



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2014-2015

Quels moyens pour une réflexion collective et transversale sur le thème de l'accompagnement à la parentalité intégrant la question des inégalités sociales de santé ?

Un exemple de stratégie :

la capitalisation d'actions

Soutenu en juin 2015

Mademoiselle Lorraine Maffeis

Maître de stage :

Madame Nadège Drouot

Guidant universitaire :

Monsieur Serge Briançon

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier dans un premier temps toute l'équipe de la Société Française de Santé Publique, pour son accueil, sa gentillesse et sa disponibilité. Toute l'équipe m'a apporté une aide précieuse pour la rédaction de ce mémoire.

Un grand merci et toute ma reconnaissance à Mme Nadège Drouot, ma maître de stage, pour son temps, sa pédagogie, ses conseils et tout le soutien qu'elle a pu m'apporter tout au long de ma mission.

J'adresse également mes remerciements et ma reconnaissance à Mme Flore Lecomte Aumaître pour m'avoir accordé sa confiance et pour m'offrir un poste au sein de l'équipe, qui constitue un véritable tremplin pour ma future vie professionnelle.

Enfin, je remercie mon guidant universitaire, M. Serge Briançon, pour son suivi et son soutien.

TABLE DES MATIERES

Introduction	4
1 – Contexte	5
1.1 La Société Française de Santé Publique	5
1.1.1 – Présentation	5
1.1.2 – Projet global 2013–2015 de la SFSP	5
1.2 – La capitalisation d’actions sur la question des inégalités sociales de santé	6
1.3 – Pourquoi le thème de l’accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance ?	7
1.3.1 – La parentalité dans une vision de promotion de la santé	7
1.3.2 – De nombreux dispositifs et une multitude d’acteurs dans différents champs d’action	10
1.4 – La capitalisation d’actions d’accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance	13
1.4.1 – Ses objectifs	13
1.4.2 – Ses principes	14
1.4.3 – Les résultats attendus	14
2 – Méthodes	15
2.1 – Description de la mise en œuvre du projet	15
2.2 – Moyens humains et matériels	16
2.3 – Lien avec le site internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » du Ministère de la santé	16
2.4 – Méthodologie utilisée pour la mission de stage	17
2.4.1 – Les objectifs de la mission dans le cadre de la capitalisation d’actions d’accompagnement à la parentalité	17
2.4.2 – Le recueil d’expériences	17
2.4.2.1 – Diffusion de l’appel à contributions	17
2.4.2.2 – Suivi des contributions	18
2.4.2.3 – Restitution des points d’avancement	19
2.5 – Entretiens qualitatifs	19
3 – Résultats	20
3.1 – Résultats de la consultation	20
3.1.1 – Premiers résultats descriptifs des fiches actions	20
3.1.2 – Premiers résultats qualitatifs des fiches actions et des entretiens	26
4 – Discussion	33
ANNEXE I	43
ANNEXE II	44
ANNEXE III	54

INTRODUCTION

De nombreux travaux font état de l'aggravation des inégalités sociales de santé (ISS), au sein de la population, et ce, dès le plus jeune âge.

Les inégalités sociales de santé résultent d'un ensemble de déterminants, comme l'accès aux soins et à la prévention mais aussi de conditions socioéconomiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation, lieu de résidence, etc. Elles font donc référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social (1).

Ce lien entre la santé des individus et des déterminants socio-économiques explique le développement des inégalités selon un gradient social continu (2). La question des inégalités sociales de santé se pose dès la petite enfance. Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), par exemple la grossesse des femmes de catégories socioprofessionnelles défavorisées est moins suivie que dans le reste de la population, les mêmes écarts se retrouvent en matière de santé périnatale et l'état de santé des enfants scolarisés issus de milieux défavorisés s'avère moins bon que celui des enfants scolarisés, issus de milieux favorables (3 ; 4).

Le gradient social de santé se retrouve donc également chez les enfants, plus les familles sont défavorisées, plus les enfants sont touchés par les risques de prématurité, les retards de croissance, les problèmes bucco-dentaires, l'asthme, le surpoids, l'obésité, les difficultés de langage, les troubles de l'apprentissage, etc. (5). Depuis les années 70, la famille en France est traversée par d'importantes mutations. Aujourd'hui, trois millions de jeunes sont élevés dans une famille monoparentale, 1.6 millions d'enfants grandissent au sein d'une famille recomposée et un enfant sur cinq vit dans une famille pauvre (6). La parentalité étant un déterminant du bien-être de l'enfant, il a été reconnu que l'accompagnement à la parentalité est un levier majeur pour agir en faveur de la réduction des ISS.

Par ailleurs, l'accompagnement à la parentalité donne lieu en France, à une multitude de dispositifs et d'actions diversifiés et gradués (6 ; 7). Il existe donc un fort intérêt pour lier les questions de parentalité et de santé, avec de nombreuses initiatives menées dans différents champs d'actions associant de nombreux acteurs, issus de différents secteurs. Mais nombre d'entre elles restent peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement (8).

Face à ce constat, La Société Française de Santé Publique (SFSP) met en œuvre un projet de recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité au moment de la petite enfance dans une vision de promotion de la santé. Elle se propose de contribuer ainsi à l'élargissement de la vision interdisciplinaire des champs de la santé et de la parentalité au niveau de la petite enfance (9).

Concernant le projet de la SFSP, faisant l'objet de ce stage, notre mission aura été de poursuivre le recueil de données et de procéder à une analyse de ces actions afin d'en organiser la diffusion à terme à l'ensemble des acteurs intéressés et / ou concernés par l'accompagnement à la parentalité. Ainsi, ce présent mémoire se compose de quatre parties :

Dans la première partie seront présentés le contexte général, avec la présentation de la SFSP et de son projet global pour 2013-2015, la présentation du projet de capitalisation de la SFSP sur le thème des inégalités sociales de santé suivie de la présentation du projet de capitalisation d'actions d'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance. La deuxième partie décrira la mise en œuvre du projet et sa méthodologie.

Une troisième partie sera consacrée à une présentation des premiers résultats de notre recueil. Enfin en dernière partie, nous discuterons le travail réalisé.

1 - Contexte

1.1 La Société Française de Santé Publique

1.1.1 - Présentation

Créée en 1877, la Société Française de Santé Publique est une association de la loi 1901 reconnue d'utilité publique le 8 mars 1900. Son siège social se trouve à Nancy, elle est composée d'une équipe de 6 salariés et de plus de 800 adhérents (personnes physiques, adhérant à titre individuel exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou bénévole dans le champ de la santé publique, et personnes morales, structures nationales ou locales dont l'un des champs d'action est la santé publique, Sociétés Régionales de Santé Publique et groupements de professionnels).

La SFSP offre aux différents acteurs de santé (professionnels scientifiques et/ou de terrain, décideurs politiques, acteurs économiques et du social) un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique *via* les médias sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé.

Par ailleurs, la SFSP édite depuis 1988 une revue scientifique, intitulée *Santé Publique*. Sa vocation est de soutenir la recherche en santé publique, de favoriser le partage de connaissances entre chercheurs et acteurs de terrain, et de faciliter les échanges de pratiques entre professionnels (10).

1.1.2 - Projet global 2013-2015 de la SFSP

Le projet global 2013-2015 de la SFSP s'articule autour de deux grands axes :

- Structurer la veille et renforcer la capitalisation et la diffusion des expertises en santé publique –scientifiques et expérientielles– pour faciliter leur prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de santé, quel que soit leur échelon territorial ;
- Contribuer à la mise en débat des enjeux de santé publique.

Aussi, afin d'étayer les raisonnements et les décisions en santé publique par les expertises disponibles (connaissances scientifiques et expériences de terrain), l'objectif de la SFSP est de structurer et de systématiser sa veille scientifique et expérientielle, française et internationale, et de mettre à disposition de l'ensemble des acteurs les connaissances issues de l'expérience, en cohérence et complémentarité avec les travaux existants.

Pour ce faire, la SFSP a souhaité mettre en place deux méthodes de capitalisation et d'analyse d'interventions.

La première méthode de capitalisation expérimentée, initiée en 2012, a consisté en un appel à contributions volontaires (consultation internet), sur le thème global des ISS.

La deuxième méthode de capitalisation expérimentée, objet de ce mémoire, a été initiée en 2014. Il s'agit d'une capitalisation ciblée d'actions avec une prise en compte des ISS, selon une

approche populationnelle, sur un secteur d'intervention particulier, *via* des relais thématiques nationaux et régionaux. Sujet d'intérêt commun avec plusieurs partenaires, le secteur choisi est celui de la petite enfance, en particulier l'accompagnement à la parentalité dans une vision de promotion de la santé (10 ; 11) .

Le projet global de la SFSP bénéficie d'un co-financement de la Direction générale de la Santé (DGS), de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et de la Mutualité Française.

1.2 - La capitalisation d'actions sur la question des inégalités sociales de santé

La mise à l'agenda politique, depuis quelques années de la question des ISS, la multiplicité des rapports, études, colloques, sur ce thème et l'aggravation de la situation renvoient nombre d'acteurs de la santé à un sentiment d'impuissance, d'autant qu'ils ont peu de prise sur la plupart des déterminants sociaux de la santé, ces derniers restant sous l'influence de l'ensemble des politiques publiques. Le paysage est pourtant riche d'initiatives, y compris dans d'autres secteurs que celui de la santé, mais celles-ci sont finalement peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement.

Face à ce constat et s'appuyant sur une littérature émergente portant sur l'efficacité des interventions en matière de réduction des inégalités sociales de santé, la SFSP a mis en place une consultation sur le sujet en 2012.

La consultation a été proposée à tous types d'acteurs (terrain, politique, recherche) menant des interventions ayant un impact sur la santé, en raison de la transversalité et de l'intersectorialité de la problématique des ISS. L'enjeu de cette consultation a été de mettre en évidence des stratégies d'intervention perçues comme prometteuses et susceptibles d'avoir un effet réducteur sur les ISS et de poser un regard critique sur des stratégies qui ont échoué afin de repérer les obstacles et d'éventuelles pistes d'amélioration.

Les résultats de la consultation et les exemples d'interventions recueillies ont été diffusés selon plusieurs modalités :

- ✓ par le biais d'un rapport présentant les attentes et perceptions des intervenants en santé publique, ainsi qu'une description des interventions recueillies, avec une analyse compilée des regards critiques des porteurs des actions ;
- ✓ à travers plusieurs séquences de valorisation des interventions recueillies (par exemple le flash e-mail (lettre hebdomadaire électronique) ; la revue *Santé Publique* de la SFSP ; autres publications comme le rapport annuel de l'Institut National du Cancer (INCa) ;
- ✓ dans le cadre d'un séminaire d'échanges entre acteurs qui a eu lieu en mars 2015.

Par ailleurs, dans le cadre d'un partenariat 2013-2015, la SFSP et la Mutualité Française ont lancé un recueil complémentaire d'interventions auprès du réseau des Unions régionales de la Mutualité Française. Le but était d'alimenter la consultation sur les ISS mais également d'engager une démarche d'analyse des actions de prévention et promotion de la santé de la Mutualité Française. A terme, l'objectif était la production de recommandations opérationnelles pour les équipes des Unions régionales (10 ; 11). Une consultation complémentaire sera initiée courant 2015 avec l'INCa toujours sur le thème des ISS.

1.3 - Pourquoi le thème de l'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance ?

1.3.1 - La parentalité dans une vision de promotion de la santé

Le mot parentalité apparaît dans les années 70, en réponse à plusieurs transformations profondes de la famille. La place de l'enfant au sein de la famille a changé, la diversité des formes familiales a évolué, le concept de parentalité est devenu neutre et englobe au même niveau la mère et le père. La dynamique parentale s'est également développée : « on ne naît pas parent mais on le devient ». Enfin, il y a eu une redéfinition des frontières entre le privé et le public. La socialisation, l'éducation et les soins apportés à l'enfant dépassent la sphère familiale pour être portés par d'autres adultes. Deux niveaux sont donc identifiés pour le processus de parentalité, le niveau individuel (processus psychique) et le niveau collectif (processus social) (12).

La parentalité est définie à travers trois composantes :

- ✓ **l'exercice de la parentalité** fait référence aux droits et devoirs des parents vis-à-vis de leurs enfants ainsi qu'aux normes socialement attendues et valorisées ;
- ✓ **l'expérience de la parentalité** dans des dimensions subjectives et psychiques, relative aux vécus, représentations, émotions... ;
- ✓ **la pratique de la parentalité** qui se traduit par les actes concrets de la vie quotidienne.

Ces trois composantes sont largement influencées par le contexte affectif, familial, social, économique, culturel, juridique et institutionnel (8 ; 12 ; 13).

Nous retenons ainsi la définition du Comité de Soutien à la Parentalité :

« La parentalité est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle et sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte-enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant (7).

Selon le rapport IGAS, certains déterminants de la parentalité apparaissent marqués par un gradient social et sont susceptibles de creuser les ISS dès l'enfance alors que la parentalité elle-même représente un déterminant de santé de l'enfant, garant d'une bonne santé physique et mentale (4 ; 8).

La petite enfance est donc une période déterminante. Les conditions dans lesquelles se développent un enfant, qu'elles soient favorables ou défavorables, ont un impact sur son développement émotionnel, relationnel et cognitif ainsi que des répercussions à long terme sur son futur état de santé à l'âge adulte (4 ; 3 ; 14).

Cette notion fait référence à l'approche socio-écologique de la santé et de la parentalité (7 ; 8).

Ainsi, l'accompagnement à la parentalité est un des leviers centraux pour agir en faveur de la réduction des ISS. Repérer le plus en amont possible les conditions socio-environnementales qui peuvent rendre le rôle parental plus difficile, et offrir des services gradués en fonction des besoins des familles (en partant d'un socle universel à adapter en fonction des situations) pourraient permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents et ainsi contribuer à la lutte contre les ISS (4 ; 7).

Accompagner les parents dans leur rôle sous-entend de les conforter dans leurs compétences, de participer à développer leur confiance en eux, de les aider à répondre à leurs interrogations et enfin de les soutenir dans leur vie de tous les jours. Tous ces éléments contribuent à une parentalité favorable à la santé des enfants ainsi qu'à celle des parents (9 ; 15).

Cependant, les parents ne sont pas les seuls « acteurs » de la parentalité. Promouvoir une parentalité positive, respectant l'intérêt suprême de l'enfant, relève d'une responsabilité partagée. L'accompagnement à la parentalité ne se restreint pas à des actions ciblant le(s) adulte(s) en position parentale et/ou l'enfant.

Il s'agit de développer des pratiques respectueuses à l'égard des enfants mais aussi auprès des adultes en position parentale, professionnels, décideurs, bénévoles associatifs,... soit toutes personnes œuvrant pour les enfants. En effet, l'accompagnement à la parentalité se traduit par un rapport asymétrique entre un professionnel et un parent, où chaque professionnel doit permettre une mise à distance et une objectivation de la situation afin que l'accompagnement soit le plus ajusté possible. Cela nécessite des temps de formation et de sensibilisation aux enjeux de l'accompagnement à la parentalité, que les professionnels aient une mission directe ou incidente. Il ne faut pas oublier également que les politiques publiques ont un rôle important d'un point de vue décisionnel et budgétaire.

La transmission d'une culture et d'un langage commun auprès de tous ces « partenaires » de la parentalité est indispensable pour continuer à investir le champ de l'accompagnement à la parentalité et ainsi contribuer à la lutte contre les ISS (12).

Agir en promotion de la santé consiste à développer des activités en prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables et pas seulement liés à l'individu et à ses compétences en matière de santé et de comportements. Ces actions se traduisent notamment à travers les cinq axes d'interventions définis par la Charte d'Ottawa et ajustés au domaine de l'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance. Nous les avons illustrés par des exemples non exhaustifs issus du guide de l'INPES et repris par ailleurs dans notre outil de recueil (7):

✓ **Elaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants :**

- Prendre en considération les besoins des jeunes enfants et de leurs familles dans le projet enfance des villes, dans les contrats locaux de santé (CLS), dans les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), dans le contrat enfance jeunesse des caisses d'allocations familiales (CAF), dans le schéma départemental et de la famille, dans le programme régional de santé, etc.
- Développer et soutenir les politiques d'accueil de la petite enfance répondant aux besoins et aux attentes des adultes en position parentale.

- Promouvoir et soutenir la recherche, la formation et l'enseignement sur la promotion de la santé de la petite enfance.
 - Développer et soutenir les pratiques en réseau (Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), Relais d'assistantes maternelles (RAM), réseaux périnataux...).
- ✓ **Créer des milieux de vie favorables pour les enfants et les jeunes enfants :**
- Accueillir la diversité dans tous les milieux de vie des enfants.
 - Permettre une adaptation des horaires en structure d'accueil collectif et familial en tenant compte des besoins liés aux horaires atypiques.
 - Organiser la participation des parents et formaliser les échanges d'informations entre parents et professionnels dans les lieux de vie des enfants.
 - Promouvoir l'égalité entre les filles/femmes et les garçons/hommes.
 - Appliquer la charte Parentalité en entreprise.
- ✓ **Renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants:**
- Développer les structures d'accueil sur les territoires où elles sont insuffisantes.
 - Développer les lieux d'accueil des parents : café des parents, lieux d'accueil enfants-parents, ateliers sociolinguistiques, etc.
 - Communiquer sur l'offre des services à destination des familles (articles, publicités, invitations, etc.).
 - Mobiliser la société civile pour faire évoluer les normes (conférences-débats, manifestations culturelles, université des parents, etc.).
 - Faciliter l'accès au matériel de puériculture spécifique (création d'handi-puériculthèques pour le prêt de matériel adapté aux situations de handicap des parents, etc.).
- ✓ **Développer et renforcer les compétences parentales :**
- Accompagner les adultes en position parentale en proposant des rencontres individuelles (visites à domicile ou rdv au sein d'une structure).
 - Susciter les échanges entre adultes en position parentale en proposant des rencontres collectives autour d'un thème ou d'une question.
 - Proposer des ateliers, formations pour soutenir l'acquisition de compétences des adultes en position parentale.
 - Diffuser de l'information claire et accessible à tous les adultes en position parentale.
- ✓ **Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents :**
- S'appuyer sur le rôle pivot des services de protection maternelle et infantile (PMI).
 - Investir dans la formation initiale et continue des intervenants (professionnels salariés ou bénévoles).
 - Développer les compétences des intervenants facilitant la mise en place de collaborations avec les adultes en position parentale.

1.3.2 - De nombreux dispositifs et une multitude d'acteurs dans différents champs d'action

Il existe donc un fort intérêt pour lier la thématique parentalité à celle de la santé, avec de nombreuses initiatives menées dans différents champs d'actions afin de répondre à ces besoins d'accompagnement à la parentalité. Plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis quelques années dans différents pays, comme par exemple : le programme « Strengthening Families, Strengthening Communities » développé aux Etats-Unis ; le Triple P (Positive Parenting Program) mis en place dans les centres de santé primaire en Australie et le « Incredible Years » en Angleterre (15).

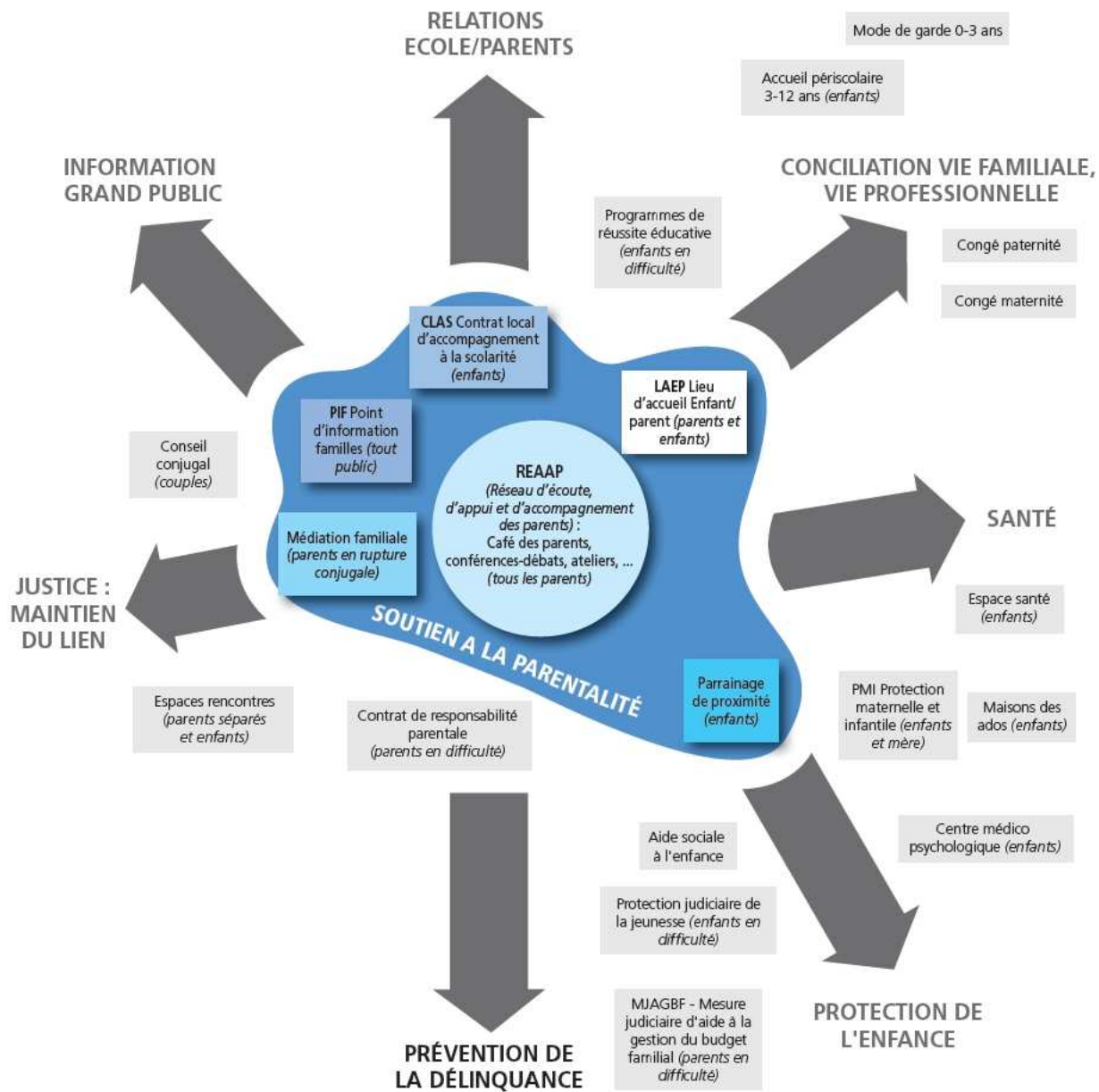
En France, l'accompagnement à la parentalité constitue un pan récent de la politique familiale portée par le Ministère des Affaires sociales, et plus particulièrement par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Face aux attentes sociales et aux besoins des parents d'être rassurés et accompagnés, la politique de prévention et d'investissement social s'est développée, et a pris son essor en 1998, à partir des « réseaux d'écoute et d'appui et d'accompagnement à la parentalité » (REAAP) (16).

Elle s'est élargie ensuite grâce à d'autres dispositifs présentés dans le schéma ci-dessous de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Ces dispositifs ont été initiés par l'Etat mais sont relayés par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF). Ils s'inscrivent en premier lieu, dans une démarche globale de prévention visant à anticiper et éviter la survenue de difficultés dans les relations parents enfants, voire des difficultés éducatives. Ils s'appuient sur une approche non ciblée des publics, sur une démarche qui valorise les compétences parentales et oriente les familles vers des services appropriés à leurs besoins (3).

Enfin, un comité national de soutien à la parentalité a été mis en place en 2010. C'est un organe de gouvernance rattaché au Premier Ministre qui a pour objectif de contribuer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique et des mesures de soutien à la parentalité définies par l'Etat et les organismes de la branche famille de la sécurité sociale (7).

Schéma représentant les dispositifs nationaux d'accompagnement à la parentalité de l'UNAF

(16)



Les acteurs et cadres de référence :

L'INPES, s'est largement investi dans ce domaine, notamment dans la rédaction d'ouvrages de soutien méthodologique pour la mise en place de projets de soutien à la parentalité, de plusieurs revues sur la thématique ainsi qu'une cartographie des acteurs œuvrant dans le champ de l'accompagnement à la parentalité.

Plusieurs acteurs ont ainsi été identifiés :

- les administrations centrales et déconcentrées ;
- les collectivités territoriales ;
- les organismes de la protection sociale ;
- les associations de professionnels/ syndicats ;
- les associations (hors associations professionnelles) ;
- les acteurs privés et fondations ;
- les organismes de recherche ;
- Etc.,

soient au total, 148 types d'acteurs ou de structures retenus (les antennes d'une même structure sur plusieurs territoires n'ayant pas été dénombrées). Les principales thématiques d'actions autour de la relation enfant-parent pour les acteurs retenus dans cette cartographie sont les questions autour de la naissance, la communication, la scolarité, le handicap, la santé, le contexte professionnel des adultes, le couple, les décisions de justice ou administratives, ainsi que la précarité (17).

Plusieurs cadres de références et guides pour les professionnels ont été mis en place (non exhaustifs) :

- Site internet « Interventions précoces – soutien à la parentalité », créé en 2008, porté par la DGS : il recense le corpus juridique et réglementaire relatif à la parentalité et publie un certain nombre d'initiatives et d'expériences sur le terrain. Il identifie les grandes catégories d'acteurs (institutionnels, organismes de protection sociale, organismes spécialisés professionnels) (18).
- Guide du Réseau français des Villes-Santé (RFVS), « Santé et parentalité : l'approche des villes », publié en 2013, suite à un colloque mené en 2012 « Villes, parentalité et santé, un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales ». Ce guide est destiné aux collectivités locales et à tous ceux qui souhaitent mettre en place ou retravailler leurs projets d'accompagnement à la parentalité dans une vision de promotion de la santé, en lien avec leurs partenaires. Il donne le cadre des politiques de santé et de parentalité, présente l'approche des villes sur cette thématique et identifie les leviers mobilisables en la matière, en décrivant des exemples concrets d'expériences sur le terrain (8).
- Guide de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) sur les bonnes pratiques de soutien à la parentalité, publié en 2009, dans le

cadre de l'hébergement social : il recense quelques exemples d'expériences de terrain et propose un référentiel de bonnes pratiques (13).

- Guide de l'INPES, visant à promouvoir la santé dès la petite enfance avec des concepts et méthodes pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité publié en avril 2014 (7).
- Actes du colloque du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) « Être parent aujourd'hui, un jeu d'enfant ? Les professionnels de PMI face aux enjeux de la parentalité » des 29 et 30 novembre 2013.

Cependant, le constat est fait que les dispositifs multiples sont soutenus par les pouvoirs publics sans véritable logique d'ensemble et que les acteurs concernés travaillent souvent de façon relativement cloisonnée (4 ; 8). Les organisations territoriales sont très variables et dépendent de dynamiques locales. L'offre de services peut souffrir d'un manque de visibilité, en partie dû à un défaut de coordination sur les territoires (19).

Comme le souligne le RFVS, si les lieux d'échanges intersectoriels se développent peu à peu, il reste encore à réaliser un important travail de coordination des multiples acteurs et à élargir la vision interdisciplinaire des champs de la parentalité et de la santé (8).

1.4 - La capitalisation d'actions d'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance

Face à ce constat, la SFSP a initié une démarche de capitalisation d'expériences sur le thème de l'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance (enfant de moins de 6 ans) avec une prise en compte des ISS. Les actions recherchées sont celles qui visent des déterminants de santé des enfants et des déterminants de la parentalité de façon universelle, c'est-à-dire des actions ouvertes à tous.

1.4.1 - Ses objectifs

De façon générale, il s'agit de contribuer à l'élargissement de la vision interdisciplinaire des champs de la santé et de la parentalité au niveau de la petite enfance, en favorisant une dynamique d'échanges et de partage de connaissances et d'expériences entre acteurs.

Les objectifs du projet sont :

- obtenir un recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance ;
- procéder à une analyse collective de ces actions ;
- diffuser cette analyse à l'ensemble des acteurs.

➔ En cohérence et en complémentarité avec les outils existants.

1.4.2 - Ses principes

Pour la mise en place du projet, certains points sont essentiels et ont dû être clarifiés et mis en avant :

- Il s'agit de capitaliser des exemples d'actions, de manière ciblée *via* des relais thématiques nationaux et régionaux.
- L'action intersectorielle et le travail de réseau sont fondamentaux pour mener des actions à visée de réduction des ISS.
- Il ne s'agit pas d'identifier les facteurs à l'origine des ISS mais de repérer et de capitaliser des actions susceptibles d'avoir un effet sur les ISS, à partir d'une grille descriptive d'actions qui permet également de recueillir le regard critique des porteurs eux-mêmes.
- Il ne s'agit pas d'une démarche d'évaluation, mais d'identifier des mécanismes et de valoriser l'expérience de terrain.
- L'exhaustivité et la représentativité ne sont pas recherchées, il s'agit de mieux connaître l'existant et de permettre un partage de connaissances.
- La capitalisation doit servir à l'ensemble des secteurs d'interventions, et pas uniquement aux professionnels de santé.
- La capitalisation doit servir à montrer la pluralité des actions et en valoriser certaines dont la plus-value est reconnue, mais aussi des actions novatrices, ainsi que celles qui ont réussi à contourner obstacles et difficultés en précisant dans quel contexte et avec quels moyens, mais également à montrer les freins qui empêchent le développement des actions (selon le regard des porteurs).

1.4.3 - Les résultats attendus

Les résultats attendus de notre consultation sont :

- d'identifier des actions d'accompagnement à la parentalité susceptibles d'avoir un effet sur les ISS ;
- de recueillir le regard critique des porteurs d'interventions ;
- de favoriser une dynamique d'échanges et de partage de connaissances et d'expériences entre acteurs.

2 - Méthodes

2.1 - *Description de la mise en œuvre du projet*

En 2013, la SFSP a procédé à une recherche documentaire et à un premier état des lieux des initiatives sur le sujet de la petite enfance, afin de repérer les acteurs, les réseaux, les types d'actions menées dans le champ spécifique de l'accompagnement à la parentalité. Une des phases-clé dans la mise en œuvre du projet a été la mobilisation et la constitution d'un comité d'experts. La sollicitation du comité d'experts a été faite par une lettre d'invitation à une réunion en mars 2014 à partir d'une liste préétablie par le comité de pilotage. Les experts concernés sont issus de différents organismes ou réseaux mobilisés sur les questions de la petite enfance et de la parentalité et/ou de promotion de la santé (27 structures, 41 personnes, la liste est disponible dans l'Annexe I). Ce comité d'experts s'est mobilisé sur la définition du cadre, des thèmes et des relais ciblés.

Afin de repérer dans un premier temps et de mettre en évidence des exemples de stratégies, de modalités et types d'actions, ou encore de publics-cibles, un premier panel de 68 actions a été réalisé. Pour le constituer, plusieurs sites ou bases de données ont été consultés, comme le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » de la DGS, le site de l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) et de l'Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), plusieurs sites de REAAP, le guide du Réseau villes santé de l'Organisation mondiale de la Santé (RVS OMS), le site de la Fondation de France et ATD Quart Monde.

La deuxième phase-clé de ce projet a été d'élaborer l'outil de recueil. Un groupe de travail volontaire a donc été constitué au sein du comité d'experts pour concevoir la grille de recueil de données. Les membres de ce groupe de travail sont de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance (ANAPSYpe), de l'Association Nationale des Puericulteurs(trices) diplômé(e)s et étudiant(e)s (ANPDE), de la Croix-Rouge Française, de la Fédération Nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), de la plateforme nationale des Ateliers Santé Ville (ASV), du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) et enfin de la SFSP. La grille de recueil appelée fiche-action (Annexe II) a été réalisée à partir d'outils et référentiels existants (mai-juin 2014) puis testée et réajustée (été 2014) et enfin validée par le comité d'experts (octobre 2014) pour diffusion.

La fiche-action avait pour objectifs :

- de décrire l'action, pour mieux la faire connaître : objectifs, thèmes abordés, publics bénéficiaires, modalités d'interventions, activités mises en place, zone géographique, partenaires, financements, etc. ;
- de livrer des éléments de réflexion, pour essayer de comprendre ce qui fonctionne ou non, pourquoi, comment, pour qui et dans quelles circonstances, les effets sur la santé, dans quelle mesure les actions disposent du potentiel pour lutter contre les inégalités sociales de santé, avec quels objectifs, quels moyens, quel suivi pour mesurer les effets (même si l'action sur les ISS n'est pas l'objectif principal de l'intervention) et faire part des difficultés rencontrées ;

Ces éléments de réflexion visaient à répondre aux questions suivantes : Sur quoi peut-on agir ? Comment agit-on ? Quel regard porte-t-on sur l'action ? Que peut-on chercher à renforcer ou à améliorer dans cette action ? Quels sont les bénéfices de ces actions ?

2.2 - Moyens humains et matériels

Ce projet de capitalisation est coordonné par l'équipe projet de la SFSP qui s'est appuyée sur un comité de pilotage composé de cinq administrateurs de la SFSP et sur un comité d'experts composé de 41 membres.

Tout le matériel bureautique et informatique a été fourni par la SFSP.

2.3 - Lien avec le site internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » du Ministère de la santé

A l'initiation du projet de capitalisation, la SFSP s'est interrogée sur la manière dont elle pourrait l'articuler avec ce qui se fait déjà en France.

Comme évoqué précédemment, le site internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » a représenté un véritable cadre de référence sur la thématique de l'accompagnement à la parentalité. Il diffuse des actions d'accompagnement à la parentalité ayant fait l'objet en grande partie de publications dans des revues scientifique alors que de notre côté, nous recherchions principalement à faire remonter et connaître des actions de terrain n'ayant pas forcément fait l'objet d'une publication. L'intérêt de travailler en partenariat s'est donc justifié par la complémentarité de nos démarches.

Deux réunions de présentation du projet et du processus, organisées avec le comité scientifique du site internet ont conduit à la participation de certains de ses membres à notre comité d'experts. Plusieurs échanges intermédiaires ont également eu lieu.

Notre premier recueil d'actions a été alimenté, entre autres, grâce à 29 actions repérées à travers ce site. Avec l'aide des membres du comité scientifique, nous avons pu identifier et récupérer les coordonnées de 13 porteurs parmi les 29 repérés. Nous les avons ainsi sollicités en les invitant à compléter notre fiche-action déjà pré-remplie grâce aux informations présentes sur le site.

Le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » a aussi relayé notre appel à contributions.

2.4 - Méthodologie utilisée pour la mission de stage

2.4.1 - Les objectifs de la mission dans le cadre de la capitalisation d'actions d'accompagnement à la parentalité

Les objectifs de la mission dans le cadre du stage ont été les suivants :

Objectif général :

- Participer à la démarche de capitalisation et d'analyse d'actions d'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance avec une prise en compte des inégalités sociales de santé.

Objectifs spécifiques :

- Poursuivre promouvoir et suivre le recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité.
- Restituer les points d'avancement du projet auprès du comité de pilotage et du comité d'experts.
- Repérer des actions pour mener des entretiens qualitatifs avec les porteurs concernés.
- Réaliser une analyse des résultats recueillis (quantitatifs et qualitatifs).
- Rédiger un rapport d'analyse.

2.4.2 - Le recueil d'expériences

Le recueil a eu lieu *via* un logiciel de sondage en ligne mis à disposition sur le site de la SFSP du 18 novembre 2014 au 31 mars 2015. Les porteurs avaient également la possibilité de télécharger notre fiche-action directement sur le site de la SFSP et de la renvoyer par mail. La consultation *via* le logiciel en ligne permettait de quitter le sondage sans avoir terminé la saisie et de la reprendre à tout moment grâce à un code personnel qui était attribué. Ainsi, les contributions étaient enregistrées selon un statut « participé et terminé » ou « participé mais pas terminé ». Il était possible de contacter les répondants grâce à leur adresse mail qui faisait l'objet d'un champ obligatoire en début de sondage. Un fichier Excel était téléchargeable pour suivre les participations.

Les porteurs avaient également la possibilité de déposer des documents annexes relatifs à leur action (rapports d'activité, présentation des projets, flyers, etc.).

2.4.2.1 - Diffusion de l'appel à contributions

Afin de promouvoir notre démarche auprès d'un plus grand nombre de porteurs, nous avons mobilisé plusieurs « canaux » de diffusion pour relayer notre appel à contributions.

- *Via* et au sein du réseau de la SFSP, par le biais de lettres électroniques hebdomadaires, de quatre flash spéciaux, sur la page d'accueil du site internet, sur twitter ;

- *via* le comité d'experts : à notre connaissance, 13 membres ont relayé l'appel à contributions dans leur propre réseau : CNAF ; FNES ; Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ; ANAPSYpe ; Association nationale des puériculteurs(rices) diplômé(e)s et étudiantes (ANPDE) ; Association pour la recherche et l'information en périnatalité (ARIP) ; Confédération syndicale des familles (CSF) ; Commissariat Général de l'Egalité des territoires (CGET) ; Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ; Société française de pédiatrie (SFP) ; RFVS ; Plateforme nationale des ASV ; Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF).
- *via* des réseaux directement sollicités : REAAP 27 (Eure et Loire) ; Réseau Parents 13 ; Observatoire National de l'Enfance en danger (ONED) ; UNCCAS.
- *Via* des partenaires qui ont relayé spontanément : Association des médecins conseillers techniques de l'Education nationale (ASCOMED) ; Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire (AFPSSU) ; Inter-réseau des professionnels du Développement Social Urbain (IRDSU) ; Communauté des professionnels de santé (Santélog).
- Via la liste des personnes inscrites au séminaire de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine (IREPS) : L'IREPS Lorraine a organisé un séminaire en février 2015 sur la thématique : « Etre parents : Comment ? Et avec quel accompagnement des professionnels ? ». Ayant participé à ce séminaire, nous avons récupéré les coordonnées des personnes inscrites afin de les inviter à répondre à notre consultation.

2.4.2.2 - Suivi des contributions

Les porteurs avaient donc la possibilité de remplir directement la fiche en ligne ou de la télécharger et de la renvoyer au secrétariat de la SFSP. Chaque fiche action renvoyée par mail a été ajoutée au sondage en ligne dès sa réception, afin d'avoir un seul fichier (fichier Excel émanant du site) centralisant l'intégralité des contributions.

Etant donné que deux statuts étaient possibles, il était primordial de les trier pour soit les inclure à notre panel d'actions recensées, soit relancer les porteurs afin de les inviter à terminer leur participation. Les actions hors sujet étaient directement écartées.

Les actions terminées ont été référencées dans un tableau de bord (Annexe III) répertoriant cinq indicateurs :

- les modalités d'intervention (type d'action) ;
- les dispositifs ;
- le(s) milieu(x) d'intervention ;
- le(s) public(s) cible(s) ;
- les stratégies d'intervention.

Ce tableau de bord a permis également de faire une première lecture de fiche et d'identifier rapidement les actions terminées pour lesquelles une ou plusieurs informations capitales étaient manquantes. Nous avons, de ce fait, relancé une quinzaine de porteurs.

Parmi les personnes n'ayant pas terminé leur saisie, nous avons pu distinguer deux profils :

- les « visiteurs » : personnes étant entrées dans le sondage mais n'ayant rien complété, pour qui nous avons fait le choix de ne pas les relancer ;
- les personnes à relancer : porteurs étant entrés dans le sondage et ayant rempli un minimum d'informations.

Les relances ont été personnalisées en indiquant le code personnel et la marche à suivre pour reprendre la saisie ainsi qu'une indication sur les réponses manquantes (à partir de quelle question, ou de façon plus ciblée). Le tableau de suivi nous a indiqué la date d'ouverture de la contribution, la date de la dernière entrée dans le sondage et le statut de participation. Ainsi, nous avons pu savoir qui était revenu sur le sondage pour compléter ses informations et terminer sa saisie, ce qui a permis de les inclure au tableau de bord. En parallèle, nous avons alimenté un autre tableau de suivi, qui référençant les personnes ayant fait l'objet de relances.

Un dernier tri a été effectué deux semaines après la date de clôture annoncée afin de refaire un point sur les relances, c'est-à-dire d'inclure les personnes ayant terminé leur saisie et d'écarter tous les visiteurs et personnes n'ayant pas répondu à notre sollicitation.

Enfin, notre-fiche action interrogeait les porteurs sur la possibilité de diffuser leur fiche en ligne, nous avons ainsi référencé les fiches en fonction de leur choix.

2.4.2.3 - Restitution des points d'avancement

Nous avons communiqué à notre comité d'experts les différents points d'avancement à mi-parcours et en fin de parcours). Une réunion est prévue le 17 septembre 2015 avec ce comité, afin de présenter le rapport d'analyse final de la consultation.

Par ailleurs, une réunion s'est tenue le 31 mars 2015, avec le comité scientifique du site internet de la DGS, afin de leur présenter l'avancée de notre consultation et de discuter des suites pouvant être envisagées.

2.5 - Entretiens qualitatifs

Notre méthodologie comprenait un volet qualitatif afin de préciser la partie dite « descriptive » mais surtout la partie « réflexive », c'est-à-dire les leviers, les freins, les conditions d'accessibilité, les effets perçus de l'action en termes de contribution à la lutte contre les ISS.

Notre guide d'entretien était adapté à chaque action, le niveau de remplissage n'étant pas le même selon les fiches. Nous nous sommes fixés comme objectif de mener entre 10 et 15 entretiens semi-directifs d'une durée d'une heure environ.

Le choix des expériences a porté sur la diversité des actions menées et leur originalité (thématiques, actions innovantes...), l'approche interdisciplinaire et intersectorielle, le niveau de participation du public cible, le croisement entre forces/faiblesses et opportunités/difficultés. Un des critères de sélection indispensable était la volonté du porteur de se prêter à l'exercice de l'entretien, ce critère faisant l'objet d'une question dans notre fiche.

3 - Résultats

3.1 - *Résultats de la consultation*

La consultation a permis de recueillir 250 « enregistrements » dont :

- 123 fiches-actions exploitables, parmi lesquelles 35 complétées grâce aux relances effectuées ;
- 18 « enregistrements » ne correspondent pas aux critères de la consultation donc non exploitables (hors-sujet) ;
- 65 « visiteurs » (aucune information enregistrée) ;
- 44 « relances » qui n'ont pas fonctionné (enregistrement non terminé avec un niveau d'informations trop faible) ;
- deux actions (parmi les 123) issues des 13 fiches actions pré-remplies du site « Interventions précoces, soutien à la parentalité ».

3.1.1 - Premiers résultats descriptifs des fiches actions

Ce mémoire présente une analyse partielle des résultats. Le rapport d'analyse final sera disponible courant septembre 2015.

Nous avons choisi, parmi les 123 fiches actions « exploitables », de vous présenter les principaux résultats relatifs aux types d'organismes dont relèvent les porteurs et aux 5 indicateurs qui ont constitué notre tableau de bord : les milieux d'intervention ; les publics cibles ; les types d'actions ; les dispositifs et les stratégies d'interventions. Nous rappelons que chaque résultat est basé sur le déclaratif des porteurs d'actions. Les réponses à ces 5 indicateurs étaient à choix multiples, donc plusieurs réponses étaient possibles pour une même action. Des actions sont citées à titre d'exemple et sont visibles dans le tableau de bord en Annexe III La liste des actions présentées en exemple n'est pas exhaustive.

Nous avons comptabilisé 110 porteurs différents. Les contributeurs étaient issus principalement :

- d'établissements d'accueil de jeunes enfants ;
- d'associations visant des thématiques très variées ;
- de mutuelles ;
- de centres d'action médicale précoce / d'unité de prévention mère-bébé ;
- d'établissements de santé ;
- de centres de PMI ;
- de réseaux de santé ;
- de professionnels de santé libéraux ;
- d'auto-entrepreneurs ;
- de Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou dispositifs émanant de la ville ;
- d'IREPS ;
- de Maisons des parents et des éducateurs ;
- de Maisons de la jeunesse et de la culture (MJC).

❖ Les milieux d'intervention :

Les principaux milieux d'intervention cités sont le milieu de la petite enfance (91/123), le milieu familial (56/123) et le milieu de soins (43/123). (Figure 1)

D'autres milieux ont été rapportés comme le milieu médico-social [Actions N° 73 ; 85 ; 121], le milieu associatif [Actions N°37 ; 38], le milieu mutualiste [Actions n° 36] et enfin le milieu de l'adoption [Action n°9].

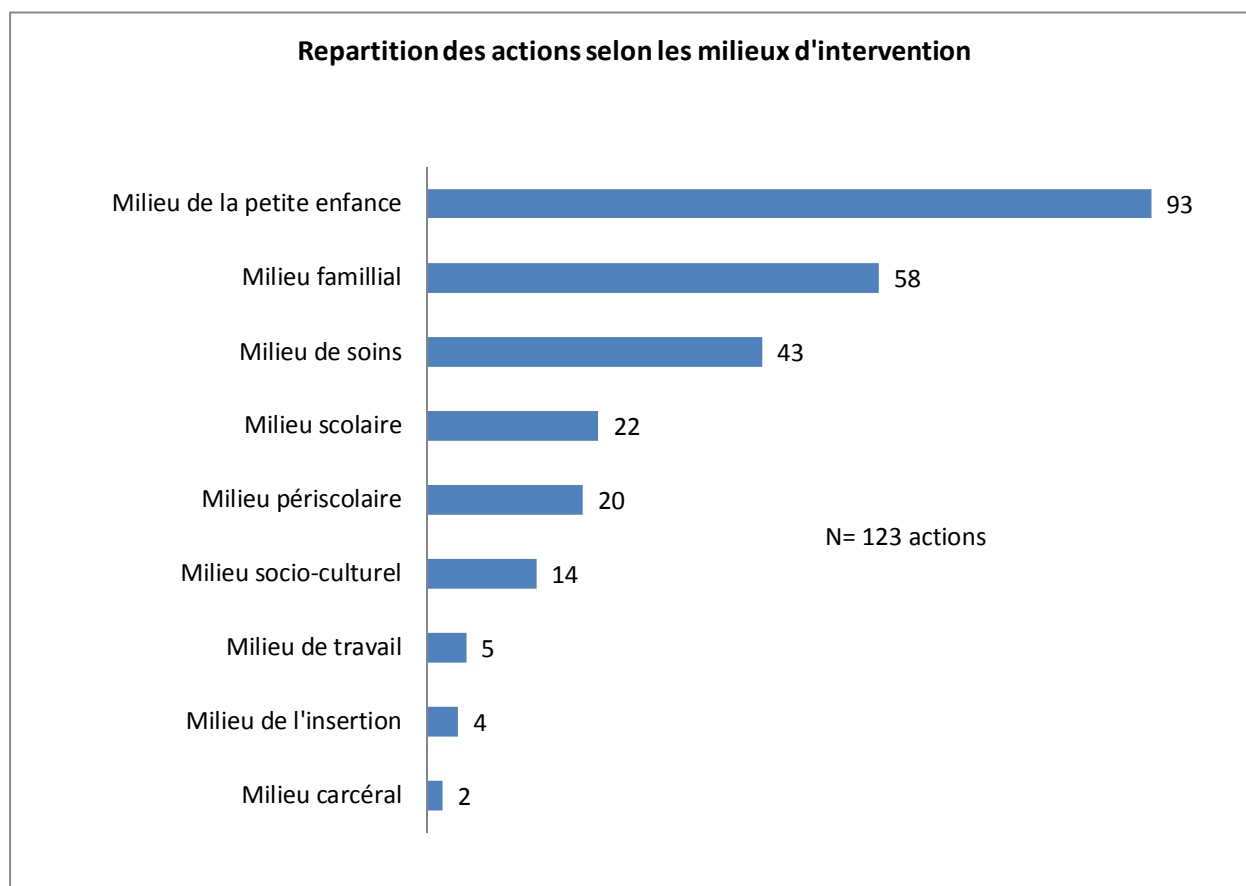


Figure1 : Répartition des actions selon les milieux d'intervention

❖ Public cible

Les actions visent plusieurs types de public à la fois. La majorité des actions visent « tous types de parents, quelle que soit la situation » (99 /123) et les enfants (99/123). La répartition des tranches d'âges des enfants est détaillée dans la Figure 2. Plusieurs tranches d'âge sont possibles pour une même action.

Près de la moitié visent les professionnels (57/123). Certaines actions (4/123) visent exclusivement un public de professionnels, il s'agit principalement d'actions de formations professionnelles. Un peu moins de la moitié visent les futurs parents (52/123). Un porteur dont l'action se résume exclusivement à de la formation a répondu « tous types de parents » en plus

des professionnels dans le public cible, car il a précisé à juste titre qu'ils sont des bénéficiaires indirects [Action n° 13].

Les autres publics visés sont les « parents ados », c'est-à-dire les très jeunes parents (16/123), les « mères exclusivement » (8/123) suivis de près des « pères exclusivement » (5/123). Certaines actions sont intergénérationnelles et concernent la famille du second cercle notamment les grands parents [Actions n°6 ; 36 ; 75].

Certaines situations de vulnérabilités ont été rapportées :

- personnes en situation de handicap ;
- personnes en situation de précarité (personnes en situation d'exclusion sociale, femmes sans logement, personnes vivant en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS))
- personnes victimes de violences conjugales ;
- personnes en situation de vulnérabilité liée à des difficultés durant la grossesse ;
- populations vivant sur des territoires prioritaires (quartiers prioritaires, Zone urbaine sensible (Zus), etc.) ;
- personnes vivant en zone rurale ;
- enfants ou parents en souffrance psychique ;
- personnes souffrant de maladies chroniques.

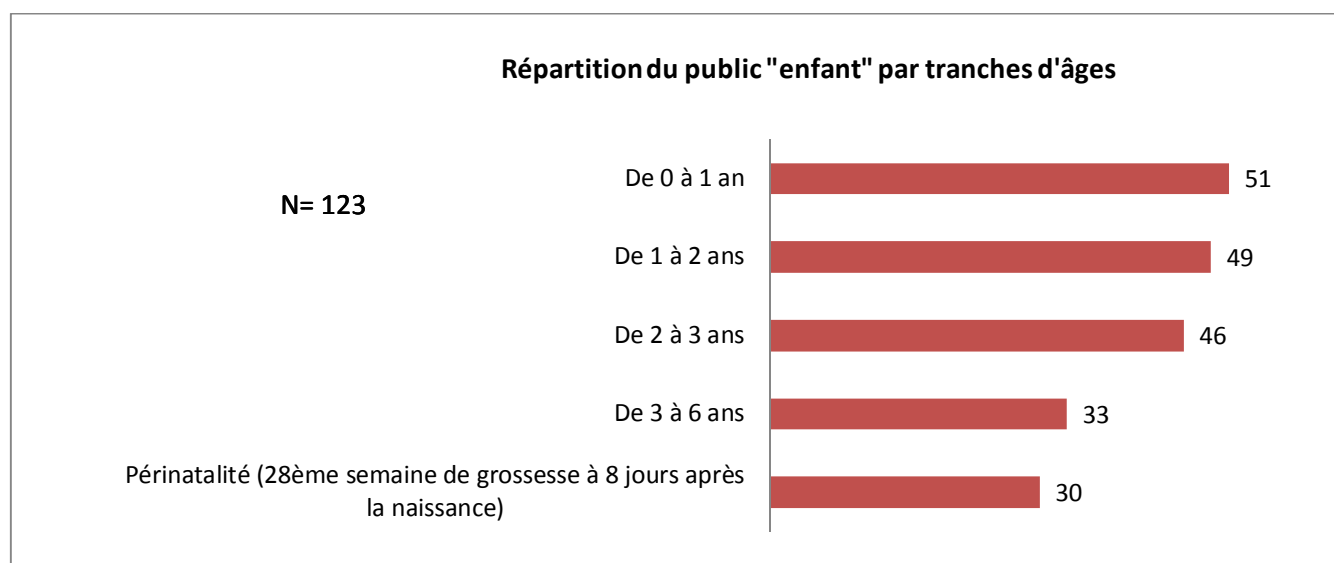


Figure 2 : Répartition du public « enfants » par tranches d'âges

❖ Les types d'action

Les porteurs d'actions ont été interrogés sur leurs modalités d'intervention. En grande majorité, les actions comprennent plusieurs types d'activités. Les principaux types d'actions sont de l'accueil, écoute et information (87/123), et des activités favorisant le lien enfant-parent (75/123). Les autres activités sont représentées dans la Figure 3.

Voici quelques exemples que nous avons choisi de rapporter :

- Le réseau bronchiolite [Action n° 66] dispense uniquement des formations de professionnels, des activités de prévention à destination de professionnels et contribue à la coordination et à la mise en réseau des professionnels.
- L'action du centre Papillon [Action n°11], propose un accompagnement spécifique aux futurs parents et parents porteurs de handicap afin d'acquérir des gestes et techniques de compensation adaptés au quotidien et de leur permettre d'être responsables de leur parentalité, tout en essayant de créer de la mixité sociale avec des ateliers en direction de tous les parents.
- L'atelier de portage « parents bébé » [Action n°8] met en avant l'approche interculturelle, en prenant en compte les différents types de portage selon les pays et en les soumettant aux femmes de façon à ce qu'elles choisissent ce qui leur correspond le mieux.
- L'association « Cler amour et famille » [Action n°12] propose des groupes de parole de parents animés par une conseillère en économie sociale et familiale, afin d'échanger sur les difficultés rencontrées par les parents et de les soutenir dans leur rôle éducatif.
- L'association « pour l'accueil des voyageurs » (ASAV) [Action n°30] propose de la médiation sanitaire à visée materno-infantile pour les populations Roms. Il s'agit de favoriser l'accès aux droits et aux soins, rendre autonomes les mères par rapport à la santé de leurs enfants et modifier les pratiques des structures de soins.
- L'association « Sparadrap » [Action n° 24] publie régulièrement des documents (guides pour les professionnels et les parents, fiches pratiques, dossiers conseils, recommandations...) en français et en anglais, documents de référence en France et à l'international.
- La recherche-action « Emergences des réseaux de parents relais à l'île de la Réunion » [Action n°45] contribue avec ses missions de diagnostic local, de formations et de discussions, à alimenter un plaidoyer sur l'importance et les enjeux d'inclure les parents voire même les grands-parents au cœur des dispositifs et projets d'éducation à destination de leurs enfants, en mettant l'accent sur les enjeux qui en découlent.

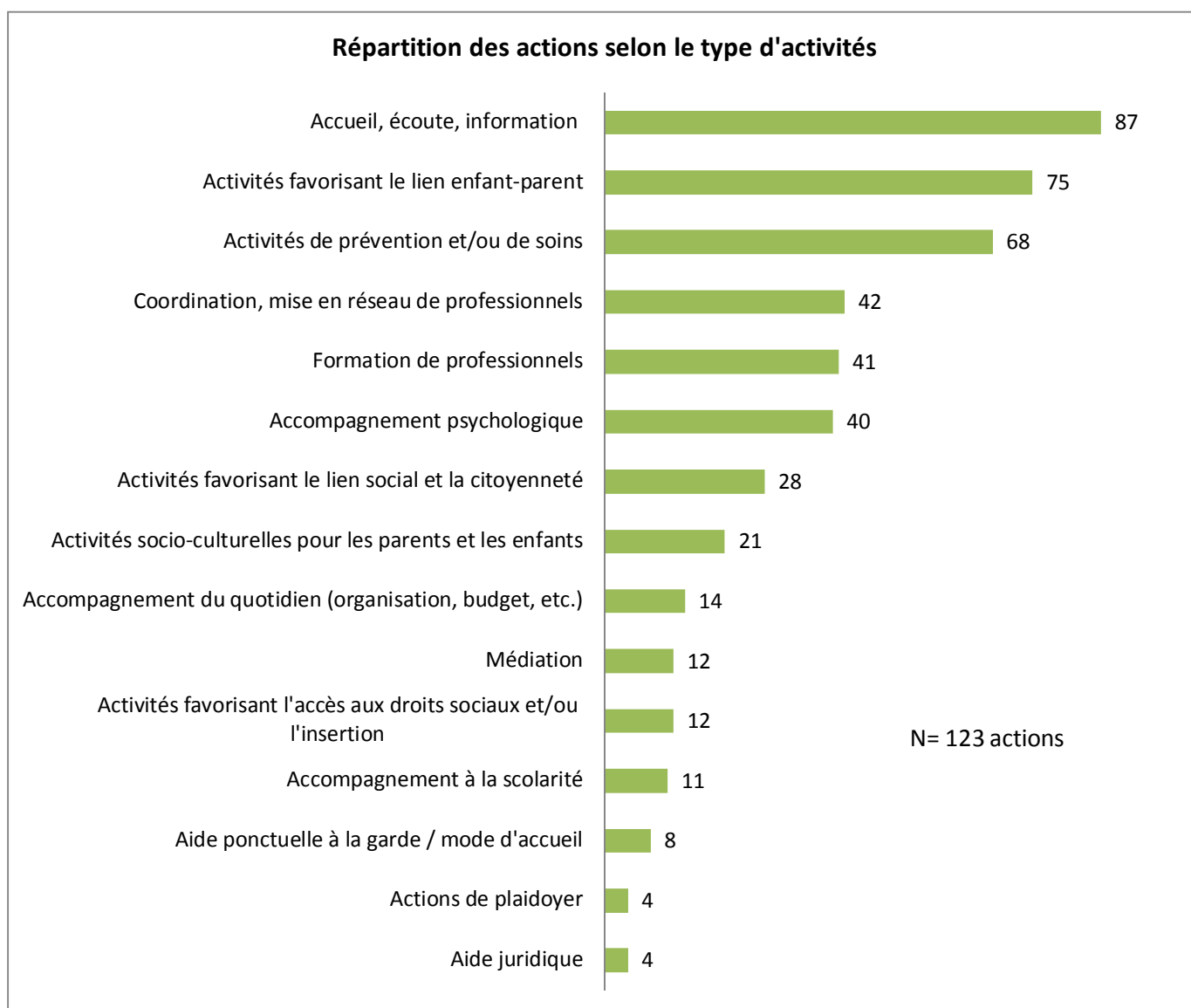


Figure 3 : Répartition des actions selon le type d'activités

❖ Les dispositifs

Parmi les 123 contributions, presque la moitié ne relève pas d'un dispositif national (52). Pour 35 actions, les porteurs déclarent qu'elles relèvent d'un autre dispositif et 8 ont déclaré ne pas savoir (Figure 4). Le dispositif « Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REAAP) » est cité en majorité pour 24 actions. Pour 15 actions, les porteurs ont déclaré relever de plusieurs dispositifs dont 11 sur les 15 correspondaient à un REAAP [Actions N°10 ; 56 ; 122]. Les autres dispositifs restent très marginaux, le contrat local de santé (CLS) n'est cité qu'une fois par exemple. [Action n°44]

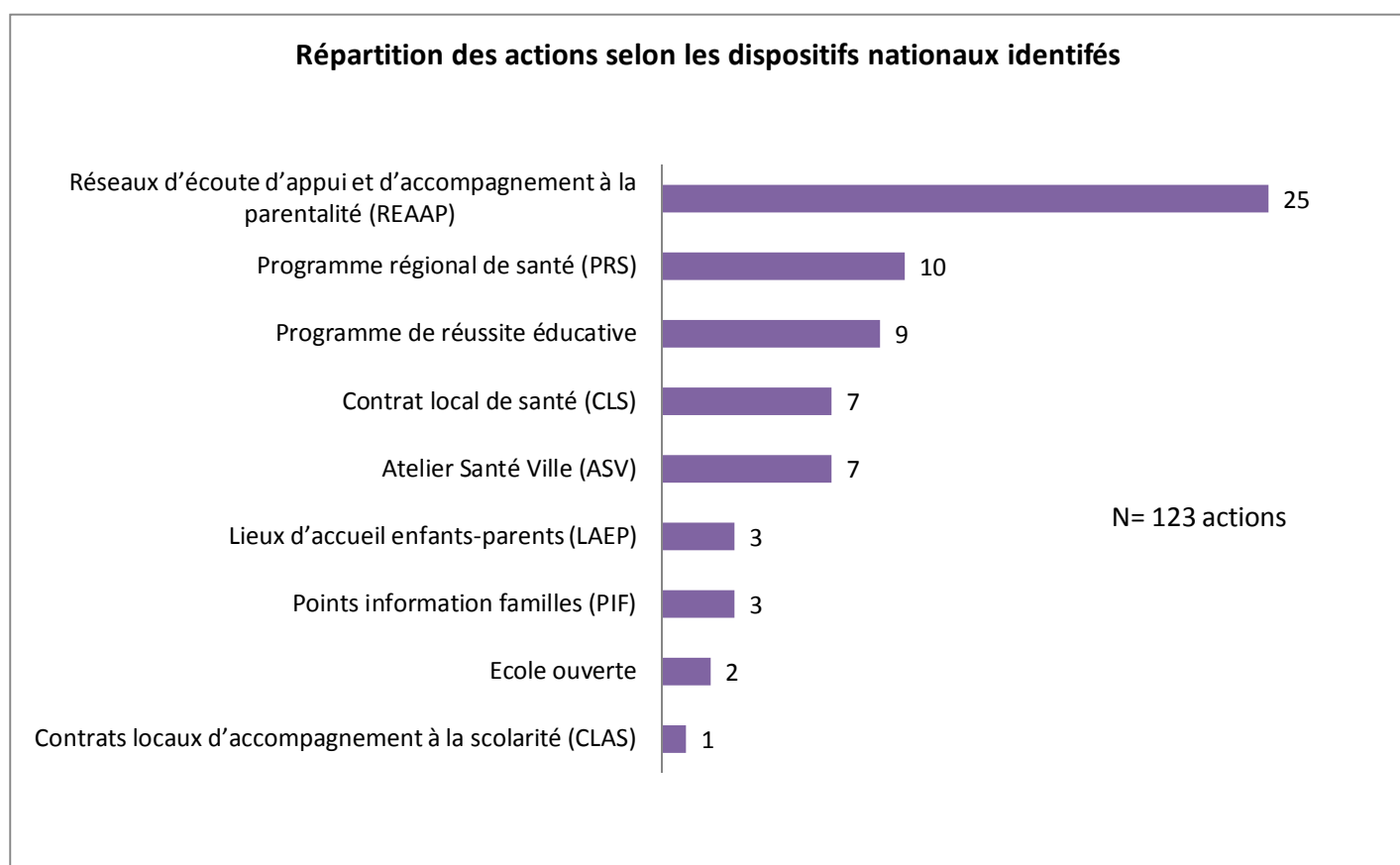


Figure 4 : Répartition des actions selon les dispositifs nationaux identifiés

❖ Les axes d'interventions de la charte d'Ottawa

Nous avons interrogé les porteurs pour savoir s'ils considéraient que leurs actions relevaient d'un voire de plusieurs axes stratégiques de la Charte d'Ottawa, avec des exemples concrets du domaine de la petite enfance, dans lesquels ils pouvaient se retrouver. L'objectif était de leur montrer que leur action rentre dans un cadre de promotion de la santé.

Tous les porteurs ont renseigné cette question. Parmi les 123 actions recueillies, l'axe « Développer et renforcer les compétences parentales » est cité pour 111 actions. L'axe « Créer des milieux favorables pour les parents et les jeunes enfants » concerne 58 actions. Ils sont essentiellement cités ensemble. La Figure 5 représente le détail de chaque axe stratégique de la Charte d'Ottawa.

Nous avons repéré 15 actions pour lesquelles les 5 axes d'intervention de la charte d'Ottawa étaient mobilisés.

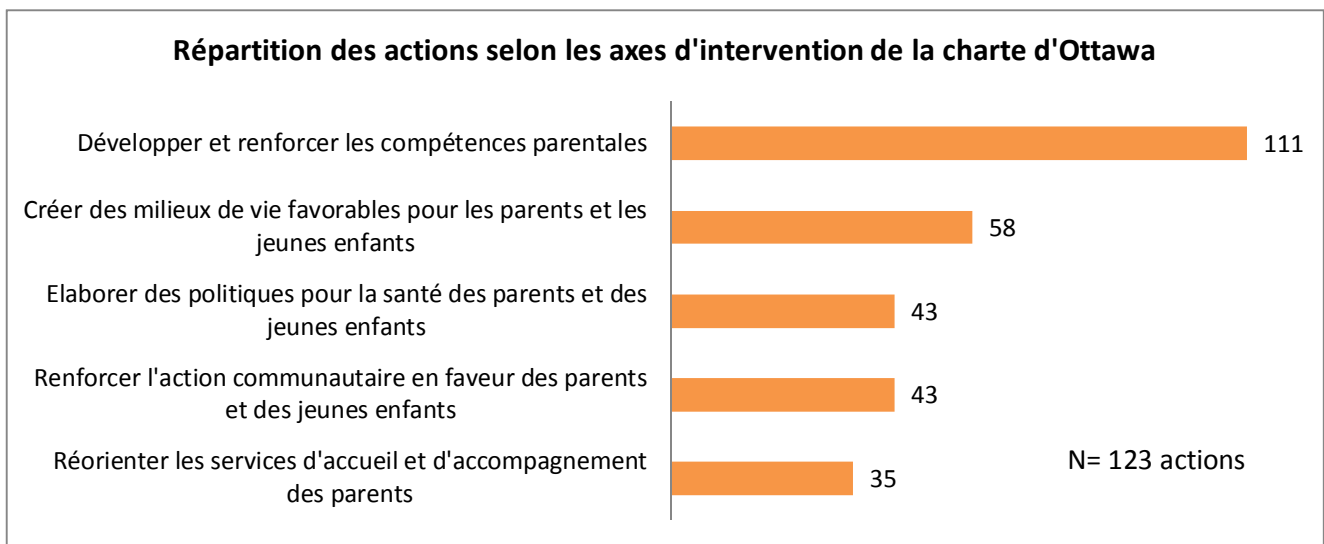


Figure 5 : Répartition des actions selon les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa

3.1.2 - Premiers résultats qualitatifs des fiches actions et des entretiens

Nous avons mobilisé un panel varié de porteurs à travers nos entretiens qualitatifs semi-directifs. Il était essentiel de cibler plusieurs types de structures aux vues des différences en termes de méthodes et de moyens d'intervention. En effet, les conditions d'élaboration, de mise en œuvre, d'évaluation et de participation d'un projet ne sont pas les mêmes au sein d'un atelier santé ville, d'un établissement de santé, d'une association ou encore d'une mutuelle.

L'objectif fixé est atteint car nous avons envisagé de nous entretenir avec 10 à 15 porteurs. Nous en avons sollicité 26 et à ce jour 12 porteurs ont répondu favorablement à notre sollicitation et deux sont en attente.

Parmi les porteurs nous avons réussi à mobiliser :

- une mutuelle ;
- une association en milieu carcéral ;
- une association spécialisée dans l'adoption ;
- un réseau ville-hôpital ;
- une unité père-mère-bébé ;
- un centre de PMI ;
- une association au sein d'une crèche ;
- un CCAS menant une action sur l'accueil d'enfants porteurs de handicap ;
- un atelier santé ville (ASV) ;
- une maison de la nutrition ;
- une antenne de l'école des parents et des éducateurs ;
- un groupe hospitalier.

Nous avons souhaité nous entretenir avec un médecin ou gynécologue en libéral, un lieu d'accueil enfant-parent, un lieu d'exercice de droit de visite d'un parent, un réseau et une association spécialisés dans les maladies chroniques mais nous n'y sommes pas parvenus,

faute de réponse.

Les entretiens ont permis de compléter les fiches actions. Chaque porteur n'avait pas la même représentation des ISS, certains n'avaient parfois rien répondu à la question qui y faisait référence. Ce temps a donc permis d'éclaircir cette notion auprès des contributeurs et d'obtenir leurs témoignages.

Voici une liste non exhaustive des principaux leviers et freins repérés et exprimés par les porteurs pour mener leur action.

Principaux leviers exprimés et repérés :

- Identification et connaissance des partenaires sur le territoire d'action.
- Maillage partenarial solide au niveau national et local (travail en réseau).
- Identification et prise en compte des réponses de terrain existantes.
- Coordination, pluridisciplinarité et intersectorialité.
- Motivation et engagement des acteurs y compris des bénévoles associatifs.
- Compétences et expériences des acteurs impliqués y compris des bénévoles associatifs.
- Soutiens institutionnels, politiques, financiers et techniques.
- Moyens humains et financiers.
- Transmission de connaissances entre acteurs/Partage d'une culture commune.
- Connaissance du public.
- Cohérence entre besoins du public et réponses disponibles (analyse des besoins).
- Proximité/Mobilité des actions (principe « d'aller vers »).
- Adaptabilité des actions et des outils/Diversité des approches/Accessibilité (géographique, culturelle, matérielle, économique, physique).
- Co-construction entre acteurs et public cible.
- Relation de confiance entre acteurs et public cible.
- Supervision des acteurs (accompagnement, regard et recul sur les pratiques).
- Relais par les pairs.
- Création de lien, cohésion.
- Communication sur le projet entre pairs (bouche à oreille)/Utilisation des médias disponibles/Visibilité de l'action.
- Aspect novateur des projets et des outils.
- Adhésion et intérêt du public.
- Approche globale, prise en compte de l'ensemble des déterminants des publics concernés. Prise en compte de la singularité du public rencontré.

De façon corollaire, les principaux freins repérés et exprimés par les porteurs :

- Manque de volonté politique et/ou choix d'autres priorités politiques.
- Manque de soutien institutionnel.
- Manque de relais partenaires.
- Manque de motivation et d'engagement des acteurs.
- Manque de reconnaissance par le réseau ou par les professionnels du champ.
- Peu voire pas de coordination des actions.
- Manque de moyens humains et financiers.
- Manque de temps, de disponibilité des acteurs.
- Turnover des acteurs/précarisation des emplois.

- Difficultés de pérennisation des actions.
- Difficultés de faire appliquer les textes de lois et réglementations.
- Difficultés d'obtenir des enveloppes budgétaires malgré les orientations politiques.
- Lourdeur et obligation de renouvellement annuel des dossiers de demande de subventions.
- Planification difficile due à l'incertitude de reconduction de financement chaque année.
- Difficultés méthodologiques (conception de l'action ; mise en œuvre ; évaluation).
- Problèmes d'accessibilité (horaires mal adaptés, barrières linguistiques et culturelles, coût des prestations et intervenants types médiateurs socioculturels, interprètes ...).
- Manque d'adhésion et de mobilisation du public concerné.
- Peur de l'innovation, réticence et incompréhension de certains acteurs, bouleversement des pratiques.
- Actions non adaptées au public/mauvaise priorisation des réponses face aux besoins.
- Difficultés de mise en confiance du public ; peur de la stigmatisation.
- Manque de visibilité et de communication de l'action.

A travers nos entretiens qualitatifs, nous avons pu appréhender de façon plus concrète certains de ces leviers et freins mais aussi d'éventuels effets sur la santé et sur les ISS. Nous avons pu également obtenir des points de réflexion sur la transférabilité des actions par les porteurs. Nous avons choisis de vous les illustrer à travers 6 actions.

✓ **L'accompagnement à la parentalité avec les spécificités de la parentalité adoptive de l'association « Arbre de la Vie » [Action n° 9] :**

« Arbre de la vie » est une association de parents adoptifs dont l'objectif est de créer un réseau de partage d'expériences, d'informations, d'écoute et d'accompagnement à la parentalité avec les spécificités de la parentalité adoptive. L'action se déroule principalement de façon individuelle, à la demande des parents qui prennent contact. Elle propose ses services dans la France entière, c'est-à-dire qu'elle ne refuse aucune sollicitation mais ce sont les parents qui doivent être mobiles.

L'association a souhaité mettre en place une supervision et a fait appel à une psychothérapeute. Ces échanges semblent permettre aux acteurs d'approfondir leur réflexion afin d'améliorer par conséquent, l'accompagnement des couples. L'intervention de cette personne a également permis la mise en place d'une évaluation de l'action.

De plus, l'association bénéficie d'aides aux formations grâce au REAAP, sans cela ce serait impossible, faute de moyens. L'association souffre par contre d'un manque de reconnaissance et de soutien de la part des collectivités territoriales, qui ne leur reconnaissent pas la compétence pour travailler dans ce champ de l'adoption.

Les effets perçus sur la santé concernent le bien-être de l'enfant, à travers des activités de prévention. Les enfants souffrent souvent de carences alimentaires, les parents sont informés de ce qu'elles peuvent engendrer sur le comportement des enfants avec notamment un risque de retard mental.

Un point important a été souligné lors de l'entretien, les parents en situation adoptive sont généralement dans une situation financière favorable mais peuvent être confrontés à des problématiques qui leurs sont inconnues, leurs enfants peuvent souffrir d'inégalités de santé. Ainsi, l'apprentissage des parents à gérer la différence au quotidien est perçue par l'association comme une contribution au changement de mentalité et donc à la lutte contre les ISS.

✓ **Aide à la relation enfants–parents incarcérés par l'association « Enjeux d'enfants grand ouest » [Action n° 28]:**

L'association « Enjeux d'enfants grand ouest » propose d'aider, par tous les moyens appropriés, à la relation entre l'enfant et son parent détenu ou tout autre tiers incarcéré avec lequel il a entretenu des liens affectifs et éducatifs, susceptible de pouvoir bénéficier d'un droit de visite. Elle contribue à développer les moyens nécessaires pour répondre aux situations d'éloignement, à accompagner les enfants pour qu'ils puissent s'inscrire dans leur histoire familiale (accompagnement en parloir) ainsi qu'à intégrer la problématique familiale au sein des dynamiques d'insertion sociale des détenus.

Un des principaux leviers rapportés concerne la visibilité de l'action. Elle est « bien repérée, en place, et perçue positivement par les parents et les partenaires » au niveau local et régional, ce qui facilite les démarches administratives et les interventions en détention. Il y a une bonne coordination entre les professionnels et les bénévoles, ce qui constitue un véritable point fort.

Par contre, la lourdeur des dossiers de demande de subvention et le temps qu'ils nécessitent apparaissent comme un véritable handicap. A cela s'ajoute l'incertitude d'être soutenu financièrement, remettant en doute la reconduction de l'action chaque année.

L'association considère cependant contribuer au bien-être de l'enfant et du parent. L'action permet d'aider l'enfant à se développer avec son histoire en essayant de limiter l'installation de problématiques pendant son enfance dû à cet épisode.

Sur la question de la transférabilité, l'association met en avant l'écart entre la détention, pendant laquelle des actions sont mises en place et la sortie, qui n'est peu ou pas accompagnée d'actions de réinsertion. Il a été noté qu'un accompagnement des enfants et de leurs parents incarcérés serait bénéfique et tout à fait réalisable.

✓ **Le café dégustation à destination des parents et un atelier d'éducation au goût chez les enfants par la Maison de la Nutrition de Champagne Ardenne [Action n° 28]:**

L'action est terminée et s'est déroulée dans un établissement scolaire de primaire. L'action est partie d'un constat fait par l'infirmière scolaire qui a participé à un projet sur l'alimentation en collège, sur la connaissance et la consommation de fruits et légumes par les élèves. Le directeur de l'école, de son côté avait déjà fait le constat lors d'un cours dédié à l'alimentation, que peu de produits laitiers et légumes sont reconnus et cités par les élèves.

L'objectif de la maison de nutrition a été de mettre en place et pérenniser une action sur l'alimentation basée sur l'éducation sensorielle. Il a fallu d'autonomiser les enseignants et l'infirmière, ce qui passe par un travail en amont d'harmonisation du message auprès de l'équipe scolaire, afin de partager une culture commune sur la thématique de l'alimentation. La co-animation a donc été citée comme indispensable pour mettre en compétence les enseignants et l'infirmière. L'autonomisation et l'appropriation de l'action sous-entend

également que l'école peut mettre en place ce type d'action sans avoir besoin de financement. L'approche est innovante, il s'agit de développer l'éducation sensorielle pour améliorer l'éducation nutritionnelle. L'approche sensorielle se base sur la découverte des goûts et saveurs. L'atelier utilisait des épices, véritable porte d'entrée entre les familles et la diététicienne. Le porteur met en avant qu'il est plus facile de mobiliser des parents en présentant l'atelier comme un atelier découverte plutôt que comme une énième réunion d'information sur « Comment bien manger ». D'autant plus que la majeure partie des personnes qui se déplacent à ce genre de réunion d'informations sont déjà sensibles à cette thématique avec un risque donc d'accentuer les écarts. « Trop d'établissements développent des approches hygiénistes de l'alimentation, qui ne fonctionnent pas et se répètent chaque année ». Présenter l'aliment, parler de sa provenance, le faire sentir permet d'activer la curiosité des enfants et de contourner le refus systématique de goûter. « Il faut mettre le goût en avant dans l'alimentation, si nous voulons qu'un changement soit durable, il faut induire la notion de plaisir ». Ainsi, l'action permet d'élargir le répertoire alimentaire des enfants, ayant un impact direct sur la santé.

Ce type d'action favorise également la mixité sociale, les épices étant utilisés partout dans le monde dans toutes les cuisines traditionnelles. Par conséquent, le fait donc de ne pas échanger sur des connaissances mais sur des ressentis permet de diminuer les écarts. L'éducation sensorielle induit un travail sur l'estime de soi, sa capacité à comprendre et à accepter les différences d'autrui.

Les ateliers sont proposés lors de l'arrivée des enfants, chaque parent pouvant rester le temps qu'il peut et participer à l'atelier dégustation.

✓ **Le programme « Cambrai Handinômes » avec le CCAS de Cambrai** [Action n°103]:

Le programme « Cambrai Handinômes » est développé par le CCAS de Cambrai dont la vocation est d'accompagner les parents d'enfants en situation de handicap. Cela se décline en plusieurs modalités :

- Accompagner les parents sur le plan administratif (démarches, orientation de l'enfant) et psychologique (groupe de parole, guidance parentale).
- Favoriser le droit au répit : intégration des enfants en situation de handicap dans les structures de droit commun (crèches, centres de loisirs, assistantes maternelles), création d'un service de garde à domicile.
- Permettre la socialisation de l'enfant en situation de handicap : intégration dans des collectifs hors du milieu familial et hors des prises en charge spécialisées.
- Animer un réseau de professionnels issus des champs du handicap et de la petite enfance.

Un groupe de parents a été mobilisé à une première réunion d'informations lors de l'élaboration du projet afin de connaître les attentes et besoins des personnes concernées. Ce comité de parents est mobilisé une à deux fois par an et est intégré au comité de pilotage du projet. L'action est pérenne puisqu'elle est issue d'une forte volonté politique avec un partenariat dense et engagé. Les actions sont présentées comme complémentaires.

Un des points forts de l'association se situe dans la mobilité de l'action. Chaque action proposée de façon individuelle est adaptée à la situation de l'enfant (garde à domicile plutôt qu'accueil en milieu ordinaire par exemple).

Malheureusement le secteur géographique est limité à la ville de Cambrai, alors que la demande

extérieure est importante. En parallèle, il semble y avoir encore beaucoup de personnes qui pourraient logiquement bénéficier de ce dispositif mais qui n'en connaissent pas l'existence. Le porteur déclare ne pas pouvoir disposer d'une liste de personnes bénéficiant de l'allocation handicap de la Caisse d'allocations familiales, ce qui pourrait, selon lui faciliter le repérage et l'invitation des familles.

Les effets positifs sur l'enfant sont pourtant bien reconnus. L'intégration d'un enfant dans une crèche multi-accueil est stimulante et favorise son éveil. L'accompagnement sur le plan administratif permet l'acquisition de droits sociaux.

✓ **Un atelier massage bébé et soutien à la parentalité à l'association « Au Royaume des petits » [Action n°20] :**

L'atelier massage bébé est un outil qui permet de renforcer le lien entre l'enfant et le parent et d'accompagner au quotidien la fonction parentale. C'est en ces termes que le porteur nous a présenté son action. La pratique du « peau contre peau » est développée dans les unités de réanimation, il favorise le renforcement du lien précoce. La personne qui intervient est un médecin, qui a d'ailleurs déjà pratiqué en unité de réanimation. Les mères mais aussi les pères n'ont pas toujours confiance en eux, par conséquent le soutien sous cette forme les aide à valoriser leurs compétences parentales. Les parents sont la plupart du temps orientés par les services de PMI. L'atelier ne se restreint pas uniquement à des activités de massage bébé, les parents aussi sont sollicités et écoutés concernant leurs éventuels besoins et envies. Des intervenants peuvent être sollicités en fonction des demandes des parents. D'autres professionnels peuvent également être formés aux pratiques de massage bébé.

L'action a eu du mal à se mettre en place face à la réticence des professionnels et des parents due au caractère novateur et très peu connu des ateliers de massage bébé. Aujourd'hui il ne semble plus y avoir de problèmes, l'action est bien connue et reconnue par l'ensemble des acteurs locaux, notamment à travers les politiques publiques (financement pérenne). De façon générale, les parents semblent satisfaits (enquête de satisfaction).

Le porteur met en avant les bénéfices de cette pratique, ce temps aide l'enfant à être apaisé, diminue son anxiété ce qui a un impact positif sur la relation parent-enfant, l'immunité de l'enfant, son alimentation et son sommeil (cercle vertueux).

Selon le porteur, cette action contribue à réduire les inégalités sociales de santé car plus le climat de confiance et le lien sont renforcés entre l'enfant et le parent, plus l'enfant aura confiance en lui, plus il pourra s'ouvrir à des apprentissages et aux autres, etc. De plus, cette action est une porte d'entrée vers d'autres structures. Si le professionnel remarque qu'un parent a besoin d'un temps pour lui (pour ses recherches d'emplois ou autres), il peut, par exemple, le mettre en relation avec une crèche de proximité par exemple, et ainsi lever des blocages.

Par ailleurs, l'action est tout à fait transférable et réalisable par d'autres professionnels formés, sensibilisés à cette pratique. Il faut pour cela avoir de la motivation, de l'envie et savoir s'entourer de partenaires.

✓ **« Naître et bien-être » développé par le réseau ville-hôpital de la Loire** [Action n°90]:

Le réseau ville-hôpital « Naître et bien-être » prend en charge de façon précoce les dysfonctionnements parentaux. Son action s'organise autour de trois axes :

- la prévention et la prise en charge thérapeutique des troubles du nourrisson et/ou des souffrances du père et / ou de la mère jusqu'aux 3 ans de l'enfant ;
- la formation des professionnels au dépistage de ces souffrances ;
- la coordination de la prise en charge des patients avec les acteurs locaux.

Le partenariat et la coordination entre professionnels représentent un fort avantage. Un outil de dépistage des dysfonctionnements parentaux a d'ailleurs été co-construit avec une équipe pluridisciplinaire des maternités de la région. La proximité entre professionnels permet une prise en charge rapide et adaptée, mais la demande reste forte et les moyens limités.

Les centres médico-psychologiques ne sont pas spécialisés dans la prise en charge du tout petit et présentent des délais d'attente très longs. Une prise en charge financière (aide dérogatoire) est possible pour les familles afin de répondre dans l'urgence afin qu'elles puissent aller consulter un professionnel en libéral. Mais cela se limite à six séances ce qui n'est généralement pas suffisant. Leur situation financière ne leur permet pas de prendre le relais, ce qui est problématique.

L'autre limite de cette action se situe au niveau de la prise en charge de personnes ne maîtrisant pas la langue française. La thérapie est basée sur la parole et le centre ne dispose pas de traducteur, faute de moyens financiers. En termes d'accessibilité, l'action n'est possible que pour les familles parlant un minimum le français de façon à pouvoir se comprendre.

Ce réseau est un projet pilote et est le seul en France qui existe sous cette forme. Il n'y a pas de réseau qui se spécifie sur les souffrances psychiques avec un dispositif ville, « il est très envié dans les autres régions ».

4 - Discussion

L'analyse de l'expérimentation des deux modalités de capitalisation (ISS et accompagnement à la parentalité) permet de tirer des enseignements sur les conditions de réussite et les facteurs d'échecs pour la mise en routine des activités de capitalisation d'interventions de terrain. Ces deux modalités de capitalisation permettent également d'alimenter des connaissances spécifiques dans le champ de la promotion de la santé. L'accompagnement à la parentalité constitue un véritable domaine d'investigation nouveau et peu connu pour la SFSP qui permet d'ouvrir son réseau à des acteurs différents.

Pertinence de la méthode : une adaptation indispensable aux acteurs non rompus à la méthodologie de projet en promotion de la santé

La démarche de la SFSP a été initiée par une recherche documentaire importante qui a permis d'élaborer un dossier thématique, véritable support pour le projet. Nous avons pu ainsi nous appuyer sur des références et repérer des professionnels œuvrant dans le champ de la parentalité.

Un panel important d'acteurs issus de différents organismes et réseaux nationaux (mobilisés sur la question de la parentalité et de la petite enfance et/ ou de la promotion de la santé, selon différentes visions ou différents champs de compétence) constitue notre comité d'experts. Il représente un atout majeur pour notre méthodologie, grâce à ses connaissances sur le sujet et des réseaux existants. Le relais de l'appel à contributions s'est vu facilité du fait qu'ils soient représentants et/ou investis dans d'autres structures.

De plus, le partenariat avec le comité scientifique du site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » permet une articulation du projet au niveau national, ce qui lui a apporté une certaine visibilité et légitimité.

Tout ce travail préliminaire a été indispensable pour l'élaboration de l'outil de recueil (fiche-action). Il s'agit de l'outil adéquat pour recueillir les actions et le regard critique des porteurs, car il inclut une visée « descriptive » et une visée « réflexive », ce qui n'est pas le cas des actions répertoriées dans les documents ou sites de référence, essentiellement descriptifs.

C'est à ce niveau que ce sont inscrites notre différence et notre complémentarité avec les démarches existantes. Cependant, les réponses à notre consultation n'ont pas toujours permis de mettre en évidence cet aspect plus « réflexif ».

Le niveau de compréhension n'est pas le même pour tous, les porteurs ne sont pas tous rompus à la méthodologie de projet. Si l'on prend l'exemple de l'association « Arbre de la vie », les membres ne sont pas des professionnels mais des parents, par conséquent, le vocabulaire de promotion de la santé n'est pas toujours compris. Un porteur nous a d'ailleurs fait part de la difficulté qu'il a éprouvée à remplir notre fiche-action.

Par ailleurs, chaque porteur ne disposait pas du même recul vis-à-vis de son action, en fonction de là où il se situait dans sa réalisation (en construction, en cours, terminée), ce qui avait une influence sur les déclarations relatives aux effets perçus sur la santé et les ISS mais également en ce qui concerne les freins et les limites et la réalisation d'une évaluation de l'action ou non. Le niveau de réponse n'est donc pas homogène entre toutes les fiches. Il y a un

long travail d'harmonisation des fiches, de relecture, de correction à réaliser, ce qui nécessite des moyens humains et du temps.

D'autre part, l'outil de sondage en ligne n'est pas forcément le plus adapté, il ne permet pas une retranscription de chaque fiche sous un fichier texte, ce qui faciliterait la diffusion. Nous avons dû les retranscrire une à une à partir du fichier de suivi. C'est un travail très fastidieux, très long et qui n'exclut pas des erreurs « humaines ».

Enfin, la possibilité qu'avaient les porteurs de reprendre leur participation ultérieurement était facilitante pour eux, mais cela nous a davantage compliqué le travail. Nous avons retrouvé beaucoup de participations en double, car les répondants n'avaient pas noté leur code « personnel » pour reprendre la saisie et avaient tout simplement recommencé une nouvelle fiche. Notre disponibilité a cependant permis à certains porteurs d'être guidés dans leur participation (sollicitation par mail et par téléphone).

Grâce à notre système de relances de porteurs, qui les invitait à conclure leur contribution, nous avons pu obtenir un nombre important de réponses pour ainsi dire complètes. Si chaque sortie du sondage avait été définitive, ce système de relance n'aurait pas été possible et nous n'aurions peut-être pas eu autant de réponses achevées. Le travail de suivi a été très rigoureux mais indispensable.

Ce premier travail nous a permis de réaliser, un premier repérage et une première lecture des actions recueillies. Cela a facilité la sélection des actions que nous avons voulu aborder de façon plus qualitative.

Les entretiens qualitatifs ont représenté une véritable plus-value pour notre démarche, chaque porteur nous a livré une approche de son expérience, de son vécu, propre à sa structure et qui résume globalement les grands points exprimés par l'ensemble des porteurs à travers les 123 fiches. Ces entretiens nous ont permis d'avoir une vision plus concrète, et de pouvoir mettre des exemples sur des leviers et freins exprimés et aussi de compléter les fiches-actions.

Le manque de temps et/ou de motivation de certains professionnels ne nous ont pas permis de nous entretenir avec tous ceux que nous avons ciblés.

Un porteur que nous avons sollicité directement n'a pas pu participer à notre consultation car il n'a pas reçu l'autorisation de sa hiérarchie.

Par ailleurs, nous avons été étonnés du nombre de refus de la part des répondants quant à la diffusion en ligne de leur fiche. Nous avons compris à travers nos entretiens, qu'il pouvait s'agir d'un refus de la part de l'institution ou que le répondant n'avait tout simplement pas demandé l'autorisation à sa hiérarchie et qu'il avait pris l'initiative de répondre mais sans pouvoir autoriser la diffusion de la fiche.

Les actions recueillies : des leviers identifiés mais un lien parfois difficile à faire avec la question des ISS

La « substance » recueillie est d'une grande richesse. Nous avons pu obtenir une première cartographie d'acteurs œuvrant dans le domaine de l'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance. Nous avons également pu identifier des types d'activités en fonction des milieux d'intervention et des publics ciblés. Les informations recueillies ont permis de mettre en lumière certaines stratégies mobilisées qui contribuent à l'efficacité de l'action, comme la co-construction avec le public cible. En effet, il faut pouvoir intégrer les parents de

façon systématique dans le fonctionnement des structures.

L'inscription des actions dans des dispositifs nationaux comme les REAAP facilite l'articulation de l'action au niveau local, l'obtention d'enveloppes budgétaires, la communication et la visibilité de l'action, la reconnaissance institutionnelle et la reconnaissance d'autres professionnels locaux, etc.

Nous avons également repéré des actions qui s'adressaient à tous avec une spécificité pour les « pères uniquement » par exemple, qui étaient adaptées en fonction des situations de vulnérabilités rencontrées. Les actions accueillant la mixité culturelle, notamment par la sollicitation de médiateurs socio-culturels, semblent mobiliser d'avantage de parents « isolés » de par la barrière linguistique ou la peur de stigmatisation.

La proximité nous a été présentée comme un point essentiel, l'action doit être mobile ou les structures doivent être itinérantes notamment dans les territoires ruraux. Les temps d'échanges formalisés entre parents semblent être rassurants et d'un grand soutien. Ces temps permettent la création de liens et de solidarités entre parents. La mise en place d'un réseau local « Petite enfance » permet d'articuler ces démarches et de renforcer l'existence de telles initiatives.

Nous retrouvons ces mêmes constatations dans le dossier thématique de l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville de juillet 2012 et dans les recommandations de l'IREPS Lorraine de décembre 2014 (20 ; 21).

Enfin, lors d'un entretien qualitatif, un porteur a mis en avant l'importance de diminuer les injonctions contradictoires et ainsi permettre de mettre en confiance le public, ce qui revient à dire qu'il faut prendre en compte la situation de chacun (ses moyens, ses besoins, ses possibilités...). Cela relève d'une extrême importance pour les personnes en situation de vulnérabilité au niveau de leur adhésion aux actions.

Nous avons souhaité à travers notre fiche-action recueillir les représentations des porteurs sur les éventuels effets sur la santé et les ISS provoqués par leurs actions. Plusieurs porteurs semblent avoir eu des difficultés pour définir les inégalités sociales de santé. Tout le monde ne dispose pas des mêmes représentations surtout selon les professions exercées. Présenter les effets perçus sur la réduction des ISS de leurs actions n'a donc pas toujours été un exercice facile. Trop de personnes n'agissant pas dans le domaine de la santé, ne se sentent pas concernées par cette notion. Nous avons démontré à certains porteurs lors de nos entretiens que la notion des inégalités sociales de santé ne se restreint pas à l'unique champ de la santé. De plus, les inégalités sociales de santé ne sont pas toujours liées aux catégories socio-professionnelles si l'on prend l'exemple de l'association « Arbre de la vie ».

Recommandations :

Cette consultation nous a permis de tirer d'ores et déjà certains enseignements permettant de rédiger quelques recommandations.

- Relatives à la méthode :

Il est nécessaire d'accompagner la démarche de capitalisation de façon plus pédagogique. Un lexique doit obligatoirement accompagner la fiche-action afin de préciser certaines notions pas toujours connues et comprises de la même manière par tout le monde. Il faut également se munir d'un logiciel plus performant et adapté à la démarche de capitalisation, afin de ne pas perdre de temps avec la retranscription. Les actions doivent être recueillies et analysées selon 3

niveaux : Un niveau descriptif avec la fiche-action ; un niveau avec une information plus précise grâce aux entretiens qualitatifs et un niveau représentant les actions terminées et/ou pérennisées qui ont fait l'objet d'une évaluation et qui sont reconnues comme prometteuses sur des critères tels que la faisabilité (obstacles, leviers, ressources nécessaires), la transférabilité (comment l'action peut-elle être dupliquée dans un contexte identique, quelles sont les adaptations nécessaires) etc. (22). Ce travail nécessite un soutien en moyens humains pour promouvoir, recueillir, décrypter, etc...

- Relative aux modalités des actions : cette capitalisation a mis en évidence des points saillants, déjà repérés dans d'autres guides cités précédemment :
 - Intégration des parents dans le fonctionnement des structures.
 - Formation des professionnels à l'approche participative.
 - Créer des réseaux locaux, vecteurs de partage d'expériences.
 - Développer des structures itinérantes et des actions mobiles.
 - Ne pas être prescripteur de méthodes et de savoir-faire mais prendre en compte la diversité des besoins.
 - Proposer des actions ouvertes à tous.

Perspectives :

Comme nous l'avons déjà précisé, un rapport d'analyse est en cours de rédaction et sera présenté au comité d'experts en septembre prochain.

Nous réfléchissons à l'organisation d'un séminaire sur la thématique de l'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance, dont les actions capitalisées pourraient être le support. Il ne s'agit pas de présenter « un catalogue d'actions labellisées, mais bien de (re)donner la parole aux porteurs de projet pour mettre en avant les points forts et faibles des actions, les cibles, les leviers, voire les mécanismes, avec quelles implications et participations des publics concernés, avec quelle inscription dans les politiques locales, avec quelle évaluation, quelle amélioration des actions, quelle possibilité ou non d'applicabilité et de transférabilité, dans quel contexte, etc.

Ces temps d'échanges mobilisent à la fois des chercheurs, décideurs, financeurs, acteurs salariés et bénévoles, ce qui permet de mutualiser les connaissances, l'expérience de chacun et d'établir des recommandations précises, adaptées et réfléchies.

Les acteurs de terrain semblent demandeurs de ce type de rencontre. Nous avons notamment pu participer à une journée d'échange organisée par l'IREPS Lorraine, qui a conforté notre idée selon laquelle la parentalité et l'accompagnement à la parentalité sont perçus de multiples façons en fonction de la nature de la structure et des représentations de chaque professionnel. Cette journée a été vécue par la plupart des participants comme un temps fort et privilégié. Elle a été perçue comme très enrichissante et bénéfique pour les professionnels mais trop courte. Ce temps leur a permis de se rencontrer, d'échanger et d'identifier des partenaires potentiels. Une personne a déclaré avoir reçu des « informations réutilisables » et une autre a évoqué l'importance de la richesse des temps informels (23). Organiser des journées d'échanges au niveau local et des séminaires au niveau national répond à un réel besoin des professionnels. Ces temps sont des vecteurs de mutualisation de compétences et donc d'amélioration des prestations.

En parallèle, nous réfléchissons à la mise en routine de cette démarche de capitalisation de façon plus globale, autour des inégalités sociales de santé. La mise en ligne des informations collectées sur une plateforme de partage de connaissances apparaît comme une stratégie adaptée assurant l'accessibilité de l'information à tous les acteurs.

Pour en faciliter la recherche sur une plateforme, il est nécessaire construire des critères de recherche en classant les actions, par exemple, par types de stratégies, par publics, par thématiques, par modalités d'actions, niveau de transférabilité, etc.

Enfin, la diffusion de la connaissance de ces actions peut se faire à travers des publications scientifiques, cela suppose néanmoins que la SFSP poursuive l'accompagnement des acteurs à la rédaction de ce type d'écrit.

En quoi ce projet peut contribuer à la lutte contre les ISS ?

Certains professionnels n'ont pas conscience d'agir sur les ISS à travers leurs actions. La lutte contre les ISS n'est pas un objectif explicite pour eux, pourtant ils y contribuent. Par conséquent, favoriser l'échange et le partage de connaissances et d'expériences permettra aux professionnels de remédier et/ou de trouver des solutions concrètes aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions d'accompagnement à la parentalité. L'amélioration de la qualité de ces actions contribuera ainsi à renforcer la lutte contre les ISS. A condition toutefois d'offrir des services gradués en fonction des besoins des familles en partant d'un socle universel à adapter en fonction des situations.

Index des illustrations

Figure 1 : Répartition des actions selon les milieux d'intervention

Figure 2 : Répartition du public « enfants » par tranches d'âges

Figure 3 : Répartition des actions selon le type d'activités

Figure 4 : Répartition des actions selon les dispositifs nationaux identifiés

Figure 5 : Répartition des actions selon les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa

Bibliographie

1. Potvin L, Moquet Mj, M.Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010 p. 380. Report No.: SBN 978-2-9161-9223-9.
2. PIPSa : outils pédagogiques en promotion de la santé. Inégalités sociales de santé. L'outil pédagogique: La scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer? 2012 [cité 3 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.pipsa.be/>
3. Groupe d'appui à la protection de l'enfance. Des dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre de la prévention. 2011 sept [cité 26 avr 2015] p. 6. Disponible sur: http://www.reforme-enfance.fr/documents/groupe_dappui_actions_parentalite.pdf
4. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance . Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [Internet]. France Inspection générale des affaires sociales; 2011 mai [cité 3 mai 2015] p. 204. Report No.: RM2011-065P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>
5. Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.libertysecurity.org/IMG/pdf_Inegalites_dispartites_sante_en_France.pdf
6. Jacquy-Vazquez B, Raymond M, Sitruk P. Evaluation de la politique de soutien à la parentalité (MAP- volet1). France Inspection générale des affaires sociales; 2013 févr p. p 201. Report No.: RM2013-015P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000110.pdf>
7. Houzelle N, Rebillon M. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. France INPES; 2013 p. p.192. Report No.: ISBN 978-2-9161-9239-0.
8. Brochard A, Pamies S, Heritage Z. Santé et parentalité. L'approche des villes. Réseau français des villes-santé de l'OMS; 2013.
9. Drouot N. Note d'opportunités. Capitalisation des actions d'accompagnement à la parentalité au niveau de la petite enfance dans une vision de promotion de la santé. Société Française de Santé Publique; 2014.
10. Rapport d'activités. Laxou: Société Française de Santé Publique; 2013 p. 60.
11. Résultats de la consultation ouverte « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé ». Laxou: Société Française de Santé Publique; 2014 juin p. 45.
12. Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité. Belgique: Office de la naissance et de l'enfance; 2012 p. 39.
13. Guide des bonnes pratiques de soutien à la parentalité. FNARS; 2009 mars p. 77.

14. Géry Y, Cormand M-F, Belpaume D. Réduire les inégalités sociales dès la petite enfance. déc 2013;(426):56.
15. Hamel M-P, Lemoine S. Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale. Paris: Centre d'analyse stratégique; 2012.
16. Soutien à la parentalité avec et pour les parents. 2012;(100-101):137.
17. Chelamie V. Soutien à la parentalité. Vers une cartographie des acteurs. INPES; 2012.
18. Site Internet du Ministère de la Santé « Interventions précoces, soutien à la parentalité ». [Cité 15 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/interventions-precoces.html>
19. Bertinotti D. Au tour des parents. Dossier de presse. Ministère de la famille; 2013.
20. Thiebault M, Maffessoli M. L'impact de la migration sur le parent: réalité ou représentations? Alsace: Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville; 2012 juill p. 69.
21. Place des parents dans les services de la petite enfance. Recommandations. IREPS Lorraine; 2014.
22. Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, Kochtitzky CS, DeGroff AS, Devlin HM, et al. Seeking Best Practices: A Conceptual Framework for Planning and Improving Evidence-Based Practices. Prev Chronic Dis. 12 déc 2013 [Cité 10 mai 2015];10. Disponible sur: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/13_0186.htm
23. Rapport d'évaluation de la journée parentalité de l'IREPS Lorraine. IREPS Lorraine; 2015.

Acronymes et sigles

AFPA	Association française de pédiatrie ambulatoire
AFPSSU	Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire
ANAPSYpe	Association Nationale des Psychologues pour le petite enfance
ANPDE	Association nationale des puériculteurs(rices) diplômé(e)s et étudiantes
ARIP	Association pour la recherche et l'information en périnatalité
ASCOMED	Association des médecins conseillers techniques de l'Education nationale
ASV	Ateliers Santé Ville
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CGET	Commissariat Général de l'Egalité des territoires
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLS	Contrats locaux de santé
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CSF	Confédération syndicale des familles
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGS	Direction générale de le Santé
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FNES	Fédération Nationale d'éducation et de promotion de la santé
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité Française
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INCa	Institut National du Cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDSU	Inter-réseau des professionnels du Développement Social Urbain
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISS	Inégalités sociales de santé

MJC	Maison de la jeunesse et de la culture
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONED	Observatoire National de l'Enfance en danger
PMI	Protection maternelle et infantile
RAM	Relais d'assistantes maternelles
REAAP	Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RFVS	Réseau français des Villes-Santé
SFP	Société française de pédiatrie
SFSP	Société Française de Santé Publique
SNMPMI	Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
UNCCAS	Union nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
Zus	Zone urbaine sensible

Comité d'experts – Capitalisation des actions d'accompagnement à la parentalité dans le champ de la petite enfance, dans une vision de promotion de la santé



Liste des membres du comité d'experts

Association des collectifs Enfants Parents Professionnels (ACEPP)	Emmanuelle Murcier
Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)	Nathalie Gelbert Jacques Romieu
Association nationale des directeurs de l'action sociale et de la santé des départements (ANDASS)	Patrick Miquel
Association nationale des psychologues pour la petite enfance (ANAPSYpe)	Dominique Ratia-Armengol
Association nationale des puériculteurs(rices) diplômé(e)s et étudiant(e)s (ANPDE)	Sébastien Colson
Association pour la recherche et l'information en périnatalité (ARIP)	Michel Dugnat
Caisse nationale des allocations familiales - Observatoire de la petite enfance	Danielle Boyer
Centre de recherche en éducation de Nantes (CREN)	Catherine Sellenet
Commissariat général à l'égalité des territoires (ex Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé))	Stéphan Ludot (Maud Jerber pour l'ACSé jusqu'en 2014)
Confédération syndicale des familles (CSF)	Perinne Bouhelier
Croix-Rouge Française	Danièle Sommelet
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	Clément Beck Jean-François Pierre Hélène Siavellis
Direction générale de la santé (DGS)	Brigitte Lefeuve Catherine Paclot
Élus, Santé Publique & Territoires (ESPT)	Laurent El Ghazy Aude Salamon
Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)	Bernard Branger
Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)	Julie Pons
Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) - IREPS Lorraine	Aline Osbery
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	Fabienne Vincent
Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)	Jean-Michel Leduc Marion Lignac
Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE)	Daniel Marcelli Alexandra Christides
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	Béatrice Lamboy
Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN)	Anne Laurent-Beq
Plateforme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville	Agnès Bensussan Anne Guilberteau Grégory Loisan
Réseau français des villes santé (RFVS)	Sophie Pamies
Société française de pédiatrie (SFP)	Jacques Cheymol
Société française de santé publique (SFSP)	François-Paul Debionne Jean-Pierre Deschamps Laurence Desplanques Pierre Lombrail Françoise Schaetzel
Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)	Cécile Garrigues Elisabeth Jude Lafitte

Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions !

Les parents sont les premiers à mettre en place au quotidien des conditions favorables à la santé des enfants, que ce soit par les tâches et les soins qu'ils leur apportent, la continuité de leur présence, ou encore par la relation affective qu'ils entretiennent avec leur enfant. La parentalité est donc un déterminant majeur du bien-être de l'enfant.

Accompagner les parents dans leur rôle en les confortant dans leurs compétences, en participant à développer chez eux une confiance en soi et en les aidant à répondre à leurs interrogations, en les soutenant dans leur vie de tous les jours, contribue à une parentalité favorable à la santé des enfants, et aussi à celle des parents.

Alors que les inégalités de santé se forment dès la petite enfance, l'accompagnement à la parentalité est un levier majeur pour agir en faveur de leur réduction. Repérer le plus en amont possible tout ce qui peut rendre le rôle parental plus difficile, et offrir des services gradués en fonction des besoins des familles (avec un socle universel minimum et une intensification en fonction des situations et des besoins) pourrait permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents et qui pèsent durablement sur la santé de leurs enfants.

Il existe donc un fort intérêt pour lier les questions de parentalité et de santé, avec de nombreuses initiatives menées dans différents champs d'actions et une multitude d'acteurs, issus de différents secteurs. Mais bon nombre d'initiatives restent peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement.

Nous vous proposons de faire connaître vos actions pour échanger et partager vos connaissances et vos expériences, avec le plus grand nombre,

à l'aide d'une fiche action contenant 30 questions qui permettent :

- **de décrire l'action, pour mieux la faire connaître** : objectifs, thèmes abordés, publics bénéficiaires, modalités d'interventions, activités mises en place, zone géographique, partenaires, financements, etc. ;
- **et de livrer vos éléments de réflexion**, pour essayer de comprendre ce qui fonctionne ou non, pourquoi, comment, pour qui et dans quelles circonstances, les effets sur la santé, dans quelle mesure les actions disposent du potentiel pour lutter contre les inégalités sociales de santé, avec quels objectifs, quels moyens, quel suivi pour mesurer les effets (même si l'action sur les ISS n'est pas l'objectif principal de l'intervention) et faire part des difficultés rencontrées ;

de façon à cerner les questions suivantes : Sur quoi peut-on agir ? Comment agit-on ? Quel regard porte-t-on sur l'action ? Que peut-on chercher à renforcer ou à améliorer dans cette action ? Quels sont les bénéfices de ces actions ?

Les fiches actions sont à renseigner sur le site internet de la Société française de santé publique

<http://www.sfsp.fr> ou directement sur le lien :

<https://www.sondageonline.fr/s/SFSP-Accompagnement-Parentalite>

jusqu'au 31 mars 2015

Fiche action à télécharger <http://www.sfsp.fr/activites/file/Ficheaction-accompagnementparentalite.doc>

Pour tout renseignement, adressez-vous à accueil@sfsp.info

Merci de votre contribution !

Fiche action

Intitulé de l'action :

L'objectif est de contribuer à l'élargissement de la vision intersectorielle et interdisciplinaire des champs de la santé et de la parentalité au niveau de la petite enfance, en favorisant une dynamique d'échanges et de partage de connaissances et d'expériences entre acteurs, et visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Il s'agit d'obtenir un recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité, de procéder à une analyse collective de ces actions, pour ensuite diffuser cette analyse à l'ensemble des acteurs, en cohérence et complémentarité avec les outils existants, dans une optique d'échanges et de partage entre acteurs.

Il s'agit de repérer et de capitaliser des actions susceptibles d'avoir un effet sur les ISS (et non pas d'identifier les facteurs à l'origine des ISS), à partir d'une fiche descriptive d'actions qui permet également de recueillir le regard critique des porteurs eux-mêmes. Il ne s'agit donc pas d'une démarche d'évaluation, mais d'**identifier des mécanismes** et de **valoriser l'expérience de terrain**.

Modalités :

Nous vous invitons à renseigner une fiche par action.

Il peut s'agir d'actions que vous menez directement mais aussi d'actions dont vous avez connaissance ou que vous soutenez, et que vous jugez intéressantes à valoriser (en lien avec le porteur direct de l'action). Les propos n'engageront que leurs auteurs. Vous pouvez renseigner autant de fiches actions que vous le souhaitez.

N'hésitez pas à joindre tous rapports ou tous documents que vous jugez utiles pour compléter les différents éléments abordés dans la fiche (diagnostic, rapport d'activité, rapport d'évaluation, fiches pratiques, outils de communication, etc.).

La fiche comprend 30 questions (fermées et ouvertes).

Vous pouvez interrompre la saisie des informations et y revenir quand vous le souhaitez pour ensuite les compléter et les valider définitivement.

Les fiches actions sont recueillies sur le site internet de la SFSP <http://www.sfsp.fr> ou directement sur le lien <https://www.sondageonline.fr/s/SFSP-Accompagnement-Parentalite> jusqu'au 31 mars 2015.

Cette phase de recueil sera suivie d'une phase d'entretiens qualitatifs auprès d'une partie des porteurs d'actions afin d'approfondir certains points.

Sauf objection de votre part, nous rendrons accessibles sur le site internet de la SFSP vos fiches actions ainsi que le rapport d'analyse qui en découlera, ce qui fera également l'objet d'un prochain séminaire.

Pour tout renseignement, adressez-vous à accueil@sfsp.info

1) Quel est votre secteur d'intervention ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Petite enfance | 7 <input type="checkbox"/> Education |
| 2 <input type="checkbox"/> Périnatalité | 8 <input type="checkbox"/> Habitat |
| 3 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 9 <input type="checkbox"/> Culture, loisirs |
| 4 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée, soins de santé | 10 <input type="checkbox"/> Emploi |
| 5 <input type="checkbox"/> Accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale | 11 <input type="checkbox"/> Justice |
| 6 <input type="checkbox"/> Médico-social | 12 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

2) Qui porte(nt) l'action ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) | 17 <input type="checkbox"/> Service de santé publique d'une collectivité territoriale ou d'un EPCI |
| 2 <input type="checkbox"/> Réseau de santé (périnatalité, coordination de la prise en charge, etc.) | 18 <input type="checkbox"/> Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central |
| 3 <input type="checkbox"/> Relais assistantes maternelles (RAM) | 19 <input type="checkbox"/> Organisation (association, fondation, collectif, organisme mutualiste...), précisez :
<input type="checkbox"/> spécialisée dans l'accompagnement à la parentalité (ex : Ecole des parents, etc.)
<input type="checkbox"/> de familles (ex : Udaf, Familles rurales, etc.)
<input type="checkbox"/> spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
<input type="checkbox"/> spécialisée dans l'accompagnement social (lien social, médiation, droits sociaux, etc.)
<input type="checkbox"/> de patients ou d'usagers (collectif d'habitants, conseil de quartier, association de patients, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Centre de santé (associatif, municipal, mutualiste) | 20 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> Etablissement de santé | |
| 6 <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social | |
| 7 <input type="checkbox"/> Centre social ou socio-culturel (associatif, municipal) | |
| 8 <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil de jeunes enfants | |
| 9 <input type="checkbox"/> Etablissement scolaire | |
| 10 <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement (centre maternel, centre parental, CHRS, etc.) | |
| 11 <input type="checkbox"/> Structure d'insertion | |
| 12 <input type="checkbox"/> Caisse d'allocations familiales (CAF) | |
| 13 <input type="checkbox"/> Assurance maladie | |
| 14 <input type="checkbox"/> Organisme complémentaire | |
| 15 <input type="checkbox"/> Protection maternelle et infantile (PMI) | |
| 16 <input type="checkbox"/> Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS) | |

Précisez le(s) nom(s) de(s) structure(s) porteuse(s) de l'action :

3) L'action relève-t-elle de l'un des dispositifs suivants ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) | 6 <input type="checkbox"/> Ecole ouverte |
| 2 <input type="checkbox"/> Lieu d'accueil enfants - parents (LAEP) | 7 <input type="checkbox"/> Programme régional de santé (PRS) |
| 3 <input type="checkbox"/> Point information famille (PIF) | 8 <input type="checkbox"/> Atelier Santé Ville (ASV) |
| 4 <input type="checkbox"/> Contrat local d'accompagnement à la scolarité (CLAS) | 9 <input type="checkbox"/> Contrat local de santé (CLS) |
| 5 <input type="checkbox"/> Programme de réussite éducative (PRE) | 10 <input type="checkbox"/> Ne relève pas d'un dispositif |
| | 11 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| | 12 <input type="checkbox"/> Autre dispositif, précisez : _____ |

4) Qui a été à l'initiative de l'action ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Public (parents, familles, etc.) | 5 <input type="checkbox"/> Institution politique (collectivité territoriale) |
| 2 <input type="checkbox"/> Acteurs de terrain en contact avec le public | 6 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 3 <input type="checkbox"/> Structure ou institution gestionnaire | 7 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Institution politique (Etat) | |

Vous pouvez joindre en complément les éléments de diagnostic.

5) Quels sont les objectifs de l'action ? *Précisez les objectifs et les effets attendus*

6) Quels sont les publics visés ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Futurs parents | 5 <input type="checkbox"/> Mères exclusivement |
| 2 <input type="checkbox"/> Tous parents, quelle que soit la situation familiale | 6 <input type="checkbox"/> Enfants, précisez l'âge : _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Parents « ados » (très jeunes parents) | 7 <input type="checkbox"/> Professionnels, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Pères exclusivement | 8 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Précisez si l'action s'adresse à des publics qui sont dans des situations particulières de vulnérabilité, précisez les situations :

7) Quels sont les sujets ou thématiques que vous abordez au cours de l'action ?

8) Quelles sont les modalités de réalisation de cette action ? *Quelles activités menez-vous ? Plusieurs réponses possibles.*

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Accueil, écoute, information | 8 <input type="checkbox"/> Accompagnement à la scolarité |
| 2 <input type="checkbox"/> Activités favorisant le lien enfant-parent | 9 <input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique |
| 3 <input type="checkbox"/> Activités favorisant le lien social et la citoyenneté | 10 <input type="checkbox"/> Médiation |
| 4 <input type="checkbox"/> Activités favorisant l'accès aux droits sociaux et/ou l'insertion | 11 <input type="checkbox"/> Aide juridique |
| 5 <input type="checkbox"/> Activités socio-culturelles pour les parents et les enfants | 12 <input type="checkbox"/> Activités de prévention et/ou de soins |
| 6 <input type="checkbox"/> Accompagnement du quotidien (organisation, budget, etc.) | 13 <input type="checkbox"/> Coordination, mise en réseau de professionnels |
| 7 <input type="checkbox"/> Aide ponctuelle à la garde / mode d'accueil | 14 <input type="checkbox"/> Formation de professionnels |
| | 15 <input type="checkbox"/> Actions de plaidoyer |
| | 16 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Précisez votre réponse sur les activités menées : _____

Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'activités.

9) Intervenez-vous auprès du public de façon individuelle ou collective ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Individuelle (écoute, information, orientation, etc.) | 2 <input type="checkbox"/> Collective (conférences, débats, ateliers, etc.) |
|--|---|

10) Quelle est la durée totale de l'action ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Date de début de la conception : _____ | 4 <input type="checkbox"/> Ne connaît pas la date de conception |
| 2 <input type="checkbox"/> Date de début de la mise en œuvre : _____ | 5 <input type="checkbox"/> Ne connaît pas la date de fin |
| 3 <input type="checkbox"/> Date de fin : _____ | 6 <input type="checkbox"/> Pas de fin prévue, action pérenne |

11) Quelle est la fréquence de l'action ? _____

12) A quel niveau territorial l'action se déroule-t-elle ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> National | 6 <input type="checkbox"/> Action mise en œuvre en milieu urbain ou périurbain DANS les territoires prioritaires |
| 2 <input type="checkbox"/> Régional | 7 <input type="checkbox"/> Action mise en œuvre en milieu urbain ou périurbain HORS territoires prioritaires |
| 3 <input type="checkbox"/> Départemental | |
| 4 <input type="checkbox"/> Local | |
| 5 <input type="checkbox"/> Action mise en œuvre en milieu rural | |

13) Quel(s) est(sont) le(s) milieu(x) d'intervention ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Milieu de la petite enfance | 6 <input type="checkbox"/> Milieu du travail |
| 2 <input type="checkbox"/> Milieu périscolaire | 7 <input type="checkbox"/> Milieu carcéral |
| 3 <input type="checkbox"/> Milieu scolaire | 8 <input type="checkbox"/> Milieu de soins |
| 4 <input type="checkbox"/> Milieu familial | 9 <input type="checkbox"/> Milieu socio-culturel |
| 5 <input type="checkbox"/> Milieu de l'insertion | 10 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

14) Quelle est la nature des lieux d'intervention ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Structure mobile/itinérante | 4 <input type="checkbox"/> Au domicile des personnes concernées |
| 2 <input type="checkbox"/> Lieu fixe dans les locaux d'autres structures | 5 <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail des professionnels ciblés |
| 3 <input type="checkbox"/> Lieu fixe dans vos propres locaux | 6 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

15) Quel est le nombre de bénéficiaires de l'action ?

_____ parents/an _____ enfants/an _____ professionnels/an

16) Selon vous, l'action a-t-elle des effets inattendus, positifs ou défavorables (sur les publics visés et/ou sur d'autres publics) ?

17) Selon vous, les conditions sont-elles favorables pour que l'action soit accessible au public (familles, parents et/ou enfants) ?

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| - Géographiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| - Culturellement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| - Physiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| (pour les personnes en situation de handicap, horaires, etc.) | | | |
| - Economiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |

Précisez votre réponse sur les conditions d'accessibilité : _____

18) Le public bénéficiaire a-t-il participé ? *Plusieurs réponses possibles*

	Familles, parents, enfants	Professionnels (bénéficiaires)
1. A l'initiative du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A la définition des priorités de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A la conception de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A la mise en œuvre des activités de cette action (animation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A l'évaluation de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pas de participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez votre réponse sur la participation : _____

19) L'action nécessite-t-elle une formation spécifique des acteurs ? *Précisez les thèmes de formation*

20) Dans quel(s) secteur(s) interviennent les partenaires impliqués dans l'action ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Petite enfance | 7 <input type="checkbox"/> Education |
| 2 <input type="checkbox"/> Périnatalité | 8 <input type="checkbox"/> Habitat |
| 3 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 9 <input type="checkbox"/> Culture, loisirs |
| 4 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée, soins de santé | 10 <input type="checkbox"/> Emploi |
| 5 <input type="checkbox"/> Accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale | 11 <input type="checkbox"/> Justice |
| 6 <input type="checkbox"/> Médico-social | 12 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

Précisez le type de structures partenaires : _____

21) Comment l'action est-elle financée ? *Plusieurs réponses possibles*

Certaines dénominations des structures évoquées ci-dessous sont en cours d'évolution.

- 1 ☐ Fonds propres, moyens propres à la structure
- 2 ☐ Ministère, précisez la direction concernée (Santé, Social, Famille, Education nationale, Ville...) : _____
- 3 ☐ Agence régionale de santé (ARS)
- 4 ☐ Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
- 5 ☐ Direction des services départementaux de l'Education nationale (Inspection académique)
- 6 ☐ Conseil régional
- 7 ☐ Conseil général
- 8 ☐ Communauté urbaine, communauté de communes, etc.
- 9 ☐ Commune
- 10 ☐ Centre communal ou intercommunal d'action sociale
- 11 ☐ Institut national d'éducation et de promotion pour la santé (INPES)
- 12 ☐ Commissariat général à l'Egalité des territoires (ACSé)
- 13 ☐ Caisse nationale des allocations familiales
- 14 ☐ Caisse départementale des allocations familiales
- 15 ☐ Assurance maladie
- 16 ☐ Organismes complémentaires
- 17 ☐ Fondations, associations
- 18 ☐ Entreprises
- 19 ☐ Bénévolat
- 20 ☐ Ne sait pas

21 ☐ Autre, précisez : _____

22) Une évaluation de l'action est-elle menée ou prévue ?

- 1 ☐ Prévue
- 2 ☐ En cours
- 3 ☐ Finalisée
- 4 ☐ Non prévue

23) L'évaluation est-elle menée ? Plusieurs réponses possibles (auto-évaluation et évaluation externe)

- 1 ☐ Sans objet (pas d'évaluation menée)
- 2 ☐ Ne sait pas
- 3 ☐ Par une auto-évaluation
- 4 ☐ Par une évaluation externe, précisez : _____

24) Si l'évaluation a été réalisée, quels sont les résultats de l'action ? Précisez les indicateurs utilisés.

Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'évaluation.

25) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, quels sont les facteurs qui ont facilité l'action ?

Précisez votre réponse

que ce soit au niveau de sa conception, de sa mise en œuvre, de son évaluation, de sa pérennisation, etc.

26) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, quels sont les freins et les difficultés qui ont limité l'action ? Précisez votre réponse

que ce soit au niveau de sa conception, de sa mise en œuvre, de son évaluation, de sa pérennisation, etc.

27) Au regard des exemples ci-dessous, dans quelle(s) stratégie(s) de promotion de la santé votre action semble-t-elle s'inscrire ? *Plusieurs réponses possibles*

Les exemples d'actions cités ci-dessous ne sont pas exhaustifs. Ils sont issus du guide INPES « Promouvoir la santé dès la petite enfance, accompagner la parentalité », p.77, 2013.

1 ☐ Créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants

- Accueillir la diversité dans tous les milieux de vie des enfants
- Permettre une adaptation des horaires en structure d'accueil collectif et familial en tenant compte des besoins liés aux horaires atypiques
- Organiser la participation des parents et formaliser les échanges d'informations entre parents et professionnels dans les lieux de vie des enfants
- Promouvoir l'égalité entre les filles/femmes et les garçons/hommes
- Appliquer la charte Parentalité en entreprise
- Etc.

2 ☐ Développer et renforcer les compétences parentales

- Accompagner les adultes en position parentale en proposant des rencontres individuelles (visites à domicile ou rdv au sein d'une structure)
- Susciter les échanges entre adultes en position parentale en proposant des rencontres collectives autour d'un thème ou d'une question
- Proposer des ateliers, formations pour soutenir l'acquisition de compétences des adultes en position parentale
- Diffuser de l'information claire et accessible à tous les adultes en position parentale
- Etc.

3 ☐ Renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants

- Développer les structures d'accueil sur les territoires où elles sont insuffisantes
- Développer les lieux d'accueil des parents : café des parents, lieux d'accueil enfants-parents, ateliers sociolinguistiques, etc.
- Communiquer sur l'offre des services à destination des familles (articles, publicités, invitations, etc.)
- Mobiliser la société civile pour faire évoluer les normes (conférences-débats, manifestations culturelles, université des parents, etc.)
- Faciliter l'accès au matériel de puériculture spécifique (création d'handi-puériculthèques pour le prêt de matériel adapté aux situations de handicap des parents, etc.)
- Etc.

4 ☐ Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents

- S'appuyer sur le rôle pivot des services de PMI
- Investir dans la formation initiale et continue des intervenants (professionnels salariés ou bénévoles)
- Développer les compétences des intervenants facilitant la mise en place de collaborations avec les adultes en position parentale
- Etc.

5 ☐ Élaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants

- Prendre en considération les besoins des jeunes enfants et de leurs familles dans le projet enfance des villes, dans les CLS, dans les CUCS, dans le contrat enfance jeunesse des CAF, dans le schéma départemental et de la famille, dans le programme régional de santé, etc.
- Développer et soutenir les politiques d'accueil de la petite enfance répondant aux besoins et aux attentes des adultes en position parentale
- Promouvoir et soutenir la recherche, la formation et l'enseignement sur la promotion de la santé de la petite enfance
- Développer et soutenir les pratiques en réseau (REAAP, RAM, réseaux périnataux...)
- Etc.

Commentaires :

28) Selon vous, quels sont les effets de cette action sur la santé des enfants ou de celle des parents ?

29) D'une façon générale, pensez-vous que cette action a un effet sur la réduction des inégalités sociales de santé ?

- 1 ☐ Favorable
- 2 ☐ Mitigé, nuancé
- 3 ☐ Négatif
- 4 ☐ Pas d'effet
- 5 ☐ Ne sait pas

Précisez votre réponse sur les effets perçus de l'action sur la réduction des ISS :

30) Selon vous, cette action pourrait-elle être transférée dans un autre contexte (territoire, public, etc.) ? Quelles seraient les conditions ? Précisez votre réponse

De manière générale, éléments ou commentaires que vous souhaitez ajouter pour conclure cette fiche action :

dont liens utiles, documents, etc.

Informations complémentaires :

Coordonnées de la personne référente de cette action

Nom, Prénom : _____

Organisme : _____

E-mail : _____

Comment avez-vous été sollicité(e) pour répondre à cette consultation ?

Autorisez-vous la SFSP à transmettre vos coordonnées courriel dans une optique d'échanges entre acteurs sur l'expérience que vous venez de décrire ?

☐ Oui ☐ Non

Etes-vous d'accord pour approfondir certaines questions par un entretien qualitatif ultérieurement ?

☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous la SFSP à mettre en ligne cette fiche action ?

☐ Oui ☐ Non

Merci de votre contribution !

ANNEXE III

Tableau de bord des 123 actions recueillies

N°	Titre	Porteur(s) de l'action	Stratégies d'intervention	Type d'action	Dispositif	Public cible	Milieux d'intervention
			Créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants Développer et renforcer les compétences parentales Renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents Elaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants Non identifiables Accueil, écoute, information Activités favorisant le lien enfant-parent Activités favorisant le lien social et la citoyenneté Activités favorisant l'accès aux droits sociaux et/ou l'insertion Activités socio-culturelles pour les parents et les enfants Accompagnement du quotidien (organisation, budget, etc.) Aide ponctuelle à la garde / mode d'accueil Accompagnement à la scolarité Accompagnement psychologique Médiation Aide juridique Activités de prévention et/ou de soins Coordination, mise en réseau de professionnels Formation de professionnels Actions de plaidoyer Autres, à préciser		Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REAAP) Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) Points information familles (PIF) Contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS) Programme de réussite éducative Ecole ouverte Programme régional de santé (PRS) Atelier Santé Ville (ASV) Contrat local de santé (CLS) Ne relève pas d'un dispositif Autre dispositif Non identifiable Futurs parents Tous parents, quelle que soit la situation Parents "ados" (frères jeunes parents) Pères exclusivement Mères exclusivement Enfants (âge à préciser) Professionnels Autres (à préciser) Milieu de la petite enfance Milieu socio-culturel Milieu scolaire Milieu périscolaire Milieu familial Milieu de travail Milieu de soins Milieu carcéral Milieu de l'insertion Autre, précisez: Non réponse		
1	Programme d'animation sportive « Tribu sport »	MJC Dijon Grésilles; " Atelier D'ici Danse" (Semur en Auxois)	1 1	1 1			
2	Accueil des familles et des enfants en situation de handicap dans les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant	Le Groupe Handicap "Les Petits chaperons Rouges" en national; Les Etablissements d'accueil du jeune enfant du réseau en local	1 1	1 1	1 1	De 8 mois à 4 ans De 0 à 4ans	
3	Le partenariat Parents-Professionnels en établissement d'accueil du jeune enfant, avec le principe de Co-Education	Le Groupe Handicap "Les Petits chaperons Rouges" en national; Les Etablissements d'accueil du jeune enfant du réseau en local	1 1	1 1	1 1	De 0 à 6 ans	
4	Café Parents	Multi Accueil "Les Grabouilles" (Drôme)	1 1	1 1		Parentalité De 0 à 3 ans	
5	Construction de marionnettes dans le cadre d'ateliers parents-enfants	Multi Accueil "Les Grabouilles" (Drôme)	1 1	1 1		De 2 à 3 ans De 0 à 3 ans	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

Alors que les inégalités sociales de santé se forment dès la petite enfance, l'accompagnement à la parentalité est un levier majeur pour agir en faveur de leur réduction. Dans ce cadre, plusieurs dispositifs et actions ont vu le jour mais sans réelle coordination entre les acteurs. Ainsi, la Société Française de Santé Publique a mis en place une démarche de capitalisation afin d'encourager les acteurs à faire connaître leurs actions en partageant leurs connaissances et expériences. Un panel de 123 actions a été recueilli dont 12 ont été approfondis par un entretien qualitatif. Les actions ont été remplies en ligne sur une période de cinq mois par différents porteurs issus de structures variées (établissement de santé, associations, mutuelles, réseaux...).

Ce travail nous a permis de tirer des enseignements sur la méthode pour mener une démarche de capitalisation mais aussi des pistes de recommandations sur les stratégies qui se veulent efficaces en matière d'actions d'accompagnement à la parentalité dans une visée de réduction des ISS.

Ce travail met en lumière l'apport du regard critique des porteurs d'actions et contribue au travail de mise en réseau et d'échange des pratiques.

MOTS CLEFS : INEGALITES SOCIALES DE SANTE, ACCOMPAGNEMENT PARENTALITE, CAPITALISATION, ECHANGE PRATIQUES

ABSTRACT

While social inequalities in health are forged in early childhood, support for parenthood is a major lever to act for their reduction. In this context, several plans and actions have emerged but without real coordination between actors. Thus, the French Society of Public Health has set up a capitalization approach to encourage actors to make their activities known, by sharing their knowledge and experiences. A set of 123 actions was collected, of which 12 have been deepened by a qualitative interview. These actions were completed online over a period of five months by different leaders from various organizations (healthcare institutions, associations, mutual health insurances, health networks...).

This work allowed us to draw methodological lessons to conduct a project of capitalization but also paths for recommendations on successful strategies to support actions for parenthood with an ISS reduction perspective. This work highlights the contribution of the critical look of project leaders and contributes to the networking and exchange of practices.

KEYWORDS: SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH, SUPPORT FOR PARENTHOOD, CAPITALIZATION, EXCHANGE OF PRACTICES

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL,