

Atelier 3
« Prévention et soutien à la parentalité »

PROJET DE RAPPORT

**Président : Philippe JEAMMET, Professeur de psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris VI**

Rapporteur : Hélène SIAVELLIS (DGCS)

Co-rapporteurs : Brigitte LEFEUVRE, Nicole MATET (DGS)
François EDOUARD (UNAF)

27 Mai 2010



Sommaire



1. ETAT DES LIEUX

1.1. En période périnatale

1.1.1. Dispositifs existants

- [1] Le suivi et l'accompagnement des futures mères et des mères sont organisés autour de deux axes complémentaires
 - [a] Une surveillance médicale des femmes enceintes
 - [b] Une préparation à la naissance et à la parentalité
 - [c] L'entretien prénatal précoce
- [2] Le soutien à domicile lors du retour à la maison

1.1.2. Difficultés identifiées

- [1] Des difficultés liées à la mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce (EPP)
- [2] Un déficit d'écoute des besoins et des attentes au moment de la naissance
- [3] Après la naissance, l'offre et la demande de suivi et d'accompagnement ne se rencontrent pas
- [4] Le financement des interventions est segmenté
- [5] Il existe une hétérogénéité entre les territoires

1.2. Actions de prévention en faveur de l'enfant

1.2.1. Des dispositifs nombreux qui mériteraient d'être mieux articulés

- [1] La protection maternelle et infantile (PMI)
- [2] Les actions mises en œuvre au sein de l'école
- [3] Les autres actions et dispositifs mis en œuvre

1.1.2 Difficultés

- [1] Ceux qui en ont le plus besoin ne sont pas toujours rencontrés
- [2] Déficit en termes de réponse du système de soins
- [3] Contraste entre des actions en faveur du jeune enfant très diversifiées et bien structurées et le « creux » observé pour les 6-12 ans
- [4] Hétérogénéité des ressources d'un territoire à l'autre

2. ENJEUX

- 2.1. **Articuler la vocation généraliste des dispositifs et la réponse aux besoins spécifiques**
- 2.2. **Accompagner l'affirmation et le développement des compétences parentales et mettre en évidence la place des pères dans les dispositifs mis en œuvre**
- 2.3. **Privilégier la continuité des actions et l'articulation des professionnels entre eux par rapport aux actions de dépistage**
- 2.4. **Faire intervenir, pour chaque situation, en fonction du projet développé et des priorités, le(s) professionnel(s) compétent(s) pour la mise en œuvre des actions envisagées.**
- 2.5. **Conforter la compétence des professionnels de première ligne afin qu'ils se sentent en capacité d'accompagner les situations complexes.**
- 2.6. **Organiser la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité**



3. PROPOSITIONS

- 3.1. Valoriser l'entretien prénatal précoce
- 3.2. Mettre en œuvre un site internet dédié au soutien à la parentalité
- 3.3. Créer, auprès du ministre en charge de la famille, un comité de soutien au pilotage des dispositifs de parentalité
- 3.4. Éditer un livret parental présentant les besoins de l'enfant et promouvant une « coparentalité » responsable
- 3.5. Promouvoir un numéro unique d'appel pour les parents

4. SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS

ANNEXES

I - Liste des participants et personnes auditionnées

II - Fiches techniques

- A Fiche technique 1 : Entretien prénatal précoce
- B Fiche technique 2 : Descriptif des dispositifs en faveur de l'enfant

III - Auditions

- A Auditions des membres de l'atelier
- B Auditions sollicitées dans le cadre des travaux de l'atelier
- C Auditions réalisées à la demande d'associations

IV - Contributions

- A Contributions des participants à l'atelier
- B Contributions reçues sur le site

V - Documents en lien avec les travaux du groupe



MANDAT ET CHOIX DE METHODE

L'atelier 3 chargé de travailler sur le thème « prévention et soutien à la parentalité » a été invité, dans un délai de six semaines, à dégager des « préconisations » en termes de prévention des troubles de la relation parents-enfants et de soutien aux familles. Ces pistes devaient porter sur la coordination entre les divers acteurs publics et privés concernés, sur l'optimisation de certains outils, ainsi que sur le suivi des politiques. Elément majeur du mandat, l'atelier devait particulièrement prendre en compte la prévention précoce, en période périnatale.

Les travaux de l'atelier se sont tenus, en session plénière, dans le cadre de six demi-journées de travail. Etant donné le temps très bref accordé à cette analyse, l'atelier a choisi de centrer ses travaux sur deux périodes-clés du développement de l'enfant, la période périnatale et la prime enfance (avant l'âge de 6 ans), même s'il a été tenu compte de la période de la préadolescence. L'importance de la précocité des interventions, à laquelle s'ajoute le fait que des dispositions spécifiques à l'adolescence ont été mises en œuvre ces dernières années, - notamment dans le cadre du plan santé jeunes (programme maisons des adolescents, visites médicales annuelles à partir de 16 ans.) - ont conduit le groupe à ce choix.

Un autre choix de méthode a consisté à établir un programme d'auditions, à la fois à partir des difficultés rencontrées par les professionnels au quotidien, notamment dans l'application de la législation en vigueur (ex: dispositions issues de la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007), et à partir de l'analyse des pratiques, afin d'identifier, sur ces bases, des axes de progrès.

Il a été ainsi choisi d'appréhender les spécificités locales (notamment en termes de priorités assignées à la PMI selon les départements) en prenant en compte les orientations que se sont données un département semi-rural, un département rural et un département faiblement urbanisé de la région parisienne.

L'ensemble des modes d'intervention existant dans le champ du soutien à la parentalité et mis en œuvre par le milieu associatif (réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents, parrainage) ont été présentés en séance plénière. Une séance d'auditions a été consacrée, à leur demande, à des associations s'intéressant aux difficultés auxquelles se heurtent les parents dans l'exercice du partage de l'autorité parentale depuis les modifications apportées par la loi du 4 mars 2002 (exemple de la garde alternée).

Pour éclairer la réflexion, il a été fait appel à des équipes conduisant des recherches-actions dans le champ de la santé mentale du jeune enfant.

Les contributions reçues sur le site internet des Etats généraux ont toutes été prises en compte et ont fait l'objet d'une synthèse qui figure en annexe de ce document.

Ont été retenues comme telles les préconisations entrant directement ou indirectement (entretien prénatal précoce¹) dans le champ de compétence de la secrétaire d'Etat en charge

¹ Si l'entretien prénatal précoce est mis en œuvre à l'initiative du ministère de la santé, la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, dispose que cet entretien prénatal précoce doit être systématiquement proposé. En effet, la santé étant un état de bien-être physique mental et social (définition OMS, 1946), « la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire ». La santé est un « concept



de la famille. Les axes de progrès identifiés entrant spécifiquement dans le champ de compétence d'autres ministères ont été abordés dans la partie relative aux enjeux.

INTRODUCTION

Le soutien des familles occupe une place importante dans le dispositif français d'accompagnement du développement de l'enfant et de prévention de la maltraitance, tel qu'il s'est développé depuis 1945. Après l'aide matérielle aux familles, la guidance, le développement des services de PMI, ces dernières années ont vu émerger un nouvel intérêt pour la notion de parentalité. Cet intérêt s'est traduit par l'émergence de la notion soutien aux parents dans leur rôle et de prévention du risque de maltraitance, puis de danger (depuis 2007). Une mesure-phare est venue concrétiser cette approche : la création des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)². Par ailleurs, le plan périnatalité 2005-2007 a introduit une approche nouvelle de la périnatalité en soulignant qu'un dépistage des vulnérabilités propres à certains parents devrait permettre de développer un soutien et une aide personnalisée pour trouver des réponses adaptées et ainsi préserver l'enfant.

Il est vrai que l'ampleur des changements de la société, l'accueil de migrants de culture sensiblement différente, la transformation de la structure de la cellule familiale, son questionnement, l'évolution de la notion d'autorité, appelaient une réponse de la société dont la forme, les modalités d'expression et les finalités, qui en soutenaient la légitimité, demandaient une nouvelle formulation.

C'est d'ailleurs le sens des dispositions de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance qui permettent désormais d'intervenir en amont des difficultés - qu'elles soient de santé, scolaires, d'ordre social ou relationnel - et des conduites dangereuses pour la santé. Des modifications ont été apportées en ce sens au code de l'action sociale et des familles, d'une part en introduisant une dimension préventive dans le champ de la protection de l'enfance (Art L 112.3 du Code de l'Action sociale et des familles)³ et d'autre part en disposant que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant » (Art. L 112-4).

Les participants à l'atelier ont estimé que cette approche devait être confortée et que les travaux engagés par le groupe d'appui de la loi relative à la protection de l'enfance permettront d'actualiser la notion de parentalité⁴.

Les modalités d'aide proposées dans le cadre du soutien à la parentalité et de la prévention,

positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être » (Charte d'Ottawa, 1986).

² Les REAAP ont été mis en place par la circulaire DIF/DAS/DIV/DPM N°1999/153 du 9 mars 1999, suite à la conférence de la famille de 1998.

³ Le président du Conseil général a pour mission d'organiser : des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés (Article L2112-2 Modifié par [LOI n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - art. 8](#))

⁴ Ce groupe d'appui est animé par l'UNASEA et un sous-groupe travaille actuellement à la rédaction d'une fiche sur la définition de la parentalité et les liens avec le volet prévention de la loi du 5 mars 2007. Ce sous-groupe est composé de la direction générale de la cohésion sociale, de la CNAF, d'une représentante du Conseil général du Finistère, de l'ADSEA, de l'UNAPP et d'une scientifique, spécialiste de ces questions.



en particulier celles qui ont une dimension innovantes, sont présentées dans la partie constat du présent rapport. Il est apparu que leur mise en œuvre est extrêmement hétérogène sur le territoire national. Elles dépendent du bon vouloir local et, surtout, des motivations de quelques-uns. Cette hétérogénéité, si elle met en évidence la qualité de certaines expériences, ne permet pas d'évaluation et d'appréciation du rapport qualité-coût-effets. Elle révèle surtout une large méconnaissance des enjeux et de l'intérêt des démarches proposées par une partie des professionnels eux-mêmes. Les expériences sont indispensables pour montrer la faisabilité des mesures proposées, et en faire une première évaluation. Pour répondre le plus efficacement aux besoins de la population concernée, ces mesures doivent déboucher sur une vision d'ensemble. Cela n'exclut en rien des adaptations aux particularités locales comme de nouvelles expériences qui pourraient par la suite s'étendre si elles s'avèrent pertinentes.

Or les enjeux de la parentalité sont ceux de l'avenir de l'enfant. Le développement de ce dernier est déterminé par la rencontre entre son capital génétique et l'environnement. C'est la qualité des rencontres et des interactions qui favorise les expressions positives du développement des compétences de l'enfant et en limite les éventuelles potentialités négatives, destructrices et appauvrissantes.

Le choix de notre société républicaine, celui de l'égalité, a conduit à donner la priorité au développement de la santé et des compétences de l'enfant. Ce choix se traduit par un ensemble de mesures qui vont des aides financières à la scolarisation, en passant par la vaccination et des visites de santé. Ces actions peuvent paraître disparates, mais elles tirent leur cohérence de ce qui est leur finalité commune : la qualité du développement de l'enfant. Ces mesures ne sont pas laissées au choix de chacun, parents, enfants ou acteurs sociaux. Elles s'imposent, même si c'est avec des degrés de contrainte variables, par la seule valeur de leur objectif : l'enfant vaut bien qu'on lui consacre cette attention.

Il en est de même du soutien à la parentalité. Comme pour toutes les autres interventions, celle-ci n'a de sens que préventive. Elle ne peut reposer sur le seul constat de carence : l'enfant va mal, il aurait fallu aider ses parents. Bien sûr il faut toujours agir au mieux, même tardivement. Mais on n'attend pas la maladie pour penser à la vaccination.

C'est la reconnaissance de ces enjeux fondateurs qui conditionne les préconisations de l'atelier 3 :

- ♦ L'entretien prénatal précoce est une porte d'entrée privilégiée pour fonder le soutien à la parentalité, puis le suivi de l'enfant qui se poursuivra sous des formes différentes jusqu'à son adolescence.
- ♦ Cet entretien prend tout son sens, en effet, lorsqu'il s'inscrit dans un suivi du développement de l'enfant en y associant les deux parents dans la mesure du possible. C'est également l'objectif du livret parental.
- ♦ Le travail en réseau et l'orientation vers les professionnels concernés par les difficultés mises à jour au cours de cet entretien permettent d'assurer une continuité des prises en charge et rendent possible une meilleure organisation de celles-ci par les différents intervenants, dans le respect des compétences de chacun, sans oublier l'importance du soutien entre pairs (groupes de parents...). Le travail en réseau est essentiel pour favoriser le décloisonnement entre les différents acteurs concernés, l'échange des informations indispensables et accompagner l'évolution des pratiques dans la perspective d'un meilleur partage des tâches et d'une amélioration de l'accompagnement des parents dans leur rôle éducatif.



1. ETAT DES LIEUX

Le contexte démographique⁵ a fortement évolué au cours des trente dernières années. L'âge moyen à l'accouchement atteint pour la première fois en métropole l'âge de 30 ans et se situe dans la moyenne européenne. La fécondité se maintient à un niveau élevé en Europe à un niveau équivalent à celui de l'Irlande. En France, en 2009, 821 000 naissances ont été recensées. La part des enfants nés de mères âgées de plus de 35 ans progresse régulièrement et atteint 22%. Cette part a quadruplé en 30 ans. Enfin on assiste à une progression constante des naissances hors mariage, celles-ci concernant 53% des enfants en 2009. Cependant 75% des mineurs vivent en « famille traditionnelle » c'est-à-dire avec leur père et leur mère, mariés ou non, et 6% des enfants vivent dans une famille recomposée avec leur père ou leur mère et un beau-parent⁶. Les mineurs vivant dans une famille monoparentale sont 16%, mais seulement 10,3 % en ce qui concerne les enfants de moins de trois ans⁷. Enfin, les divorces prononcés en 2007 ont impliqué 136 042 enfants⁸.

1.1. En période périnatale

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur une préparation à la naissance et à la parentalité et un suivi médical.

1.1.1. DISPOSITIFS EXISTANTS

[1] Le suivi et l'accompagnement des futures mères sont organisés autour de deux axes complémentaires

[a] Une surveillance médicale des femmes enceintes :

La surveillance prénatale⁹ comporte, pour une grossesse allant jusqu'à son terme, 7 examens prénatals ainsi qu'un examen postnatal.

[b] Une préparation à la naissance et à la parentalité :

Une préparation à la naissance et à la parentalité est proposée en complément de la surveillance médicale :

- La prévention prénatale comporte un entretien prénatal précoce proposé, dans un cadre individuel, à toute femme enceinte.¹⁰

⁵ INSEE Première : résultats démographiques 2009, n° 1276, Janvier 2010

⁶ « 1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée » - Émilie Vivas, division Enquêtes et études démographiques, Insee

⁷ « Les familles monoparentales-Des difficultés à travailler et à se loger » Olivier Chardon, Fabienne Daguet, Émilie Vivas, division Enquêtes et études démographiques, Insee

⁸ Sur 134 480 divorces, 57% ont concerné un seul enfant mineur, 40,6 % deux enfants mineurs et 16,3 %, trois enfants mineurs et plus. La résidence en alternance a concerné 14,8% de l'ensemble des enfants dont les parents ont divorcé (Sources : Le Divorce, Ministère de la Justice, Juin 2009, et Infostat justice, n°104, janvier 2009)

⁹ Définie sur la base de l'article L.2122-1 du code de la santé publique (CSP), par les articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du CSP.

- un premier examen prénatal avant la fin du troisième mois de grossesse, puis :

- un examen prénatal mensuel à compter du 4ème mois de grossesse.

- un examen postnatal qui est réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

En parallèle, 3 échographies sont recommandées pendant la grossesse (une par trimestre de grossesse).



- Sept séances de préparation à la naissance, réparties au cours de la grossesse, sont également proposées aux femmes enceintes¹¹.
- Par ailleurs un suivi peut être organisé après la naissance, notamment en cas de sortie précoce

[c] *L'entretien prénatal précoce [voir fiche technique 1]*

L'entretien prénatal précoce (EPP) peut être, et doit être, dans l'esprit du groupe, un moment-clé pour parler de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant. Il permet de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets de la femme et du couple, et permet également de donner les informations utiles au déroulement de la grossesse. Il permet notamment d'aborder un certain nombre de questions relatives à l'environnement psychosocial de la grossesse, telles que les conduites addictives, les situations de précarité et de vulnérabilité. Cette rencontre doit être un temps de partage des connaissances sur la grossesse et le développement de l'enfant.

[2] Le soutien à domicile lors du retour à la maison

Outre les sages-femmes qui interviennent au domicile dans la période post-natale, les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) mettent en œuvre un soutien de proximité au domicile des familles. Ceux qui interviennent auprès des jeunes accouchées doivent pouvoir bénéficier d'une formation spécifique.

Les activités de la vie quotidienne constituent le support privilégié de l'intervention des TISF. En appui de ces actes, ils proposent ou transmettent l'ensemble des savoirs nécessaires à leur réalisation par les personnes elles-mêmes. Ils contribuent au développement de la dynamique familiale et tout particulièrement par le soutien à la fonction parentale.

Les interventions s'inscrivent dans un large éventail, depuis l'accompagnement de la famille et le soutien à la parentalité proposés par les caisses d'allocations familiales jusqu'aux interventions de prévention des risques de danger pour l'enfant assurées au titre de l'aide sociale à l'enfance.

Les objectifs principaux de l'action des TISF sont :

- d'accompagner les parents dans leurs fonctions parentales dans les actes de la vie quotidienne
- de contribuer à l'identification des situations de risques pour l'enfant
- de favoriser l'insertion sociale ou l'intégration des familles dans leur environnement.

Un soutien précoce des familles dans leur environnement est par ailleurs mené par les puéricultrices des services de protection maternelle et infantile, dont le rôle est décrit plus loin, qui effectuent des visites à domicile en période post-natale, à la demande ou avec l'accord des familles, en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers.

¹⁰ Cet entretien précoce est assuré soit par une sage-femme (du secteur hospitalier, libéral ou d'un service de PMI) soit par un médecin (gynécologue obstétricien ou médecin généraliste).

¹¹ Des recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à la *Préparation à la Naissance et à la Parentalité (HAS novembre 2005)*. Ces recommandations précisent les conditions de mise en œuvre de la conduite de l'entretien, les contenus à aborder, le suivi, la synthèse de l'entretien.



Ces visites s'effectuent le plus souvent sur critères tels que la primiparité, la prématurité, les grossesses multiples, le jeune âge de la mère, le décès antérieur d'un enfant, l'hospitalisation de l'enfant à la naissance, la naissance d'un enfant porteur de handicap, des difficultés socio-économiques connues.

Au cours de ces visites, les puéricultrices conseillent les parents sur les soins physiques et psychiques de l'enfant, les conditions nécessaires à son bien être, son développement, sa sécurité. Elles observent, soutiennent et valorisent le lien parent-enfant. Elles peuvent proposer une aide à domicile par une TISF, orienter si nécessaire vers une prise en charge psychologique.

1.1.2. DIFFICULTES IDENTIFIEES

[1] Des difficultés liées à la mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce (EPP) n'a pas encore produit tous ses effets car cette mesure, contenue dans le plan périnatalité 2005-2007, touche à l'évolution des pratiques professionnelles, ce qui nécessite du temps (cf. fiche technique 1).

En outre, il ressort des interventions et des études présentées dans cet atelier que les médecins (médecins généralistes et gynécologues obstétriciens) sont insuffisamment informés ou insuffisamment convaincus pour présenter à leurs patientes l'intérêt que constitue pour elles cet entretien.

[2] Un déficit d'écoute des besoins et des attentes au moment de la naissance

L'accouchement et les jours qui suivent la naissance requièrent qu'une écoute attentive soit offerte aux parents. En effet, pour qu'une relation de confiance s'instaure, il faut un personnel disponible et allant au devant des mères et des parents afin de favoriser les liens d'attachement avec le nouveau-né. Les femmes sentent très bien lorsqu'elles ne peuvent pas s'exprimer, parce que les personnes qui souhaiteraient leur consacrer du temps n'en ont pas toujours les moyens ou privilégient dans leur prise en charge les aspects liés à la sécurité au détriment de la dimension émotionnelle.

Aux yeux des participants à l'atelier, la naissance est parfois « sur médicalisée » : si l'hôpital satisfait aux besoins médicaux, il ne prend pas toujours suffisamment en compte les attentes des futures mères. L'énergie apparaît surtout utilisée au service de la technique et le rôle d'écoute des professionnels n'est pas suffisamment pris en compte dans leur charge de travail.

Les pratiques en maternité (le lieu où on accouche et où naît un enfant) ne portent pas une attention suffisante à la relation avec les futurs parents (à considérer comme les premiers acteurs du projet) et à la façon dont elles pourraient s'organiser pour être moins perçues comme des services hospitaliers qui prennent en charge des patients, distribuent "les soins" selon l'efficacité d'une équipe¹². Le séjour en maternité n'est pas suffisamment l'occasion de donner confiance aux futurs parents en leurs capacités (d'adaptation, de création) en les

¹² L'exemple du service de suites de couches du CHU d'Oslo (Norvège) a été donné en exemple: pour les patientes ne présentant pas de pathologie (hypertension, césarienne), il n'y a pas de soins. Le couple bénéficie d'une chambre (où un aîné peut aussi séjourner), une salle à manger est disponible. Le personnel est là, disponible, et intervient sur la demande du couple.



laissant éprouver celles-ci.¹³ La confiance en soi commence par la confiance dont l'on bénéficie.

Les équipes de maternité devraient pouvoir proposer aux femmes, dont la grossesse se déroule normalement, un suivi et un accompagnement individualisé respectant ce caractère physiologique¹⁴.

[3] Après la naissance, l'offre et la demande de suivi et d'accompagnement ne se rencontrent pas

Alors que les parents sont demandeurs d'un accompagnement, les interlocuteurs apparaissent difficiles à identifier.

Une enquête, réalisée par l'UNAF et le CIANE, a montré que si le rôle des différents acteurs - relevant du service de PMI, sages femmes, médecins généralistes et pédiatres - paraît essentiel lors du retour au domicile, il semble qu'il y ait parfois une mauvaise ou insuffisante information des femmes quant à l'aide qu'elles peuvent trouver auprès de ces professionnels ou structures. A la question « Vous auriez aimé être mieux soutenue ? » 26,9% (soit 256 femmes) répondent par l'affirmative. Nombreuses sont celles qui évoquent leur désarroi lors du retour au domicile. D'autres souhaiteraient que les aides ainsi que la durée du congé de maternité soient plus importantes. Enfin certaines jeunes mères regrettent que l'on se soucie peu de leur suivi psychologique.

[4] Le financement des interventions est segmenté

Les prises en charge des interventions de techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) en sont une illustration : 60 heures peuvent être financées par la Caisse d'allocations familiales au titre de grossesses pathologiques. Le Conseil général intervient quant à lui, en relais ou non, au titre de la prévention et du soutien à la parentalité.

[5] Il existe une hétérogénéité entre les territoires

Cette hétérogénéité a pu être constatée notamment en termes de moyens humains et de formation des professionnels.

1.2. Actions de prévention en faveur de l'enfant

Le dispositif de prévention en faveur de l'enfant s'est notablement enrichi et diversifié au fil des ans. Il est d'autant plus frappant d'observer qu'il continue de souffrir d'une discontinuité dans le suivi de l'enfant. Situation d'autant plus paradoxale que ce dispositif tire une part de

¹³ Combien de couples ont-ils pu baigner leur enfant eux-mêmes lors du séjour à la maternité, ou bien à l'heure qui leur convient, alors même que d'autres gestes de « soin » leur sont présentés comme étant "obligatoires" (le nettoyage systématique des narines ou des yeux, même s'ils sont propres).

¹⁴ C'est en ce sens que s'est prononcé le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) qui préconise la diversification de l'offre de soins par la création de filières physiologiques, comme elles existent dans d'autres pays européens : création d'une filière sous la gouvernance des sages-femmes, incluant les maisons de naissance et l'accouchement à domicile.



sa légitimité du souci d'éviter les effets pathogènes des ruptures et des discontinuités des liens d'attachement de l'enfant. Cette discontinuité dans les actions mises en œuvre en faveur de l'enfant est particulièrement criante entre l'âge de 6 ans et l'adolescence, véritable « trou noir » du suivi. Les actions en faveur du soutien à la parentalité pourraient être l'occasion de pallier ces ruptures en joignant suivi de l'enfant et soutien à la parentalité.

1.2.1. DES DISPOSITIFS NOMBREUX QUI MERITERAIENT D'ÊTRE MIEUX ARTICULÉS (cf. fiche technique 2)

[1] La protection maternelle et infantile (PMI)

Sous l'approche des besoins de l'enfant en matière de développement et de conseils de puériculture, la PMI effectue un travail de soutien à la parentalité souvent sur la durée, les consultations veillant à ce que les enfants en ayant le plus besoin bénéficient d'un suivi régulier. La salle d'attente peut être aussi le lieu d'information concernant les actions de soutien à la parentalité, d'animations autour du jeu ou de rencontres de parents avec un professionnel.

Dans le domaine du soutien à la parentalité, la visite précoce de la puéricultrice joue un rôle important (cf. « Période périnatale »). Elle s'effectue le plus souvent sur critères de risque (« clignotants »)¹⁵. Elle peut faire suite à un suivi au cours de la grossesse, dans le cadre ou non d'un réseau, à un contact entre les puéricultrices et la maternité, à une demande des services sociaux. Enfin, les puéricultrices peuvent travailler à partir de certains éléments du premier certificat de santé reçu à la PMI.

Selon les politiques départementales, les besoins et les moyens, les services de PMI peuvent organiser des actions en faveur de la parentalité ou y participer: groupes de parents par exemple.

Environ 20% des enfants ont été suivis en PMI¹⁶ en métropole, en 2006, (50% à 60% pour les moins de 1 an) mais il existe de grandes disparités selon les départements, les « circonscriptions », les villes et même les quartiers. Bien que le dispositif de PMI ait une vocation généraliste, les politiques locales peuvent décider d'en faire bénéficier les populations les plus vulnérables, en particulier sur le plan socio-économique. C'est tout particulièrement le cas en ce qui concerne la visite à domicile, un peu moins en ce qui concerne les consultations.

[2] Les actions mises en œuvre au sein de l'école

Le plus souvent de manière informelle, ou dans le cadre d'un protocole, les professionnels de santé sont en contact avec l'enseignant qui peut avoir repéré des signes indiquant un trouble sensoriel, du langage, ou tout autre difficulté. En plus du document de liaison réglementaire, certains départements ont développé un temps de rencontre entre médecins de PMI et de l'éducation nationale pour discuter les dossiers transmis.

Le bilan de 3-4 ans

¹⁵ Ex. : la primiparité, la prématurité, les grossesses multiples, le jeune âge de la mère, un décès d'enfant précédent, des difficultés socio-économiques connues

¹⁶ Étude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse. JOURDAIN-MENNINGER Danièle, ROUSSILLE Bernadette, VIENNE Patricia, LANNELONGUE Christophe, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales



Les chiffres relevés par la DREES ne sont pas encore définitifs pour 2007 et 2008 (certains départements n'auraient pas encore répondu) mais on peut avancer un chiffre d'au moins 60% de « bilans » réalisés. Cependant ces chiffres ne permettent pas de savoir si l'enfant a bénéficié d'une visite complète, d'un bilan sensoriel ou les deux. En effet, ces examens reposent sur une partie « dépistage » en particulier visuel et auditif, et sur une visite médicale, et une répartition des tâches entre la puéricultrice (ou l'infirmière) et le médecin de PMI.

Les moyens, attribués à l'ensemble des tâches de PMI, ne permettent pas, ou rarement, de faire bénéficier l'ensemble d'une classe d'âge d'un examen complet, d'autant qu'à l'ampleur des tâches s'ajoutent des difficultés de recrutement. Les solutions utilisées sont diverses : mettre l'effort sur certains quartiers - ou sur les dépistages sensoriels réalisés par l'infirmière - l'examen médical complet ne concernant que des enfants sélectionnés.

La visite médicale d'entrée au cours préparatoire

Au cours de l'année 2008-2009, 65,2% de la tranche d'âge a bénéficié de cette visite médicale (indicateur LOLF). La visite médicale est réalisée en priorité dans les quartiers définis comme prioritaires en matière d'éducation : les réseaux ambitions réussite (254 quartiers) sont spécifiquement couverts.

L'évolution générale de la démographie médicale dans le sens d'une diminution du nombre de médecins n'est pas sans répercussion sur le nombre de médecins à l'Education nationale.

Au cours des échanges, il est apparu qu'une visite médicale systématique, avec un objectif de réalisation à 100% de la tranche d'âge, n'est pas nécessairement pertinente dans un objectif de protection de l'enfance : c'est le travail en réseau dans les écoles et l'alerte par les professionnels en contact avec les élèves et formés à cette problématique qui permettent le repérage et le dépistage des enfants en danger ou en risque de l'être.

[3] Les autres actions et dispositifs mis en œuvre

Ce sont, détaillés dans la fiche technique 2 :

- ♦ Les ateliers santé ville
- ♦ Les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP)
- ♦ Les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)
- ♦ Les groupes de parents (communication au sein de groupes de pairs)
- ♦ Le parrainage de proximité
- ♦ La téléphonie sociale

1.2.2. DIFFICULTES

[1] Ceux qui en ont le plus besoin ne sont pas toujours rencontrés

Les examens de prévention proposés à titre systématique ne touchent pas nécessairement le public le plus vulnérable.



De plus certains parents vulnérables non seulement sont dans l'incapacité de faire les démarches pour bénéficier de l'aide disponible mais peuvent au contraire fuir ces dispositifs en lesquels ils n'ont pas confiance.

[2] Déficit en termes de réponse du système de soins

Fréquemment, alors même qu'un besoin est identifié, il est difficile d'orienter l'enfant. On se heurte aux délais d'une liste d'attente qu'il s'agisse des consultations en pédiatrie, en pédopsychiatrie ou au centre médico-psycho-pédagogique [CMPP] - parfois même au centre de PMI (qui peut ne pas être accessible sans rendez-vous, même pour une simple pesée du bébé).

[3] Contraste entre des actions en faveur du jeune enfant très diversifiées et bien structurées et le « creux » observé pour les 6-12 ans

A titre d'exemple, alors que 20 examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie¹⁷ entre la naissance et l'âge de 6 ans¹⁸, (9 au cours de la première année, 3 pendant la deuxième année puis 8 de la troisième à la sixième année¹⁹)²⁰, aucun examen systématique n'est actuellement réalisé au-delà de l'âge de six ans.

Cependant, la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance a instauré 3 nouveaux examens à 9, 12 et 15 ans, non encore mis en œuvre. Un examen médical est également prévu par les textes lors de la journée de préparation à la défense.

[4] Hétérogénéité des ressources d'un territoire à l'autre

Non seulement les ressources mais les besoins sont hétérogènes d'un territoire à l'autre et bien souvent ce sont les mêmes territoires qui cumulent les difficultés : bas niveau socioéconomique de la population, faible implantation des ressources de santé.

L'implantation et les moyens des services médico-sociaux est loin de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins. Par exemple, les difficultés actuelles rencontrées par un certain nombre de services de protection maternelle et infantile les contraignent à modifier leurs interventions et à renoncer aux actions à vocation généraliste pour effectuer exclusivement des actions ciblées sur certaines populations.

2. ENJEUX

2.1. Articuler la vocation généraliste des dispositifs et la réponse aux besoins spécifiques

La nécessité d'une vocation généraliste des dispositifs de soutien à la parentalité, qui s'adressent à l'ensemble des parents, en s'appuyant sur la valorisation des compétences de

¹⁷ Loi du 10 juillet 1970

¹⁹ 8^{ème} jour, tous les mois de 1 à 6 mois, 9^{ème} mois, 12^{ème} mois, 16^{ème} mois, 24^{ème} mois puis tous les six mois.

²⁰ Le rapport « Santé, adolescence et familles » préparatoire à la Conférence de la Famille 2004 avait déjà souligné une insuffisante prise en charge des 6-12 ans. Une meilleure répartition, au cours de l'enfance, des examens obligatoires faisait partie de ses préconisations : « Entre 0 et 6 ans les enfants bénéficient de 20 examens intégralement pris en charge par l'assurance maladie. En revanche, entre 6 et 12 ans, rien de tel n'est prévu. Or durant cette période de nombreux troubles peuvent être détectés et traités. Une meilleure répartition de ces examens sera recherchée ; leur nombre pourra être légèrement accru afin de mieux couvrir la période entre 6 et 12 ans. A titre expérimental, les compétences de la PMI peuvent connaître une extension sur cette tranche d'âge ».



ces derniers, a été soulignée tout au long des travaux du groupe. Dans le même temps, une politique publique doit être conduite pour répondre aux besoins de populations plus vulnérables, pour lesquelles la prévention doit être confortée.

La vocation généraliste suppose une approche non ciblée. Or aujourd'hui la question de la définition de critères est un sujet qui apparaît comme particulièrement sensible pour certains, alors même que les interventions à domicile des puéricultrices se font le plus souvent à partir de certains critères de risques²¹ très jeune âge de la maman, déclaration de grossesse tardive, dépression du post-partum, décès d'enfant précédent, 1^{er} enfant, accouchement prématuré, grossesses multiples, enfant hospitalisé à la naissance, enfant porteur d'un handicap, observation par le personnel soignant des difficultés du lien maman-enfant, difficultés socio-économiques connues. Outre les critères de vulnérabilité établis par les services de PMI, différents exemples d'outils et dispositifs favorisant la prise en compte de ces critères ont été cités: les conventions de liaison permettant le partage avec les hôpitaux de critères de vulnérabilité, les staffs de parentalité, le réseau périnatal régional.

Comme rappelé, dans le cadre des travaux, par la représentante de la PMI de l'Hérault, deux approches doivent être considérées comme indissociables : une approche collective et égalitaire (public naturel) à laquelle s'ajoute le cas échéant une approche ciblée visant à réduire les inégalités (public éloigné et/ou empêché). Cette approche ciblée suppose la mise en place d'actions ou d'outils qui devraient être partagés par l'ensemble des acteurs concourant aux missions de protection maternelle et infantile, notamment les acteurs de la périnatalité.

On sait que les personnes qui sont le plus en difficulté et pourraient le plus bénéficier d'un soutien sont parfois précisément celles qui le redoutent le plus, souvent parce que c'est à leurs yeux, et parfois aussi aux yeux de leurs interlocuteurs, la preuve de leur incompétence, de leurs échecs, de leur dévalorisation. Gagner leur confiance peut demander du temps et c'est à ce temps qu'ils vont tenter d'échapper en disparaissant. Personne ne choisit d'être en difficulté et d'aller mal, mais on peut avoir la tentation de s'y enfermer par peur de la confrontation avec les autres. Être au clair sur le fait que ce suivi se fait dans l'intérêt commun de l'enfant et de ses parents peut faciliter la compréhension du sens de l'ensemble des mesures apportées par la société. Dans ce cadre, pour les parents, reconnaître avoir des difficultés et même des impossibilités à s'occuper de l'enfant n'est pas une honte mais une force qui doit permettre de trouver ensemble une solution qui s'imposera d'autant plus qu'on en comprendra la raison.

2.2. Accompagner l'affirmation et le développement des compétences parentales et mettre en évidence la place des pères dans les dispositifs mis en œuvre

Les deux piliers environnementaux du développement de l'enfant sont, dans notre société, les adultes qui exercent la fonction parentale et les acteurs de la socialisation²² de l'enfant en particulier les professionnels des modes de l'accueil et les enseignants. A ces piliers

²¹ Déjà cités : très jeune âge de la maman, déclaration de grossesse tardive, dépression du post-partum, décès d'enfant précédent, 1er enfant, primiparité, accouchement prématuré, grossesses multiples, enfant hospitalisé à la naissance, enfant porteur d'un handicap, observation par le personnel soignant des difficultés du lien maman-enfant, difficultés socio-économiques connues...



classiques il convient d'ajouter les pairs et bien sûr de plus en plus les médias (radio, TV et Internet).

Si tous ces acteurs interviennent à des degrés divers, le rôle des parents, particulièrement au cours des premières années de la vie, reste le plus déterminants. Ils sont les premiers à agir, depuis la grossesse, et sont l'objet principal des premiers attachements. Les conditions de vie affective et matérielle dans lequel vit le bébé puis l'enfant, la fiabilité de l'entourage en résonance avec le tempérament de l'enfant conditionnent largement la confiance qu'il aura en lui et dans les autres et sa capacité à gérer ses émotions. Un contexte environnemental de haut niveau d'expression émotionnelle, notamment d'anxiété, a des effets potentiels désorganisateur sur les capacités de développement et d'apprentissage de l'enfant.

Les actions de soutien à la parentalité visent avant tout à permettre à des parents d'être conscients de leurs compétences, à les valoriser, à les conforter dans leur rôle et ainsi à les accompagner à développer leur savoir-faire éducatif, leur appétence à prendre soin de leur enfant.

L'échange entre pairs, avec cette finalité de soutien à la parentalité, est à cet égard riche de partage d'expériences et de moyens pour faire face aux situations qui peuvent inquiéter, voire déstabiliser des parents avec leurs enfants.

Il s'agit d'un des objectifs des REAAP, créés en 1999 par l'Etat, sur la base du constat que « la famille est le premier lieu de construction de l'enfant et de transmission des valeurs, et de ce fait, elle joue un rôle fondamental dans la cohésion sociale. Dans cette fonction d'éducation de leurs enfants, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés»²³.

Au cours des auditions, il est apparu que des pères²⁴ ont pu exprimer le regret que les interventions ne s'adressent que très peu à eux si l'on compare avec ce qui est proposé aux mères.

²² Cf. Toutes les actions solidarité mises en œuvre au niveau institutionnel ou par la société civile – associative – reprises par ailleurs dont le parrainage de proximité.

²³ Circulaire Dif/Das/Div.Dpm n°99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents.

²⁴ Les auteurs d'une étude parue dans JAMA, concluent qu'environ un jeune père sur dix connaît des troubles dépressifs avant et après la naissance de son enfant ((James F. Paulson et Sharnail D. Bazemore – Norfolk, Virginie – JAMA, 19 mai 2010, vol 303, n° 19, pp 1961-1969).



2.3. Privilégier la continuité des actions et l'articulation des professionnels entre eux par rapport aux actions de dépistage²⁵

L'entretien prénatal précoce est l'occasion d'une rencontre qui doit permettre de prendre date pour un accompagnement organisé pour les années à venir en sachant qu'il est normal d'avoir des moments difficiles, des peurs, des interrogations et que l'important est surtout de ne pas s'enfermer. Le suivi proposé est avant tout l'assurance pour les parents de ne pas être seuls dans une impasse et qu'une porte peut toujours s'ouvrir pour les accueillir. C'est aussi le moment privilégié pour introduire, si c'est possible, le père dès ce premier échange et prévoir de l'associer d'une façon ou une autre au suivi.

Des initiatives telles que l'organisation de réunions pour que les acteurs d'un territoire se connaissent, l'instauration de collaborations médico-psychologiques autour de la naissance, la personnalisation des liens interinstitutionnels (PMI et école, PMI et CMP, école et CMP et/ou CMPP) ont fait la preuve de leur efficacité. Le but est de favoriser les échanges entre professionnels dans le respect de leurs champs de compétences.

Parmi les modalités envisagées dans le cadre des travaux de l'atelier on peut citer :

- La mise en place d'une consultation de sortie de réseau de périnatalité
- La mise en place de référents pour le suivi des situations
- L'exploration de la piste d'un réseau petite enfance : c'est le travail en lien de tous les professionnels, chacun à sa place, et tout d'abord des enseignants qui voient l'enfant au quotidien et sont en contact avec les parents, puis des professionnels de santé (PMI et santé scolaire) qui permet le meilleur repérage de difficultés et sur lequel peut reposer le soutien aux parents. Il y a lieu d'associer également, lorsqu'ils sont présents, les acteurs associatifs et de développer la collaboration dans un principe de reconnaissance mutuelle du rôle de chacun.

2.4. Faire intervenir, pour chaque situation, en fonction du projet développé et des priorités, le(s) professionnel(s) compétent(s) pour la mise en œuvre des actions envisagées.

Alors qu'on parle le plus souvent de visites médicales, ces dernières ne constituent pas nécessairement l'approche la plus adaptée pour le soutien à la parentalité. Elles offrent un terrain « neutre » non stigmatisant de rencontre avec la famille, mais ce n'est pas nécessairement le seul. D'autre part, leur objectif principal est d'abord médical. Le médecin, expert pour la santé, n'est pas nécessairement l'interlocuteur le plus pertinent, à toutes les étapes de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant, pour un accompagnement de la parentalité.

La prévention et le soutien à la parentalité nécessitent une approche pluri-professionnelle et interdisciplinaire par les professionnels de santé, de la petite enfance, du champ social, qu'ils soient libéraux, salariés du secteur public ou des associations. Tous doivent jouer leur rôle dans le respect des compétences spécifiques à chaque métier et propres à chacun.

²⁵ « Il est essentiel de choisir le plus souvent possible des stratégies de prévention qui associent un ensemble cohérent de mesures, comme l'avait proposé en addition à son soutien à l'entretien du 4^{ème} mois, le rapport préparatoire au plan national *Violence et santé* : 1) développer les visites à domicile pendant la grossesse et après la naissance, ce qui peut s'avérer indispensable dans le cas de très jeunes enfants qu'on ne voit parfois jamais hors du foyer familial ; 2) trouver des solutions rapides au raccourcissement du séjour en maternité ; 3) encourager les staffs de parentalité, système favorisant, pendant la grossesse, des réunions de tous les intervenants internes et externes, dont les médecins libéraux, trop souvent oubliés dans ce type de dispositifs »



Pour prendre en compte les événements multi-factoriels qui contribuent à créer, à développer de la vulnérabilité pendant la grossesse, au moment de la naissance, de la petite enfance, les professionnels ont l'obligation de développer leur complémentarité, leur approche généraliste, tout en étant vigilant au respect des spécificités, aux « expertises » de chaque métier.



2.5. Conforter la compétence des professionnels de première ligne afin qu'ils se sentent en capacité d'accompagner les situations complexes.

Dans le cadre des actions de soutien à la parentalité, toutes les situations complexes ne relèvent pas nécessairement du champ de la psychologie ou de la pédopsychiatrie. Les professionnels de santé, ceux qui sont le plus souvent dans la proximité, dans l'accompagnement concret, qui rencontrent de façon régulière la famille, doivent être en capacité d'entrer en relation avec les parents, de détecter des situations potentiellement à risque, de savoir comment se comporter et avoir suffisamment confiance en leur savoir-faire professionnel pour accompagner efficacement la famille.

Ces professionnels doivent bénéficier de formations professionnelles continues sur les questions relationnelles, tout autant que sur celles contribuant à mieux poser un diagnostic de la situation. Les formations n'auront pas pour objet de faire de chaque professionnel un « psy », mais de leur donner confiance en leurs compétences. Par exemple, il n'y a pas besoin de spécialistes dans toutes les actions, mais de professionnels de santé généralistes en capacité de remplir ce rôle. Ces temps de formation atteindront d'autant plus leurs objectifs qu'ils seront réalisés en équipe pluri-professionnelle, pluridisciplinaire.

A cette fin, il est préconisé de permettre aux TISF et au personnel de l'encadrement des interventions à domicile de participer à des actions de formation professionnelle continue pour qu'ils disposent de plus d'expertise lors d'interventions dans un contexte de dépression du post-partum, de dysfonctionnement dans la relation mère-enfant ou de rupture avec le père. et d'en référer.

Il est par ailleurs indispensable que ces professionnels de première ligne aient des référents bien identifiés, spécialisés cette fois, vers lesquels ils pourront se tourner chaque fois qu'ils en auront besoin pour obtenir un avis, un conseil ou envisager une orientation.

2.6. Organiser la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité

Si la période entourant la naissance et la première enfance bénéficie d'outils (entretien prénatal précoce) ou de dispositifs (PMI) spécifiques, si des actions se développent en faveur des adolescents (maisons des adolescents, points d'accueil écoute jeunes...), on peut constater un « trou noir » dans les dispositifs mis en œuvre en faveur des 6-12 ans (âge de l'école primaire). Il importe de le combler celui-ci en organisant un lien entre les dispositifs « petite enfance », ceux mis en œuvre pour les 6-12 ans et les dispositifs prévus pour les adolescents.



Par ailleurs, une priorité vis-à-vis des parents d'enfants de 6-12 ans semble devoir constituer un axe de travail prioritaire.

Ces aménagements nécessaires pourraient faire partie des attributions d'un comité de soutien à la parentalité, garant d'une meilleure coordination des actions.

En effet, le rapport de la Cour des comptes sur les politiques d'accompagnement des parents de janvier 2009, dans son chapitre intitulé « les politiques de soutien à la parentalité » a préconisé la création d'une instance nationale de pilotage unique de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement des familles dans leur rôle de parents (REAAP, « Point Info Famille », accompagnement à la scolarité, médiation familiale, conseil conjugal et familial etc.).

On peut rappeler le rapport positif de l'IGAS de 2004 sur l'évaluation du dispositif REAAP qui, fondant son analyse sur quatre critères d'évaluation (pertinence, efficacité, efficience, impact du dispositif), concluait à un concept pertinent, bien réparti sur le territoire, ancré dans la proximité, à multiples entrées (microprojets) mais dont la mesure de l'impact en termes de changements de comportements familiaux étaient difficile à évaluer.

C'est donc dans ce contexte qu'une réflexion sur la **réforme du pilotage des dispositifs d'appui à la parentalité** soutenus par l'Etat (REAAP, CLAS, parrainage de proximité, médiation familiale, PIF) a été engagée par la DGCS²⁶.

Il est envisagé de créer une instance de pilotage unique, à savoir un comité national de soutien à la parentalité placé auprès du secrétaire d'Etat en charge de la famille et de la solidarité. Cette instance serait déclinée localement par des comités départementaux de soutien à la parentalité regroupant l'ensemble des acteurs concernés.

3 - PROPOSITIONS

3.1. Valoriser l'entretien prénatal précoce

La grossesse est un moment privilégié de rencontre entre parents et professionnels, par ce qu'elle représente de positif, de révélation des capacités créatrices des parents, mais aussi par ce qu'elle signifie d'interrogations, d'attentes, et d'incertitudes à bien des égards. Le plus grand facteur d'anxiété et de peur est la solitude. Cette rencontre en est un remède possible et naturel si elle est créatrice de confiance.

Au début de la grossesse, l'EPP constitue un temps qui permet aux futurs parents de formuler ces interrogations, ces attentes et ces doutes. Il permet également aux professionnels d'établir des liens positifs avec les futurs parents et de soutenir leurs capacités à devenir parents.

²⁶ Des travaux sont en cours entre le ministère des affaires sociales et le ministère de l'intérieur pour définir les contours du comité national de la parentalité prévu par le plan national de prévention de la délinquance en septembre 2009 (mesures 33 et 34)



Il y a lieu de rappeler que l'entretien prénatal précoce n'a pas de caractère obligatoire mais qu'il devrait être systématiquement proposé²⁷. Alors que cette mesure était une des mesures centrales du plan périnatalité, puisqu'il s'agit d'une approche personnalisée, visant à « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents, l'entretien prénatal précoce reste insuffisamment connu à la fois des femmes enceintes et des professionnels qu'elles rencontrent à l'occasion de la déclaration de grossesse²⁸. Cet entretien s'adresse à toutes les femmes et à leur conjoint (quelle que soit leur origine culturelle ou leur situation socio-économique), mais il est à craindre que les femmes les plus vulnérables aient encore moins accès à cette information que les autres.

Les premiers résultats d'une étude en cours de réalisation²⁹ ont par ailleurs montré que la confiance établie en période périnatale facilite le suivi des nourrissons. Les parents reviennent, en effet, plus volontiers vers les professionnels de santé, ce qui permet d'assurer le suivi de l'enfant dans des conditions de confiance et, éventuellement, de dépister d'éventuelles petites anomalies dans son développement, méritant un accompagnement particulier.

La proposition consiste, en complément d'une **communication grand public, à valoriser l'EPP en communiquant largement sur son intérêt dans deux directions :**

- ♦ Intensifier l'information des professionnels
 - Sensibiliser les professionnels de santé qui sont les premiers contacts de la femme enceinte (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes exerçant en secteur libéral, hospitalier ou en PMI) afin qu'ils soient en mesure, soit d'effectuer eux-mêmes cet entretien, soit d'orienter leurs patientes vers un professionnel formé à sa réalisation.
 - Développer une communication adaptée auprès des professionnels sociaux, pour qu'ils informent les futures mères des objectifs et de la possibilité de bénéficier de cet entretien.
- ♦ Informer les femmes (les couples) en tout début de grossesse et par tous moyens de l'existence de cet entretien et de son intérêt, afin qu'elles puissent en parler avec le professionnel qui effectue la déclaration de grossesse.

Les modalités de communication ciblée sont notamment les suivantes :

- ♦ Communication par les réseaux de périnatalité (courrier, affiches, ...),
- ♦ Diffusion, organisée par les conseils généraux, du carnet de santé de maternité à toute femme enceinte en début de grossesse. Ce carnet comporte depuis 2007 une information spécifique sur cet entretien.

²⁷ Article L2112-2 modifié par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 1 JORF 6 mars 2007 ; « Le président du conseil général a pour mission d'organiser : 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ; 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ; 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ; 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

²⁸ Enquête Parentalité réalisée par l'UNAF et le comité inter associatif autour de la naissance (cf. Annexes)

²⁹ Etude portant sur des enfants revus aux âges de 1 et 2 ans dans un réseau de cliniques privées, à Montpellier (cf. Annexes)



- Présentation de l'EPP dans l'ensemble des documents adressés aux femmes enceintes par la CPAM ou la CAF...)
- Information dans le cadre du réseau associatif généraliste [UNAF] ou ciblée (ex. : collectif inter-associatif autour de la naissance [CIANE]).
- Mise en ligne sur les sites destinés à la périnatalité, la naissance, d'une information type sur l'EPP : objectifs, organisation de l'EPP, prise en charge financière, professionnels formés à l'EPP, ...
- Diffusion d'informations dans les circuits de formation professionnelle (initiale et continue)

Les supports de la communication grand public sont à préciser.

3.2. Mettre en œuvre un site internet dédié au soutien à la parentalité

A cet effet, un site existant (ex : site « point-infofamille.fr », portail *Interventions précoces*) pourrait être restructuré pour constituer une véritable « base ressources » pour les familles et pour les acteurs locaux.

Le site internet dédié au soutien à la parentalité pourrait non seulement apporter des informations sur les actions fédérées dans le cadre des REAAP départementaux mais également favoriser le repérage des possibilités d'aide et d'accompagnement, les actions innovantes et mutualiser les bonnes pratiques pour les professionnels et les divers acteurs.

Il comporterait :

1. Une entrée pour les familles qui permettrait de mettre en ligne

↳ des informations :

- **par type d'action** (groupe de parole, groupes d'activité parents-enfants, points d'information familles ou espaces-ressources, lieux d'accueil et d'écoute individuels etc.)
- **par public cible** (par exemple : parents de jeunes enfants ou parents d'adolescents)
- **par lieu géographique**: à partir d'une carte de géographie (sur laquelle les parents pourraient cliquer) ils auraient connaissance de l'ensemble des ressources de leur département en termes d'aide et d'accompagnement: (services du conseil général, lieux d'accueil parents-enfants, associations de parrainage de proximité, REAAP, médiation familiale, maison des adolescents, téléphonie sociale).

↳ de la documentation telle que livres, vidéos ou les lettres d'information publiées par les REAAP départementaux.

2. Une entrée pour les professionnels avec des documents de référence, une « boîte à outils » (guides méthodologiques, rapports, études, liste d'intervenants, proposition de formation etc.) et une rubrique « vie des réseaux locaux » comportant une description du fonctionnement de chaque réseau local, les réflexions produites, les initiatives locales (fiches d'expériences), etc.



3.3. Créer, auprès du ministre en charge de la famille, un comité de soutien au pilotage des dispositifs de parentalité:

Ce comité, qui fait actuellement l'objet d'un projet de décret, aura notamment pour rôle de fédérer les différents dispositifs relatifs à l'appui à la parentalité et de faciliter leur mise en cohérence et la synergie entre eux.

Dans le cadre des futurs travaux de ce comité les pistes de travail suivantes méritent d'être prises en compte :

3.3.1. DEFINIR LES ORIENTATIONS DES DIFFERENTS DISPOSITIFS, LES ACTIONS D'INFORMATION AINSI QU'ASSURER UNE FONCTION « D'OBSERVATOIRE » DE LA PREVENTION ET DU SOUTIEN A LA PARENTALITE.

3.3.2. CREER UN REFERENTIEL METHODOLOGIQUE, INTEGRANT LES NECESSAIRES EVALUATIONS D'ACTION, POUR LE SOUTIEN A LA PARENTALITE

En utilisant les savoir-faire développés par les différents dispositifs (services de PMI, réseaux de périnatalité, associations, ateliers santé ville), le référentiel proposerait des protocoles qui pourraient être implémentés au niveau des politiques régionales et infrarégionales (départementales..).

Ces référentiels pourraient avoir un rôle incitatif en faveur d'une meilleure équité de traitement de la population, en réduisant les disparités territoriales marquées, qui ont pu être constatées au cours des travaux de l'atelier, tant en termes de moyens humains que de politiques de prévention.

Le référentiel constituera un recueil d'informations et ne devra pas être limitatif, notamment au regard des possibilités de micro projets adaptés à des populations spécifiques.

L'expérience des REAAP est à cet égard tout à fait intéressante, en particulier pour faire le lien entre la petite enfance et la période 6-12 ans qui a été identifiée comme peu investie par ces dispositifs. En effet, ils suscitent une forte mobilisation et adhésion des acteurs institutionnels. De plus ils constituent un réseau interinstitutionnel conséquent, réunissant CAF, Conseils Généraux, DDCS (ex DDASS) et secteur associatif. Du fait des principes-clés figurant dans la charte fondatrice des REAAP, se dégage ainsi une forte identité autour de principes et valeurs auxquels adhèrent de multiples partenaires, y compris de petites associations créées à l'instigation de parents.

Ce dispositif constitue alors un véritable réseau d'échanges, de pratiques, une «coopération volontaire et non hiérarchisée», permettant non seulement la confrontation de pratiques mais aussi conduisant à partager les ressources en particulier concernant la périnatalité.

Par ailleurs, il constitue un levier important, car il entraîne dans la plupart des cas la mobilisation de financements partenariaux (CAF, Conseil Généraux, Communes ...).



3.3.3. FORMALISER UN PROTOCOLE DE RECOURS DE « DEUXIEME LIGNE » OU D'EXPERTS (PEDOPSYCHIATRES, PSYCHIATRES) QUI VIENNE EN APPUI DES PROFESSIONNELS.

Cette mission de soutien des équipes de terrain doit être confiée à des experts identifiés localement. Le temps consacré à cette mission doit être clairement identifié et rémunéré.

3.3.4. PROMOUVOIR ET EVALUER L'IMPACT DES INTERVENTIONS A DOMICILE REALISEES NOTAMMENT PAR LES TISF (TECHNICIENS DE L'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE) DANS LE CADRE DES POLITIQUES FAMILIALES ET DE SOUTIEN A LA PARENTALITE :

- Information, sensibilisation régulière des sages-femmes, médecins et autres professionnels de santé sur les différentes possibilités d'accompagnement et de soutien à la parentalité à domicile par une TISF ;
- Informations mises à disposition des parents de ces possibilités d'intervention et des modalités pour y avoir accès (supports d'informations des Caf, des CG, ...) ;
- Étudier la possibilité :
 - d'une prestation légale « périnatalité » inscrite dans les politiques familiales : elle permettrait aux familles, dans le cadre du droit commun, de solliciter une intervention (même de courte durée) et de proposer des actions spécifiques auprès de mères de familles confrontées à des facteurs de vulnérabilité comme la non-maîtrise de la langue française (expériences des Femme Relais du Loiret)
 - d'une prestation spécifique d'accompagnement des familles confrontées à des troubles de la relation mère/enfant, inscrite dans les politiques familiales.

3.3.5. DEFINIR UN REFERENTIEL DE COORDINATION DES INTERVENTIONS D'AIDE AU DOMICILE DES FAMILLES DANS LE CADRE DE LA PREVENTION ET DU SOUTIEN A LA PARENTALITE :

- Process de la demande et de la réponse apportée,
- Organisation des interventions,
- Dispositifs de financement (Caf et CG),
- Travail en réseau,
- Formation interdisciplinaire, etc.

Le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), dans sa plate-forme de propositions, préconise l'institution de pratiques davantage respectueuses des parents, des nouveau-nés et plus généralement de la famille, notamment par la prise en compte dans la politique de financement d'interventions dans le champ de l'accompagnement à la parentalité et du suivi du post-partum du couple mère-enfant par des professionnels de santé, ce qui implique une mise à plat du système de tarification existant.

Par ailleurs, la promotion, au plan national, des interventions précoces à domicile des puéricultrices de PMI, (associée à l'état des lieux des moyens disponibles), soutiendrait dans les départements la dynamique d'une politique de prévention précoce.

La coordination des interventions d'aide à domicile des familles, et plus globalement des actions de soutien à la parentalité en relation avec la protection maternelle et infantile, se



ferait en lien avec les Commissions de coordination des politiques de santé publique prévues auprès de chaque Agence Régionale de Santé (ARS) par la loi HPST³⁰.

Ces commissions, qui associent les services de l'Etat, les collectivités territoriales (dont les conseils généraux) et les organismes de sécurité sociale, ont en effet pour mission **d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions** déterminées et conduites par leurs membres, dans deux domaines particuliers :

- Le domaine de la prévention, de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, de la santé au travail
- Le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

3.3.6. DE PROMOUVOIR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE³¹ ET D'ORGANISER EN PARTENARIAT AVEC L'ASSOCIATION DES DEPARTEMENTS DE FRANCE (ADF) DES RENCONTRES D'ECHANGES DE TYPE « ETATS GENERAUX DE LA PMI »

3.3.7. D'ORGANISER ET GERER LES PLATES-FORMES DEPENDANT DU NUMERO VERT DEFINI ENVISAGE A LA PROPOSITION 4.

3.4. Editer un livret parental présentant les besoins de l'enfant et promouvant une « coparentalité » responsable

Un « **livret parental** » élaboré par les professionnels concernés et des représentants d'usagers ferait l'objet d'une diffusion accompagnée à l'occasion de la naissance.

Il définirait de façon simple et didactique les besoins de l'enfant, leur évolution avec l'âge, la prise en compte de son environnement culturel, et les devoirs de chaque parent à son égard. Il soulignerait l'importance de chaque parent auprès de l'enfant, en insistant sur la complémentarité de leur domaine d'intervention auprès de lui.

Il aurait un rôle d'éducation à une coparentalité responsable et pourrait contribuer à prévenir les difficultés auxquelles se heurtent les couples et les enfants dans des situations de séparation et qui ont fait l'objet de la très grande majorité des contributions recueillies sur le site des Etats généraux.

L'organisation de notre société y compris l'environnement socio-économique et professionnel, l'environnement scolaire, les évolutions culturelles rapides dont celles concernant les rôles parentaux, le désir d'enfant et sa place dans la famille et dans la société, sont autant de facteurs qui contribuent à ce que des couples, notamment lorsqu'ils

³⁰ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article L.1432-1 du Code de la santé publique - Décret n°2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques de santé publique)

³¹ L'article L2111-1 du code de la santé publique modifié par Loi 2005-706 2005-06-27 art. 13 1° JORF 28 juin 2005 dispose que « **L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile** qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;
2° Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies... »

Par ailleurs, la loi HPST souligne le rôle de la PMI dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé



sont jeunes ou qu'ils se séparent, ne prennent plus en compte l'intérêt de l'enfant et ne considèrent plus suffisamment ses besoins.

Les différentes évolutions du droit de la famille ont modifié en profondeur les principes de l'autorité parentale pour aboutir en 1993 au principe, dans tous les cas, de l'exercice conjoint de cette autorité.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002 permet à des juges de décider une résidence alternée, à tout âge de l'enfant et **sans l'accord des deux parents**. Cette mesure est devenue un objet d'affrontement parfois sévère entre les parents et dont l'enfant devient otage. La résidence alternée est le système qui exige le plus de coopération inter parentale.

Cette réalisation, diffusion promotion d'un livret parental s'intégrerait dans une démarche de valorisation de l'ensemble des outils de soutien à la parentalité existants tant au niveau national qu'au niveau local:

- ♦ brochure « Être parent pas si facile » (INPES)
- ♦ guide méthodologique pour les actions dans le domaine de la parentalité (INPES)
- ♦ accès large sur internet pour les familles aussi bien que pour les professionnels aux informations sur les actions innovantes. Ceci permettrait leur mutualisation, leur valorisation mais également de faire apparaître l'engagement de la société civile à sa juste place. Une synergie, en lien avec le site parentalité défini au 3-2, entre les différentes initiatives existantes est à mettre en œuvre (exemple sites de l'administration, tels que le portail interventions précoces, site point info-familles, sites associatifs et autres : 45 départements ont ainsi créé leur site dans le cadre des REAAP).

Ces actions peuvent être mises en œuvre par des professionnels, ou à l'initiative d'associations en complémentarité de ces derniers. Il faudrait donc faire évoluer cet espace, pour l'instant investi par les professionnels, afin que l'engagement de la société civile puisse apparaître à sa juste place.

Une synergie entre les différentes initiatives est à mettre en œuvre, 30 départements ayant par ailleurs créé leur site dans le cadre des REAAP.

3.5. Promouvoir un numéro unique d'appel pour les parents

S'appuyant sur la réussite du service de téléphonie sociale d'urgence dédié aux enfants en danger, il serait très utile d'ouvrir un autre numéro destiné aux parents qui ont des difficultés dans leur mission d'éducateur.

Cette plate-forme qui doit être différenciée du 119 réservé aux enfants, pourra coordonner et basculer les appels en fonction de la demande formulée soit vers une plate-forme départementale soit vers une plate-forme créée à l'initiative du réseau associatif : Ecole des parents, Enfance et partage, la Croix rouge, la Fondation d'Auteuil, l'association E-enfance...»

Pour participer à ce numéro vert les plates-formes devront répondre à un cahier des charges précis et s'inscrire dans un schéma global qui permette d'utiliser au mieux les moyens déployés.



La mission de cette nouvelle plate-forme serait de fournir une écoute immédiate et apaisante pour des parents en recherche de soutien mais surtout de les conseiller et de les aiguiller vers d'autres réseaux qui pourront leur fournir soutien et accompagnement dans la durée.

En effet, pour les parents il est important qu'après un appel au secours formulé à l'occasion d'une situation de crise, une démarche de suivi et de dialogue puisse être instaurée, s'ils en sont d'accord, avec des réseaux de proximité de soutien à la parentalité.

Sur le modèle de ce qui a été mis en œuvre à Fil Santé jeunes, les parents pourraient avoir accès à un blog internet et envoyer par mail leurs questions aux spécialistes.

4. SYNTHÈSE DES PRECONISATIONS

4.1. Valoriser l'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce n'a pas de caractère obligatoire mais devrait être systématiquement proposé à chaque femme enceinte au début de la grossesse. Cette mesure, qui était l'une des mesures centrales du plan périnatalité, reste insuffisamment connue à la fois des femmes enceintes et des professionnels.

⇒ La proposition consiste à communiquer sur l'EPP en s'appuyant sur les réseaux, les organisations associatives et l'ensemble des professionnels en contact avec les futures mères (professionnels de santé, des modes d'accueil, des pharmacies...).

4.2. Mettre en œuvre un site internet dédié au soutien à la parentalité

⇒ La proposition consiste à créer un site Internet comportant:

- Une entrée pour les familles qui permettrait de mettre en ligne des fiches descriptives par types d'action (groupe de parole, groupes d'activité parents-enfants, points d'information familles ou espaces-ressources, lieux d'accueil et d'écoute individuels etc.), par public cible (par exemple : parents de jeunes enfants ou parents d'adolescents) ou par lieu géographique.
- Une entrée pour les professionnels avec des documents de référence, une « boîte à outils » (guides méthodologiques, rapports, études, liste d'intervenants, proposition de formation etc.) et une rubrique « vie des réseaux locaux » comportant une description du fonctionnement de chaque réseau local, les réflexions produites, les initiatives locales (fiches d'expériences), etc.

4.3. Créer, auprès du ministre en charge de la famille, un comité de soutien au pilotage des dispositifs de parentalité

⇒ Décret en cours d'élaboration



⇒ Rôle du comité : organiser la coordination des actions de soutien à la parentalité

Ce comité aura vocation à fédérer les différents dispositifs relatifs à l'appui à la parentalité et à faciliter leur mise en cohérence et la synergie entre eux.

- Au niveau national : avec l'ensemble des ministères concernés
- Au niveau local : un rapprochement avec les Commissions de coordination des politiques de santé publique³², prévues auprès de chaque Agence Régionale de Santé (ARS) par loi HPST³³ pour les actions en relation avec la protection maternelle et infantile, pourrait être une piste à suivre.

Dans ce cadre, il pourrait organiser les plates-formes partenaires du numéro vert (proposition 5).

⇒ Objectifs opérationnels du comité : à définir

A été évoquée dans le cadre des travaux de l'atelier, la nécessité, notamment :

- de définir les orientations des différents dispositifs
- d'assurer une fonction « d'observatoire » de la prévention et du soutien à la parentalité ;
- de créer un référentiel méthodologique intégrant les nécessaires évaluations d'action, pour le soutien à la parentalité
- de formaliser un protocole de recours de « deuxième ligne » ou d'experts (pédopsychiatres, psychiatres) qui vienne en appui des professionnels.
- de promouvoir et évaluer l'impact des interventions à domicile réalisées notamment par les TISF (techniciens de l'intervention sociale et familiale) dans le cadre des politiques familiales et de soutien à la parentalité :
- d'être à l'initiative de rencontres d'échanges de type « États généraux de la PMI »

4.4. Éditer un livret parental présentant les besoins de l'enfant et promouvant une « coparentalité » responsable

Les différentes évolutions du droit de la famille ont modifié en profondeur les principes de l'autorité parentale pour aboutir en 1993 au principe, dans tous les cas, de l'exercice conjoint de cette autorité.

La loi du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale permet à des juges de décider une résidence alternée, à tout âge de l'enfant et **sans l'accord des deux parents**. Cette mesure est devenue un objet d'affrontement parfois sévère entre les parents et dont l'enfant devient otage.

³² Ces commissions, qui associent les services de l'Etat, les collectivités territoriales (dont les conseils généraux) et les organismes de sécurité sociale, ont en effet pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, dans deux domaines particuliers : le domaine de la prévention, de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, de la santé au travail et le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

³³ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article L.1432-1 du Code de la santé publique - Décret n°2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques de santé publique)



Le livret parental définirait de façon simple et didactique les besoins de l'enfant, leur évolution avec l'âge, la prise en compte de son environnement culturel, et les devoirs de chaque parent à son égard. Il soulignerait l'importance de chaque parent auprès de l'enfant, en insistant sur la complémentarité de leur domaine d'intervention auprès de lui.

➔ **Élaboration du « livret parental », dans le cadre d'un groupe de travail** comportant des professionnels, des représentants associatifs et des représentants d'usagers, qui ferait l'objet d'une diffusion accompagnée à l'occasion de la naissance.

➔ **Edition du document**

- Dans un premier temps pourrait être réalisée une phase de test sur deux régions volontaires
- Le document serait ensuite édité en un nombre d'exemplaires annuel correspondant au nombre de naissances (800 000).

➔ **Organisation de la remise accompagnée du livret.**

4.5. Promouvoir un numéro unique d'appel pour les parents

Cette plate-forme pourrait coordonner et basculer les appels en fonction de la demande formulée soit vers une plate-forme départementale soit vers une plate-forme créée à l'initiative du réseau associatif (Ecole des parents...).

Sa mission consisterait à fournir une écoute immédiate aux parents et, surtout, à les aiguiller vers des réseaux pouvant leur fournir soutien et accompagnement dans la durée.

➔ **Choix du prestataire**

- Un opérateur, éventuellement du secteur lucratif, sélectionné après appel d'offres : L'opérateur sélectionné se chargerait de la mise en place de la plate-forme sur la base d'un marché public qui fixerait un certain nombre d'engagements, notamment le nombre d'appels traités et leur suivi pour le compte de l'État.
- **Une association existante, par convention conclue avec l'État** : L'École des parents et des éducateurs d'Ile de France, qui a transmis une offre de service, dispose d'une expérience dans le traitement des appels de parents à la recherche d'un soutien dans l'exercice de leur fonction parentale, en particulier la ligne d'appel « Inter Service Parents ».

Au niveau national, d'autres associations interviennent dans le champ du soutien à la parentalité : Croix-Rouge, Enfance et Partage, E-enfance, ...

➔ **Elaboration du cahier des charges des plates-formes adhérant au numéro vert**

Pour participer à ce numéro vert les plates-formes devront répondre à un cahier des charges précis.



➔ Etude de faisabilité pour la mise en place d'un blog internet

Sur le modèle de ce qui a été mis en œuvre à Fil Santé jeunes, les parents pourraient également avoir accès à un blog internet et envoyer par mail leurs questions aux spécialistes.

4.6. Autres préconisations de caractère plus général, à dimension interministérielle (cf. partie II du rapport : Enjeux)

4.6.1. Articuler la vocation généraliste des dispositifs et la réponse aux besoins spécifiques

En termes de prévention et de soutien à la parentalité, deux approches doivent être considérées comme indissociables : une approche généraliste (public naturel) à laquelle s'ajoute le cas échéant une approche ciblée, à partir de critères de risque, visant à réduire les inégalités (public éloigné et/ou empêché). Cette approche ciblée suppose la mise en place d'actions ou d'outils qui devraient être partagés par l'ensemble des acteurs concourant aux missions de protection maternelle et infantile, notamment les acteurs de la périnatalité.

4.6.2. Accompagner l'affirmation et le développement des compétences parentales et mettre en évidence la place des pères dans les dispositifs mis en œuvre

Les actions de soutien à la parentalité visent avant tout à permettre à des parents d'être conscients de leurs compétences, à les valoriser, à les conforter dans leur rôle et ainsi à les accompagner à développer leur savoir-faire éducatif, leur appétence à prendre soin de leur enfant.

L'échange entre pairs, qui est l'un des objectifs des REAAP, est à cet égard riche de partage d'expériences et de moyens pour faire face aux situations qui peuvent inquiéter, voire déstabiliser des parents avec leurs enfants.

4.6.3. Privilégier la continuité des actions et l'articulation des professionnels entre eux par rapport aux actions de dépistage

Le but est de favoriser les échanges entre professionnels dans le respect de leurs champs de compétences au moyen notamment de :

- ♦ La mise en place d'une consultation de sortie de réseau de périnatalité (telle que proposée dans le cahier des charges national des réseaux en périnatalité).
- ♦ La mise en place de référents pour le suivi des situations



- L'exploration de la piste d'un réseau petite enfance avec tous les professionnels concernés, notamment les enseignants, les professionnels de santé (PMI et santé scolaire) et, lorsqu'ils sont présents, les acteurs associatifs.

4.6.4. Faire intervenir, pour chaque situation, en fonction du projet développé et des priorités, le(s) professionnel(s) compétent(s) pour la mise en œuvre des actions envisagées.

La prévention nécessite d'aller au-delà de l'approche strictement médicale mais être envisagée dans une concertation pluri-professionnelle et interdisciplinaire (professionnels de santé, de la petite enfance, du champ social, qu'ils soient libéraux, salariés du secteur public ou des associations). Tous doivent jouer leur rôle dans le respect des compétences spécifiques à chaque métier et propres à chacun.

4.6.5. Conforter la compétence des professionnels de première ligne afin qu'ils se sentent en capacité d'accompagner les situations complexes.

Les professionnels de première ligne, au contact avec l'enfant, doivent bénéficier de formations professionnelles continues sur les questions relationnelles, tout autant que sur celles contribuant à mieux poser un diagnostic de la situation. Les formations n'auront pas pour objet de faire de chaque professionnel un « psy », mais de leur donner confiance en leurs compétences.

Il est par ailleurs indispensable que ces aient des référents bien identifiés, spécialisés cette fois, vers lesquels ils pourront se tourner chaque fois qu'ils en auront besoin pour obtenir un avis, un conseil ou envisager une orientation.

4.6.6. Organiser la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité

Si la période entourant la naissance et la première enfance bénéficie d'outils (entretien prénatal précoce) ou de dispositifs (PMI) spécifiques, si des actions se développent en faveur des adolescents (maisons des adolescents, points d'accueil écoute jeunes...), on peut constater un « trou noir » dans les dispositifs mis en œuvre en faveur des 6-12 ans (âge de l'école primaire).

- Il importe de le combler celui-ci en organisant un lien entre les dispositifs « petite enfance », ceux mis en œuvre pour les 6-12 ans et les dispositifs prévus pour les adolescents.
- Par ailleurs, une priorité vis-à-vis des parents d'enfants de 6-12 ans semble devoir constituer un axe de travail prioritaire.
- L'examen prévu à l'âge de 12 ans par la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance constitue à ce titre une priorité.



Liste des participants et des personnes auditionnées

Président	Professeur Philippe JEAMMET
Rapporteur	Hélène SIAVELLIS (DGCS, médecin conseillère auprès de la sous-directrice enfance-famille)
Co-rapporteur	Brigitte LEFEUVRE (DGS)
	Nicole MATET (DGS Bureau MC1 Périnatalité)
	François EDOUARD (UNAF)

PARTICIPANTS

Institutions invitées	Représentants désignés	Fonction
DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire)	Jeanne-Marie URCUN	Médecin
DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)	Anne-Noëlle MACHU	
DPJJ (Direction de la protection judiciaire de la jeunesse)	Christian SZWED	Bureau des méthodes et de l'action éducative Responsable pôle investigation et assistance éducative
DJEPVA (Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative)	Soraya BERICHI	Chargée de mission prévention santé des jeunes.
CNAF	Véronique DELAUNAY-GUIVARCH	Responsable pôle jeunesse parentalité
ADF (Assemblée des départements de France)	Sylvie LENOURRICHEL	Vice-président du Conseil général du Calvados (14) Secrétaire de la commission de l'action sociale et de la santé
	Fabienne HALBOUT	Conseiller technique à la DGA de la solidarité direction de l'enfance et de la famille du Conseil général du Calvados
	Michel DÉCOLIN	Vice-président du Conseil général de Haute-Loire (43) en charge de la politique de l'enfance, de la famille et des personnes âgées et des personnes handicapées
	Pierre LIGIER	Directeur, Conseil général de



Institutions invitées	Représentants désignés	Fonction
		Haute-Loire
	Alex STAUB	Vice-président du Conseil général de la Moselle (57)
	Joëlle MARZIO	Vice présidente du Conseil général de Saône et Loire (71), chargée de la famille
Conseil général : PMI 34	Nadia RACHEDI	Médecin PMI, chef de service
Conseil général : PMI 77	Edwige CONTE	Directeur de la santé et de la petite enfance – médecin départemental de PMI
	Sophie FRANCEZON	Chargée de mission prévention – protection infantile
AMF (Association des maires de France)	Isabelle VOIX	Responsable action sociale
ELCEM (Elus locaux contre l'enfance maltraitée)	Michèle PARION	Vice Présidente Fondatrice d'ELCEM
Fondation pour l'enfance	Arnaud GRUSELLE	
FNEJE (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants)	Nadia RAMIANDRASOA	
AFIREM (association française de recherche sur l'enfance maltraitée)	Dominique GIRODET Annette GLOVACKI	Pédiatre, présidente de l'AFIREM
CNSF (Collège National des Sages-Femmes) Enfance et Partage	Mme Christine ISOLA-BLANCHOT	Sage-femme coordinatrice HAD Val de France
	Françoise ROSENBLATT	Responsable Allo parents bébé
UNAPP (union nationale des associations de parrainage de proximité)	Lise-Marie SCHAFFHAUSER	Présidente
ANPDE (Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes)	Marie-Laure FLEURY	Infirmière puéricultrice
CNGOF (collège national des gynécologues et obstétriciens français)	Francis PUECH	Gynécologue obstétricien
AFPA (association française de pédiatrie ambulatoire)	Jacques ROMIEU Jérôme de MOUILLAC	
ADESSA A DOMICILE Fédération nationale (CNAPE)	Marie-France BERNARD	Déléguée intervention sociale
Société Française de psychologie périnatale	Françoise MOLENAT	Psychiatre
FFRP (Fédération française des réseaux en périnatalité)	Gisèle CRIBALLET	Sage-femme coordinatrice réseau périnatalité
CTPS	Jean-Claude SOMMAIRE	Président
CIANE (collectif inter-associatif autour de la naissance)	Aurélie SERRY	Représentante usagers
Personnes qualifiées	Dominique VERNIER	Psychologue maternité hôpital Robert-Debré



PERSONNES AUDITIONNEES

CAPDEP	Dr Romain DUGRAVIER, Thomas SAIAS	Pédopsychiatre, Xe secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris Docteur en psychologie, chargé de recherche à l'EPS Maison-Blanche.
INPES	Annick FAYARD	
Réseau périnatal Nord 92	Dr Anne-Marie DANDRES Leila GORI,	Pédiatre directrice de l'Aide familiale (Colombes)
TISF Lorient	Catherine VALLEE Jean-Laurent CLOCHARD -	Directrice, présidente de l'association, Permanent expert de la fédération de ces associations
Ville d'Aubervilliers	Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX	Service communal d'hygiène et de santé
CG 43	Catherine ANDRE,	Médecin responsable du service de PMI
DGCS	Martine GOVART	Bureau famille et parentalité Sous-direction enfance-famille
L'Enfant Bleu	Charlotte MAREU	Psychologue
SOS les mamans	Carole LAPANOUSE, Armelle BLONDEL	Présidente
Le Parti des enfants du Monde	Michel DUDRAGNE Olivier HEUZE	Président Délégué Ile de France
L'enfant d'abord	Jacqueline PHELIP	Présidente
Aire de Famille	Brigitte CHATONEY Dr Bernard THIS Frédéric VANDERBOGHT	Directrice Gynécologue-obstétricien Psychologue