efficacité Panjo 2 se sont achevées en juillet 2018. 159 femmes bénéficient de l'intervention Panjo et constituent la cohorte exposée. 171 constituent la cohorte contrôle. L'évaluation de l'efficacité se fondera sur une comparaison des cohortes des enfants à 6 et à 12 mois sur les critères suivants :

- le sentiment d'efficacité parentale (critère principal) ;
- les comportements parentaux coercitifs ;
- la qualité des interactions parents-enfants ;
- le recours des familles à tous les services de PMI ;
- le recours des familles aux services d'urgence ;
- le nombre d'accidents et d'hospitalisation des enfants ;
- les indicateurs de maltraitance infantile.

Quels sont les enseignements de Panjo 2 ?

Il est trop tôt pour disposer des résultats concernant son niveau d'efficacité. Toutefois, nous avons mené avec l'Aniss et l'université du Québec à Montréal des évaluations d'implantation qui documentent la satisfaction des professionnelles impliquées, les changements de pratiques induits par Panjo et la qualité du dispositif de soutien à la pratique professionnelle. Deux articles scientifiques sont sous presse à ce sujet. La grande majorité des équipes de PMI impliquées soulignent la dynamique positive qu'apporte la mise en place de Panjo. Cela redonne du sens et de l'envie, et cela valorise les compétences préventives de la PMI. Elles décrivent des bénéfices sur les partenariats avec les maternités et les équipes de pédopsychiatrie, ainsi que sur l'image que la PMI a auprès des familles. Les contenus de formation et du classeur Panjo sont fortement appréciés et utilisés au-delà des visites à domicile. Cependant les retours très positifs des professionnel.le.s et leur souhait de généraliser Panjo ne doivent pas occulter les difficultés rencontrées. En effet, au vu des contextes budgétaires départementaux, il n'est pas toujours possible pour les sages-femmes et puéricultrices de dégager le temps

nécessaire afin de proposer l'accompagnement Panjo dans les conditions optimales à un nombre significatif de familles en situation de fragilité psychosociale. D'ailleurs les équipes de PMI qui ont le plus recruté de femmes volontaires dans Panjo 2 sont celles qui bénéficiaient d'un projet de service déjà très orienté vers la prévention et la visite à domicile.

Quelles conditions doivent être réunies pour implanter Panjo sur un territoire ?

Comme pour tout projet de promotion de la santé, l'intervention Panjo ne sera efficace que si le contexte dans lequel on l'implante est favorable, et que le maintien de la qualité sur le long terme est un objectif. Pour cela l'engagement des décideurs, et la motivation des équipes à faire encore mieux pour la population sont essentiels. Si les résultats de l'étude d'efficacité Panjo 2 sont positifs, il ne devrait pas être difficile de les convaincre, car élus et équipes de PMI sont toujours motivés pour la santé des tout-petits. Cependant, la bonne volonté ne suffit pas. Il faut des moyens suffisants pour financer certes la formation et les supervisions, mais également un accompagnement méthodologique plus global des services de PMI qui permettra de connaître plus précisément les attentes des familles, de prioriser la prévention et d'évaluer les changements. C'est pourquoi, en attendant les résultats d'efficacité de Panjo 2 (début 2020), Santé publique France travaille déjà avec deux agences régionales de santé (ARS) pilotes et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour identifier les modalités de partenariat qui soutiendront les départements dans la mise en place d'interventions de prévention précoces à domicile, et le maintien de leur niveau de qualité. ■

Pour en savoir plus

- voir, sur le site internet de Santé publique France, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grossesse-et-petite-enfance/panjo.asp>

1. Le programme Compétences parentales et attachement dans la petite enfance (CAPEDP) avait pour objectif d'augmenter l'attachement entre l'enfant et sa mère, de prévenir la dépression post-natale et les troubles de comportement de l'enfant.

Lunévillois : développement de l'enfant et accompagnement à domicile

Sophie Buchheit,
psychologue clinicienne,
centre psychothérapique
de Nancy,
université de Lorraine,
EA 4432 InterPsy,

Dr Marie-Christine Colombo,

médecin chef du service
départemental de protection
maternelle et infantile (PMI),
direction des solidarités,
conseil départemental
de Meurthe-et-Moselle,

Élise Fidry,

docteure en psychologie,
centre psychothérapique
de Nancy,

Dr Fabienne Ligier,

pédopsychiatre,
centre psychothérapique
de Nancy,
université de Lorraine,
EA 4360 Apemac,

Charlotte Decroix,

chargée d'études, centre
d'expertise en santé publique,
école de Santé publique,
faculté de médecine,
université de Lorraine.

Les services de pédo-psychiatrie et de protection maternelle et infantile (PMI) au sein de l'action sociale départementale du Lunévillois (Meurthe-et-Moselle) travaillent sur un territoire marqué par des indicateurs socio-économiques défavorables, dont les répercussions sur la santé et le développement des enfants sont repérées de longue date [1] et ont donné lieu à de multiples actions de prévention depuis une vingtaine d'années [2].

Interreg : des premiers regards aux premiers mots, une expérience de prévention des retards de langage (2010-2014)

L'observation d'une fréquence importante des retards de langage chez les enfants de 4 ans au test ERTL4¹ [3] a été le déclencheur d'une première recherche-action portée par les services de psychiatrie de secteur et de PMI, qui prenait en compte les trois cantons les plus isolés du territoire (Cirey-sur-Vezouze, Blâmont et Badonviller). Elle a été financée par le centre psychothérapique de Nancy et par l'Union européenne dans le cadre du programme Interreg IV-A. Cette recherche-action [4 ; 5] évaluait les

effets préventifs d'un accompagnement à domicile par une psychologue pendant les premières années de vie du bébé. Il était proposé à toutes les familles de ce territoire ayant eu un enfant en 2010 de participer à ce projet. Les familles incluses bénéficiaient d'un accompagnement régulier jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Le rythme, préétabli, comprenait un total de 23 visites à domicile par famille entre la naissance et 2 ans. Les rencontres s'articulaient autour de l'entretien avec les parents, l'observation conjointe du bébé et l'interaction, en particulier au travers du jeu. Les familles ont ensuite bénéficié d'un accompagnement allégé : 8 visites entre 2 ans et 4 ans.

La moitié des familles contactées a accepté de participer à la recherche et 4 familles ont abandonné le projet lors de la première année. Au total, 49 familles ont participé à toute l'expérimentation. Le développement des enfants a été évalué par le test Brunet-Lézine révisé² [6] par rapport à une cohorte-témoin (aux données sociodémographiques et familiales appariées) de 42 enfants ayant uniquement bénéficié de l'évaluation à 24 mois [4]. Les résultats comparatifs montrent que les enfants participants ne présentent pas à 2 ans le retard de langage observé dans la population-témoin et, d'une façon générale, ils font preuve d'un meilleur développement psychomoteur. Les écarts entre les deux populations étant statistiquement significatifs, les résultats ont été publiés en 2014 [4].

La recherche-action a montré que les effets de l'accompagnement perdurent jusqu'aux 4 ans de l'enfant. À cet âge, on observe dans la cohorte des participants une réduction

statistiquement significative (20 %) de l'orientation vers les soins psychologiques et/ou orthophoniques par rapport à la cohorte des témoins (51%). Concernant le retard au test de langage ERTL4, aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en avant malgré des résultats encourageants : les enfants participants présentent moins de retard au test de langage ERTL4 (17 %) que les enfants du groupe témoin (31 %).

D'Interreg à Perl : continuité et évolution

Au vu des conclusions d'Interreg [4 ; 5], le conseil départemental, l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse d'allocations familiales (CAF) ont conclu qu'il était prioritaire de donner suite à ces résultats, en mettant en place une dynamique partenariale forte. Cette seconde recherche, nommée Petite enfance : recherche-action dans le Lunévillois (Perl), a pour objectifs :

- d'évaluer les effets de ce mode d'accompagnement sur le développement du jeune enfant ;
- de proposer l'accompagnement par les puéricultrices, en l'intégrant dans les pratiques courantes – ce mode d'intervention correspondant pleinement à leurs modes d'actions –, afin de pouvoir le transférer et/ou le généraliser en cas de résultats positifs.

L'enjeu est de mobiliser la pratique habituelle des professionnelles de PMI en la recentrant sur sa vocation d'accompagnement, d'écoute, d'attention portée à l'enfant et d'échange avec les parents.

Ainsi, l'accompagnement réalisé par les puéricultrices dans Perl présente certaines similitudes avec Interreg : il s'agit d'actions de prévention précoce réalisées dès le plus jeune âge pendant

quatre ans, avec des visites à domicile rythmées autour de trois temps :

- l'observation conjointe (puéricultrice-parent) du bébé afin de mettre en avant ses compétences, son développement, son évolution et ses progrès ;
- un temps de jeu commun (puéricultrice-parent-bébé) ;
- un temps d'échange avec les parents afin de permettre une verbalisation de leur vécu et de leurs émotions.

Au-delà de ces points communs, Perl a évolué sur certaines caractéristiques. Cette recherche va permettre d'évaluer l'impact de l'accompagnement proposé par des professionnelles de la petite enfance, sur un territoire plus large (tout le Pays lunévillois), en pratique courante par une équipe de puéricultrices de PMI bénéficiant de supervisions par une psychologue pour la durée du projet. Cette supervision et l'échange sur les pratiques dont bénéficient les puéricultrices visent à développer leur créativité professionnelle et à l'ajuster à chaque famille rencontrée. Pour réaliser les évaluations, la puéricultrice est accompagnée d'une psychologue lors des visites à domicile aux 3-4 mois et aux 24 mois du bébé. Les visites effectuées par la puéricultrice se font selon les principes de la relation d'aide de Carl Rogers³.

Contrairement à Interreg, le fait que l'accompagnement soit proposé par une équipe de professionnelles qui n'est pas en charge d'évaluer les résultats pour la recherche permettra de renforcer les données scientifiques nécessaires pour éclairer les décisions publiques. En parallèle de la recherche Perl conduite par une psychologue clinicienne de pédopsychiatrie, une analyse des mécanismes et des processus de l'accompagnement réalisé permettra de mettre en avant les fonctions-clés de l'intervention, les éléments facilitant sa mise en œuvre et ceux les limitant, ainsi que de réfléchir aux conditions de transfert de cette intervention.

Perl : Petite enfance, recherche-action dans le Lunévillois (2018-2023)

La recherche Perl est contrôlée, randomisée, monocentrique et interventionnelle sur quatre ans. Les 128 familles escomptées, réparties aléatoirement entre groupe intervention et groupe témoin, sont recrutées

L'ESSENTIEL

■ **Dans le Lunévillois (Meurthe-et-Moselle), le conseil départemental, le centre psychothérapeutique de Nancy, l'agence régionale de santé et la caisse d'allocations familiales ont lancé, en 2018, un programme d'accompagnement à domicile pour soutenir le développement du jeune enfant et la qualité des interactions parents-enfant.**

aléatoirement, au huitième mois de grossesse, sur la base du volontariat et en population générale. Depuis le 6 septembre 2018, 57 familles ont déjà été recrutées.

Les 64 familles attendues du groupe intervention sont recontactées par la puéricultrice qui effectue le suivi à domicile régulier après l'accouchement, et les 64 familles attendues du groupe témoin – ne bénéficiant pas de l'accompagnement Perl – reverront la psychologue aux 3-4 mois du bébé.

Une évaluation longitudinale et comparative sera réalisée aux 3-4 mois et aux 24 mois des enfants des deux groupes. Elle portera sur :

- le développement de l'enfant ;
- la sémiologie maternelle ;
- les interactions parent-bébé ;
- l'alliance thérapeutique ;
- le vécu de la parentalité ;
- le vécu de l'intervention par les familles ;
- aux 4 ans de l'enfant, l'évaluation portera sur le développement du langage.

Accompagner pour réduire les inégalités de santé

Le dispositif Perl cherche à proposer et à interroger un modèle préventif d'accompagnement à domicile pour soutenir les interactions et le développement de l'enfant intégré dans la pratique des visites à domicile des puéricultrices de PMI. En cohérence avec les priorités affichées par la politique nationale de santé, cette recherche-action s'inscrit dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé par un accompagnement dès le plus jeune âge au moyen du service public de PMI, dédié précisément à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

Les conclusions de cette recherche-action permettront d'apporter un éclairage pour évaluer la pertinence de la

poursuite d'un tel accompagnement et de son transfert sur d'autres territoires. Les premiers résultats sont attendus en fin d'année 2021, leur publication est prévue en 2022. En 2023, les résultats définitifs permettront de tester l'hypothèse selon laquelle le dispositif aurait un impact positif et avéré sur le développement de l'enfant à 2 ans, qui se maintiendrait sur le développement du langage aux 4 ans des enfants ayant bénéficié du suivi. ■

1. Épreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans.

2. Le Brunet-Lézine révisé est une échelle de développement standardisée. Elle permet d'évaluer l'enfant, à partir d'observations et de tests proposés, selon son âge de développement dans quatre domaines : la motricité, la coordination oculo-manuelle, le langage, la sociabilité.

3. Approche centrée sur l'empathie, la non-directivité, où l'accent est mis sur la personne, ses émotions, ses sentiments et sur la considération positive inconditionnelle du professionnel à son sujet. La personne est active dans son processus d'évolution, de résultats et de changement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. *Atlas départemental 2017*. Nancy : GD54, 2018 : 330 p. En ligne : <http://meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/Page%20Service/PDF/ATLAS%202017.pdf>

[2] Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. *Les chiffres-clés de la PMI : La santé de la mère et de l'enfant*. Nancy : CD54, éd. 2005 à 2008. En ligne : <http://meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/Page%20Service/PDF/PMIChiffresCles0508.pdf>

[3] Alla F., Guillemin F., Colombo M.-C., Roy B., Maeder C. Valeur diagnostique de ERTL4 : un test de repérage des troubles du langage chez l'enfant de 4 ans. *Archives de pédiatrie*, 1998, vol. 5, n° 10 : p. 1082-88.

[4] Fidry É., Claudon P., Saad Saint-Gilles S., Sibertin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, vol. 62 : p. 154-162. En ligne : https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=590

[5] Fidry É., Sibertin-Blanc D., Claudon P. *Des premiers regards aux premiers mots : une expérience lorraine de prévention en périnatalité*. Paris : L'Harmattan, 2014 : p. 65-83.

[6] Lézine I., Josse D., Brunet O. *Brunet-Lézine révisé : échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Manuel BLR-C. Paris : Éditions et Applications psychologiques, 2001 : 308 p.

Le dernier numéro de *La Santé en Action* consacré au développement du jeune enfant (septembre 2016, n° 437) présentait les déterminants sociaux-environnementaux du développement et ne traitait pas la question des besoins fondamentaux de l'enfant. La bibliographie qui suit aborde trois aspects de ce thème spécifique : les besoins fondamentaux, le développement de l'enfant, l'attachement ; les souffrances psychologiques, la maltraitance et la négligence ; les interventions d'accompagnement à la parentalité, la prévention-promotion de la santé. Des rapports et des plans d'action en lien avec la protection et la santé du jeune enfant, et des outils pour les professionnels complètent ce thème des besoins fondamentaux de l'enfant.

Françoise Delahaye,
documentaliste, Observatoire national
de la protection de l'enfance (Onpe),
Laetitia Haroutunian,
documentaliste, Santé publique France.

RAPPORTS ET PLANS D'ACTION

- **Avenard G., Toubon J.** *De la naissance à 6 ans : au commencement des droits.* [Rapport] Paris : Défenseur des droits, 2018 : 84 p. *En ligne* : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2018/11/rapport-annuel-2018-consacree-aux-droits-de-lenfant-de-la-naissance-a-6-ans>
- **Martin-Blachais M.- P.** *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes,* Paris : Direction générale de la cohésion sociale, ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017 : 129 p. *En ligne* : https://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf
- **Organisation mondiale de la santé (OMS).** *Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multi-sectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.* Genève : OMS, 2017 : 84 p. *En ligne* : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254897/1/9789242511536-fre.pdf?ua=1>
- **Euillet S., Halifax J., Moisset P., Séverac N.** *L'Accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Rapport final.* Paris : Défenseur des droits, mars 2016 : 201 p. *En ligne* : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_janv_2017.pdf
- **Giampino S.** *Développement du jeune enfant. Modes d'accueil, formation des professionnels. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes,* Paris : ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2016 : 261 p. *En ligne* : https://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/164000279.pdf
- **Schmitz J.** *Accès aux droits et égalité des droits en matière de santé dans le rapport d'activité pour 2015 du défenseur des droits.* *Droit, Santé et Société*, 2016, vol. 4, n° 4 : p. 5-10.
- **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm).** *La Prise en compte de l'intérêt de l'enfant et de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs. Repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives.* [Évaluation interne], Paris : Anesm, 2015 : 41 p. *En ligne* : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/axe_la_prise_en_compte_de_l_interet_de_l_enfant.pdf
- **De Singly F., Wisnia-Weill V.** *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent.* [Rapport] Paris : France Stratégie, septembre 2015 : 154 p. *En ligne* : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs_rapport_commission_enfance_29092015_bat.pdf
- **Bacro F., Rambaud A., Humbert C., Sellenet C.** *La Santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de Loire-Atlantique.* Paris : Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), Nantes : Centre de recherche en éducation de Nantes, 2012-2013 : 117 p. *En ligne* : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
- **Observatoire régional d'étude, d'action et d'information (Créai) Rhône-Alpes, observatoire régional de la santé (ORS) Rhône-Alpes, instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Iréps) Rhône-Alpes, conseil départemental de Haute-Savoie, Corbet É. (coord.).** *La Santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Rapport final.* Paris : Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), octobre 2012 : 134 p. *En ligne* : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/oned_creaire_rapport.pdf.pdf
- **M., Duverger P., Rousseau D., Roze M., Nguyen S.** *Parcours des enfants admis avant l'âge de 4 ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001. Étude portant sur 128 sujets.* Paris : Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), septembre 2013 : 69 p. *En ligne* : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010.rousseau_rf.pdf
- **Zaouche-Gaudron C., Euillet S., Pinel-Jacquemin S.** *Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement. Bilan sur 10 ans (1995 à 2005). Rapport final.*

Paris : Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), Laboratoire personnalisation et changements sociaux, université Toulouse II – Le Mirail, 8 janvier 2007, 2006c1 : 34 p. *En ligne* : http://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapport07_zauouche_recens05_3.pdf

• **Direction générale de l'action sociale, comité de pilotage de l'opération pouponnières, Gauthier P. (préf.). *L'Enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*. [Rapport] Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de l'action sociale, 1997 : 285 p. *En ligne* : http://www.cedias.org/index.php?lvl=notice_display&id=5644**

ARTICLES ET OUVRAGES

BESOINS FONDAMENTAUX, DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT, ATTACHEMENT

• **Bolter F., Keravel É., Oui A., Schom A.-C., Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale.** *Revue des politiques sociales et familiales*, 1^{er} et 2^e trimestres 2017, n° 124 : p. 105-112. *En ligne* : https://www.persee.fr/doc/AsPDF/caf_2431-4501_2017_num_124_1_3210.pdf

• **Tereno S., Guedeney N., Dugravier R., Greacen T., Saïas T., Tubach F. et al. Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable.** *L'Encéphale*, 2017, vol. 43, n° 2 : p. 99-103.

• **Golse B. La coconstruction de la narrativité au sein des interactions précoces.** *In* : Vincze M., *L'Atmosphère thérapeutique à Lóczy. Tome 2 : De l'observation de l'enfant aux questionnements de l'institution*. Toulouse : Éditions érès, 2015, coll. Enfance et parentalité : p. 13-28.

• **Masten A. S., Gewirtz A. H. La résilience en matière de développement : l'importance de la petite enfance.** *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 9 octobre 2007 : p. 1-6.

• **Liébert P. Le besoin d'appartenance.** *In* : *Quand la relation parentale est rompue*. Paris : Dunod, 2015 : p. 29-44.

• **Bonneville-Baruchel E. Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : l'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle.** *Le Carnet psy*, juin 2014, n° 181 : p. 31-34.

• **Maslow A. H. Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité.** Paris : Éditions Eyrolles, 2013 : 384 p.

• **Berry-Brazelton T., Greenspan S. I. Ce dont chaque enfant a besoin. Ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir !** Paris : Marabout, 2007 : 348 p.



© Marc de Tienda - HMB France

• **David M. L'enfant de 0 à 2 ans. Vie affective et problèmes familiaux.** Paris : Dunod, coll. Enfances, 2013 : 128 p.

• **David M. L'enfant de 2 à 6 ans. Vie affective et problèmes familiaux.** Paris : Dunod, 2014.

• **David M., Appell G. *Loczy ou le maternage insolite*.** Toulouse : Éditions érès, 2008 : 262 p.

• **Guedeney N. *L'Attachement, un lien vital*.** Bruxelles : éditions Fabert, coll. Temps d'arrêt/Lectures, 2011 : 58 p.

• **Saïas T., Tereno S., Pintaux É., Bouchouchi A., Hoisnard G., Simon-Vernier É. et al. Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions.** *Devenir*, 2010, vol. 22, n° 2 : p. 175-185. *En ligne* : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-175.htm>

• Lardière D. Les besoins fondamentaux du bébé dans le contexte d'une mesure de séparation prise pour protéger l'enfant. *L'Information psychiatrique*, 2010, vol. 86, n° 10 : p. 825-829. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-10-page-825.htm>

• Robin P. « La santé, c'est un peu de la vie » : étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance. *Santé publique*, 2012, vol. 24, n° 5 : p. 417-428. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-5-page-417.htm>

SOUFFRANCES PSYCHIQUES, MALTRAITANCE ET NÉGLIGENCE

• Lemay M. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant. Tome 1, Le développement infantile*. Toulouse : Éditions érès, 2014 : 573 p.

• Lochard G. *Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant*. Thèse de doctorat de santé publique, sous la direction de Saurel-Cubizolles M.-J., Paris VI, université Pierre-et-Marie-Curie, 9 décembre 2014 : p. 220. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01242553/document>

• Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales*, 2013, n°s 1-2 : p. 32-50. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1-page-32.htm?contenu=resume>

• Delion P. Continuités et discontinuités des enjeux du développement. In : *Les Enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Éditions érès, 2013 : p. 135-146. En ligne : <https://www.cairn.info/enjeux-du-developpement-de-l-enfant-et-de-l-adolescent--9782749239033-page-135.htm?contenu=resume>

• Gabel M. L'enfant « accueilli » : de son parcours à son album de vie. In : Lamour M., Gabel M. *Enfants en danger, Professionnels en souffrance*. Toulouse : Éditions érès, coll. La Vie de l'enfant, 2011 : p. 213-217.

• Bouchard E.-M., Tourigny M., Joly J., Hébert M., Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008, vol. 56, n° 5 : p. 333-344.

• Lacharité C., Éthier L. S., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, juillet-août 2006, vol. 4, n° 484, : p. 381-394. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-4-page-381.htm>

• Dugravier R., Guedeney A., Saïas T., Greacen T., Tubach F., groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance. Diminution des risques liés aux troubles de

santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, vol. 57, n° 6 : p. 482-486.

INTERVENTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ, PRÉVENTION- PROMOTION DE LA SANTÉ

• Gorza M., Houzelle N., Sempé S., Lasbeur L., Ham-sany M., Du Roscoët E. et al. Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales. l'action de Santé publique France. *Enfances & Psy*, 2018, vol. 1, n° 77 : p. 37-48.

• Vandoorne C. 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 ? In : *Société française de santé publique (SFSP). Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé*. Séminaire, 12 septembre 2016. Laxou : SFSP, 2018 : p. 8-16. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra-iss-1ersem0218.pdf

• Suesser P., Bauby C., Colombo M.-C. *La Prévention toujours en re-création : à l'école de la PMI*. Toulouse : Éditions érès, 2017 : 256 p.

• Dugravier R., Saïas T. Les enseignements du projet Panjo. *Cahiers de la puéricultrice*, 2015, vol. 52, n° 291 : p. 19-23.

• Greacen T., Guedeney A., Haddad A. *Santé mentale du jeune enfant. Prévenir et intervenir*. Toulouse : Éditions érès, 2012 : 168 p.

• Absil G., Vandoorne C., Demarteau M. Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé. Liège : Appui en promotion et éducation pour la santé, université de Liège (Apès-ULg), 2012 : 19 p.

• Suesser P. (dir.). *Quelle PMI demain ? Dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités locales*. Toulouse : Éditions érès, 2012 : 256 p.

• Tissier J., Bouchouchi A., Glaude C., Legge A., Désir S., Greacen T. et al. Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Pratiques psychologiques*, 2011, vol. 17, n° 2 : p. 107-117. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/251663928_Une_intervention_preventive_communautaire_en_perinatalite

• Bourdillon F., Lenoble É., Giampino S., Suesser P. Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par des approches ciblées. *Santé publique*, 2011, vol. 23, H.S. : p. 181-188. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-181.htm?contenu=resume>

• **Jack S. Rôle du secteur de la santé publique face à la maltraitance des enfants au Canada.** *Maladies chroniques au Canada*, 2010, vol. 31, n° 1 : p. 46-51. En ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/31-1/PDF/Vol31n1-Article07-fra.pdf>

• **Suchocka A., Kovess-Masféty V. Promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants : revue de la littérature.** *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 164, n° 3, 2006 : p. 183-194.

• **Pioli D. Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle.** *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 2006, n° 1 : 15 p. En ligne : <https://journals.openedition.org/sejed/106#text>

OUTILS, GUIDES POUR LES PROFESSIONNELLS, APPROCHES

• **Ibanez G., Falcoff H., Denantes M., Magnier A.-M., Baunot N., Chauvin P. et al. Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales.** *Santé publique*, 2018, vol. 1, H.S. 1 : p. 89-97.

• **Colson S. Le guide de la puéricultrice. Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence.** Paris : Elsevier Masson, 2016, 4^e éd. : 1 280 p.

• **Observatoire national de protection de l'enfance (Onpe). Les Besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance. Note d'actualité.** Paris : Onpe, octobre 2016 : 125 p. En ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf

• **Violon M., Wendland J. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence.** *La Psychiatrie de l'enfant*, 2014, vol. 57, n° 2 : p. 581-616.

• **Fidry E., Claudon P., Saint-Gilles S. S., Siber-tin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité.** *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, vol. 62, n° 3 : p. 154-162.

• **Schofield G., Beek M. Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique.** Paris : Elsevier Masson, 2011 : 536 p.

• **Van Hooland M. Promotion de la santé en foyer de l'enfance : méthode d'éducation biographique pour la résilience.** Thèse de doctorat en psychologie sous la direction de Cerclé A. Rennes : université Rennes 2, 2011 : 1 209 p. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00794295/document>

• **Lessard D., Fafard G., Larocque R. Une approche novatrice d'analyse des besoins des enfants et de leur**

famille. Montréal, Québec : ministère de la Sécurité publique ; université de Montréal, septembre 2010 : 12 p. En ligne : <https://initiativeaides.ca/wp-content/uploads/2017/05/ACJQ2010.pdf>

• **Guedeney A., Dugravier R. Que peut-on réellement prévenir en santé mentale du jeune enfant ? (et comment s'y prendre).** In : *Familles et petite enfance*. Toulouse : Éditions érès, 2006 : p. 275-281.

• **Delforge B., Deroitte B., Mauroy M.-C. Vers la bientraitance de l'enfant et des familles : une expérience de travail de résilience en PMI.** In : *La Résilience : le réalisme de l'espérance*. Toulouse : Éditions érès, coll. Fondation pour l'Enfance, 2005 : p. 255-267.

ORGANISMES

• L'Observatoire national de la protection de l'enfance (Onpe), a été créé par la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. L'observatoire a pour objectif de mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter celle-ci. Depuis sa création, il s'est vu confier trois principales missions :

- améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs en recensant et en développant données chiffrées, études et recherches ;
- recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance ;
- soutenir les acteurs de la protection de l'enfance.

En 2016, l'Onpe a réalisé une revue bibliographique dans le cadre de la préparation de la démarche de consensus portant sur « Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance », organisée à la demande du ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes.

Les liens Internet mentionnés ont été consultés le 20 décembre 2018 et le 6 février 2019.

16^{ÈME} UNIVERSITÉ D'ÉTÉ FRANCOPHONE EN SANTÉ PUBLIQUE

Besançon, France
du 30 juin au 5 juillet 2019



Formations - Échanges - Débats - Conférences

contact: lara.destaing@univ-fcomte.fr



en collaboration avec:

- L'École de Santé publique, Faculté de médecine, Université de Lorraine
- L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne