

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Adolescents

Promouvoir l'activité physique

Saturnisme

État des lieux et prévention

Handicap

Témoignage d'un
parcours de vie

Dossier

Accompagner le développement du jeune enfant

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur inpes.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
inpes.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Santé publique France), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Fnes), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Santé publique France), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies : **Flore-Aël Surun, Mat Jacob, Meyer, Patrick Tourneboeuf / Tendance Floue**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 49 33 23 07)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 3^e trimestre 2016
Tirage : 12.000 exemplaires

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

Nutrition

4 _ Connaissance des repères nutritionnels par les élèves de cinquième de France métropolitaine

Hélène Mathiot, Angélique Nugier, Viêt Nguyen-Thanh

6 _ Une approche socio-écologique pour la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité chez les adolescents

Julie-Anne Nazare



© Patrick Tournibouff / Tendresse Floue

Dossier

ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Coordination :

Christine César, Enguerrand du Roscoät, Thierry Cardoso

Introduction

8 _ Christine César, Enguerrand du Roscoät, Thierry Cardoso

Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ?

10 _ Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre, Thierry Lang

13 _ Les inégalités s'installent dès la petite enfance

Soutenir la motivation du tout-petit pour échanger, partager et comprendre son monde

15 _ Maya Gratier, Pascal Mallet

Le mal-logement, déterminant sous-estimé de la santé

18 _ Manuel Domergue, Lisa Taoussi

Visites à domicile en Loire-Atlantique : « Nous sommes parfois l'unique interlocuteur des familles »

22 _ Entretien avec Sylvie Biette-Effray, Fabienne Clouet, Corinne Lagarde

Établir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé

24 _ Patricia Vasseur

L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes

26 _ Erwan Le Méner

Prise en charge de la petite enfance en milieu hospitalier pour promouvoir la santé de l'enfant et de la mère

28 _ Christel Denolle, Pascaline Marpeau, Karine Ronen, Romain Dugravier

Travailler en réseau aux étapes précoces de la vie : un état d'esprit

30 _ Françoise Molénat

Centres de la petite enfance au Québec : favoriser le développement des moins de 5 ans

34 _ Marie-France Raynault

Pour en savoir plus

37 _ Manon Jeuland, Laetitia Haroutunian

Saturnisme en France

42 _ Situation du saturnisme en France et prévention : état des lieux

Agnès Verrier, Marie Pécheux

44 _ Paris : un dispositif spécifique pour lutter contre le saturnisme chez les enfants

Véronique Dufour

46 _ Saturnisme et accès aux soins en région PACA

Remi Laporte, Alexandre Daguzan, Karine Hadji, Brigitte Moissonnier, Gérard Coruble, Stéphanie Gentile, Brigitte Chabrol

Témoignage

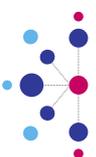
48 _ « Avoir une forme d'autonomie et être actrice de ma vie malgré mon handicap »

Entretien avec Noémie Nauleau

Lectures

50 _ Olivier Delmer, Manon Jeuland, Sandra Kerzanet, Laetitia Haroutunian

 **Les Rencontres de Santé publique France**
30-31 MAI 2017
www.rencontresantepubliquefrance.fr

 **Santé publique France**

Paris
Centre universitaire des Saints-Pères

Connaissance des repères nutritionnels par les élèves de cinquième de France métropolitaine

Hélène Mathiot,

élève ingénieure agronome à AgroParisTech,

Angélique Nugier,

chargée d'études scientifiques, unité Nutrition et Activités physiques,

Viêt Nguyen-Thanh,

responsable de l'unité Addictions, Santé publique France.

J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition pour les adolescents [1], l'un des huit guides d'information du Programme national nutrition santé (PNNS) [2], fait l'objet d'un plan de diffusion annuel par Santé publique France¹ aux élèves des classes de cinquième. Dans ce cadre, les professeurs de sciences de

la vie et de la terre sont sollicités pour le relayer.

Une étude a été menée, en 2015, afin d'évaluer l'impact de ce plan de diffusion auprès des élèves des classes de cinquième. À cette occasion, à partir du PNNS, leur connaissance des repères nutritionnels suivants a également été recueillie : consommer au moins cinq fruits et légumes par jour ; trois à quatre produits laitiers par jour ; viande-poisson-œuf (VPO) une à deux fois par jour ; des féculents à chaque repas et selon l'appétit ; et pratiquer une heure d'activité physique par jour.

L'ESSENTIEL

Les repères les mieux connus des jeunes adolescents sont ceux relatifs aux fruits et aux légumes, au groupe viande-poisson-œuf et aux produits laitiers. En revanche, la majorité d'entre eux ne sait pas qu'il est recommandé de consommer des féculents à chaque repas et de pratiquer une heure d'activité physique par jour.

Matériel et méthodes

Un échantillon de 432 adolescents scolarisés en classe de cinquième et âgés en moyenne de 12,4 ans a répondu,

LES PRATIQUES DE NUTRITION ET D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DES 11-14 ANS

L'étude nationale nutrition santé, réalisée en 2006-2007 par l'Institut national de veille sanitaire (désormais Santé publique France), a évalué les consommations alimentaires des français de 3 à 74 ans¹ à partir des données recueillies lors de trois rappels de 24 heures². Dans ce cadre, un échantillon de 464 jeunes âgés de 11 à 14 ans (227 filles et 237 garçons) a été interrogé. Parmi les jeunes de 11 à 14 ans :

- 24 % déclaraient avoir consommé au moins cinq fruits et légumes par jour. Ces fréquences de consommation différaient peu entre les filles et les garçons (25 % contre 23 %) ;
- 42 % déclaraient avoir consommé trois à quatre produits laitiers par jour. Les filles étaient moins nombreuses que les garçons à atteindre ce repère (38 % contre 45 %) ;

- 55 % déclaraient avoir consommé les produits du groupe VPO une à deux fois par semaine. Ces fréquences de consommation différaient peu entre les filles et les garçons (54 % contre 56 %) ;

- 39 % des 11-14 ans déclaraient avoir consommé des féculents entre trois et six fois par jour. Les filles étaient moins nombreuses que les garçons à atteindre ce repère (33 % versus 45 %).

- 60 % des 11-14 ans ont déclaré avoir pratiqué au moins deux heures trente par semaine d'activité physique au moins modérée (55 % chez les filles et 65 % chez les garçons). Parmi eux, 39 % (31 % chez les filles et 46 % chez les garçons) pratiquaient au moins trois heures trente d'activité physique par semaine (soit trente minutes par jour). Le questionnaire était

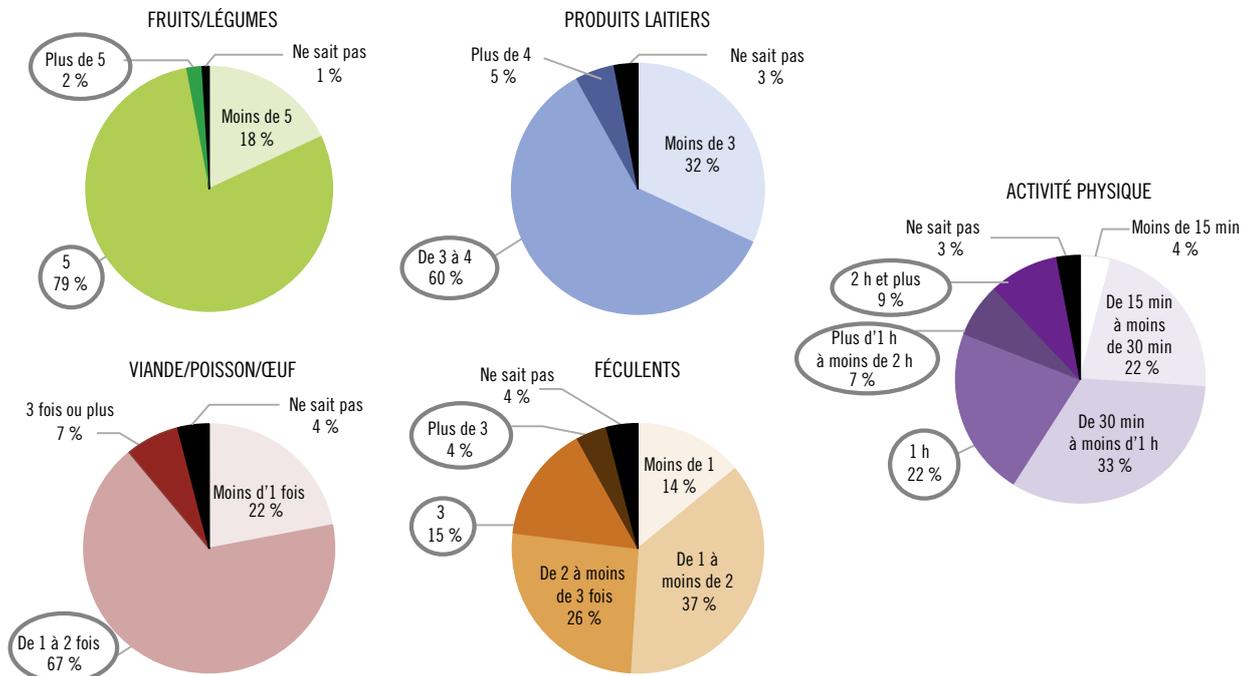
adapté du *Youth Risk Behaviour Surveillance System*³.

1. Institut de veille sanitaire. *Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Colloque du Programme national nutrition santé (PNNS), 12/12/2007. Saint-Maurice : InVS, 2007 : 68 p. En ligne : http://invs.santepublique-france.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf*

2. Un diététicien appelait les sujets (sans les prévenir à l'avance pour éviter une modification des habitudes alimentaires) et leur demandait de décrire le plus précisément possible tous les aliments et boissons consommés la veille de l'entretien. La quantité de chaque consommation était estimée grâce à un manuel de photographies de portions, mesures ménagères ou grammages.

3. Grunbaum J.A., Kann L., Kinchen S., Ross J., Hawkins J., Lowry R. et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2003. *The Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2004, vol. 53, n° 2 : p. 1-96.

Figure 1 : Connaissance, par un échantillon d'adolescents de France métropolitaine scolarisés en classe de cinquième, des repères suivants du Programme national nutrition santé : fréquence de consommation journalière supposée de fruits et légumes, de produits laitiers, du groupe viande/poisson/œuf, de féculents, ainsi que fréquence d'activité physique à pratiquer par jour pour être en bonne santé



Note : N = 432.

Les cercles représentent les réponses conformes aux repères PNNS. Résultats après conversion en jour des réponses formulées par semaine ou par mois. Questions analysées : « À ton avis, combien de fruits et légumes/produits laitiers/VPO/féculents faut-il manger par jour, par semaine ou par mois pour être en bonne santé ? » et « À ton avis, combien de temps par jour, par semaine ou par mois faut-il pratiquer une activité physique pour être en bonne santé, que ce soit de la marche ou du vélo pour se rendre d'un endroit à un autre ou du sport ? »

à domicile et après accord des parents, à un questionnaire en face à face entre le 29 avril et le 13 juin 2015. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : le sexe, l'académie, la catégorie socio-professionnelle du chef de famille et la catégorie d'agglomération. Les résultats ont été redressés concernant ces quatre variables ainsi que l'âge et le statut public ou privé de l'établissement scolaire.

Résultats

Le repère « Au moins cinq fruits et légumes par jour » était connu de 81 % des jeunes interrogés, celui du groupe VPO de 67 % d'entre eux, celui du groupe produits laitiers de 60 % des élèves. 19 % connaissaient le repère des féculents et 38 % celui concernant l'activité physique (voir figure 1).

La seule différence notable observée dans notre étude entre les connaissances des filles et celles des garçons portait sur le repère VPO, que les filles connaissaient un peu mieux que les garçons (72 % versus 62 %).

Des progrès sensibles, une information à poursuivre

Dans le cadre du *Baromètre santé nutrition 2008*, la connaissance des repères du PNNS des jeunes de 12 à 14 ans avait été interrogée [3]. Bien que les variations de méthodologies et d'effectifs des études nous invitent à une certaine prudence dans la comparaison des résultats, on constate que dans les deux études, les repères les mieux connus étaient ceux relatifs aux fruits et légumes et au groupe VPO, et le repère le moins connu concernait les féculents. Par rapport aux résultats obtenus dans le *Baromètre santé nutrition*, on observe, en 2015, une connaissance légèrement supérieure des repères fruits et légumes (81 % contre 78 %), VPO (67 % contre 63 %), féculents (19 % contre 14 %) et activité physique (38 % contre 36 %) et largement supérieure du repère produits laitiers (60 % contre 36 %). Ces résultats, à mettre en lien avec les comportements relevés dans les enquêtes les plus récentes (voir encadré page ci-contre), incitent à poursuivre les efforts d'information des jeunes Français sur les repères nutritionnels. ■

1. Santé publique France réunit l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes, l'Institut de veille sanitaire – InVS et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires – Éprus depuis le 1^{er} mai 2016.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *J'aime manger, j'aime bouger. Le guide nutrition pour les ados*. Saint-Denis : Inpes, 2004 : 24 p. En ligne : <http://inpes.santepublique-france.fr/CFESBases/catalogue/pdf/747.pdf>
- [2] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 63 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- [3] Escalon H., Beck F., Bossard C. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>

Une approche socio-écologique pour la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des adolescents

Julie-Anne Nazare, maître de conférences, Centre de recherche en nutrition humaine Rhône-Alpes, laboratoire de recherche en cardiovasculaire, métabolisme, diabétologie et Nutrition (CarMeN), université Claude-Bernard Lyon-1.

Nous savons que la promotion de l'activité physique et la réduction durable de la sédentarité à l'adolescence sont un enjeu de santé publique majeur, au vu de l'épidémie de surpoids et d'obésité observée chez l'adulte comme chez l'enfant (NDLR : en

France, l'obésité concernait 15% des adultes en 2012, contre 6,1% en 1980, source: Inserm). Les résultats de l'étude présentée ci-avant dans ce numéro montrent que 38 % des adolescents interrogés connaissaient les repères de l'activité physique (> 1 heure par jour). Même s'il s'agit d'une minorité, il est quand même intéressant de remarquer qu'environ 30 % des enfants avaient connaissance de l'existence d'un repère, certes sous-évalué (de 30 minutes à 1 heure par jour). Il faut cependant bien noter que le niveau de connaissances des adolescents vis-à-vis des repères « Activité physique » n'est pas forcément le reflet de leur niveau ni de leur fréquence de pratique. Les recommandations chez les enfants sont de minimum 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée ou élevée, sous forme d'éducation physique à l'école, de sport ou d'exercice lors d'activités extra-scolaires, de jeux, de transport actif ou toute autre activité de la vie quotidienne.

Sédentarité croissante

De plus, on ne peut ignorer aujourd'hui l'augmentation du comportement sédentaire, un élément moins connu ou moins identifié par les adultes et les enfants, bien qu'il puisse représenter jusqu'à la moitié du temps éveillé chez certains individus. Le comportement sédentaire, comme le fait de regarder la télévision, de passer du temps devant un écran, de lire, etc., n'est pas simplement un niveau d'activité physique insuffisant ou d'inactivité physique. En effet, de plus en plus d'études nationales et internationales indiquent que la sédentarité (de *sedere*, « être assis » en latin) et l'activité physique sont bien deux comportements distincts, qui alternent au cours de la journée et auraient un impact indépendant sur la santé [1]. Ainsi, les données nationales et internationales récentes suggèrent clairement que pour être efficaces à long terme, les stratégies de promotion de l'activité physique doivent cibler non seulement l'exercice et l'activité physique pendant les loisirs, mais également les activités de la vie quotidienne et la limitation des activités sédentaires.

Les facteurs individuels

Pour ce faire, il faut donc considérer et cibler l'ensemble des activités de l'adolescent en intégrant le contexte social, culturel, physique et organisationnel, c'est-à-dire la niche écologique dans lequel il évolue. En effet, les stratégies de prévention qui s'appuient uniquement sur les facteurs individuels, la motivation ou

L'ESSENTIEL

-
- ▶ La pratique de l'activité physique dépend de l'individu et aussi très fortement de son environnement, familial, social, géographique.
- ▶ Chez l'adolescent en particulier, l'aspect attrayant de la pratique et la motivation sont des critères favorables majeurs.
- ▶ L'étude Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (Icaps), unique en France, démontre que l'on peut augmenter le niveau de pratique d'activité physique des adolescents, initiative mise en œuvre dans les collèges.

l'information simple rencontrent peu de succès sur le long terme, car elles sous-estiment les déterminants sociaux et environnementaux.

Les facteurs personnels ou intra-individuels, qu'ils soient innés ou acquis – le sexe, l'âge, les facteurs biologiques et génétiques, les capacités physiques, le niveau socio-économique –, influencent les comportements des enfants et des jeunes vis-à-vis de l'activité physique. On sait notamment que si les garçons pratiquent plus d'activité physique, celle-ci commence à décliner dès l'adolescence quel que soit le sexe ; c'est donc une période cruciale pour agir. D'autres facteurs psychologiques – croyances, image de soi et confiance en soi, ressentis, obstacles perçus – jouent un rôle dans la pratique d'une activité physique régulière et dans son maintien. Si un jeune ressent qu'il a les capacités pour pratiquer une activité, il sera d'autant plus motivé et pourra plus facilement surmonter les obstacles réels ou perçus lors des exercices.

De plus, l'aspect attrayant, ludique de la pratique est bien sûr un critère majeur. Le plaisir perçu, la motivation jouent un rôle très important. Plus les adolescents prendront plaisir à pratiquer une activité, plus les chances de la maintenir à l'âge adulte seront grandes.

L'environnement social et physique

L'environnement social des jeunes joue aussi un rôle majeur dans l'acquisition d'un comportement actif au quotidien : la famille, les amis, les enseignants, les éducateurs, etc. représentent le support social vis-à-vis de l'activité physique ou de moins d'activités sédentaires via leur comportement, leur motivation, la transmission de valeurs, leur pratique personnelle, les encouragements, l'expérience. À l'adolescence, le soutien des amis, la convivialité deviennent un moteur favorisant le plaisir associé à l'activité physique.

Les facteurs environnementaux, plus particulièrement l'école et la maison, sont des déterminants prépondérants du comportement des enfants. Le type de logement et son organisation : le nombre d'écrans à disposition, l'utilisation familiale de véhicules motorisés ou de vélos, le quartier de résidence (accessibilité, trajet école-maison, sécurité, proximité de pistes cyclables, parcs, chemins, etc.) ; l'école : le type d'activité proposée lors des cours d'éducation physique, l'encadrement ou encore les équipements disponibles en cours de récréation... en d'autres termes, les politiques d'aménagement et de transport urbain, les programmes scolaires, les politiques nationales de santé publique sont autant de facteurs susceptibles d'influencer la pratique des jeunes.

La preuve par Icaps

C'est dans cette perspective que l'étude Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité (Icaps) des collégiens, combinant des approches éducationnelles, sociales et environnementales, a été déployée en intégrant simultanément les différents paramètres pour cibler les adolescents dans leur environnement. L'Icaps a démontré qu'il était possible d'augmenter la pratique d'activité physique, de réduire les comportements sédentaires et de prévenir une prise de

pois excessive chez les adolescents, en ciblant les collégiens dans leur milieu de vie [2, 3]. Le programme, fortement ancré dans les établissements scolaires et doté d'une stratégie intégrant de nombreux partenaires, s'appuyait sur la perception, la motivation et les connaissances des élèves vis-à-vis de l'activité physique, de leur environnement social (familles, enseignants), de leur environnement physique et également de leur perception de ces derniers. Les actions étaient concertées, co-construites avec les enfants, pour favoriser la participation de tous les adolescents au programme.

Pour promouvoir la motivation, l'adhésion et le plaisir des jeunes, des animations physiques variées, ludiques et facilement accessibles leur étaient proposées. Ils ont ainsi gagné en estime d'eux-mêmes, ce qui les a incités à être plus actifs et à s'engager dans de nouvelles activités. La participation des parents et leur implication ont été encouragées via des réunions d'information, des journées familiales actives. Ils étaient les relais des interventions des enseignants et éducateurs, en dehors de l'école. Des actions dans et autour de l'école ont été proposées pendant les cours d'éducation physique, les récréations, les temps périscolaires, en favorisant l'accessibilité des équipements sportifs. Le programme ciblait aussi les temps de déplacements de la vie quotidienne et les activités de la vie familiale, avec notamment l'accompagnement par des éducateurs sur les premiers trajets hors école à vélo, à pied ou en trottinette. Un environnement sécurisé pour les déplacements à pied ou en vélo peut faciliter le choix du passage du transport actif dans le quotidien pour les enfants et leurs parents.

Résultat : augmentation de l'activité physique et réduction pérenne de la sédentarité

À la fin du programme, les collégiens du groupe « Action » bénéficiant du programme d'intervention pratiquaient 66 minutes d'activité physique de loisirs de plus par semaine et passaient 16 minutes de moins par jour devant un écran de télévision que les adolescents-témoins. De plus, l'intervention

a diminué de près de 50 % le risque de passer en surpoids au terme des quatre années de suivi. De façon intéressante, les effets bénéfiques de l'intervention (diminution de la sédentarité, transport actif, activité physique) ont été maintenus pendant deux ans et demi après l'arrêt de l'intervention. Certains facteurs ont été identifiés comme médiateurs significatifs des effets observés : une attitude positive vis-à-vis de l'activité physique, le support social et la modification de perception de leur environnement par les élèves [3]. Cibler à la fois les facteurs individuels, sociaux et environnementaux des adolescents a permis de modifier, à long terme, le comportement des adolescents vis-à-vis de l'activité physique et du comportement sédentaire, avec un effet bénéfique sur leur état de santé. Cette étude, originale, indique que la prise en compte de l'individu dans son environnement social et physique est un levier majeur de réussite des programmes de promotion de l'activité physique et de réduction de la sédentarité à long terme. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ekelund U., Steene-Johannessen J., Brown W.J., Wang Fagerland M., Owen N., Powell K.E. *et al.* Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*, 2016. En ligne : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30370-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30370-1.pdf)
- [2] Simon C., Kellou N., Dugas J., Platat C., Copin N., Schweitzer B. *et al.* A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *International Journal of Obesity*, 2014, vol. 38, n° 7 : p. 936-943. En ligne : <http://www.nature.com/ijo/journal/v38/n7/pdf/ijo201423a.pdf>
- [3] Kellou N., Sandalinas F., Copin N., Simon C. Prevention of unhealthy weight in children by promoting physical activity using a socio-ecological approach: What can we learn from intervention studies? *Diabetes & Metabolism*, 2014, vol. 40, n° 4 : p. 258-271.



Accompagner le développement du jeune enfant

Dossier coordonné par Christine César, chargée d'expertise scientifique, unité petite enfance, **Enguerrand du Roscoât,** responsable de l'unité santé mentale, **Thierry Cardoso,** responsable de l'unité petite enfance, direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France.

La petite enfance est une période cruciale dans la construction de l'individu, et les événements vécus dans cette période sont susceptibles d'avoir des influences sur le long terme. C'est dans la première année de vie que se développent des acquisitions sensorielles, motrices et

intellectuelles essentielles, notamment pour interagir avec son milieu physique et social. Comme l'expliquent les experts que nous avons sollicités, les travaux précurseurs de Spitz, Bowlby et Brazelton ont révélé à quel point l'environnement social et affectif est vital pour le petit humain. Le bébé de quelques mois a non seulement des

attentes sur le monde physique, mais il possède aussi des attentes précises sur le comportement d'autrui. À 18-21 mois par exemple, ce qui compte pour son bon développement, c'est le temps passé à faire quelque chose ensemble, avec les parents et l'entourage. À chaque âge ses formes d'interactions les plus à même de faire progresser l'intelligence de l'enfant. L'importance d'accompagner et de soutenir le petit enfant dans sa motivation naturelle à découvrir le monde dans lequel il évolue à travers sa perception sensorielle est ainsi essentiel.

Ce dossier central est consacré à la périnatalité et la petite enfance jusqu'à 3 ans. L'objectif est de mettre à disposition des professionnels un corpus de connaissances récentes, relatives d'une part au développement de l'enfant et d'autre part à l'influence des déterminants socio-environnementaux sur ce



© Mal Jacob / Fondation Fiole

développement, dans une optique de prévention et de promotion de la santé. À cet égard, il convient de rappeler à quel point, dans cette période de périnatalité et de petite enfance, le développement de l'enfant s'appuie sur les interactions qu'il entretient avec les adultes qui l'entourent et en premier lieu avec ses parents. Enfin, ce dossier aborde la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le développement de l'enfant.

La première partie est consacrée à l'état des connaissances scientifiques. Sont présentées les données les plus récentes sur les grands déterminants (attachement, relation avec les parents, etc.) de la construction sociale et psychologique de l'enfant et de leurs impacts sur la santé à l'âge adulte. Toutefois, comme le soulignent les chercheurs que nous avons mis à contribution, ces données – dont certaines sont le fruit d'études scienti-

fiques récentes – ne doivent pas induire en erreur : elles n'ont pas de valeurs prédictives à l'échelle d'un individu, mais elles visent à identifier des contextes de développement globalement favorables ou défavorables à l'échelle d'une population.

L'importance des déterminants environnementaux

Les contextes sociaux exercent très tôt une influence sur la santé future des individus avec des inégalités sociales de santé observées dès la petite enfance. Une enquête présentée dans ce dossier montre que les difficultés afférentes à la précarité sociale sont insuffisamment prises en compte dans le suivi médical de la grossesse ; que ce suivi prend trop peu en compte les conditions socio-économiques de vie de la mère ; qu'une femme enceinte confrontée à des problèmes de communication et d'orientation dans le système de santé va faire face à des difficultés plus importantes pour son suivi et à une grossesse plus difficile et plus à risque.

Par ailleurs, déterminant premier des conditions de vie, les conditions de logement jouent un rôle majeur dans la santé des enfants. Le nombre de familles à la rue avec enfant a augmenté. Le « mal-logement » conjugue souvent plusieurs risques : saturnisme, humidité, insalubrité, précarité énergétique, etc. Vivre dans un logement surpeuplé aggrave de 40 % le risque pour un enfant de 11 à 15 ans d'accuser une année de retard scolaire. Pour autant, il n'y a pas de fatalité, l'expérience montre qu'une politique adaptée permet de faire reculer rapidement les atteintes à la santé des enfants.

Indispensable travail en réseau

La seconde partie du dossier examine dans quelle mesure ce constat – de l'impact très précoce des environnements sur l'état de santé futur – est pris en compte dans les pratiques des professionnels et des différents acteurs du champ de la périnatalité et de la petite enfance. Nous avons analysé dans quelle mesure les dispositifs publics de droit commun, comme les PMI et les hôpitaux, mais aussi des dispositifs plus spécifiques, prennent en charge la petite enfance et plus largement la périnatalité, de la femme

enceinte aux premières années de l'enfant. Ainsi, dans certains services de grands hôpitaux publics de l'Hexagone, les professionnels se rendent, en consultations itinérantes, au domicile de l'enfant et de sa famille afin d'épauler les parents qui font face à d'importantes difficultés. Même démarche itinérante au sein de certaines PMI, dans des territoires privés de structures adaptées. Point fort de consensus : la nécessité absolue du travail en réseau entre les différents professionnels intervenant en périnatalité auprès de l'enfant et de sa mère ou, plus largement, de sa famille. Travailler en réseau aux étapes précoces de la vie est un état d'esprit. Le réseau facilite la connaissance mutuelle et permet d'apprendre, puis de travailler ensemble. Point de départ intangible : un tel réseau de soins est forcément amorcé à partir de l'écoute de la future mère et/ou du couple. Il s'agit d'un profond changement de culture, qui bouscule les identités professionnelles concernées, du médical, de la psychiatrie et du social. Cette démarche n'en est pas moins indispensable au profit de la mère, des parents, de la famille et en tout premier lieu de l'enfant. ■

La publication de ce dossier central « petite enfance » coïncide avec un renforcement de l'engagement de Santé publique France dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance. En effet, dès sa création début 2016, la nouvelle agence nationale de santé publique¹ s'est investie de façon importante dans ce domaine en créant une unité chargée de la périnatalité et de la petite enfance au sein de la nouvelle direction de la Prévention et de la Promotion de la santé ainsi qu'un programme intégré de surveillance épidémiologique et de prévention. Cette unité aura en charge le développement d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé – en lien avec les nombreux acteurs engagés au quotidien dans l'accompagnement de l'arrivée et du développement du jeune enfant – pour toute la population et sur l'ensemble du territoire national.

1. Santé publique France réunit l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) et Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ?

Michelle Kelly-Irving, chargée de recherche, Inserm-Research unit for epidemiology and public health, UMR1027 - Social epidemiology team, Faculté de médecine, université Paul-Sabatier, Toulouse.

Cyrille Delpierre, directeur de recherche, Inserm-Research unit for epidemiology and public health, UMR1027 - Social epidemiology team, Faculté de médecine, université Paul-Sabatier, Toulouse.

Thierry Lang, directeur, Institut fédératif d'études et de recherche interdisciplinaires santé société (IFERISS), équipe 5, UMR1027 Inserm-Université Paul-Sabatier, département d'épidémiologie et santé, Faculté de médecine, Toulouse.

Les études sur les inégalités sociales de santé (ISS) constituent un champ de recherche croissant et dynamique, et la réduction des ISS représente une priorité en santé publique en France, caractérisée par une demande de plus en plus explicite de connaissances pour développer des interventions susceptibles de les réduire, surtout dans une période de crise économique [1]. Les déterminants sociaux peuvent avoir une influence toute particulière sur l'état de santé futur en cas d'expositions précoces à certains déterminants sociaux délétères durant la période fœtale ou l'enfance. Les maladies de l'adulte y trouvent en effet une part de leurs origines. Une difficulté majeure est de comprendre la façon dont ces déterminants s'enchaînent depuis l'enfance et influencent l'état de santé, construisant ainsi les ISS [1]. La mise en évidence de ces chaînes de causalité implique de comprendre les

interactions entre les individus et leurs environnements, d'élucider la transition du social vers le biologique. Ce processus d'incorporation biologique se produit quand l'expérience sociale, humaine, biographique pénètre « sous la peau » et, par l'intermédiaire des mécanismes biologiques, influence le développement biologique humain [2]. C. Hertzman observe que la structuration sociale des différents milieux environnementaux peut conduire à des états biologiques et développementaux socialement structurés [3]. Cette incorporation biologique est une dynamique continue tout au long de la vie, une interaction entre différents éléments de l'environnement et l'organisme. La réponse biologique est en fait une adaptation à un environnement présent, à un temps donné, et elle est construite en partie par des réponses précédentes.

L'environnement durant l'enfance et la construction des inégalités sociales de santé

Les premières années de la vie constituent une séquence de phases développementales essentielles à la trajectoire de santé ultérieure [4]. Cette étape est fondamentale, car elle est constituée de périodes sensibles pendant lesquelles se forme le cerveau humain, caractérisées par des capacités de plasticité plus élevées qu'à des périodes ultérieures de la vie. C'est au cours de la première année que se développent l'appareil sensoriel, le lan-

gage et la parole et, pour les fonctions cognitives supérieures, durant les dix premières années de la vie [5]. Cette plasticité, largement démontrée à la fois au niveau épidémiologique et au niveau biologique sur des modèles animaux, repose sur le fait qu'au cours de phases sensibles du développement, les conditions environnementales peuvent avoir des effets biologiques sur le long terme. L'interaction entre les enfants et leur environnement immédiat, surtout relationnel et matériel, contribue donc à forger l'architecture cérébrale et, en conséquence, leurs capacités cognitives et leurs fonctions physiologiques. En ce sens, la définition et la caractérisation de l'environnement psychosocial familial dans l'enfance constituent un défi important.

Les conditions défavorables durant l'enfance et la santé adulte

Des travaux épidémiologiques ont mis en évidence le rôle de l'adversité psychosociale durant l'enfance sur la santé à long terme. Il s'agit d'événements stressants dans la vie de l'enfant, tels que des dysfonctionnements familiaux, des séparations parentales, des négligences physiques, des abus physiques et sexuels ou encore le fait d'être témoin de violences. Ces épreuves ont été liées à de nombreuses pathologies chroniques de l'âge adulte [6]. Cette hypothèse a été testée dans une étude de cohorte qui a suivi jusqu'à aujourd'hui plusieurs milliers de personnes, nées

L'ESSENTIEL

-
- ▶ C'est pendant la première année de vie que se développent l'appareil sensoriel, le langage et la parole.
- ▶ Un environnement favorable chez l'enfant influe sur sa santé globale et, plus tard, sur sa santé d'adulte.
- A contrario, l'adversité à laquelle l'enfant fait face est un facteur potentiel d'altération de santé à l'âge adulte. Les déterminants sociaux ont un impact sur la santé future.
- ▶ Ces données épidémiologiques et biologiques nouvelles ne doivent pas induire en erreur. Elles n'indiquent aucune prédiction individuelle et ne comportent donc aucun déterminisme personnel, écartant de ce fait toute idée de dépistage.

en mars 1958 en Grande-Bretagne. L'adversité psychosociale a été mesurée par six dimensions – enfant placé en institution ; enfant négligé par ses parents sur le plan physique ; parent en contact avec l'administration pénitentiaire ; séparation des parents suite à un divorce, un décès ou une autre raison ; expérience familiale de la maladie mentale ; expérience familiale de la toxicomanie – ; elle a été codée en trois catégories : aucune adversité (75 %), une adversité (20 %), au moins deux adversités (5 %). Après cinquante ans de suivi, la probabilité de déclarer avoir eu un cancer avant l'âge de 50 ans chez les femmes était deux fois et demi plus élevée chez celles ayant été exposées à au moins deux adversités, par rapport à celles exposées à aucune épreuve, après avoir pris en compte les facteurs de confusion. Ces résultats suggèrent qu'une exposition adverse pendant l'enfance pourrait constituer pour les femmes un facteur de risque de cancer à l'âge adulte. La persistance d'un lien, même après prise en compte des facteurs de confusion et des facteurs de médiation les plus connus, conforte l'idée d'un rôle biologique direct de l'adversité sur la survenue des cancers [7].

Dans une deuxième étude sur la même cohorte, le risque de décès prématuré chez les hommes était plus élevé (+ 57 %) chez ceux qui avaient connu au moins deux adversités par rapport à ceux qui n'avaient pas été exposés. Chez les femmes, le risque

augmentait avec l'intensité de l'exposition. La probabilité de décéder prématurément augmentait de 66 % chez les femmes exposées à une adversité et de 80 % chez celles exposées à au moins deux adversités, par rapport à celles qui n'en avaient pas vécu [8]. La prise en compte des facteurs de confusion et de médiation modifiait peu l'association entre adversité et mortalité. Ces résultats, fondés sur un critère de jugement bien défini, renforcent la plausibilité de l'hypothèse d'une incorporation biologique de l'environnement, notamment pendant des périodes sensibles du développement.

Environnement défavorable durant l'enfance et usure physiologique

Le concept d'usure physiologique multisystémique, appelé « charge allostatique », est précieux afin de mieux comprendre le lien biologique entre la réponse au stress chronique suscité par les adversités et la santé. L'un des mécanismes principaux mis en œuvre par les organismes pour s'adapter à leur environnement consiste en des systèmes de réponses au stress. Exposés à un stress chronique, ces systèmes sont en état constant de « surchauffe ». Cette usure physiologique de multiples systèmes, qui définit la charge allostatique (CA), est le prix à payer pour s'adapter à un environnement difficile. Selon B.S. McEwen, la pression exercée sur le corps par des alternances de pics et de bas de la réponse physiologique et l'impact de l'usure sur un certain nombre de tissus et d'organes peuvent prédisposer un organisme aux maladies. Cet état est défini comme la charge allostatique [9]. À l'âge de 44 ans, elle est liée à des expositions à des adversités psychosociales durant l'enfance ainsi qu'au niveau socio-économique des premières années de vie, estimé par le niveau d'études de la mère, la catégorie socioprofessionnelle du père. Les individus ayant été confrontés à plus de deux adversités psychosociales dans l'environnement familial durant leur enfance [10] comme ceux dont les parents avaient une position socio-économique basse [11] avaient une CA plus élevée à 44 ans. Ce lien entre environnement adverse et score de CA élevé était expliqué par des comportements à risques plus

fréquents – notamment le tabagisme et, dans une moindre mesure, un indice pondéral en dehors des normes – et par un faible niveau socio-économique à l'âge adulte, sans que ces facteurs suffisent à expliquer l'ensemble du lien observé. Élément essentiel pour montrer l'importance de la CA, il a été montré qu'une charge allostatique plus élevée à l'âge de 44 ans était liée à une santé globale moins bonne à 50 ans [12].

Des pistes pour entraver la construction des inégalités sociales de santé ?

Ces données épidémiologiques et biologiques nouvelles ne doivent pas induire en erreur. Elles n'indiquent aucune prédiction individuelle et ne comportent donc aucun déterminisme personnel. Toute idée de dépistage doit donc être écartée. Les liens mis en évidence n'ont de valeur qu'au niveau de groupes. Les conséquences à tirer de ces observations ne peuvent l'être qu'en termes de prévention et de modification des conditions de vie des personnes et des groupes, sans idée de suivi individuel. La variété des déterminants évoqués dans ces travaux concerne aussi bien les conditions de vie de l'enfance, que celles durant la grossesse ou les conditions socio-économiques de vie des familles. Les conséquences sont donc à chercher au sein de toutes les politiques, bien au-delà des politiques de santé, et il est indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs pour des partenariats de promotion de la santé ; parmi eux, l'Éducation nationale est un partenaire privilégié, mais loin d'être exclusif. Deuxième grande conséquence, les politiques de santé visant à prévenir les maladies chroniques et à réduire les inégalités sociales de santé doivent se penser à l'échelle de quelques décennies, dans la mesure où les décisions de politiques publiques prises aujourd'hui vont influencer l'état de santé dans plusieurs décennies. S'agissant de l'enfance, la question

« PLACER LES PARENTS DANS LES CONDITIONS PSYCHOSOCIALES ET ÉCONOMIQUES TELLES QU'ILS PUISSENT ASSURER AU MIEUX LEUR RÔLE PARENTAL. »



© Flire-Ael Surun / Tendances Flire

de la parentalité doit bien sûr être évoquée. Là encore, l'enjeu consiste à placer les parents dans les conditions psychosociales et économiques telles qu'ils puissent assurer au mieux leur rôle, loin d'une éducation parentale normative qui ne prendrait pas en compte leurs conditions de vie.

Ces constats attirent aussi l'attention sur les soins de protection maternelle et infantile, depuis le suivi de la grossesse jusqu'au suivi des jeunes enfants.

Cette fonction du système de soins et de prévention est donc essentielle, et les données scientifiques récentes renforcent cette idée.

Au-delà des phénomènes biologiques développés dans ce texte, les interactions avec les parents et le développement du langage sont des éléments essentiels dans la construction de la santé dès l'enfance. D'après une étude canadienne de plusieurs familles de niveaux socio-économiques

différents, le nombre de mots échangés entre l'enfant et ses parents varie d'un rapport de plus de un à trois entre les catégories sociales extrêmes et les interactions positives avec les enfants sont aussi le fait des familles les plus favorisées [13]. Les influences positives sur le développement affectif, cognitif, et sur le développement de l'estime de soi sont majeures et essentielles pour la santé de l'adulte. L'aide aux parents sous toutes ses formes est susceptible d'aider le développement cognitif et affectif des enfants. Enfin, il reste beaucoup à apprendre sur le développement optimal de l'enfant dans son environnement familial et social. Il reste aussi à comprendre pourquoi certains enfants, exposés à des difficultés lors de leurs premières années de vie, parviennent à une vie satisfaisante, en bon état de santé. Des travaux de recherche sur les sources de résilience sont essentiels pour explorer les possibilités d'améliorer la santé qui se construit dans les premières années de la vie. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. Inequalities in health: From the epidemiologic model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2009, vol. 57, n° 6 : p. 429-435.

[2] Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, vol. 55, n° 10 : p. 693-700. En ligne : <http://jech.bmj.com/content/55/10/693.full.pdf+html>

[3] Hertzman C. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2012, 109 : p. 17160-17167. En ligne : http://www.pnas.org/content/109/Supplement_2/17160.full.pdf

[4] Irwin L.G., Siddiqi A., Hertzman C. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Geneva : World Health Organisation, 2007 : p. 38. En ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf>

[5] Garner A.S., Shonkoff J.P., Siegel B.S., Dobbins M.I., Earls M.F., McGuinn L. *et al.* The lifelong effects of early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 2012,

vol. 129, n° 1 : p. e224-e231. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.long>

[6] Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V. *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, vol. 14, n° 4 : p. 245-258. En ligne : [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)

[7] Kelly-Irving M., Mabile L., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the life course. *International Journal of Public Health*, 2013, vol. 58, n° 1 : p. 3-11.

[8] Kelly-Irving M., Lepage B., Dedieu D., Bartley M., Blane D., Grosclaude P. *et al.* Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology*, 2013, vol. 28, n° 9 : p. 721-734. En ligne : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-013-9832-9>

[9] McEwen B.S., Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 1993, vol. 153, n° 18 : p. 2093-2101.

[10] Barboza Solís C., Kelly-Irving M., Fantin R., Darnaudéry M., Torrisani J., Lang T. *et al.* Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2015, vol. 112, n° 7 : p. E738-E746. En ligne : <http://www.pnas.org/content/112/7/E738.full.pdf>

[11] Barboza Solís C., Fantin R., Castagné R., Lang T., Delpierre C., Kelly-Irving M. Mediating pathways between parental socio-economic position and allostatic load in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Social Science & Medicine*, 2016, vol. 165, n° 9 : p. 19-27.

[12] Barboza Solís C., Fantin R., Kelly-Irving M., Delpierre C. Physiological wear-and-tear and later subjective health in midlife: findings from the 1958 British birth cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 2016, vol. 74 : p. 24-33.

[13] Hart B., Risley T.R. The early catastrophe: the 30 million word gap by age 3. *American Educator*, 2003, Spring : p. 4-9. En ligne : <https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/TheEarlyCatastrophe.pdf>

Les inégalités s'installent dès la petite enfance

L'ESSENTIEL

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié, en juillet 2016, un rapport intitulé « Crise économique, santé et inégalités sociales de santé » [1].

Un chapitre est consacré à la petite enfance, le Haut Conseil insistant sur le fait que l'état de santé de l'adulte est lié aux conditions de vie dans l'enfance.

Extraits concernant deux thèmes : l'importance de la période préscolaire et les politiques vis-à-vis de la petite enfance¹.

À partir des données d'un panel d'écoliers suivis par le ministère de l'Éducation nationale, J.-P. Caillé et coll. ont estimé que la moitié des inégalités sociales de réussite à la fin de l'école élémentaire était due aux différences de compétences que présentaient les élèves à l'entrée au cours préparatoire [2].

Ce rôle de la période préscolaire est illustré par le suivi d'enfants entre l'âge de 22 mois et 5 ans dans une cohorte britannique, selon leur réussite initiale à un ensemble de tests cognitifs et émotionnels. Ces enfants ont connu une évolution bien différente selon la position socio-économique des parents. Parmi les enfants qui « réussissaient » bien aux tests, les enfants de milieux socio-économiques favorisés gardaient leur avantage au cours des années, tandis que les enfants de parents défavorisés sur le plan socio-économique perdaient progressivement cet avantage. À l'inverse, dans le groupe

d'enfants qui réussissaient moins bien à 22 mois, les enfants issus de catégories favorisées réussissaient à compenser progressivement leur retard tandis que pour les enfants de catégories défavorisées, le retard restait identique à 60 mois [3].

Un travail original portant sur le suivi, pendant deux ans et demi, d'enfants de l'âge de 6 mois à 3 ans dans des familles américaines, montre la différence considérable de stimulation cognitive qui existe entre les enfants. À l'âge de 36 mois, moins de 10 millions de mots destinés à l'enfant lui ont été adressés dans les familles bénéficiant d'une forme d'aide sociale, critère utilisé pour identifier une catégorie sociale défavorisée. Le nombre de mots adressés aux enfants dans les familles favorisées dépasse les 40 millions. Il est intermédiaire pour les enfants de milieu ouvrier. Cette stimulation cognitive était renforcée, dans cette enquête, par des expériences très différentes selon les enfants dans la construction de l'estime de soi. Le ratio entre encouragement de l'enfant et les interdits posés était d'un pour deux dans les familles bénéficiant de l'aide sociale et de six encouragements pour un interdit pour les enfants de cadres [4].

Les politiques vis-à-vis de la petite enfance

Les arguments scientifiques avancés en faveur de l'importance de la période préscolaire ont conduit des chercheurs canadiens à mettre au point un instrument de mesure du développement de la petite enfance, qui évalue le niveau de développe-

ment de l'enfant à son entrée à l'école, c'est-à-dire sa maturité scolaire. Ces travaux ont été menés à l'initiative de la Direction de santé publique et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour dresser un portrait de la maturité scolaire à l'entrée à l'école à 5 ans sur l'ensemble du territoire. Ce questionnaire porte sur la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le développement cognitif et langagier et enfin les habiletés de communication et connaissances générales. La cartographie réalisée montre des grandes disparités dans la ville concernant cet indicateur de vulnérabilité. Des associations entre le niveau scolaire de la mère et du père et la vulnérabilité des enfants sont notées, sans surprise. Une vulnérabilité plus élevée est également notée pour les enfants allophones. De façon générale, les quartiers où l'on rencontre le plus haut pourcentage d'enfants vulnérables sont ceux dont les réalités socio-économiques sont plutôt défavorables. Mais l'étude révèle des quartiers avec des niveaux de vulnérabilité élevés contrastant avec des conditions plutôt favorables et l'inverse. Il apparaît également qu'un faible taux de chômage dans un quartier va de pair avec une grande qualité des installations préscolaires, contribuant aux inégalités. Un grand nombre d'écoles desservant les populations les plus défavorisées de Montréal n'offrent pas de classe maternelle avant 4 ans, alors que la proportion d'enfants vulnérables est élevée. Ces travaux montrent donc l'absence d'ajustement de l'offre en fonction des réalités socio-économiques des quartiers [5].



© Jérôme Beaulieu / Tendresse France

Ces constatations ne sont pas une fatalité. Un travail mené au Québec montre l'influence majeure du mode de garde sur le développement cognitif des enfants, dans une cohorte de près de 2 000 enfants suivis de la naissance à 7 ans. Si le niveau d'études de la mère est élevé, que l'enfant soit élevé par ses parents de façon exclusive ou bénéficie d'un mode de garde formelle ou informelle, ses scores de développement cognitif ne varient pas. En revanche, si le niveau d'études de la mère est faible, les enfants qui ne bénéficient pas d'un mode de garde formelle ou informelle et sont exclusivement en contact avec leurs parents ont une performance, à 6 ans, inférieure à celle des enfants qui ont bénéficié d'un mode de garde [6].

En France, ces données sont à rapprocher de celles publiées par le ministère de l'Éducation nationale, montrant une décroissance régulière du taux de scolarisation des enfants de 2 ans depuis les années 2000. Ce taux était de l'ordre de 35 % en 2000-2001 et s'établit à moins de 20 % en 2010 [7]. Les mêmes sources notent que ce taux est inférieur à 5 % dans certaines communes de Seine-Saint-Denis. Si les résultats immédiats des politiques en faveur de l'enfance, dans la période scolaire ou préscolaire, sont peu visibles (l'enfance et l'adolescence sont des périodes de la vie très largement marquées par un bon état de santé), elles ne peuvent manquer d'avoir des résultats à long terme défavorables sur de nombreux états de santé.

L'Unicef constate le peu d'efforts consacrés à cette question dans les politiques publiques. « *L'absence quasi-totale de données nationales sur le développement des très jeunes enfants peut refléter le fait que l'importance de ce développement précoce a été seulement récemment portée à l'attention du public et des responsables politiques. En partie, également, cela peut refléter la vision traditionnelle selon laquelle le recueil des données chez les très jeunes est très difficile, potentiellement intrusif, et d'importance limitée pour la santé publique. Mais en partie aussi, le problème a été le manque de moyens de mesurer et de suivre les progrès du développement de l'enfant dans les premières années de vie. Sans de telles mesures, les politiques sont aveugles, les dépenses difficiles à justifier, les objectifs impossibles à atteindre et nous ne sommes pas capables de suivre les progrès* » [8]. ■

Ce rapport a été rédigé par un groupe de travail du HCSP sur les inégalités sociales de santé. Font partie de ce groupe de travail : Thierry Lang, président ; Gérard Badeyan, Drees ; Chantal Cases, HCSP ; Pierre Chauvin, HCSP ; Isabelle Grémy, Santé Publique France ; Virginie Halley des Fontaines, HCSP ; Florence Jusot, économiste, Paris ; Anne Laporte, épidémiologiste, Paris ; Pierre Lombrail, médecin de santé publique, Bobigny ; Gwenn Menvielle, épidémiologiste, Villejuif ; Frédéric Pierru, sociologue, Lille ; François Puisieux, HCSP ; Sylvie Rey, Drees ; Jean Simos, HCSP ; Laurent Visier, HCSP.

1. Cet article reprend l'intégralité des deux sous-chapitres consacrés à l'importance de la période scolaire et aux politiques vis-à-vis de la petite enfance, p.31-32. Les titres et intertitres sont de la rédaction.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Crise économique, santé et inégalités sociales de santé*. Paris : La Documentation française, coll. Avis et Rapport, 2016 : 104 p.
- [2] Caille J.-P., Rosenwald F. *Les inégalités de réussite à l'école élémentaire : construction et évolution*. Paris : France, portrait social, 2006 : p. 115-136. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fporSOC06d.pdf
- [3] Feinstein L. Inequality in the early cognitive development of british children in the 1970 cohort. *Economica*, 2003, vol. 70, n° 277 : p. 73-97.
- [4] Hart B., Risley T.R. The Early Catastrophe: The 30 Million Word Gap by Age 3. *American Educator*, 2003 : p. 4-9. En ligne : <https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/TheEarlyCatastrophe.pdf>
- [5] Laurin I., Lavoie S., Guay D., Boucheron L., Durand D., Goulet N. Enquête sur le développement des enfants montréalais à leur entrée à l'école. *Santé Publique*, 2012, vol. 24, n° 1 : p. 7-21.
- [6] Geoffroy M.C., Côté S. M., Giguère C.É., Dionne G., Zelazo P.D., Tremblay R.E., et al. Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2010, vol. 51, n° 12 : p. 1359-1367.
- [7] Abdouni S. Près d'un enfant sur scolarisé à deux ans. *Note d'information*, 2014, n° 20 : 4 p. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid102809/pres-d-un-enfant-sur-huit-est-scolarise-a-deux-ans.html>
- [8] Adamson P. *Le Bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparative*. Florence : Centre de recherche Innocenti de l'Unicef, 2013 : 56 p. En ligne : <https://www.unicef-irc.org/publications/687/>

Soutenir la motivation du tout-petit pour échanger, partager et comprendre son monde

Maya Gratier,

professeure de psychologie du développement,

Pascal Mallet,

professeur de psychologie du développement,
laboratoire Éthologie, Cognition,
Développement,
université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.

Aujourd'hui, la psychologie cognitive du nouveau-né démontre que, dès la naissance, le bébé sait reconnaître des sons, des visages, des odeurs et qu'il a des attentes sur le comportement de ceux qui l'entourent. Elle révèle, dans une approche transnatale, d'importantes continuités entre la vie intra-utérine et la vie aérienne. Une mémoire prénatale, dépendante des expériences spécifiques du fœtus (gustatives, auditives, etc.), guide les perceptions du nouveau-né. Il reconnaît ainsi le visage de sa mère, compétence très favorable pour sa survie, grâce à son association avec le souvenir de la voix maternelle [1]. L. Marlier, B. Schaal et R. Soussignan [2] ont montré par exemple que la préférence pour l'odeur inévitablement nouvelle du lait maternel est guidée par la mémoire de l'odeur du liquide amniotique.

Ce vaste ensemble de recherches ravive d'anciennes querelles sur l'origine des connaissances du bébé. Les modèles intégratifs sont encore peu représentés, mais de nombreuses données confirment l'indéniable inextricabilité des facteurs sociaux, culturels et biologiques des performances psychologiques du bébé. Et elles posent

d'importantes questions en faveur de la santé et de la prévention des troubles chez le tout-petit. À partir de quand et suivant quel processus un bébé né prématuré reconnaît-il le visage de sa mère ? À partir de quel âge gestationnel peut-il faire le lien entre le goût du liquide amniotique et l'odeur du lait maternel ? Faut-il réintroduire dans l'environnement médicalisé de sa vie postnatale des voix et des odeurs familières ? Au cours de la période sensible qui couvre les dernières semaines de gestation et les premières semaines de vie postnatale, les expériences sensorielles sont perméables et s'influencent mutuellement. A. Guzzetta *et al.* [3] ont ainsi mis en évidence les effets du massage du bébé né prématuré sur le développement de son cortex visuel.

Interactions et relations parent-enfant : facteurs du développement cognitif, émotionnel et social

D'autres chercheurs se sont attachés, depuis une cinquantaine d'années, à décrire les comportements sociaux précoces des nourrissons et la façon dont ils se développent. Les travaux précurseurs de R. Spitz, J. Bowlby et T.B. Brazelton ont révélé à quel point l'environnement social et affectif était vital pour le petit humain. La découverte d'une imitation néonatale et celle des attentes face au partenaire d'interaction imposent une nouvelle vision du bébé : celle d'un être motivé doté d'une certaine intentionnalité [4-6]. Le nouveau-né serait alors compétent avant tout pour prendre appui sur

L'ESSENTIEL

- Les travaux précurseurs de R. Spitz, J. Bowlby et T.B. Brazelton ont révélé à quel point l'environnement social et affectif était vital pour le petit humain.
- Le nouveau-né est compétent avant tout pour prendre appui sur son milieu social, susciter chez ses partenaires les comportements nécessaires à son développement et recruter des informations utiles afin de guider ses propres comportements
- Le bébé de quelques mois a non seulement des attentes sur le monde physique, mais possède aussi des attentes précises sur le comportement d'autrui.
- À 18-21 mois par exemple, ce qui compte, c'est le temps passé à faire quelque chose ensemble. À chaque âge correspondent des formes d'interaction les plus à même de faire progresser l'intelligence de l'enfant.

son milieu social, pour susciter chez ses partenaires les comportements nécessaires à son développement et pour recruter des informations utiles qui guideraient ses propres comportements. Ainsi, selon certains spécialistes, comme T.B. Brazelton ou C. Trevarthen, les compétences sociales constituent le fondement du développement cognitif. On trouve une illustration de cette thèse dans les effets longitudinaux de la dépression maternelle sur le développement cognitif du bébé [7]. Pourtant, la plupart des spécialistes actuels considèrent que les connaissances du monde social proviennent de processus cognitifs. Il existe donc encore des divergences



entre les courants d'études concernant le bébé, même si l'on progresse dans cette direction.

Ainsi, les recherches expérimentales sur la cognition précoce montrent que le bébé de quelques mois a non seulement des attentes sur le monde physique [8], mais qu'il possède aussi des attentes précises sur le comportement d'autrui. Une cognition sociale permet au jeune bébé de percevoir et de comprendre les actions intentionnelles d'autres agents, de catégoriser les personnes selon leurs attributs sociaux et culturels et ainsi de se représenter le point de vue des autres bien avant l'apparition de ce qu'on appelle une théorie de l'esprit, à la fin de la troisième année. K. Onishi et R. Baillargeon [9] ont ainsi montré, dans le cadre d'une tâche non verbale, que le bambin de 15 mois est capable de prédire le comportement d'un agent à partir de sa fausse croyance sur l'emplacement d'un objet.

Bébé, fin observateur

Contribuent à cette intégration progressive des savoirs sur le bébé les recherches montrant comment dans leur vie quotidienne les bébés sont à la fois de fins observateurs du comportement d'autrui et des partenaires actifs des échanges sociaux. Les indices des états affectifs ou conatifs (qui se rapportent à la volonté ou à l'effort),

perçus dans la voix, le visage ou les gestes de leurs proches, sont des sources d'information importantes sur le milieu physique. Les activités cognitives de référencement sociale (le bébé se tourne vers moi pour avoir mon avis) et d'attention conjointe (le bébé regarde non pas moi mais ce que je regarde) qui apparaissent au cours du second semestre de vie, participent à la fois à la formation des liens d'attachement et à l'acquisition d'un savoir partagé qui est à la base du langage. Les connaissances du bébé se développent donc bien grâce aux perfectionnements de ses instruments cognitifs, en partie préprogrammés, comme ces capacités précoces à anticiper les comportements d'autrui, mais ces perfectionnements sont conditionnés par certaines formes de participation active à une vie sociale riche en émotions partagées.

Mieux identifier les périodes sensibles et la pluralité des voies de développement

Ainsi, certaines qualités des interactions entre un bambin et sa mère sont associées longitudinalement à la

« LES CONNAISSANCES DU BÉBÉ SE DÉVELOPPENT DONC BIEN GRÂCE AUX PERFECTIONNEMENTS DE SES INSTRUMENTS COGNITIFS, EN PARTIE PRÉPROGRAMMÉS, COMME CES CAPACITÉS PRÉCOSES À ANTICIPER LES COMPORTEMENTS D'AUTRUI, MAIS CES PERFECTIONNEMENTS SONT CONDITIONNÉS PAR CERTAINES FORMES DE PARTICIPATION ACTIVE À UNE VIE SOCIALE RICHE EN ÉMOTIONS PARTAGÉES. »

capacité du premier à se former, vers 3-4 ans, une représentation véridique du point de vue erroné d'autrui (tâche de compréhension de fausse croyance). Mais ces qualités des interactions varient selon l'âge. À 18-21 mois, c'est le temps passé à faire quelque chose ensemble qui compte ; par exemple, en jouant avec l'enfant, faire rouler ensemble une boule sur un toboggan miniature en disant : « *Et hop, boum badaboum !* » (engagement conjoint coordonné). Alors qu'à 27-31 mois, ce qui prédit le mieux la capacité à construire le point de vue d'autrui, c'est le temps passé à faire quelque chose ensemble en évoquant des symboles ou des événements ; par exemple, toujours en jouant avec le toboggan : « *On dirait que c'est Mimi qui descend une piste de ski, et elle aime bien ça, parce que ça va drôlement vite !* » À chaque âge ses formes d'interaction les plus à même de faire progresser l'intelligence

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

de l'enfant. Pour J. Piaget, l'utilisation de symboles avec un enfant a le pouvoir de déplacer son attention de ce que sont manifestement les objets vers ce qu'ils représentent. Des recherches de ce type [10] le confirment et précisent quelles expériences offertes par le milieu ambiant à un certain âge sont associées à quels progrès de l'enfant.

Théorie de l'attachement

Cette délimitation plus précise de périodes sensibles a aussi été stimulée par la théorie de l'attachement [11]. De très nombreuses recherches longitudinales ont montré que la nature des expériences socio-émotionnelles du bébé avec tel partenaire privilégié au cours des premiers mois de sa vie influe sur son type d'attachement à ce partenaire vers 12-18 mois. D'ailleurs, le type d'attachement – confiant, anxieux-évitant, etc. – à un partenaire privilégié durant une période restreinte du début de la vie a également une influence sur la qualité de l'ajustement ultérieur à telle ou telle situation, qu'il s'agisse de la résolution de problèmes physiques ou de l'aptitude à se faire accepter dans un groupe de pairs.

Mais gare aux simplifications ! Un type d'attachement ne caractérise pas le comportement relationnel d'un jeune enfant avec toutes les personnes (ou même seulement tous ses intimes) et pour toute sa vie. Il caractérise sa façon de recourir, pour retrouver un état émotionnel serein, à un partenaire donné au cours d'une période de sa vie (éventuellement toute son enfance et au-delà). Ainsi précisé – et par conséquent limité –, un type d'attachement chez un jeune enfant n'en a pas moins certains effets immédiats ou à long terme dans différents domaines du développement.

Un tempérament à évolution variable

À l'encontre d'une autre simplification fautive, ce n'est pas seulement le milieu social qui détermine la qualité des attachements d'un enfant. C'est aussi son « milieu intérieur », son tempérament, autrement dit ses réactions émotionnelles et sa manière de les réguler. Bien plus, tempérament et conduites parentales se façonnent mutuellement dans les interactions socio-émotionnelles. Le tempérament,

première organisation de la personnalité, n'est en effet pas donné une fois pour toute, lui non plus. Il varie avec l'âge, pendant la première enfance et aussi bien au-delà, puisqu'il évolue même au cours de l'âge adulte. Ainsi, les enfants deviennent-ils de plus en plus à l'aise dans les situations sociales en grandissant, l'enfant le plus timide dans sa classe d'âge ne sera plus forcément quelques semestres plus tard. Dans une certaine mesure, les cartes se redistribuent de façon non aléatoire. Les facteurs tempéramentaux s'expriment en outre plus ou moins selon les contextes, en particulier selon les contextes relationnels. La psychologie du développement décrit et explique de mieux en mieux ces changements de tempérament – moyens, individuels, contextuels –, même si ce champ de recherche, étroitement connecté à celui sur le développement social, ne l'est encore guère avec les études concernant le développement de la cognition sociale.

La théorie de l'attachement a, depuis les années 1980, contribué à promouvoir une approche de la psychopathologie *via* le développement [12] démontrant par exemple que le type d'attachement à la mère à 12-18 mois est lié à l'ajustement ultérieur aux groupes de pairs, ces paramètres contribuant eux-mêmes à prédire certains aspects de l'insertion sociale à l'âge adulte.

Pas de zéro de conduite

La connaissance des différentes voies de développement ne peut déboucher sur la distribution d'un zéro de conduite aux enfants à risques, sauf à assimiler, de façon irrationnelle, les types de trajectoire identifiés à des fatalités. Elle peut en revanche servir à guider des interventions de prévention et d'éducation. Celles-ci démontreront plus avant comment ces voies de développement reflètent des modes d'individuation épigénétique (processus par lequel un enfant se différencie) dépendant d'une pluralité de facteurs, dont certains sont accessibles aux professionnels de l'enfance. Le choix de donner à ces derniers les moyens de soutenir l'investissement parental et d'atténuer les facteurs de stress nuisant à l'épanouissement de l'enfant peut précisément s'appuyer sur les recherches qui prennent en compte le temps long du développement. ■

[1] Sai F.Z. The role of the mother's voice in developing mother's face preference: Evidence for intermodal perception at birth. *Infant and Child Development*, 2005, vol. 14, n° 1 : p. 29-50. En ligne : <http://infant-lab.fiu.edu/articles/Sai%202005%20ICD%20INTERMODAL%20FACE.pdf>

[2] Marlier L., Schaal B., Soussignan R. Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: A test of perinatal chemosensory continuity. *Child Development*, 1998, vol. 69, n° 3 : p. 611-623.

[3] Guzzetta A., Baldini S., Bancalà A., Baroncelli L., Ciucci F., Ghirri P., *et al.* Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. *The Journal of Neuroscience*, 2009, vol. 29, n° 18 : p. 6042-6051. En ligne : <http://www.jneurosci.org/content/29/18/6042.full.pdf>

[4] Meltzoff A.N., Moore M.K. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 1977, vol. 198, n° 4312 : p. 75-78. En ligne : http://ilabs.washington.edu/meltzoff/pdf/77Meltzoff_Moore_Science.pdf

[5] Murray L., Trevarthen C. The infant's role in mother-infant communications. *Journal of Child Language*, 1986, vol. 13, n° 1 : p. 15-29.

[6] Tronick E., Als H., Brazelton T.B. Monadic phases: a structural descriptive analysis of infant-mother face to face interaction. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 1980, vol. 26, n° 1 : p. 3-24.

[7] Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1992, vol. 33, n° 3 : p. 543-561.

[8] Baillargeon R., Spelke E.S., Wasserman S. Object permanence in five-month-old infants. *Cognition*, 1985, vol. 20, n° 3 : p. 191-208. En ligne : http://internal.psychology.illinois.edu/infantlab/articles/baillargeon_spelke_wasserman1985.pdf.pdf

[9] Onishi K.H., Baillargeon R. Do 15-month-old infants understand false-beliefs? *Science*, 2005, vol. 308, n° 5719 : p. 255-258. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3357322/pdf/nihms375148.pdf>

[10] Brooke Nelson P., Adamson L.B., Bakeman R. Toddlers' joint engagement experience facilitates preschoolers' acquisition of theory of mind. *Developmental Science*, 2008, vol. 11, n° 6 : p. 847-852. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640940/pdf/nihms90139.pdf>

[11] Miljkovitch R. L'attachement comme facteur essentiel de bon développement. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 400 : p. 16-18. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/400/02.htm>

[12] Grossmann K.E., Grossmann K., Waters E. *Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies*. New York : The Guilford Press, 2005 : 332 p.

Les familles mal logées et leurs enfants sont plus souvent malades et mal soignés. En investissant dans le logement pour leur dignité, les pouvoirs publics réaliseront aussi des économies en dépenses de santé.

Le mal-logement, déterminant sous-estimé de la santé

Manuel Domergue,
directeur des études,

Lisa Taoussi,
chargée d'études,
Fondation Abbé Pierre,
Paris.

L'impact du logement sur l'état de santé de ses occupants est pris en compte par les pouvoirs publics depuis le XIX^e siècle, qui a vu les théories hygiénistes inspirer, notamment à Paris, de grandes opérations de rénovation urbaine visant à faire circuler l'air au sein des villes. C'est également à cette période que la notion d'insalubrité du logement a été juridiquement définie par la loi de 1850, et caractérisée par « *des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé* » des habitants. Cependant, malgré cette prise de conscience politique, les conséquences d'un habitat dégradé sur la santé restent encore mal connues, alors qu'une action volontariste à ce niveau aurait sans nul doute des influences bénéfiques sur la santé publique, physique ou mentale.

Les conditions de logement ne sont pas systématiquement considérées comme faisant partie des déterminants sociaux de santé, ces circonstances sociales dans lesquelles les individus évoluent et qui influencent leur état de santé. C'est plus souvent la précarité sociale qui est considérée comme un élément déterminant de l'état de santé des personnes, le mal-logement ou l'absence de logement n'étant envisagés que comme une composante de cette précarité, un facteur – parmi d'autres – de risques sanitaires.

Pourtant, les conditions de logement peuvent jouer un rôle majeur dans l'évolution de l'état de santé des personnes et en particulier des enfants. Leurs effets sont indéniables s'agissant d'enfants à la rue, en bidonville ou

hébergés à l'hôtel. Ils sont beaucoup plus insidieux lorsque l'enfant dispose d'un logement, mais que ce dernier ne présente pas les caractéristiques nécessaires pour assurer un bon état de santé à ses habitants. Enfin, quand le mal-logement ne rend pas directement malade, il peut également entraver l'accès à des soins de qualité. Bref, le mal-logement est un scandale sanitaire éludé, alors qu'il affecte la santé des populations les plus vulnérables et, en premier lieu, des enfants.

Les enfants, premières victimes des aspects les plus graves de la crise du logement

Des familles en errance, entre la rue et l'hébergement

Dans un contexte de montée des inégalités et de décrochage des catégories sociales les moins aisées, on constate une augmentation inquiétante du nombre de familles avec enfants à la rue ; dès 2012, l'Insee estimait déjà à 30 000 le nombre d'enfants sans domicile.

Faute de solution, les familles peuvent faire appel au 115, mais leurs chances d'accéder à un hébergement d'urgence sont limitées : en février 2016, le taux de non-attribution d'une place en structure d'hébergement d'urgence s'élevait ainsi à 58 % pour les familles avec enfants [1]. Plus inquiétant encore, 1 500 femmes seules accompagnées de 2 600 enfants ont contacté le 115 durant le seul mois de novembre 2015 ; 68 % d'entre elles ne se sont pas vu attribuer d'hébergement [2]. L'exposition à cette extrême précarité est porteuse de risques mortels : d'après

L'ESSENTIEL

- ▣
- ▣ Les conditions de logement jouent un rôle majeur dans la santé des enfants.
- ▣ Le nombre de familles avec enfants sans domicile a augmenté.
- ▣ Le mal-logement conjugue souvent plusieurs risques : insalubrité, surpeuplement, maladies, retards de croissance scolaires et psychomoteurs, précarité énergétique, etc.
- ▣ L'expérience montre qu'une politique adaptée permet de diminuer rapidement les atteintes à la santé des enfants.

le collectif Les Morts de la rue, sur 513 décès identifiés dus à l'absence de domicile en 2014, 5 concernaient des enfants de moins de 11 ans, dont 2 nourrissons et 4 vivant dans la rue.

Parmi les patients en grande précarité sociale, la présence de nombreuses femmes enceintes ou sortant de maternité sans solution de logement adapté interpelle. D'après une étude sur le suivi des grossesses des femmes en hébergement, réalisée par Médecins du Monde en 2012-2013, 61 % d'entre elles n'avaient jamais eu de consultation prénatale. La précarité se poursuit ensuite souvent après la naissance de l'enfant. En 2010, une enquête a été réalisée dans 13 maternités de Paris et de la petite couronne par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP) sur une durée de quinze jours ; au cours de cette période, le service social de l'APHP a dû solliciter 122 fois le Samu social pour des sorties de maternité très difficiles. Une autre enquête d'Interlogement 93 et de l'Interassociation départementale

pour l'éducation et l'enfance (Idée 93) a montré que la Seine-Saint-Denis était particulièrement touchée : en 2013, 160 femmes avaient dû appeler le 115 en sortant de la maternité Delafontaine à Saint-Denis et 387 femmes étaient « sans solution pérenne » d'hébergement ou de logement en sortant de l'hôpital André-Grégoire à Montreuil, soit trois fois plus qu'en 2011 [3].

Même pour les ménages dont les demandes d'hébergement ont été entendues, c'est trop souvent le dispositif de l'hébergement hôtelier qui est mobilisé. Ce type d'hébergement, difficilement compatible avec la vie familiale, a des conséquences sur la santé des enfants qui y sont logés (voir article E. Le Méner, pages 26-27).

Les enfants dans les bidonvilles : des conditions de vie dangereuses

Près de 4 000 enfants vivent au sein de bidonvilles et de grand squats en France [4], nombre auquel il convient d'ajouter les centaines de mineurs étrangers qui survivent, souvent seuls, dans la jungle du Calais. Dans la majorité des cas, les infrastructures et les services de base que sont l'accès à l'eau ou encore le ramassage des déchets font défaut.

Ces conditions de vie causent divers problèmes d'hygiène entraînant des « pathologies dermatologiques et digestives potentiellement graves (dermatoses infectieuses, surinfections de plaies, parasitoses

intestinales, diarrhées » [5] et favorisent la propagation d'épidémies (tuberculose, coqueluche, rougeole) auxquelles les enfants de bidonvilles sont particulièrement exposés en raison d'une couverture vaccinale très faible. Chez ces enfants, la mortalité néonatale (0-1 mois) est neuf fois plus élevée que la moyenne française, et la mortalité infantile (0-12 mois) cinq fois plus importante [5].

La précarité des conditions de vie en bidonville est aggravée par la politique d'expulsions à répétition des pouvoirs publics, qui perturbe les démarches d'accès aux soins et aux droits. Si les autorités justifient fréquemment ces procédures en prétextant la dangerosité de la situation pour la santé des occupants, il est arrivé que les expulsions interviennent en plein milieu d'une campagne de vaccination, mettant directement en danger les enfants concernés.

Si les inégalités de santé liées au logement sont criantes dans les cas précédemment décrits, elles existent également, sans témoin, dans des logements dégradés et insalubres.

La santé des enfants face à des formes de mal-logement plus insidieuses

Intoxication au plomb : des progrès, mais encore un problème grave

La tendance des jeunes enfants à porter à la bouche des éléments non alimentaires en font les premières victimes du saturnisme. Le plomb contenu dans les anciennes peintures murales est une source majeure d'intoxication ; les enfants ingèrent les poussières ou les écailles, qui provoquent retards de croissance, retards intellectuels, troubles du langage, troubles du comportement, maladies rénales et retards psychomoteurs (voir séquence *Prévention du saturnisme dans ce même numéro*). La capacité du corps à stocker le plomb pendant des années et l'absence de traitement connu du saturnisme font de plus peser des risques sur les futurs enfants des petites filles contaminées.

Si le droit français prévoit, depuis 1998, l'engagement d'une procédure d'enquête en cas de dépistage d'un cas de saturnisme chez un mineur afin

LE FILS DE MME M., HOSPITALISÉ À RÉPÉTITION PENDANT SIX ANS À CAUSE D'UN LOGEMENT INSALUBRE

En 2008, Mme M. a emménagé dans un logement du parc privé de Montreuil, avec son mari et ses deux enfants (âgés alors de 4 et 9 ans). Rapidement, l'état du logement – qui avait été fraîchement repeint – se dégrade. Au bout de trois mois, « le petit a commencé à être malade ; il avait de l'asthme. Il se réveillait le matin avec les yeux rouges. L'école appelait le Samu et les pompiers plusieurs fois par semaine ». En novembre 2014, Mme M. emménage dans son nouveau logement (74 m², refait à neuf) avec ses trois enfants. L'impact de ce déménagement sur la santé de son fils est immédiat : « Maintenant, il a une crise de temps en temps. En un an, on n'est allé qu'une fois à l'hôpital et ça fait du bien. Ça va beaucoup mieux qu'avant, il est moins fatigué. »

de déterminer les sources d'exposition au plomb, d'en informer les personnes exposées et de prendre les mesures nécessaires, c'est au niveau du dépistage que le bât blesse. Les symptômes du saturnisme sont proches des effets d'autres pathologies, et les tests de dépistage ne permettent pas d'évaluer le taux de plomb dans les os, où 90 % du plomb est stocké. Les fortes disparités en matière de dépistage entre les territoires [6] laissent par ailleurs supposer que le phénomène de saturnisme est encore aujourd'hui sous-évalué.

Humidité : un facteur de risques

Habiter un logement dégradé où se développent humidité et moisissures peut également influencer sur la santé des enfants. L'Organisation mondiale pour la santé (OMS) reconnaît qu'il existe un lien entre la pollution intérieure d'un logement – liée au niveau d'humidité dans le logement – et l'apparition ou l'exacerbation de l'asthme, d'infections respiratoires ou de désagréments du quotidien tels que les maux de tête, de gorge, les diarrhées ou la fièvre. Pour un enfant, l'existence de l'humidité

LES SIX ENFANTS DE LA FAMILLE C., EN BIDONVILLE, OBLIGÉS DE SE LAVER DANS DES BASSINES

Pour se laver, la famille utilise la plupart du temps des bassines avec de l'eau qu'elle fait chauffer l'hiver. L'une des filles précise alterner les douches entre le bidonville et une association où elle se rend deux fois par semaine. L'absence de douches demeure un problème quotidien, tant du point de vue du bien-être que de celui de l'hygiène et de la santé : « On a besoin de douches, mon frère s'est blessé et a eu une infection, car il ne pouvait pas bien nettoyer son pied. »

« LE PETIT NE MARCHAIT PAS DU TOUT QUAND IL EST VENU ICI AU DÉBUT, C'ÉTAIT CE QU'ON APPELLE UN "ENFANT POUSSETTE". EN FAIT, CET ENFANT N'AVAIT PAS DE TERRAIN D'EXPLORATION AU NIVEAU MOTEUR ».

et/ou de moisissures à la maison augmente de 1,5 à 3,5 le risque de présenter ces symptômes (toux, sifflements, asthme) [7].

Certains ménages cumulent les difficultés de logement, entraînant des conséquences en cascade sur la santé de leurs enfants. C'est notamment le cas lorsque l'humidité d'un logement se combine avec une situation de précarité énergétique.

Précarité énergétique : les enfants en première ligne

De plus en plus de ménages ne parviennent pas à chauffer correctement leur logement, en raison de l'état dégradé de leurs installations ou de l'insuffisance de leurs ressources par rapport au coût de l'énergie. Les enfants exposés à cette précarité énergétique sont plus sujets au développement de rhumes et d'angines (83,8 % contre 59,3 % des enfants non exposés), aux difficultés et sifflements respiratoires (près de 30 % des enfants exposés, contre seulement 7,1 % des enfants non exposés) ou encore aux irritations des yeux (23,4 % des enfants exposés contre 7,2 % des enfants non exposés) [8, 9]. De plus, la précarité énergétique conduit parfois les ménages à adopter des conduites à risques, notamment en ayant recours à des chauffages d'appoint inadaptés ou défectueux. Ils ignorent souvent qu'ils exposent alors leurs enfants à une intoxication au monoxyde de carbone, dont les conséquences peuvent aller du simple mal de tête au décès (voir n° 435, séquence Prévention du monoxyde de carbone).

Surpeuplement et conséquences sur le développement des enfants

La suroccupation d'un logement peut avoir des conséquences plus ou moins graves sur la santé des enfants et sur leur développement, dès lors que leur sommeil est directement



perturbé par le bruit et la promiscuité. Si, chez l'adulte comme chez l'enfant, un manque de sommeil peut se traduire par des maux de tête, une nervosité, une excitation ou encore des troubles de l'appétit, il peut avoir, sur les enfants, des conséquences bien plus dramatiques : le corps humain ne sécrétant des hormones de croissance que pendant le sommeil, un déficit de ce dernier peut avoir une influence néfaste sur la croissance physique des enfants, la maturation de leur système nerveux et le développement de leur mémoire.

La suroccupation d'un logement peut également freiner le développement moteur des enfants, comme en témoigne l'expérience d'une éducatrice de jeunes enfants : « J'ai rencontré une famille (un couple avec ses deux enfants, de 22 mois et 3 ans) qui vivait dans une toute petite chambre. Le petit ne marchait pas du tout quand il est venu ici au début, c'était ce qu'on appelle un "enfant poussette". [...] En fait, cet enfant n'avait pas de terrain d'exploration au niveau moteur. » [10]

Malgré la profusion des exemples de terrain, il est toujours délicat de prouver la relation de causalité entre

MARO, 10 ANS, QUATRE MOIS D'HOSPITALISATION INUTILES APRÈS UNE LEUCÉMIE, FAUTE DE LOGEMENT ADAPTÉ

Maro habite seule avec sa mère à Ville-neuve-le-Roi. Le logement, extrêmement humide avec des moisissures importantes sur l'ensemble des murs, est envahi par les rats et les cafards. En novembre 2009, Maro, 10 ans, atteinte de leucémie, est hospitalisée pour une chimiothérapie. Après six mois de traitement, son retour à domicile est empêché quand l'assistante sociale de l'hôpital Bullion réalise une visite à domicile et constate son insalubrité. Malgré la multiplication des démarches effectuées par l'assistante sociale, Maro est maintenue à l'hôpital jusqu'en août 2010 quand, faute de solution, il est finalement décidé de la renvoyer dans son logement afin de provoquer, dans l'urgence et au bout d'une semaine, une réponse de la part des pouvoirs publics. Maro et sa mère sont aujourd'hui logées dans une structure d'hébergement temporaire, en attente d'un logement pérenne.

le mal-logement et une pathologie, car une maladie est rarement liée à un seul facteur environnemental, mais plutôt à une accumulation de plusieurs causes, qui produisent des effets complexes, parfois à long terme, sur des sujets déjà plus ou moins vulnérables. C'est pourquoi l'étude économétrique récemment menée par l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) est si décisive. À partir de l'enquête Santé, ces économistes ont montré que, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'habiter un logement humide, surpeuplé, bruyant ou difficile à chauffer augmente de 40 % à 50 % le risque de se déclarer en mauvaise état de santé [11]. Plus généralement, l'OFCE a prouvé, à partir des données 2002 de l'enquête Logement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), que, toutes choses égales par ailleurs, vivre en surpeuplement aggrave de 40 % le risque pour un enfant de 11 à 15 ans d'accuser une année de retard scolaire. Un pourcentage similaire à celui des enfants exposés au bruit à domicile.

Mauvaises conditions de logement : guérison infantile plus délicate

Même lorsque les problèmes de santé ne sont pas imputables à l'état du logement, de mauvaises conditions d'habitation peuvent entraver la guérison des enfants, par exemple en retardant le retour à domicile après une hospitalisation.

Prévention, sensibilisation et pédagogie

Que faire lorsque c'est le logement qui rend malade ? On imagine aisément la détresse des parents qui voient l'état de santé de leur enfant se dégrader, sans pouvoir agir ni parfois connaître les causes de cette détérioration. Prévention, sensibilisation et pédagogie incombent aux pouvoirs publics et aux acteurs associatifs. D'autre part, la démarche d'aller à la rencontre des ménages concernés – qui se traduit notamment par des visites à domicile – est primordiale, car elle permet de repérer les situations problématiques et d'évaluer les mesures à mettre en place. Un

accompagnement (associatif ou institutionnel) est ensuite généralement nécessaire en raison de la méconnaissance et de la complexité des dispositifs, qu'il s'agisse de faire réaliser dans le logement les travaux appropriés ou d'engager des démarches de relogement.

L'expérience le montre : pour peu que les pouvoirs publics interviennent contre le mal-logement, il est possible de faire reculer rapidement les atteintes à la santé des enfants. Grâce à la mobilisation de tous les acteurs, la prévalence du saturnisme chez les enfants âgés de 1 à 6 ans a par exemple été diminuée par 20 entre 1996 et 2009, d'après l'Institut de veille sanitaire (InVS), intégré

dans Santé publique France depuis mai 2016. Pour le logement comme dans le domaine de la santé, mieux vaut prévenir que guérir : toute action d'amélioration de l'habitat entraîne des économies sur les dépenses de santé ou d'éducation. Selon une étude britannique, un euro investi dans la rénovation thermique permet une économie de quarante-deux centimes en dépenses de santé. Encore faut-il considérer ces dépenses comme des investissements pour l'avenir plutôt que comme un puits sans fond : une approche différente, à laquelle les organisations de personnes mal logées peuvent contribuer avec l'aide des professions médicales, au premier rang desquelles les pédiatres. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. *Baromètre du 115, février 2016*. Paris : Fnars, 2016 : 4 p. En ligne : http://www.fnars.org/images/stories/barometres/Barometre115_2016_fevrier.pdf

[2] Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. *Baromètre du 115, novembre 2015*. Paris : Fnars, 2015 : 4 p. En ligne : http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/115/Observatoire115/Barometre115_2015_11.pdf

[3] Fondation Abbé Pierre. Le logement est une question de santé publique. In : *L'État du mal-logement en France* [21^e Rapport annuel]. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2016 : p. 37. En ligne : http://www.fondation-abbé-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/letat_du_mal-logement_en_france_-_21e_rapport_2016.pdf

[4] Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. *État des lieux national des campements illicites et grands squats*. Paris : Dihal, 2015 : 4 p. En ligne : http://roms5962.fr/roms/documentaire/dossier_dihal_decembre_2015.pdf

[5] Médecins du Monde. *Parias, les Rroms en France, juillet 2011* [dossier de presse]. En ligne : http://www.medecinsdumonde.org/mdm/rroms/DP_ROMS_JUILLET2011.pdf

[6] Etchevers A., Lecoffre C., Le Tertre A., Le Strat Y., Groupe Investigateurs Saturn-Inf, De Launay C., et al. *Impregnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009*. BEHWeb 2010 (2). En ligne : www.invs.sante.fr/behweb/2010/02/index.htm

[7] Fondation Abbé Pierre. Les enfants victimes collatérales du mal-logement. In : *L'État du mal-logement en France* [15^e Rapport annuel]. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2010 : p. 77. En ligne : http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FAP_2010_cle1b877e.pdf

[8] Ledéser B. *Liens entre précarité énergétique et santé : analyse conjointe des enquêtes réalisées dans l'Hérault et le Douaisis*. Montpellier : CREAL-ORS-LR, 2013 : 59 p. En ligne : http://www.fondation-abbé-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/rapport_prekarite_energetique_sante_conjoint_vf.pdf

[9] Fondation Abbé Pierre. *Quand c'est le logement qui rend malade. Précarité énergétique et santé*. Actes du colloque organisé au Conseil économique, social et environnemental (CESE), Paris, 12/12/2013. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2015 : 60 p. En ligne : http://www.fondation-abbé-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/quand_cest_le_logement_qui_rend_malade_-_cahier_du_logement.pdf

[10] Fondation Abbé Pierre. Les enfants victimes collatérales du mal-logement. In : *L'État du mal-logement en France*. Op.cit. : p 80.

[11] Observatoire français des conjonctures économiques. *Marché à procédure adaptée sur la mesure du coût économique et social du mal-logement* [Rapport]. Paris : OFCE, 2015 : 108 p. En ligne : https://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_ONPES_PUCA_OFCE_V2.pdf

Visites à domicile en Loire-Atlantique : « Nous sommes parfois l'unique interlocuteur des familles »

Entretien avec Sylvie Biette-Effray, médecin coordinateur, responsable de l'unité, **Fabienne Clouet,** puéricultrice, **Corinne Lagarde,** psychologue, Unité PMI de Châteaubriant.

La Santé en action : Sur votre territoire, quelles sont les difficultés rencontrées par les parents de jeunes enfants ?

Sylvie Biette-Effray, Fabienne Clouet et Corinne Lagarde : Nous sommes dans une zone rurale, à savoir le nord du département de Loire-Atlantique, où de plus en plus de personnes vulnérables se fixent en raison des loyers peu élevés. La principale difficulté est de se déplacer, les couples ne possédant pas toujours de voiture et les transports en commun n'étant pas toujours adaptés. De plus, il y a peu de lieux-ressources pour les enfants et leur mère, et des problèmes de place dans les crèches ou les haltes-garderies. Le tissu associatif, qui pourrait prendre le relais, est réduit.

Ce manque de lieux d'échange et de partage, un soutien précieux, renforce l'isolement et la précarité. Nous sommes parfois l'unique interlocuteur des familles. C'est pourquoi la visite à domicile, qui a toujours existé, a pris de plus en plus d'importance. Aller vers les parents sur la durée permet

de construire un vrai soutien à la parentalité. Dans le cadre du dispositif national PANJO (Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents, voir encadré page suivante), six visites sont prévues pendant six mois. Nous faisons une visite par semaine le premier mois et ensuite, nous adaptons nos passages en fonction des besoins. C'est un investissement en temps important, puisqu'il faut compter une heure minimum pour une visite, avec le déplacement ; pour certaines familles, il faut planifier deux heures.

S. A. : Quel est l'intérêt particulier de ces visites régulières chez les mères et leur enfant ?

S. B.-E., F. C. et C. L. : Voir la famille dans son environnement, son rythme de vie, ses habitudes permet de poser les bases d'un travail à mettre en place ensemble et de ne pas faire d'injonctions irréalisables. En étant sur place, nous apprenons beaucoup de choses sur toutes les questions concernant le quotidien – alimentation, sommeil, hygiène, jeux d'éveil, etc. Nous créons un lien avec les familles, qui ont parfois de réels besoins, mais ne savent pas toujours les exprimer ; il faut du temps et de la confiance pour cela. On fixe ensuite en commun des objectifs : par exemple, sortir l'enfant au parc une fois par semaine, le laisser manger ou descendre les escaliers seul, le préparer à la séparation en le laissant une heure à la halte-garderie, etc. Notre

L'ESSENTIEL

-
- ▣ En Loire-Atlantique, le dispositif de protection maternelle et infantile (PMI) a mis en place des visites à domicile dans la partie nord du département pour la mère, l'enfant et la famille juste après la naissance.
- ▣ Ce territoire est en effet dépourvu d'infrastructures de parentalité, et le tissu associatif y est peu présent.
- ▣ Ces visites sont destinées en priorité aux personnes vulnérables. Elles permettent aux mères d'être épaulées au cours des premiers mois de l'enfant ; elles s'inscrivent dans le cadre du programme national PANJO.

apport concret permet aux parents, qui ne sont pas toujours en capacité d'observation, de prendre en compte les compétences de leur bébé. Mais ce n'est pas toujours simple d'avoir une porte ouverte, de faire éteindre la télévision pour favoriser un échange dans le calme. Globalement, en 2015, les puéricultrices de Châteaubriant ont réalisé 1 875 visites à domicile.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de cette pratique ?

S. B.-E., F. C. et C. L. : Les retours que nous avons sont plutôt positifs, même si certaines mères n'apprécient pas cette méthode, qu'elles jugent trop intrusive. Elles n'ont pas envie que l'on

découvre leur environnement, une maison vide ou en désordre, sans ou avec plein de jouets partout, ni que l'on puisse observer le fonctionnement général de leur famille. Nous ne parvenons pas à aller plus loin avec ces dernières. Mais nous ne faisons pas de forcing, nous leur envoyons un courrier personnalisé en leur rappelant que nous sommes disponibles quand elles en ont besoin. D'autres nous indiquent qu'elles préfèrent se rendre dans nos locaux, malgré les difficultés de transport, parce que cela leur permet de sortir de chez elles. Mais globalement, la plupart disent que le fait que nous entrions dans leur environnement leur permet d'évoquer des sujets plus intimes.

À leurs interrogations, nous apportons des réponses qui ne sont pas des conseils leur paraissant théoriques, mais des réponses concrètes fondées sur l'observation, ce qui les amène à construire leur propre réflexion. Elles développent de leur propre initiative leur compétence de mère ; d'autant plus que notre approche n'est pas dans le jugement ou la disqualification, mais dans la bienveillance. D'ailleurs, si certains parents sont parfois réticents, c'est par crainte d'être jugés comme des mères ou des pères qui ne savent pas faire ou qui font mal. Quand on est une maman isolée, avec un entourage familial restreint, que le papa est au chômage, il est important de restaurer un lien social.

S. A. : *Que vous apportent vos connaissances théoriques, notamment pour lever les points de blocage ?*

S. B.-E., F. C. et C. L. : La formation théorique permet de prendre du recul et de mieux préparer les visites à domicile. Le programme PANJO donne des outils communs aux puéricultrices qui renforcent le travail d'équipe, portées par un même but. Nous échangeons sur nos pratiques, nous travaillons davantage ensemble et moins côte à côte. Un rendez-vous raté, un chien qui mord... nous décryptons cela pour trouver le moyen de franchir la porte du domicile une prochaine fois. La connaissance permet d'étayer notre savoir-faire ; par exemple, nous savons faire l'observation mais nous ne savions pas toujours très bien la restituer

aux parents, tout en les mettant en position d'acteurs. Nous nous interrogeons aussi sur notre action, en particulier avec les mères qui ont un vécu très difficile. Jusqu'où peut-on aller dans le soutien à la parentalité ? C'est aussi le rôle de la PMI de repérer la maltraitance.

S. A. : *Quelles autres interventions propose votre service de PMI et comment l'activité de visite à domicile s'articule-t-elle avec ces missions ?*

S. B.-E., F. C. et C. L. : Nous disposons sur le territoire de cinq centres médico-sociaux et de six antennes dans lesquelles des permanences sont assurées par les puéricultrices ou des consultations de puéricultrices/médecin de PMI. Depuis janvier 2016, plusieurs ateliers collectifs ont été mis en place, dans une logique d'intervention globale. Le premier, sur l'allaitement, se tient sur deux sites. Le deuxième, l'atelier de motricité libre, a lieu deux fois par mois. Accessible sans inscription, il est destiné aux enfants de quatre à dix-huit mois. Cet atelier est animé par des puéricultrices et des assistantes sociales volontaires. L'objectif est d'aider le

bébé à prendre conscience de ses compétences grâce à des exercices, avec les parents. D'autres ateliers existent depuis plusieurs années. Un atelier musical de prévention, animé par un collègue médecin généraliste musicothérapeute et une puéricultrice, rassemble un petit collectif de trois familles, repérées en consultation, pour six séances d'une heure et quart ; c'est une forme de soutien au lien d'attachement, grâce à la musique et à la médiation. La recherche PANJO a conçu un panel d'outils permettant de travailler avec les parents au sein d'un atelier massage-bébé. La qualité de l'attachement est essentielle pour que l'enfant, lors d'une séparation, soit assuré de retrouver sa mère et son père. Cet atelier met en avant des exercices pour sortir de la relation fusionnelle et développer l'autonomie de l'enfant. Parce qu'elle est présentée par un professionnel qu'elles connaissent, les familles acceptent de participer, elles s'autorisent ces activités ; toutefois, certaines ne viennent plus au fil des séances, car elles n'en perçoivent pas l'intérêt immédiat. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

PANJO : UNE FORMATION-ACTION POUR LES PROFESSIONNELS DES PMI

Depuis 2012, Santé publique France, en collaboration avec des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI), expérimente l'intervention « Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI » (PANJO). Il s'agit d'une formation-action destinée à l'ensemble d'un service de PMI et proposant aux professionnels d'augmenter leurs compétences en observation et en prise en charge préventive des relations parents-enfants. Une partie de la formation est également consacrée au développement des compétences professionnelles pour mettre en place un service de visites à domicile prolongées (régulières jusqu'au sixième mois de l'enfant).

Santé publique France a réalisé des outils venant compléter cette formation, et des services de pédopsychiatrie apportent leur collaboration en offrant aux PMI des espaces d'analyse de pratiques. Les professionnels, formés dans douze départements français, ont fait part de leur très grande satisfaction suite à la formation reçue. Trois départements ayant participé à la phase-pilote de PANJO (2014-2015) ont également témoigné des changements de pratiques, consécutifs à l'intégration de leurs services de PMI dans ce projet. Le programme PANJO est actuellement mis en place sur le terrain dans le cadre d'un partenariat avec une association, l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (www.laniss.fr), et la phase expérimentale se terminera en 2018.

Thomas Saïas
professeur,

département de psychologie-Université du Québec à Montréal.

Établir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé

Patricia Vasseur, sage-femme, doctorante en anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales, Marseille, Bobigny (Seine-Saint-Denis).

La réalité clinique montre qu'une relation existe et que les soins se réalisent. Djeneba² prévoit d'accoucher à la maternité Delafontaine lorsque je la rencontre. Elle revient sur son histoire obstétricale. « *J'ai été suivie dans une clinique pour mes trois enfants. Au début c'était à la PMI à Aubervilliers, parce qu'avant j'habitais Aubervilliers. Quand j'ai quitté mon mari, j'étais à Aubervilliers. Après, je suis partie à Bondy. J'étais à l'hôtel pendant onze mois et demi... J'ai appelé SOS femmes et ils m'ont trouvé une place. C'est eux qui m'ont aidée à trouver un logement.* » Les suivis de grossesses que

Établir une relation de soins où les femmes enceintes d'un côté et les professionnels de l'autre se comprennent peut apparaître inaccessible. Pour autant

administrative, « *parce que là, comme on a déménagé, je ne connais personne, ça fait encore des démarches... Je ne sais pas demander les gens et tout ça...* » Awa vient d'emménager dans un logement privatif à La Plaine-Saint-Denis et doit accoucher à la maternité hospitalière dans deux mois.

« Descente d'avion »

À entendre leurs histoires respectives, la tendance culturaliste inciterait à considérer Kiné, Awa et Djeneba comme étant mal logées, parce qu'elles ont migré et à y associer le risque d'une grossesse mal suivie. De façon générale, habiter successivement différents lieux peut conduire à faire suivre sa grossesse dans des maternités différentes ; ainsi, la mobilité des personnes incite les soignants à qualifier le suivi de grossesse de chaotique. Également, lorsque le suivi débute tardivement dans une structure, la prise en charge succincte et parfois compliquée qui en découle est régulièrement étiquetée « descente d'avion » par les soignants. Ainsi nommée, la forme lexicale sous-tend l'idée que le suivi débute tardivement, parce que la personne vient d'arriver sur le territoire. Cependant, l'analyse sociale des récits de Kiné, de Djeneba et d'Awa resitue leurs histoires dans une réalité quotidienne partagée par tous. L'orientation résidentielle de Kiné est liée à sa précarité, celle de Djeneba à l'évolution de sa vie maritale et celle d'Awa à une amélioration de son statut socio-économique. La diversité des parcours renseigne sur l'apprentissage des démarches institutionnelles – « *le 115* », les procédures locatives, « *SOS femmes* » – et les moyens à mettre en œuvre.

Pour sa part, Kiné cumule les difficultés administratives et économiques. Lorsque nous évoquons son logement, elle dit : « *Non, le logeur, avec le bébé il ne veut pas [que je reste], il faut que j'en trouve un autre... C'est la sage-femme qui m'aide. Ça passe par le 115.* » Quant à Awa, elle me précise ne pas avoir entamé sa régularisation

Attentive aux paroles de l'autre

La confiance est au centre de la relation de soins. Créer les contacts ne suffit pas, chacune des patientes (femme enceinte ou ayant accouché) cherche à consolider les relations, en renforçant la proximité. Le dispositif de PMI y est propice grâce aux visites à domicile. En accueillant Lucie – la sage-femme – dans son espace privé, Bintou n'aborde pas les mêmes sujets que dans un cabinet de consultation. *A priori* banal, leur échange favorise le discours sur soi dans la mesure où elles dialoguent dans un lieu intime où chacune peut être attentive aux paroles de l'autre. Bintou insiste sur la convivialité de la rencontre et sur le réconfort que la sage-femme lui procure. En réduisant la distance physique, recourir au domicile modifie également la distance psychique de la relation de soins.

La personne-ressource – ici la sage-femme – peut devenir le repère de tous les tenants du déroulement futur de la grossesse. Selon Kiné et Bintou, la sage-femme fait le lien avec les différentes institutions, quand elle ne rassemble pas à elle seule les dimensions médicales et sociales de la prise en charge de la grossesse. Pour chacune d'elles, la sage-femme représente celle qui amoindrit les effets de la précarité. Kiné s'appuie sur la sage-femme pour résoudre à la fois ses problèmes d'hébergement, de régularisation de droits sociaux et pour renouer le contact avec le père du bébé. Ainsi, ce qui apparaît *a priori* comme une rencontre médicale se déploie en plusieurs sens où, selon les circonstances, les enjeux non médicaux peuvent l'emporter.

En qualifiant les soignantes par leurs attentions – « *ils font tout pour comprendre* », « *il y a des gens remar-*

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Sage-femme, Patricia Vasseur a consacré sa thèse d'anthropologie aux conditions de prise en charge des femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest installées en France et qui accouchent en Seine-Saint-Denis¹. Conditions qui ont un impact sur l'enfant.
- ▣ Elle décrit les termes de la rencontre entre ces femmes et les professionnels, les ajustements qui s'opèrent pour s'entendre lorsque l'on ne se comprend pas toujours et pour prendre l'autre en compte. Morceaux choisis.

quables » –, Coumba et Khady indiquent qu'une attitude, un regard, un geste, une intonation de voix, sont les signes parfois liminaux (les premiers observables) traduisant la bienveillance et l'empathie attendues des soignants.

L'aide d'une traductrice

Rokhaya, Oumou ou Mariam, parmi d'autres qui ont connu les centres de santé respectivement de Dakar, de Ségou et de Nouakchott, avant de rejoindre leur conjoint en banlieue parisienne, savent comment leur vie ne tient parfois qu'à un fil, l'infime du verbe ou du regard qui déclenche celui de l'empathie et fait échapper à l'indifférence susceptible de conduire au décès en accouchant.

En écoutant Sokhna, interprète, l'on mesure comment le partage de la langue vernaculaire et de l'apparence physique renforcent le processus de proximité. Sénégalaise, elle parle entre autre le soninké. Très vite, elle est identifiée par les patientes comme celle qui est capable de répondre à leurs interrogations et à qui elles peuvent faire part de leurs réticences à se conformer aux normes du suivi prénatal. Partageant des valeurs sociales communes telles que la bienséance, Sokhna comprend leur pudeur et sait la déjouer. Traduire et expliquer lui permet de transmettre des savoirs techniques et des formes normées des façons d'agir.

En plus d'adapter le discours technique, elle négocie et ajuste les comportements des patientes aux besoins du suivi médical. Réciproquement, elle traduit les discours des patientes aux professionnels et les éclaire sur les comportements et les réticences de ces patientes. Désamorçant de nombreuses erreurs d'interprétations, Sokhna se situe à la charnière entre les espaces médicaux, sociaux et affectifs savants des unes et profanes des autres. Passant sans cesse d'un univers de pensée à un autre, Sokhna permet en quelque sorte d'entériner la confiance *a priori* accordée et simultanément de la consolider. Au gré des événements et des personnes, la proximité de la relation de soins se déplace d'une personne à une autre, se renforce ou s'effrite. Déviée de sa fonction initiale, la consultation de Bintou auprès de la sage-femme devient un temps d'échange privilégié pour évoquer les inquiétudes, les doutes, les incertitudes liées à la grossesse et à l'enfant à venir. Leurs conversations débordent sur la vie quotidienne et le parcours de vie, comme me l'explique Bintou. Quant à Coumba, l'apprentissage de la toilette de l'enfant devient possible grâce à la prévenance de l'auxiliaire qui accède à sa demande. Coumba encourage l'auxiliaire de puériculture à faire la toilette de l'enfant, quand bien même la professionnelle est censée, par ses fonctions, transmettre le savoir-faire

de la toilette de l'enfant à la mère. Elle doit théoriquement faire, puis intégralement faire faire avant que Coumba ne rejoigne son domicile.

Un mot, un geste, une attitude

Pour comprendre, mieux comprendre, s'assurer d'avoir bien compris ou simplement se rassurer, la patiente fait répéter. Le temps de la reformulation donne l'occasion à la femme enceinte de dire sa crainte de la douleur du corps, ses inquiétudes. Elle vient comme précédemment chercher des certitudes, quand bien même une réponse lui a été fournie. Il s'agit toujours de questionner le monde biotechnique (au sens médical) qui reste malgré tout un monde opaque pour les profanes. Il suffit parfois d'un mot, d'un geste, d'une attitude et d'un regard, ces petits riens du quotidien, pour que le discours rassure.

Jean et Anna, gynécologues-obstétriciens, s'appuient alternativement sur l'usage des mots, le savoir acquis et la bienveillance pour entrer en contact avec les femmes enceintes et enrayer le sentiment d'impuissance produit par les circonstances du soin. En précisant qu'il « s'engage à sa manière », Jean fait allusion à son éthique personnelle consistant à soigner avec équité. Pour lui, pratiquer avec impartialité demande d'expliquer, parfois de justifier et d'user de patience. Si la prise en charge dépend de la compétence professionnelle, son principe relève avant tout des valeurs morales intrinsèques à l'individu.

En s'interrogeant plus finement sur ce qui peut sembler paradoxal vis-à-vis de leur pratique, les propos recueillis des médecins et sages-femmes montrent que tout est affaire de transmission de savoir centrée sur l'éthique du soin. La subtilité de la relation de soins apparaît dans la manière de dire, de transmettre et d'expliquer comme d'entendre le propos de l'autre, plus que dans l'action elle-même. Pour cela, le soignant va considérer à la fois son éthique et sa déontologie professionnelle et s'imprégner incessamment de l'entre-deux qui affine sa pratique. ■

1. Accoucher en migration. Une transformation de soi par l'univers sociotechnique des soins. Analyse d'une situation de contact entre des femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest et des professionnels de la périnatalité en Seine-Saint-Denis. Thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales 2016.

2. Les prénoms ont été changés.

ÉTUDIER L'IMPACT DE L'INTERACTION PATIENTES-SOIGNANTS SUR LA PRISE EN CHARGE

Observer les femmes enceintes, vivant en France, était pour moi une découverte. Forte d'une expérience d'expatriation de seize années en Afrique de l'Ouest, dont quelques-unes avec la double casquette de sage-femme et d'anthropologue en santé maternelle, j'arrivais au titre de sage-femme dans un hôpital parisien pour effectuer des consultations prénatales.

J'ai immédiatement été frappée par l'importante différence de modalité de suivi prénatal entre les grossesses prises en charge dans les centres de santé sahéliens et celles des hôpitaux du Bassin parisien. Il était en particulier saisissant de constater l'ampleur de la représentation stéréotypée que les soignants avaient des patientes africaines de l'Ouest, la systématisation et l'uniformisation

des attitudes professionnelles, quelle que soit l'origine de la patiente et quel que soit le motif de la prise en charge. Comment se positionnaient-ils éthiquement et humainement dans la relation de soins avec ces patientes migrantes ?

Le travail anthropologique consistait donc à déconstruire les processus interactifs observés, à étudier dans quelle mesure la dynamique interactive entre les patientes et les soignants orientait la prise en charge, et à situer l'évolution des représentations sociales du soin maternel. Un lieu où chacun négociait « quelque chose » et s'enrichissait des connaissances et des comportements de l'autre, chacun y donnant « son » sens.

Patricia Vasseur

L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes

Erwan Le Méner,
sociologue,
Samusocial de Paris.

Quels problèmes rencontre-t-on au cours de la grossesse, lorsque l'on vit en situation de précarité ? Comment y fait-on face ? Plus généralement, comment des difficultés afférentes à la précarité sociale sont-elles prises en compte dans le suivi médical de la grossesse ? Ces questions ont guidé une enquête qui a consisté à suivre au long cours des femmes enceintes, en situation de précarité, vivant en Seine-Saint-Denis [1]. Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néo-natale (RéMI) en Seine-Saint-Denis, piloté par l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Ce projet a été initié au moment de l'élaboration du plan régional de santé, à partir de constatations inquiétantes quant à l'évolution de la santé périnatale dans le département, où le taux de mortalité infantile (0 à 1 an) est plus élevé que la moyenne nationale [2].

L'orientation dans le système de santé et l'importance de l'entourage

Cinq femmes, certaines logées chez un tiers, d'autres hébergées en hôtel (voir encadré ci-contre) ou en campement, ont été accompagnées à des dizaines de reprises lors de consultations médicales et de rendez-vous ayant trait à leur grossesse. Toutes ont connu des difficultés à s'orienter dans le système de santé, dès le début du suivi de grossesse : au moment d'en effectuer la déclaration ou de choisir leur maternité... Les questions ou les hésitations, portant sur le professionnel de santé à consulter (par exemple

pour officialiser sa grossesse) ou sur l'établissement à choisir, paraissent relever de leur propre responsabilité. Dans les interactions observées avec les professionnels de santé, l'embarras dans lequel des femmes peuvent se présenter n'est pas une source d'interrogation pratique pour les soignants. Dès le début du suivi médical de la grossesse, l'interaction soignant-soignée est médico-centrée. Elle n'est que peu tournée sur les problèmes effectifs, hors questions médicales, que les patientes sont pourtant susceptibles de rencontrer au cours de la grossesse.

Si les femmes ne posent pas les « bonnes » questions (c'est-à-dire des questions qui relèvent de la compétence médicale de leur interlocuteur) ou ne rencontrent pas un professionnel qui apparaît alors particulièrement bienveillant, elles doivent trouver des réponses en dehors de cet espace de soins. La rareté des questions ouvertes posées aux femmes dans les consultations, confirmée par les professionnels interrogés, illustre bien l'espace très limité dans l'univers des soins, réservé à l'expression des doutes, des inquiétudes ou des craintes des patientes.

Pour trouver des réponses à des questions non résolues dans l'institution de soins, les patientes comptent sur leur entourage. C'est auprès d'autres femmes qu'elles reçoivent des conseils précieux : leur mère, des membres de leur famille, des amies ou des collègues. Ces femmes ont en commun d'avoir une expérience personnelle de la grossesse ou du système de santé. Cette expérience nourrit la confiance dont leur témoignent les futures mères. Dans chaque suivi ethnographique, un milieu de femmes joue un rôle fondamental, dès l'entrée dans le suivi médical, pour

L'ESSENTIEL

-
- Dans le cadre d'une enquête, des femmes enceintes en situation de précarité ont été suivies en Seine-Saint-Denis.
- Dans ce département, la mortalité infantile y est plus élevée que la moyenne nationale.
- Ces femmes rencontrent d'importantes difficultés pour s'orienter dans le système de santé.
- La prise en charge à dominante médicale n'est pas adaptée à leur situation.
- L'agence régionale de santé Île-de-France travaille à l'amélioration de ces conditions.

orienter et conseiller la future mère dans les structures de santé et leur fonctionnement, où l'on comprend vite que la signalétique est régulièrement illisible sinon défailante.

Des difficultés accentuées en situation de précarité

Mais si le rôle de l'entourage des patientes est déterminant, il ne l'est pas au même degré pour toutes les femmes suivies. L'on constate alors qu'en l'absence de tiers plus expérimenté dans l'entourage, la grossesse se complique considérablement. Dans ce cas, d'autres difficultés, qui n'ont rien à voir *a priori* avec la grossesse, peuvent compliquer encore le suivi des soins. Les problèmes de communication avec les professionnels de santé deviennent d'autant plus saillants que les femmes ne disposent pas autour d'elles de tiers capables de traduire, d'interpréter ou d'évaluer ce qui leur a été dit ou ce qu'elles en ont retenu. Si cette situation n'est pas observable uniquement en Seine-Saint-Denis, elle y est certainement plus répandue, en raison de la concentration de femmes étrangères, parlant peu français et ne disposant pas d'un tel entourage.



© Pierre-Alexis Surin / Tendances France

Renoncement aux soins

D'autre part, des difficultés administratives ou matérielles peuvent venir interférer avec le suivi médical de la grossesse. L'absence de couverture sociale, même momentanée, conjuguée à la faiblesse des ressources monétaires, explique que l'on renonce à certains soins, quand d'autres problèmes sont plus urgents (comme se nourrir, se vêtir ou avoir un toit). La

menace d'un déménagement inopiné ou l'expulsion d'un campement peuvent aussi entraîner des ruptures soudaines dans les soins, en plaçant au premier plan des questions de stricte survie. Ces situations ne sont pas propres, là encore, à la Seine-Saint-Denis, mais le département n'en est pas moins celui où vivent le plus de familles en hôtel social et en bidonville.

Ces difficultés se traduisent en cours de grossesse par des sollicitations nombreuses ou, au contraire, par des rendez-vous manqués et des défauts d'observance de la part des patientes. Mais comme ailleurs, les professionnels de santé, sauf exceptions marquantes pour les patientes, ne semblent guère parvenir à opérer un rattrapage dans le suivi des soins, quand ils observent un décalage entre les soins prescrits et ceux effectués. L'orientation vers des services supposés plus compétents est alors la règle. Mais les patientes n'y trouvent en général pas plus de réponse à leurs problèmes – « *il manque toujours un papier* », comme nous l'ont dit plusieurs d'entre elles. Dans ces conditions, elles peuvent être renvoyées de service en service (selon un phénomène de porte tournante). Leur parcours de soins s'apparente alors à un « *jeu de l'oie*¹ », où l'on tombe dans des cases qui ramènent à une étape antérieure du parcours et ralentissent la progression. Il semble ainsi que plus les problèmes quotidiens et ceux de la grossesse interfèrent et prennent de l'importance pour les futurs parents, moins ils paraissent pris en compte dans les services de santé comme dans les services sociaux.

Améliorer l'interaction entre services médicaux et services sociaux

Ces résultats résonnent avec ceux de l'équipe d'épidémiologistes du projet RéMI, qui a notamment réalisé, en 2014, un audit des décès survenus entre vingt-deux semaines d'aménorrhée et vingt-sept jours après la naissance dans les maternités dionysiennes [4]. Cette enquête fait en effet apparaître des difficultés de suivi prononcées, liées à des problèmes de communication et d'orientation dans le système de santé – confirmés par des professionnels de santé interrogés dans le cadre d'un processus Delphi [5]. Ces questions d'information, de communication et de coordination entre les services médicaux et sociaux constituent un thème important des actions engagées par l'ARS Île-de-France. ■

1. Selon l'expression forgée par Julien Damon pour rendre compte du parcours des sans domicile fixe (SDF) dans les méandres de l'assistance [3].

HÉBERGEMENT PRÉCAIRE : NUISIBLE POUR LA SANTÉ DES FAMILLES

Depuis la fin des années 1990, les pouvoirs publics hébergent des familles étrangères dans des hôtels bas de gamme, peu confortables et où l'on vit à l'étroit. En Île-de-France, en 2013, plus de 30 000 parents et enfants résidaient dans de tels établissements, où les déménagements sont fréquents. L'impact défavorable de ces conditions de vie sur la santé des enfants et des parents a été démontré dans l'enquête Enfants et familles sans logement (ENFAMS)¹, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris. La recherche a également montré une proportion bien plus importante de grossesses tardives ou non déclarées que pour la population générale.

1. Guyavarch E., Le Méner E., Vandentorren S. dir. *ENFAMS: Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative* [rapport]. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris, 2014 : 359 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_web.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rico-Berroc R., Le Méner E. *La Grossesse et ses malentendus* [1^{re} partie du rapport]. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 2015 : 118 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_remi.pdf
- [2] Carayol M., Bucourt M., Cuesta J., Zeitlin J., Blondel B. Mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis : analyse des certificats de décès néonataux. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2013, Vol. 42, n° 3 : p. 271-274.
- [3] Damon J. *La Question SDF*. Paris : Puf, coll. Le Lien social, 2^e éd., 2012 : 288 p.
- [4] Zeitlin J., dir. *RéMI – Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux* [rapport]. Paris : Inserm, 2015, 140 p.
- [5] Sauvegrain P., Rico-Berroc R., Zeitlin J. Quelles sont les causes de la mortalité périnatale et infantile élevée en Seine-Saint-Denis ? Consultation des professionnels du département par un processus Delphi. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2016. En ligne : <http://emvm-sa1a.jouve-hdi.com/article/1056087>

Prise en charge de la petite enfance en milieu hospitalier pour promouvoir la santé de l'enfant et de la mère

Christel Denolle,
psychologue-psychanalyste,
Pascaline Marpeau,
puéricultrice,
Karine Ronen,
pédopsychiatre,
Romain Dugravier,
pédopsychiatre,
centre hospitalier Sainte-Anne,
Paris.

ces nouveaux parents découvrent à quel point leur enfant dépend d'eux et les responsabilités qui en découlent. L'équilibre construit est amené à se transformer avec plus ou moins d'aisance ; père et mère, chacun à son rythme, font l'expérience que plus rien ne sera comme avant ; le changement de statut générationnel incite les jeunes

Si l'arrivée d'un bébé est fréquemment imaginée comme un événement heureux, elle occasionne également des réactions ambivalentes ainsi que de profonds bouleversements :

mères comme les pères à reconsidérer leurs relations à leurs propres parents. Souvent, cette période est traversée comme une crise maturative, une nouvelle étape dans la vie d'un couple et d'une famille. Ainsi, il arrive que certaines femmes ou certains pères perdent tout repère.

On peut citer en exemple la fréquence des

dépressions périnatales (avant et après la naissance de l'enfant) en population générale, estimée entre 10 et 15 %, et dont on connaît les effets sur l'installation des relations précoces. Ces difficultés sont encore trop mal dépistées [1, 2].

Lorsque les soins de première ligne ne suffisent plus

La France bénéficie d'un système de prévention et de soins en périnatalité particulièrement bien développé, même s'il est parfois décrié et trop peu évalué. En effet, toutes les familles peuvent se rendre dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) à proximité de leur domicile ou bénéficier de visites à domicile de puéricultrices, tant pour accompagner le développement du jeune enfant que pour soutenir les parents [3].

Le Centre de psychopathologie périnatale boulevard Brune (CPBB) est situé dans le bâtiment de l'ancien Institut de puériculture de Paris. Il s'inscrit dans une logique de réseau, dans un souci d'articulation avec les maternités, les PMI et les professionnels libéraux. Lorsque les soins de première ligne ne suffisent pas à soutenir les jeunes parents dans l'installation des premières interactions, ce centre peut leur offrir des dispositifs thérapeutiques variés.

Construire une alliance avec les familles

Le CPBB, dépendant du centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA), est issu du centre de guidance infantile créé

par Michel Soulé. Ce service intervenait déjà précocement auprès des enfants et de leurs parents, en coordination avec les services dédiés (services de protection de l'enfance, PMI, maternités, Éducation nationale, etc.).

Le CPBB s'inscrit dans le Réseau de santé périnatal parisien (RSPP) et s'organise autour de trois axes :

- la consultation avec ses dispositifs de psychothérapies, de thérapies psychomotrices, orthophoniques, de groupes divers et l'accompagnement social ;
- l'équipe mobile qui permet de rencontrer les bébés et leurs familles à domicile, en maternité ou à l'hôpital, en travaillant de concert avec les puéricultrices de PMI ainsi que les équipes mobiles de psychiatrie adulte. Cette équipe mobile est un complément essentiel de l'unité d'hospitalisation de jour afin de construire une alliance solide avec les familles, surtout les moins familières des soins psychiques ;
- l'unité d'hospitalisation de jour bébés-parents, Grain d'Aïle, qui accueille jusqu'à quatre dyades (un bébé et son parent) par jour.

Ce triptyque au sein d'une même enveloppe institutionnelle permet de proposer une continuité d'accompagnement malgré un projet de soins qui évolue au fil du temps.

La consultation est le pilier de l'organisation du service. Tout parent qui souhaite un rendez-vous pour lui-même et pour son bébé peut prendre contact, spontanément ou à l'aide d'un professionnel. Il sera reçu par un médecin dans les plus brefs délais (généralement

L'ESSENTIEL

- ▣ Ils sont itinérants : les professionnels du centre de psychopathologie rattaché à l'hôpital Sainte-Anne à Paris vont au domicile des bébés et de leurs familles pour épauler les parents qui viennent d'avoir un enfant et font face à d'importantes difficultés.
- ▣ Ce centre pluridisciplinaire et qui travaille en réseau est par ailleurs constitué d'une consultation et d'une unité d'hospitalisation de jour bébés-parents.
- ▣ Son maître-mot : soutenir et accompagner le développement du jeune enfant.

en moins de quinze jours) pour un entretien d'évaluation des besoins et une proposition thérapeutique s'il y a lieu. Mais les parents ne désirent pas tous entreprendre ce type de démarche, même s'ils ressentent le besoin d'être aidés. Nous avons ainsi divers dispositifs d'accès sans rendez-vous.

Découvrir combien leur bébé est actif

Le groupe Berceuses et Comptines se réunit une fois par semaine. Mené par une puéricultrice, un orthophoniste et une psychanalyste, il permet aux parents de découvrir combien leur bébé est actif dans la relation et de partager cette expérience avec d'autres familles. C'est souvent aussi l'occasion d'échanges informels entre parents et de questions adressées aux professionnels. Près de 30 % des familles qui se rendent à ce groupe demandent à un moment ou à un autre de bénéficier d'une consultation spécialisée.

Une pédopsychiatre et une psychanalyste ont aussi développé de longue date une réunion hebdomadaire dédiée aux mères endeuillées [4]. Celles-ci, ayant perdu un bébé ou ayant dû renoncer à leur grossesse, peuvent venir quand elles le souhaitent, une seule fois ou très régulièrement, toutes les semaines. Le partage d'une expérience similaire, la reconnaissance de leur statut de mère et l'analyse partagée du groupe soutenue par les professionnelles ont une portée thérapeutique de très grande qualité.

Un petit chez-soi en milieu hospitalier

Ouverte depuis janvier 2015, l'unité d'hospitalisation de jour Grain d'Aile s'adresse aux bébés et à leurs parents nécessitant des soins se déroulant sur plusieurs demi-journées par semaine. Ils sont accueillis lorsque l'instauration des premiers liens est périlleuse ou chaotique. L'unité de jour offre un dispositif de soins en maintenant bébés et parents dans leur cadre de vie, à la différence des unités mère-bébé d'hospitalisation à temps plein qui peuvent être vécues comme des parenthèses par les parents.

Grain d'Aile se situe dans un espace architectural bien délimité au sein du CPBB. Celui-ci est chaleureux, composé

de plusieurs pièces, à l'image d'un petit chez-soi, avec une pièce pour le déjeuner, une chambre, une salle de bains, un salon pour les temps d'éveil. Une attention particulière est portée aux qualités structurelles et sensorielles de ce lieu.

Les parents qui sont admis présentent souvent des troubles psychiques qui peuvent fragiliser le lien en construction avec leur enfant ; parfois, c'est surtout la difficile rencontre avec ce bébé qui justifie cette hospitalisation de jour.

Faire éclore la relation et l'émotion

Les familles accueillies bénéficient de consultations médicales en présence des parents, du bébé ; une indication de thérapie mère-bébé ou de thérapie psychomotrice peut être posée. Ces espaces thérapeutiques s'articulent autour du dispositif central du temps d'accueil : plusieurs fois par semaine, les parents sont accompagnés, avec d'autres familles, par des professionnels du soin et de la petite enfance pour le quotidien de la vie du bébé. Le temps du bain, du sommeil, du repas, d'éveil, tous ces soins primaires mobilisent la vie affective, consciente et inconsciente des parents, et peuvent réanimer des états d'anxiété, des tensions d'une intensité remarquable. L'étayage proposé soutient la mère afin que ces soins de maternage deviennent progressivement des temps de relations avec le bébé.

Il ne s'agit pas d'acquérir de bons gestes – entendus comme des gestes compétents –, comme les parents peuvent le demander au tout début, mais de trouver des gestes habités, porteurs d'une qualité émotionnelle, relationnelle. La qualité de portage, du moment du bain et la façon dont se donnent sein ou biberon s'accordent avec le respect de la rythmicité et du dialogue tonico-émotionnel. Cela suppose de travailler dans l'ici-et-maintenant avec ce qui surgit au cours de la journée : être le traducteur du bébé auprès de la mère, recevoir les projections parentales et les transformer afin de soutenir cette relation en construction. L'institution, incarnée par l'équipe pluridisciplinaire, a une fonction tierce auprès de la dyade mère-enfant.

Temps de médiation

Au cours de la semaine, plusieurs temps de médiation sont proposés, facilitant d'autres mobilisations psychiques et relationnelles. Lors de Rythmes et Chansons, l'enveloppe vocale contient la possible régression des parents et se centre sur l'écoute du bébé, de ses productions vocales, de son langage corporel. Avec Place au jeu !, l'accent est mis sur l'appropriation du corps de la mère et du bébé pour trouver un portage confortable pour chacun, sur l'activité motrice du bébé afin de laisser se développer une chorégraphie des interactions et d'ouvrir l'espace transitionnel du jeu. L'Atelier Écriture instaure un temps de séparation, durant lequel le bébé est confié aux soignants. Il invite à investir un temps pour soi, appelle à la création imaginaire. Pendant ce temps, le Groupe des bébés permet à ces derniers de vivre l'expérience de l'absence et de l'attente en faisant appel aux ressources internes.

Le bébé et ses parents sont accueillis pendant plusieurs mois, et quitter Grain d'Aile permet parfois l'émergence de demandes de soins spécifiques.

Les temps de la maternité et de la construction de la vie psychique du bébé sont des périodes particulièrement sensibles, il est donc essentiel d'en prendre soin conjointement. L'accompagnement de la mère permet à celle-ci de trouver les appuis nécessaires pour porter à son tour son bébé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L., Keita H., Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 215, n° 2 : p. 341-346.
- [2] Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, vol. 106, n° 5 : p. 1071-1083.
- [3] Dugravier R., Saïas T. Les enseignements du projet Panjo. *Cahiers de la puéricultrice*, 2015, vol. 52, n° 291 : p. 19-23.
- [4] Soubieux M.-J., Caillaud I. Le groupe thérapeutique des mères endeuillées. *Le Carnet PSY*, 2015/1, n° 186 : p. 27-31.

Françoise Molénat, initiatrice de l'entretien prénatal précoce, plaide pour un fonctionnement en réseau des professionnels intervenants en périnatalité, auprès de l'enfant, de sa mère et de sa famille.

Travailler en réseau aux étapes précoces de la vie : un état d'esprit

Françoise Molénat,
pédopsychiatre,
Association de formation
et de recherche
sur l'enfant et son
environnement (Afree),
Montpellier.

tations mutuelles nourries par l'imaginaire de chacun ? Au sein même de chacun de ces champs d'exercice, les oppositions et superpositions jusqu'aux contentieux, entre public et privé, entre courants théoriques ou logiques institutionnelles offraient un contexte humain haché, discontinu, truffé de divergences dans les avis, de paroles négatives sur celui que l'on ne connaît pas... Bref, un miroir grossissant et déformant renvoyait aux familles les plus vulnérables l'image du chaos, aggravant leur propre sentiment d'insécurité, renforçant même leur désordre intérieur. Seule défense alors : la fuite, le repli, et leurs conséquences.

Faut-il rappeler la période peu lointaine, où le monde médical, le monde social et celui de la psychiatrie s'ignoraient, tout en développant des représen-

Faute de lecture rigoureuse des processus relationnels entre chaque intervenant et la femme enceinte, le couple, l'enfant et chacun des intervenants rencontrés, mais aussi faute d'occasions de reprendre ensemble la chronologie des rencontres, de la grossesse à la petite enfance, ce chaos n'était pas identifié. Le diagnostic d'une « maltraitance collective » qui s'ignore pointera sérieusement dans les années 1980-1990, grâce aux témoignages des parents. L'absence de retour sur le devenir des familles rendait impossible la moindre reconnaissance et l'évaluation des efforts entrepris en amont. « *Nous nous engageons moins auprès d'une femme enceinte hospitalisée si nous ne connaissons pas ceux qui interviendront après* », déploraient les sages-femmes avant que s'organisent de meilleures liaisons. Des publications anglo-saxonnes et l'action de quelques pionniers ont levé le voile, et les équipes de toutes disciplines ont amorcé un rapprochement, volontariste donc inégal selon les contextes. Les vérités partielles, propres à chaque corps de métier, s'associeront peu à peu pour entrer dans la complexité de l'humain.

Nouer une alliance avec le couple

La tendance ancienne à interpréter le trouble de l'enfant sur le mode linéaire d'un dysfonctionnement parental s'est largement canalisée au travers d'une meilleure écoute et du repérage des hiatus dans les « prises en charge », terme devenu inadéquat dès que l'on

s'oriente vers un dialogue précoce et un partenariat que les associations d'usagers réclament haut et fort, plus aisés à construire en période prénatale. L'inquiétude surgissant plus tard devant un trouble du développement orientait vite le regard sur les « incapacités ou fragilités maternelles », qui relèveraient alors d'un traitement spécialisé et/ou d'une mesure de protection... sans qu'une alliance ait pu se nouer d'emblée avec le couple. Ce terme d'alliance, banalisé depuis peu, a permis de nommer ce qui manquait : un véritable dialogue dans la confiance, qui seul peut amorcer un travail coordonné centré sur les rencontres interpersonnelles. Qui, mieux que ces jeunes adultes devenant parents, peut indiquer les éléments psycho-émotionnels qui interviendront dans les premières relations ?

Manière de penser ensemble

Surtout, l'enveloppe qui commençait à se tisser autour d'une famille naissante, à partir d'une qualité d'accueil suffisante par un professionnel de la grossesse, a révélé des ressorts inattendus dans la construction/reconstruction de mères et de pères parfois porteurs de traumatismes ou de carences anciennes. D'effet évident et rapide autour du deuil périnatal, puis du diagnostic anténatal [1], l'attention portée auprès de femmes enceintes souffrant d'addiction a permis d'asseoir et de valider de façon prospective la pertinence d'une « manière de penser ensemble » qui s'élaborait en certains lieux [1-4]. La mise en parallèle, étape par étape, du vécu parental avec les impressions et les

**« TOUT L'ENJEU, GRÂCE
AU CROISEMENT DES FONCTIONS,
SERA JUSTEMENT DE TRANSFORMER
UNE ORIENTATION PARFOIS VÉCUE
COMME MENAÇANTE
PAR DES PARENTS BLESSÉS
EN VALEUR ATTRIBUÉE
À CE QU'ILS ONT PU CONFIER
AUX PROFESSIONNELS PRÉSENTS
AUX ÉTAPES DE NAISSANCE. »**

L'ESSENTIEL

-
- ▶ **Françoise Molénat a contribué au développement du réseau de périnatalité en Languedoc-Roussillon (désormais englobée dans la région Occitanie), afin de faciliter la connaissance mutuelle et d'apprendre à travailler ensemble.**
- ▶ **Point de départ absolu : un tel réseau de soins est forcément amorcé à partir de l'écoute de la future mère et/ou du couple.**
- ▶ **Il s'agit d'un profond changement de culture, qui bouscule les identités professionnelles concernées des secteurs médical, psychiatrique et social.**
- ▶ **Cette démarche est indispensable au profit de la mère, des parents, de la famille et, en tout premier lieu, de l'enfant.**

attitudes professionnelles, a beaucoup aidé à repérer les écarts tout comme les moments-clés dans l'évolution familiale. Une véritable grammaire des interactions telles qu'elles ont pu se vivre de part et d'autre a fourni des « mots pour

penser ensemble » : accueillir, anticiper, transmettre, moment-clé, urgence émotionnelle, rappel, retour d'information, etc. Les témoignages ultérieurs des parents furent d'une grande aide : ils permettaient de confronter les impressions de chaque professionnel selon son rôle et son moment d'intervention, de constater l'évolution subjective de la mère et du père, enrichie tant que possible d'une observation sur le développement du nourrisson.

Une autre trame est progressivement sortie de l'ombre : la richesse des interrelations autour du corps, la dynamique des échanges avec la femme et son conjoint, les liaisons personnalisées entre professionnels offraient une nouvelle histoire de vie, entre famille naissante et collectif structuré par les places de chacun, articulées les unes aux autres. Les mouvements psycho-affectifs furent saisissants. Les couples ont témoigné d'un changement profond au sortir d'une épreuve vécue ensemble,

ou d'une confiance en eux-mêmes inconnue jusqu'alors, au moment de mettre leur enfant au monde et d'en prendre soin. Le constat rejoignait les travaux de chercheurs dans d'autres contextes, en particulier ceux de Stern sur l'importance du moment présent dans une psychothérapie classique, et son potentiel de réaménagement de l'expérience vécue [5].

Le tournant des réseaux périnataux régionaux

Favoriser la connaissance mutuelle des acteurs concernés s'imposait, ce sera l'une des missions des réseaux périnataux régionaux [6-8]. En effet, des craintes ont surgi : « *Travailler ensemble mais comment ? On va tout se dire ? Et la confidentialité ?* » C'est l'inverse. Plus on s'appuie les uns sur les autres, plus chacun peut creuser sa place, sachant que d'autres aspects de la situation seront traités par d'autres, dans une communication suffisante pour que les parents puissent exprimer le mieux-être à sentir une cohérence autour d'eux – qu'il est convenu de qualifier désormais de « contenante ». Juste se reconnaître dans nos places mutuelles, que l'on soit médecin généraliste, sage-femme, pédiatre, psychologue, assistante sociale, etc., sans obligation d'une réunion coûteuse et où ne viendront pas les acteurs essentiels – comme le médecin généraliste ou le gynécologue – pour la famille la plus en difficulté, du fait du mode d'exercice et de ses contraintes. Une autre crainte se faisait jour : l'importance de la relation duelle dans la mise en confiance ne contre-indiquait-elle pas l'existence de plusieurs professionnels dans les cas de vulnérabilité ? Au contraire, moins l'on se sent seul, plus on s'engage, une fois dépassée la peur de perdre quelque chose dans cette ouverture. Bien plus, c'est dans le croisement des regards d'intervenants à des places différentes que se décèlera une vulnérabilité qui ne peut encore se dire. Un tel constat vient de l'analyse des situations complexes, de la grossesse à l'enfance.

L'évolution se fait attendre

Malgré la création d'un entretien prénatal précoce remboursé par l'assurance maladie, malgré la création de nombreux postes de psychologues – plus rarement de psychiatres –, malgré la mise à disposition d'une

RÉSEAUX PÉRINATALS ORGANISÉS : UN VIRAGE DANS LA CULTURE MÉDICALE

Les réseaux régionaux ont pour mission, entre autres, de favoriser les pratiques transversales afin d'optimiser les moyens existants et d'éviter les superpositions ou annulations délétères. On le constate, il s'agit là d'un virage dans la culture médicale d'abord, et aussi sociale, psychologique et psychiatrique. Les soignants jouent un rôle majeur, puisqu'ils rencontrent, en première instance le plus souvent, les futurs parents et vont tenter avec eux de tisser l'accompagnement ajusté à partir d'un dialogue élargi tôt dans la grossesse. Accueillir questions et demandes implique de disposer de réponses, ce qui passe par la connaissance des acteurs utiles, maintenant et plus tard. L'entretien prénatal précoce, financé par l'assurance maladie, n'est que la première étape d'un suivi ajusté qui intègre l'ensemble des composantes en jeu dans le développement ultérieur de l'enfant. Ainsi s'éclaire l'intérêt de réseaux organisés, peut-être transitoires, pour faciliter la connaissance mutuelle et apprendre à travailler ensemble.

La confusion persiste, mais elle s'atténue, entre un réseau organisé et la façon dont les professionnels vont s'appuyer d'abord sur les personnes de confiance choisies par les

futurs parents pour élargir le cercle en fonction des besoins spécifiques à cette même famille. La notion de réseau personnalisé de soins, amorcée forcément à partir de l'écoute de la future mère et/ou du couple, a peu à peu pris sa place. Les réseaux périnataux jouent un rôle majeur, divers selon l'équipe d'animation. Par exemple, ils sont les mieux placés pour organiser des rencontres ou des formations interdisciplinaires, rendues difficiles par le cloisonnement des organismes. Sous l'impulsion d'un médecin convaincu, le réseau régional Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon a stimulé l'élaboration de référentiels concernant les thématiques médicales puis médico-psycho-sociales dans la continuité des étapes, toujours à partir du suivi médical de la naissance, fil lisible pour tous les couples¹. D'autres réseaux ont eu la même démarche. L'effort fourni par les praticiens de toutes disciplines est remarquable, à la hauteur du besoin ressenti.

Françoise Molénat

1. Kojayan R., Lévy G., Havasi K., Molénat F. *Grossesse et souffrance psychique. Précis de nouvelles pratiques*. Montpellier : Sauramps médical, 2016 : 183 p.



méthodologie d'analyse prospective et interdisciplinaire de situations complexes, l'évolution ne s'est pas produite rapidement. La direction générale de la Santé a sollicité un « état des lieux qualitatif des avancées et des obstacles ». Le recueil des questionnaires et des témoignages a confirmé que les trois mesures ci-dessus doivent se mettre en route ensemble. Un entretien sans culture des règles de transmission tombe à l'eau et, parfois, s'avère contre-productif, nourrissant le conflit entre corporations. Apprendre à transmettre efficacement passe par l'écoute des autres professionnels concernés dans la chronologie d'actions diverses sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Il ne s'agit pas de théorie, mais de l'interpénétration des préoccupations différenciées de chacun. « *Avoir les autres dans la tête tout en restant à sa place* » décrit bien le mouvement à opérer. Les réseaux périnataux régionaux joueront un rôle majeur, variable

selon l'équipe de coordination. Dans le Languedoc-Roussillon (dorénavant en Occitanie), sous l'impulsion d'un chef de service d'obstétrique convaincu et d'une sage-femme coordinatrice, des référentiels (voir encadré page 31) sur telle ou telle thématique médicale, élargie ensuite aux vulnérabilités psycho-émotionnelles, ont vu le jour au prix d'un effort collectif important, signant là le besoin éprouvé par les professionnels eux-mêmes d'une plus grande cohérence.

Travailler en réseau

La collaboration entre psychologues, psychiatres d'enfants et psychiatres d'adultes a coïncé en maints endroits, mais peu à peu les champs d'action se différencient. Quant au dialogue entre le monde « psy » et le monde médical, il cherche ses marques. Les pratiques classiques des psychothérapeutes ne suffisent pas à soutenir une équipe mise à mal par certaines

« JUSTE SE RECONNAÎTRE DANS NOS PLACES MUTUELLES, QUE L'ON SOIT MÉDECIN GÉNÉRALISTE, SAGE-FEMME, PÉDIATRE, PSYCHOLOGUE, ASSISTANTE SOCIALE. »

situations. Il s'agit de disposer de disponibilité et de faire preuve d'intérêt pour ce que vivent les acteurs de première ligne, non seulement pour les soutenir, mais pour y trouver soi-même un enrichissement clinique. En effet, les parents les plus en insécurité du fait de leur parcours de vie ne consulteront pas aisément un spécialiste. C'est au travers d'une expérience relationnelle fiable avec le professionnel médical que la confiance se transmettra et qu'une orientation pourra se faire dans un deuxième temps. Le sentiment de sécurité éprouvé alors permet un accès non dangereux au passé affectif, ce monde des « fantômes » pour reprendre

« TRAVAILLER EN RÉSEAU CONSISTE À MAINTENIR VISIBLES ET ACTIVES LES PLACES DE CHACUN, DANS LE MOMENT PRÉSENT PAR DE COURTES LIAISONS, DANS L'APRÈS-COUP EN REPRENANT AVEC LES PARENTS CE DÉBUT D'HISTOIRE ÉCRIT AVEC DES PROFESSIONNELS D'AUTRES CHAMPS. »

l'expression de S. Fraiberg. Or, l'analyse des « staff de parentalité » en milieu hospitalier a montré comment pouvait se perdre vite le fil médical (consultations, échographies, sages-femmes de proximité, etc.) au profit d'un déversement d'éléments négatifs touchant à l'intime, inutiles et peu aidants pour les équipes hospitalières. Un psychologue en deuxième ligne peut jouer un rôle majeur, à condition d'y être formé et d'être sensibilisé à l'impact psychique de l'engagement des soignants. À travers ces quelques exemples, l'on perçoit combien travailler en réseau consiste à maintenir visibles et actives les places de chacun, dans le moment présent par de courtes liaisons, dans l'après-coup en reprenant avec les parents ce début d'histoire écrit avec des professionnels d'autres champs.

Les financements du Plan périnatalité ont permis de créer en certains lieux, à partir de l'élaboration des terrains, des dispositifs pilotes face aux problématiques familiales aiguës. Ces dispositifs permettent à l'équipe obstétricale d'asseoir un cadre de prise en charge médicale qui intègre les collaborations étroites avec les psychologues, les psychiatres et les acteurs du champ médico-social et social. Le tout est coordonné par un poste de sage-femme qui tient à la fois le « fil » des parents tout au long des étapes et celui de chaque professionnel. La sécurité de l'intervenant constitue en effet l'une des clés dans la politique de prévention : possibilité de s'engager auprès d'un couple difficile sans rester seul, informations en amont et en aval dans la plus grande transparence avec les parents afin de maintenir la confiance (voir encadré p. 31).

Collectif humain structuré

La diversité des approches devient une richesse, au lieu de s'opposer. Le pédopsychiatre, souvent alerté

lorsqu'un danger se profile pour l'enfant à venir, fait l'expérience de l'appui considérable qu'offrira une sage-femme de proximité si elle n'est pas seule.

L'originalité du travail en réseau consiste en les effets qu'il procure sur la famille elle-même : elle se sent au centre d'un collectif humain structuré. Maintenir la fluidité des places dans une continuité suffisante pose la question des outils. C'est pourquoi la fonction de coordination a émergé comme une nécessité [9, 10], exercée par un soignant dans le temps périnatal, à relayer par la suite lorsque l'enfant rentre au domicile, si l'étayage ou une simple vigilance doit se poursuivre. Le rôle d'un médecin, d'une sage-femme est aisément décodable pour n'importe quelle femme, fondé sur le soin et la bienveillance vis-à-vis d'un bébé à naître, quelle que

soit la situation. Tout l'enjeu, grâce au croisement des fonctions, sera justement de transformer une orientation parfois vécue comme menaçante par des parents blessés en valeur attribuée à ce qu'ils ont pu confier aux professionnels présents aux étapes de naissance. Par exemple, ces derniers peuvent soutenir un projet de protection de l'enfant en s'appuyant sur la qualité des rencontres en cours de grossesse et, désormais, jusqu'au retour à domicile, puisqu'une sage-femme peut intervenir à domicile en post-partum.

Il s'agit bien d'un profond changement de culture, qui bouscule les identités professionnelles et les habitudes. La transversalité comme la complexité des processus relationnels ne favorisent pas l'évaluation. Pourtant, une fois éprouvé l'intérêt du changement, le mieux-être dont témoignent les professionnels devrait soutenir l'évolution des pratiques, malgré les nouvelles contraintes qui pèsent sur certains secteurs. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Les Cahiers de l'Afrée*, 1992-2000. En ligne : <http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/Sommaires-des-Cahiers-de-lAFREE.pdf>
- [2] Molénat F., dir. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Éditions érès, coll. Prévention en maternité, 2001 : 134 p.
- [3] Molénat F., dir. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Toulouse : Éditions érès, coll. Prévention en maternité, 1^{re} éd., 2009 : 272 p.
- [4] Chanal C., Mazurier E., Rey V., Toubin R.-M., Misraoui M., Burlet G., et al. Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en réseau personnalisée. In : Whittaker A. (trad.). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Londres : Drugscope, 2011/Paris : Respadd, 2013 : p. 98. En ligne : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-complet-BAT2-MD.pdf>
- [5] Toubin R.-M. *Le chemin vers Zao*, témoignage vidéo, www.afree.asso.fr
- [6] Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. *Plan périnatalité 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris :

ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 2004 : 42 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinata-lite_2005-2007.pdf

[7] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Cahier des charges des Réseaux périnataux régionaux*. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf

[8] Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

[9] Alderdice F., McNeill J., Lynn J. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 2012, vol. 29, n° 4 : p. 389-399. En ligne : [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00088-5/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00088-5/fulltext)

[10] Molénat F. Impact of the perinatal environment on the child's development. Implications for prevention policies. In : Antonelli M., dir. *Perinatal programming of neurodevelopment*, New York : Springer, 2015 : p. 409-424.

Centres de la petite enfance au Québec : favoriser le développement des moins de 5 ans

Marie-France Raynault, professeur titulaire, université de Montréal, centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, Québec, Canada.

Montréal (DSP) a réalisé, en 2006, une enquête sur le degré de préparation à l'école des enfants montréalais. Elle a évalué la performance de tous les enfants du territoire, de la maternelle à cinq ans, à l'aide de l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE ; EDI en anglais). Ce questionnaire, rempli par le professeur de maternelle, mesure le développement de chaque enfant dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, les compétences sociales,

Dans le cadre de son mandat de promotion de la santé, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de

moins un domaine de maturité scolaire, cette proportion variant de 22 % à 43 % selon le territoire. Les territoires défavorisés ou à forte composante de populations récemment immigrées présentaient les résultats les moins positifs [1].

Devant l'ampleur de la population concernée par ce problème et compte tenu des répercussions prévisibles en termes de décrochage scolaire, d'insertion professionnelle et de risque de pauvreté [2], il était important pour les professionnels de santé publique de faire connaître la situation aux citoyens des quartiers particulièrement touchés. Le dévoilement des résultats de l'enquête a donc été suivi de l'organisation des Sommets sur la maturité scolaire, dont l'objectif était, selon le directeur de santé publique qui avait lancé l'opération intersectorielle, d'« identifier les besoins à combler pour promouvoir et mieux soutenir le développement des enfants de l'île de Montréal ». Il s'agissait ici d'aller au-delà des interventions individuelles ciblant les enfants à risques pour favoriser la création d'environnements favorables aux apprentissages durant la période préscolaire précoce.

Les résultats de cette enquête ont étonné plusieurs intervenants, surpris de l'ampleur du problème. En effet, la Direction de santé publique a révélé qu'un enfant sur trois était vulnérable dans au

moins un domaine de maturité scolaire, cette proportion variant de 22 % à 43 % selon le territoire. Les territoires défavorisés ou à forte composante de populations récemment immigrées présentaient les résultats les moins positifs [1].

Devant l'ampleur de la population concernée par ce problème et compte tenu des répercussions prévisibles en termes de décrochage scolaire, d'insertion professionnelle et de risque de pauvreté [2], il était important pour les professionnels de santé publique de faire connaître la situation aux citoyens des quartiers particulièrement touchés. Le dévoilement des résultats de l'enquête a donc été suivi de l'organisation des Sommets sur la maturité scolaire, dont l'objectif était, selon le directeur de santé publique qui avait lancé l'opération intersectorielle, d'« identifier les besoins à combler pour promouvoir et mieux soutenir le développement des enfants de l'île de Montréal ». Il s'agissait ici d'aller au-delà des interventions individuelles ciblant les enfants à risques pour favoriser la création d'environnements favorables aux apprentissages durant la période préscolaire précoce.

lité [3]. Une étude québécoise [4] a montré que ces services ont des effets particulièrement positifs pour la santé mentale des enfants issus de milieux défavorisés. Les services de garde peuvent en effet contrer les risques élevés de problèmes d'agressivité physique, et le résultat est plus important si la fréquentation est initiée dès la première année de vie [5].

Dans le contexte québécois où la majorité des mères de jeunes enfants ont intégré le marché du travail, il devient important pour les professionnels de santé publique de promouvoir les services de garde susceptibles de créer ces environnements favorables au développement harmonieux des enfants, et ce particulièrement dans le cas des enfants issus de milieux défavorisés. Au Québec, bien qu'on note une grande hétérogénéité entre les établissements, la qualité des services éducatifs préscolaires est notablement meilleure dans les centres de la petite enfance (CPE) [6], nés d'un programme gouvernemental qui a fait l'objet de l'attention de plusieurs chercheurs.

Centres de la petite enfance

En 1997, l'État québécois a initié un réseau de services de garde à contribution réduite ayant pour but de bénéficier à une majorité d'enfants de moins de cinq ans. Les deux objectifs principaux de la nouvelle politique étaient d'une part de favoriser le retour au travail ou aux études des mères et d'autre part de développer un projet éducatif à triple mission² : pourvoir au bien-être des enfants, à leur santé et à leur sécurité tout en stimulant leur

L'ESSENTIEL

- ▣ Le Québec s'est doté de centres de la petite enfance, structures de garde pour les moins de 5 ans, avec un double objectif : favoriser le développement des enfants et permettre aux femmes de travailler.
- ▣ L'évaluation démontre que ces deux objectifs sont atteints.
- ▣ Il reste deux problèmes majeurs : le programme ne dispose pas des moyens suffisants pour toucher tous les enfants, et les familles les plus défavorisées sont sous-représentées dans ce programme.



développement dans une optique de prévention des troubles de comportement ou d'apprentissage.

Le programme a connu un grand succès, et la pression pour la création de nouvelles places en services de garde est constante. Le développement ultérieur de la politique familiale du Québec, avec des congés de maternité et de paternité plus généreux ainsi qu'un plus grand soutien financier de l'État aux familles, a sans doute contribué à ce succès. Le Québec profite d'ailleurs depuis quelques années d'un regain de natalité.

Retour au travail pour 70 000 mères

Le succès ne se mesure pas seulement à la popularité bien compréhensible du programme. Récemment, les

économistes Pierre Fortin, Luc Godbout et Suzie St-Cerny démontraient que le programme avait, en 2008, favorisé le retour au travail de plus de 70 000 mères, contribuant ainsi à une majoration du produit intérieur brut (PIB) du Québec. Les auteurs en concluaient que ce programme était largement amorti financièrement et ce, tant au niveau fédéral que provincial [7].

« LES SERVICES DE GARDE PRÉSCOLAIRES ONT LE POTENTIEL DE FAVORISER GRANDEMMENT LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF DES ENFANTS, POURVU QUE LA QUALITÉ SOIT AU RENDEZ-VOUS. »

Le programme a beaucoup amélioré le développement des enfants nés de mères défavorisées, tel que mesuré par l'IMDPE à Montréal en 2012 [8]. Aucune autre modalité de garde n'a eu cette efficacité, ce qui confirme ce qui avait déjà été démontré dans les écrits scientifiques, à savoir que les services de garde préscolaires ont le potentiel de favoriser grandement le développement cognitif des enfants, pourvu que la qualité soit au rendez-vous.

L'enquête longitudinale sur le développement des enfants au Québec a permis de mettre en évidence que cet avantage comparatif se maintenait jusqu'à l'entrée au cycle secondaire [9] et laissait donc espérer à terme une diminution du décrochage scolaire.

Familles pauvres sous-représentées

Le Québec s'enorgueillit donc à juste titre de son réseau étendu de CPE. Cependant, ces centres attirent peu, semblerait-il, les mères pauvres dont les enfants profiteraient le plus d'une stimulation précoce. En effet, les enfants des mères sans emploi durant la grossesse, moins éduquées ou plus jeunes sont moins susceptibles de fréquenter une garderie [10]. À Montréal, des enquêtes sur le terrain ont mis en lumière des différences notables dans le vécu des parents de familles pauvres à l'égard des services de garde [11-13].

Un passage en revue des écrits effectué pour le compte du gouvernement du Québec a exploré les raisons de cette sous-représentation des familles pauvres dans les CPE [14]. Il est apparu qu'elles sont beaucoup plus structurelles que culturelles. Pour certains parents, la contribution financière, même réduite, est néanmoins excessive pour leurs faibles moyens. Par ailleurs, les CPE sont moins fréquemment implantés en milieux défavorisés, l'accessibilité géographique pose donc problème. Enfin, dans un contexte de forte demande de places et de listes d'attente, les parents plus favorisés, bénéficiant d'un emploi stable et bien informés sont plus à même de s'inscrire tôt que les parents aux prises avec des emplois précaires et ayant un moindre capital social ou informationnel.

Atteindre tous les enfants : un défi

L'équation semble facile à résoudre : un problème concernant une part importante de la population : le déficit de développement des enfants, assorti d'une solution à l'efficacité reconnue : un programme de CPE déjà sensiblement implanté sur tout le territoire québécois [15]. En conséquence, des intervenants des services de première ligne ont modifié leurs pratiques auprès des familles défavorisées et intégré la référence à ces services pour favoriser le développement des enfants. Dans ce cadre, ils ont également mis en place des protocoles d'entente institutionnels.

Il n'en reste pas moins que tous les enfants à risques ne font pas l'objet d'une prise en charge par les équipes sociosanitaires et que l'accès aux services de garde de qualité est plus difficile pour les gens au bas de l'échelle sociale dans un contexte de pénurie. La création de nouvelles places de CPE en milieux défavorisés pourrait régler en partie le problème. Malheureusement, les récentes politiques d'austérité du gouvernement québécois ont entraîné des coupes significatives dans le programme. On peut aussi craindre que de nouvelles mesures fiscales et l'augmentation des tarifs en CPE ne freinent le développement du réseau au bénéfice

des services de garde privés, qui n'ont malheureusement pas démontré de potentiel pour réduire les inégalités sociales de développement. À terme, c'est la réussite scolaire des enfants moins nantis, leur insertion sociale et leur santé à l'âge adulte qui sont ainsi menacées. ■

1. Une description de cet instrument est disponible sur le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec. En ligne : <http://www.eqdem.stat.gouv.qc.ca/>

2. Ministère de la Famille, 2007. *Accueillir la petite enfance. Le programme éducatif des services de garde du Québec. Mise à jour*. En ligne : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/programme_educatif.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Direction de la santé publique. *En route pour l'école ! Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais [rapport régional]*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008 : 133 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-630-5.pdf

[2] Braveman P., Barclay C. Health Disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics*, 2009, vol. 124, suppl. 3 : p. S163-S175.

[3] Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2009 : p. 50-60. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

[4] Herba C., Tremblay R.E., Boivin M., Liu X., Mongeau C., Séguin J.-R. et al. Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: can early child care help children of depressed mothers? *JAMA Psychiatry*, 2013, vol. 70, n° 8 : p. 830-838. En ligne : <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1698780>

[5] Raynault M.-F., Bernier N.-F., Côté S., Curtis S., Duclos J.-Y. et al. *L'Impact des politiques de soutien à la garde sur la santé et le développement des enfants d'âge préscolaire* [rapport]. Québec : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, 2011 : 22 p.

[6] Japel C., Tremblay R.E., Côté S. *La Qualité, ça compte ! Résultats de l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec concernant la qualité des services de garde*. Choix IRPP, 2005,

vol. 11, n° 4 : 46 p. En ligne : <http://irpp.org/wp-content/uploads/2005/12/vol11no4.pdf>

[7] Fortin P., Godbout L., St-Cerny S. *L'Impact des services de garde à contribution réduite du Québec sur le taux d'activité féminin, le revenu intérieur et les budgets gouvernementaux*. Chaire de recherche en fiscalité et finances publiques. Université de Sherbrooke, document de travail, 2012 : 29 p. En ligne : http://www.usherbrooke.ca/chaire-fiscalite/fileadmin/sites/chaire-fiscalite/documents/Cahiers-de-recherche/Etude_femmes_travail.pdf

[8] Guay D., Laurin I., Bigras N., Toussaint P., Fournier M. *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais. Résultats de l'enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP, 2012)*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2015 : 18 p. En ligne : <http://www.aqcpe.com/content/uploads/2016/06/enquete-montrealaise-sur-l'experience-prescolaire-des-enfants-de-maternelle-direction-de-la-sante-publique-de-montreal.pdf>

[9] Laurin J.-C., Geoffroy M.-C., Boivin M., Japel C., Raynault M.-F., Tremblay R.E. Child care services, socioeconomic inequalities, and academic performance. *Pediatrics*, 2015, vol. 136, n° 6, 2015 : p. 1112-1114.

[10] Geoffroy M.-C., Séguin J.-R., Lacourse E., Boivin M., Tremblay R.E., Côté S. Parental characteristics associated with childcare use during the first 4 years of life: Results from a representative cohort of Québec families. *Canadian Journal of Public*

Health, 2012, vol. 103, n° 1 : p. 76-80. En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view-File/2764/2580>

[11] Laurin I., René J.-F., Dallaire N., Ouellet F., Devault A., Turcotte G. *Qu'en pensons-nous ? Des groupes de parents s'expriment*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008 : 36 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-692-3.pdf

[12] Pichette M.-P. *Développement langagier des tout-petits : étude de cas de l'articulation problème – solution chez les acteurs de la petite enfance d'un territoire pluriethnique de Montréal*, [mémoire de maîtrise en santé communautaire]. Montréal : université de Montréal, 2013, 138 p. En ligne : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11364/pichette_marie-pascale_2013_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y

[13] Halperin V. *Quebec day care: Access for all?* [mémoire de maîtrise]. Montréal : université Concordia, département de sociologie, 2007 : 106 p. En ligne : <http://spectrum.library.concordia.ca/976160/1/MR28869.pdf>

[14] Raynault M.-F., Côté D. *Services de garde et clientèles vulnérables. Synthèse des connaissances sur l'accessibilité et l'utilisation des services de garde : leçons pour le Québec*. Rapport de recherche au ministère de la Famille du Québec, 2014.

[15] Raynault M.-F., Côté D. Politiques sociales et inégalités sociales de santé dans l'enfance, l'exemple du programme des centres de la petite enfance québécois. *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, 2016, vol. 64, suppl. 2 : p. S87-S95.

Pour compléter ce dossier thématique consacré à la petite enfance, vous retrouverez ici une sélection de références bibliographiques. Elle est organisée en trois parties : la première pose le cadre officiel et indique les rapports clés ; la deuxième présente des articles sur la question des déterminants socio-environnementaux et économiques ; enfin, la troisième partie est axée sur la question de l'intervention : stratégies, dispositifs. Ce dossier s'achève sur une sélection d'organismes faisant autorité pour cette thématique.

Manon Jeuland,
documentaliste,
Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
Santé publique France.

RAPPORTS

• **Commission européenne. Direction générale de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Inclusion. Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne.** Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2011 : 26 p.

• **Fontaine-Gavino K., Bolamperti P., Dreneau M. La Santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes.** Lyon: Observatoire régional de la Santé Rhône-Alpes, 2016 : 55 p. En ligne : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_enfants_0_6_ans_RA.pdf

• **Inchley J., Currie D., Young T., Samdal O., Torsheim T., Augustson L., et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 : 277 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1

• **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 [rapport].** Paris : Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), 2011 : 204 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf

• **Marmot M., Bell R., Goldblatt P. Action on the social determinants of health.** *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, août 2013, vol. 61, suppl. 3 : p. S127-S132.

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé**

des enfants et des adolescents 2015-2020. Comité régional de l'Europe, soixante-quatrième session, Copenhague, 15-18/09/2014. Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe, 2014 : 126 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254226/64wd12f_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Closing the health equity gap. Policy options and opportunities for action.** Genève : OMS, 2013 : 55 p. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78335/1/9789241505178_eng.pdf

• **Singly F. de, Wisnia-Weill V. Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent [rapport].** Paris : France Stratégie, septembre 2015 : 158 p. En ligne : http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs_rapport_commission_enfance_29092015_bat.pdf

• **Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lemery B. Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton.** (2^e éd.) Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, coll. Abrégés, 2010 : 280 p.

DÉTERMINANTS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX ET ÉCONOMIQUES

• **Apouey B., Geoffard P.-Y. Le gradient et la transmission intergénérationnelle de la santé pendant l'enfance.** *Économie et Statistique*, avril 2015, n^{os} 475-476 : p. 113-133. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475G.pdf

• **Barnay T., Franc C., Jusot F. La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles.** *Économie et Statistique*, avril 2015, n^{os} 475-476 : p. 17-29. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475B.pdf

• **Bertin M. Impact des inégalités sociales et de la pollution atmosphérique sur le risque d'issues défavorables de la grossesse dans la cohorte mère-enfant PELAGIE : rôle du contexte urbain-rural [Thèse soutenue le 16/06/2015].** Rennes : université Rennes-1, 2015 : 226 p. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01308518/document>

Pour en savoir plus

Littérature relative au dossier



- **Bréchat P.-H.** La planification de la santé : déterminants de santé, précarité inégalités de santé et innovations. In : Bréchat P.-H., Lebas J. *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : p. 281-334.
- **Charles M. A.** Importance de la théorie des origines développementales de la santé (DOHaD) pour les inégalités sociales de santé. 1^{er} colloque de l'ITMO Santé publique, 26/10/2012, Aviesan. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, août 2013, vol. 61, suppl. 3 : p. S133-S138.
- **Bricard D., Jusot F., Tubeuf S.,** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'économie de la Santé*, mai 2010, n° 154 : 5 p. En ligne : http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/Les_modes_de_vie_inegalites_de_santes.pdf
- **Chauvin P., Parizot I., Vallée J.** Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : Enseignements de la cohorte SIRS. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, mars 2013, n° 82 : p. 29-32.
- **Chardon O., Guignon N., Saint-Pol T de.** La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*, juin 2015, n° 920 : 6 p. En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>
- **Delpierre C., Barboza-Solis C, Castagne R., Lang T., Kelly-Irving M.** Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, numéro thématique : Les inégalités de santé au carrefour de la veille, de la prévention et de la recherche, 7 juin 2016, n°s 16-17 : p. 276-281. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17_1.html

• **Foin M. L'accueil des tout-petits à l'épreuve des inégalités sociales. Dossier.** *La Gazette Santé Social*, août 2015, n° 119-120 : p. 19-26. En ligne : <http://www.gazette-sante-social.fr/21528/laccueil-des-tout-petits-a-lepreuve-des-inegalites-sociales>

• **Gelly M., Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins.** *Agone*, 2016, vol. 1, n° 58 : p. 7-18. En ligne : https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=AGONE_058_0007

• **Jourdan D. La santé des enfants en milieu scolaire en France.** *La revue du praticien Monographie*, décembre 2015, tome LXV, n° 10 : p. 1257-1262.

• **Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?** *Économie et Statistique*, mai 2013, n° 455-456 : p. 37-51. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455C.pdf

• **Lang T., Kelly-Irving M., Lamy S., Lepage B., Delpierre C. Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?** *Santé publique*, 2016, vol. 28, n° 2 : p. 169-179.

• **Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé.** In : Bruchon-Schweitzer M., Boujut E. *Psychologie de la santé*. Malakoff : Dunod, 2014 : p. 83-193.

• **Needle C., Costongs C., Barbareschi G., Ieven A., Chiotan C. Lutter contre le "gradient de santé" qui affecte les enfants et les parents.** *La Santé de l'homme*, juillet-août 2011, n° 414 : p. 28-31. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

• **Pomarède R., Jeammet P. La santé : un capital en construction dès l'enfance [dossier].** *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, mars 2014, n° 86 : p. 9-56.

• **Serfaty A., Bréart G. Construction des connaissances, politique de santé en périnatalité et état de santé périnatale.** *Revue de Médecine Périnatale*, 2014, vol. 6, n° 4 : p. 210-215.

• **Stambach F. Anthropobiologie de la santé : les déterminants de la santé.** *Médecine*, octobre 2014, vol. 10, n° 8 : p. 366-371. En ligne : <http://www.jle.com/fr/revues/>



© Mick Jacoby / Tendresse Filles

med/e-docs/anthropobiologie_de_la_sante._les_determinants_sociaux_de_la_sante_302661/article.phtml?tab=texte

LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS : STRATÉGIES, DISPOSITIFS

• **Arwidson P. Les interventions précoces : une prévention à large spectre.** *Acta, Cahiers thématiques*, avril 2015, n° 14 : p. 24-27.

• **Boissonnat-Pelsy H. Prendre soin de soi et de son enfant lorsqu'on est pauvre : témoignages et pistes d'interventions d'ATD Quart Monde.** *La Santé en action*, juin 2014, n° 428 : p. 44-46. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf>

• **Branger B. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 24 février 2015, n° 6-7 : p. 123-131. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/pdf/2015_6-7_5.pdf

- **Delour M.** Le rôle des services de PMI dans la réduction des inégalités sociales de santé. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2011, n° 414 : p. 17-19. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>
 - **Detrez S., Taboada M.** Réseau Dapsa : soutenir les familles en difficulté et leur jeune enfant. *La Santé en action*, décembre 2013, n° 426 : p. 36-38. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>
 - **Hardy A.-C., Jourdain M., Catimel B., Clautour L., Canévet J.-P.** Grossesses à suivre : les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux. *Recherches familiales*, 2015, vol. 1, n° 12 : p. 57-70. En ligne : https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RF_012_0057
 - **Houzelle N., dir., Coulon N., Coum D., Mariage D., Neyrand G., Prevot O.** Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 189 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>
 - **Houzelle N., Rebillon M.** Promouvoir la santé dès la petite enfance : concepts et méthodes pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 192 p.
 - **Lagarde F., Sacre P., Ouhnia F., Dhellin M., Eliot I., Manh A.** Prévention précoce au domicile : une revue de la littérature et une description d'un service français d'intervention sociale et familiale. *Devenir*, 2011, vol. 23, n° 1 : p. 33-68.
 - **Marpeau P.** Comment la PMI de Vanves travaille pour lutter contre les inégalités sociales de santé. *La Santé en action*, décembre 2013, n° 426 : p. 33-35. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>
 - **Paquet G., Hamel D.** Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale – Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002). Québec : Institut de la statistique du Québec, 2005 : 16 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/396-Fascicule4-fr.pdf>
 - **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Santé et parentalité : l'approche des villes.** Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Réseau français des Villes-Santé, 2013 : 81 p.
 - **Suesser P., dir.** *Quelle PMI demain ? Dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités locales.* Toulouse : Éditions Érès, coll. 1001 BB – Bébés au quotidien, 2012 : 259 p.
- ## SÉLECTION D'ORGANISMES RESSOURCES
- **Observatoire national de la protection de l'enfance**
L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPES) constitue l'une des deux entités du Groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED), avec le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED). Il a pour objectif d'améliorer la connaissance de l'enfance en danger afin de mieux prévenir et traiter. Pour cela, il recense, analyse et diffuse des informations sur l'enfance, la parentalité, la santé et les dispositifs d'aide ou de prise en charge des enfants. Il liste notamment les dispositifs régionaux d'accompagnement éducatif ou de soutien à la parentalité jugés efficaces.
En ligne : <http://www.oned.gouv.fr/>
 - **Protection maternelle et infantile**
Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Ce service organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation, surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans.
 - **Observatoire des inégalités**
Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et par le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.
En ligne : <http://www.inegalites.fr>
Également un espace « jeunes » : <http://www.inegalites.fr/spip.php?page=espacejeune>
 - **ATD Quart Monde**
Le mouvement ATD Quart Monde lutte pour les droits de l'homme, avec les objectifs de garantir l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et d'avancer vers l'éradication de



© Meyer / Tendresse F. Boue

l'extrême pauvreté. Il développe des projets sur le terrain auprès de personnes qui vivent en situation de pauvreté. ATD Quart Monde anime en outre dix réseaux de professionnels en France qui cherchent à atteindre les plus pauvres dans les différents domaines des droits fondamentaux (famille, culture, école, habitat-ville, travail-métier, santé, vie locale citoyenne, vacances, participation-croisement des savoirs et dialogue avec le parlement).

En ligne : <https://www.atd-quartmonde.fr/theme/sante/>

• Lentille ISS

La lentille des inégalités sociales de santé (ISS) est un outil qui a été élaboré par un groupe de travail constitué par la Fondation Roi Baudouin, en Belgique. Cet outil permet aux responsables de projets locaux d'observer différents aspects des inégalités sociales de santé et de davantage tenir compte des différents sous-groupes au sein des populations concernées par les projets. Cet outil s'adresse aux décideurs institutionnels, coordonnateurs, acteurs professionnels ou bénévoles. Un questionnaire d'auto-évaluation, accessible sur le site Internet, permet d'identifier les inégalités sociales existant au sein de la population concernée afin de pouvoir les prendre en compte dans le projet. Des modes

d'emplois du questionnaire sont fournis ainsi que d'autres outils en promotion de la santé.

En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

• La Tribune sur les inégalités sociales de santé

La Tribune sur les inégalités sociales de santé est une initiative de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Refips). Cette plateforme est une ressource informationnelle en matière d'inégalité sociale de santé à travers le monde, qui a pour but de partager l'information existante. Elle héberge et alimente une base de connaissance francophone sur les inégalités sociales de santé (ISS), en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. Cette base couvre six thématiques : inégalités sociales de santé, déterminants sociaux de la santé, interventions pour réduire les ISS, politiques et stratégies en faveur de l'équité, problème de santé et ISS et évaluation des interventions.

En ligne : <http://www.tribuneiss.com/>

Les liens Internet mentionnés ont été consultés le 15 septembre 2016.

Situation du saturnisme en France et prévention : état des lieux

Agnès Verrier,
chargée de projet surveillance
des intoxications,

Marie Pécheux,
chargée d'études surveillance
des intoxications,
Santé publique France.

Le saturnisme de l'enfant, c'est quoi ?

Le plomb est un métal naturellement présent dans les sols et les roches, connu et utilisé déjà quatre mille ans avant notre ère. Le nom donné

à l'intoxication au plomb, le saturnisme, provient du Moyen Âge, période à laquelle les alchimistes pensaient que le plomb pouvait être transformé en or et l'associaient à la planète la plus froide : Saturne. Son importante utilisation au fil des siècles, particulièrement depuis la révolution industrielle, a fait du plomb un toxique souvent retrouvé dans l'environnement. Il pénètre dans l'organisme principalement par ingestion (sols ou poussières, eau, aliment) et aussi par voie respiratoire ou sanguine (transmission materno-fœtale) [1]. Une fois absorbé, il se diffuse dans l'organisme par le sang, dans les tissus mous et surtout le squelette (94 %), dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps (demi-vie supérieure à dix ans). Le plomb n'ayant aucun rôle physiologique, sa présence dans l'organisme résulte toujours d'une contamination. Pour mesurer le niveau d'intoxication, l'indicateur privilégié est le dosage de plomb sanguin ou plombémie ; cette dernière reflète un état ponctuel d'équilibre entre un processus de contamination éventuellement en cours, le stockage ou le déstockage du plomb osseux, et l'élimination (excrétion, phanères, sueur). Un enfant intoxiqué par le plomb ne présente pas, le plus souvent, de symptômes. Pourtant, même en l'absence de symptômes, l'intoxication par le plomb a des effets délétères. Chez l'enfant de moins de 6 ans, les effets

sont principalement neurologiques avec une altération des performances cognitives, des troubles de l'attention et une diminution de l'acuité auditive. Chez la femme enceinte, les principaux risques sont un avortement ou un accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin ou un petit poids de naissance, ainsi que des troubles cognitifs chez l'enfant grandissant. La principale mesure consiste à supprimer la source d'exposition au plomb. Pour les cas les plus graves (plombémie > 250 µg/L), la possibilité d'un traitement chélateur peut être évaluée par un service hospitalier pédiatrique.

Quelles sont les sources d'intoxication au plomb et les personnes concernées ?

Suite à la survenue de plusieurs cas graves de saturnisme infantile en lien avec la présence de peinture au plomb dans des logements dégradés au milieu des années 1980, les autorités sanitaires se sont mobilisées. Les premières campagnes de dépistage du saturnisme chez des enfants vivant en milieu urbain, notamment dans les quartiers défavorisés de Paris, dans les années 1990, ont permis d'identifier et de traiter des centaines d'enfants présentant des niveaux plus ou moins élevés d'imprégnation saturnine. En 1995, la surveillance du saturnisme de l'enfant mineur s'est étendue à l'ensemble du territoire français afin de recenser les cas d'intoxication par le plomb, de décrire leurs caractéristiques, d'évaluer les stratégies de dépistage, notamment les motifs de prescription de la plombémie et la prise en charge médicale et environnementale des enfants intoxiqués. Ce dispositif repose sur le remplissage, par le médecin prescripteur, d'une fiche pour toute plombémie. Pour les cas

L'ESSENTIEL

- **Si le logement ancien et dégradé avec présence de peintures au plomb est le principal facteur d'intoxication par le plomb en France, de nombreuses autres sources d'intoxication existent ; elles sont liées à des activités de loisirs ou professionnelles utilisant des matériaux contenant du plomb, à la fréquentation de sols contaminés par des industries et mines fermées ou à l'utilisation de vaisselle ou cosmétiques spécifiques.**
- **Le nombre annuel de cas de saturnisme, égal à 126 en 2014, a été divisé par trois depuis vingt ans.**
- **Tout cas de saturnisme (plombémie \geq 50 µg/L) doit être déclaré à l'agence régionale de santé afin d'identifier la source d'intoxication et la soustraire de l'environnement de l'enfant, car la prévention est cruciale au regard des conséquences du saturnisme, en particulier chez les petits.**

d'intoxication présentant une plombémie \geq 50 µg/L, le saturnisme devient à déclaration obligatoire. Ce statut entraîne la notification à l'autorité sanitaire, par le médecin prescripteur, qui mettra en œuvre une enquête environnementale destinée à rechercher les sources d'exposition au plomb. Si l'habitat ancien et dégradé avec des peintures au plomb demeure la première cause d'intoxication [2], de nombreuses autres sources ont été identifiées comme des objets domestiques, des contaminations par des sols pollués, des activités professionnelles ou de loisirs (voir encadré ci-contre).

En France, selon le dispositif coordonné par Santé publique France, le nombre annuel de cas de saturnisme déclaré à l'autorité sanitaire est passé de 904 cas en 1995 à 126 en 2014. Si l'Île-de-France concentre plus de la moitié des cas (54 %) ; les régions Nord-Pas-de-Calais – désormais

englobée dans Hauts-de-France – (9 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6 %) et Rhône-Alpes – (4 %) désormais englobée dans Auvergne-Rhône-Alpes – sont aussi très concernées par le saturnisme. Dans la grande majorité des cas, le motif de prescription d'une plombémie demeure lié à l'habitat antérieur à 1949, dégradé, avec présence de peinture au plomb ou de récents travaux (93 %). Les comportements de pica¹ représentent 15 % des motifs de prescription. Trois quarts des enfants dépistés pour la première fois ont moins de 6 ans et la moitié des cas moins de 3 ans.

La lutte contre le saturnisme

Deux études menées respectivement en 1995, puis en 2006, en population générale auprès d'enfants âgés de 1 à 6 ans, ont montré que le nombre annuel d'enfants intoxiqués par le plomb avait fortement diminué passant de 84 000 à 4 400. Cette diminution, corroborant celle observée parmi les cas de saturnisme déclarés, suggère l'efficacité des actions publiques de réduction des expositions. Celles-ci concernent la lutte contre l'habitat indigne, la réduction des émissions

atmosphériques de plomb (par la généralisation de l'essence sans plomb), la diminution des teneurs en plomb dans l'eau ou, plus récemment, l'identification et la réhabilitation des sites pollués.

Habitat

La loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion prévoit, depuis 1998, la réalisation d'un diagnostic des peintures lorsqu'il existe un risque d'exposition au plomb pour un mineur et oblige les propriétaires à faire des travaux en cas de présence de plomb accessible. Depuis 2008, il existe une obligation d'effectuer un constat de risque d'exposition au plomb pour toute transaction, vente ou location, d'un logement antérieur à 1949 (y compris des parties communes de l'immeuble). En cas de présence importante de peintures au plomb dégradées ou du risque d'exposition d'un mineur, le préfet peut imposer des travaux au propriétaire dans les meilleurs délais.

Émissions atmosphériques

La commercialisation de l'essence sans plomb, initiée en 1990 et généralisée en 2000, a contribué à la baisse substantielle des concentrations de plomb dans l'air avec trente fois moins d'émissions sur la période 1990-2013.

Eau potable

La directive européenne 98/83/CE relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, en imposant une diminution des concentrations maximales à respecter, notamment pour le plomb (25 µg/L en 2004, puis 10 µg/L en 2013), a conduit au remplacement progressif des canalisations d'eau en plomb et à interdire le recours à ce métal pour leur fabrication à partir de 1995.

Sols pollués

La direction générale de la prévention des risques (ministère de l'Environnement) pilote, depuis 2010, une démarche proactive, appelée « Établissements sensibles », visant à vérifier la qualité des sols dans les établissements accueillant des enfants et des adolescents construits sur d'anciens sites industriels [3]. Une action nationale a aussi été mise en place pour prévenir les risques pour la santé humaine résultant de la gestion des déchets des anciennes mines (directive 2006/21/CE).

Perspectives

En dépit de l'arsenal réglementaire déployé pour réduire le risque d'exposition au plomb et de la forte diminution du nombre de cas déclarés ou estimés depuis vingt ans, le plomb demeure l'une des dix substances chimiques préoccupantes pour l'OMS. Les recherches ont démontré une toxicité sans seuil (c'est-à-dire dès le premier microgramme) du plomb, alors que son exposition est entièrement évitable : les actions de repérage des enfants à risque saturnin doivent donc être renforcées. Il s'agit en particulier de cibler des zones géographiques à risque d'exposition au plomb d'enfants mineurs pour effectuer des dépistages ciblés. L'examen médical du vingt-quatrième mois de l'enfant est aussi l'occasion du repérage individuel avec une recherche systématique des facteurs de risque de saturnisme auprès des parents, facilitée par la gratuité totale (via l'exonération du ticket modérateur) des analyses sanguines de dépistage pour les enfants mineurs et les femmes enceintes depuis 2005. L'ensemble du territoire doit se sentir concerné par ces actions, car les situations de contamination par le plomb ne concernent plus uniquement les zones urbaines avec notamment des expositions liées à la fréquentation de zones où existent des activités industrielles ou minières actuelles ou passées. ■

1. Ou le désir de manger, de mâcher ou de lécher des objets non alimentaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Santé publique France. Dossier thématique « Saturnisme de l'enfant mineur ». <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant>
- [2] Haut conseil de santé publique. Expositions au plomb : détermination de nouveaux objectifs de gestion. Juin 2014. <http://hscsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=444>
- [3] Circulaire du 17 décembre 2012 relative aux diagnostics des sols dans les lieux accueillant les enfants et les adolescents -Deuxième vague de diagnostics. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36321.pdf

LES SOURCES D'EXPOSITION AU PLOMB

- Les poussières et les écailles de peinture au plomb présentes dans les logements construits avant 1975 (et surtout ceux antérieurs à 1949) ;
- les sols contaminés par des activités industrielles ou minières actuelles ou passées ;
- l'eau du robinet contaminée par des canalisations en plomb ;
- les activités professionnelles (restauration de vitraux, fonderie, fabrication de céramiques, d'objets émaillés, de munitions ou d'objets en plomb, recyclage de batteries, ferrailage ; activités professionnelles de l'enfant mineur en apprentissage) ;
- les activités de loisirs (fabrication de céramiques, d'objets émaillés, de munitions ou d'objets en plomb, la pratique du tir sportif, etc.) ;
- l'utilisation de vaisselles artisanales (céramiques, cristal) ou de cosmétiques traditionnels (*surma* ou *khôl*).

Paris : un dispositif spécifique pour lutter contre le saturnisme chez les enfants

Véronique Dufour,
médecin chargé
de la protection infantile,
Service de Protection
maternelle et infantile (PMI),
Paris.

La ville de Paris est, depuis trois décennies (1986), très impliquée dans la lutte contre le saturnisme. Cette maladie

est liée à l'absorption de particules de plomb, provenant essentiellement d'écaillures de peinture, à l'inhalation de poussières résultant de la dégradation de peintures ou produites lors de travaux dans des habitats construits avant 1949. La présence de plomb dans l'organisme est anormale, et elle est particulièrement préjudiciable aux enfants dans les premières années de la vie.

Jusqu'en 2015, le seuil des plombémies soumises à déclaration obligatoire (DO) était fixé à 100 µg/l. La ville, le département de Paris, l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et la préfecture de Paris ont fait plusieurs constats :

- la réduction du nombre des déclarations obligatoires de saturnisme ces dernières années, qui témoigne de l'efficacité des politiques publiques particulièrement volontaristes à Paris;
- la baisse d'imprégnation par le plomb dans la population générale ;
- les progrès importants dans la précision des dosages du plomb (techniques de plombémie) ;
- une absence de seuil clairement identifié pour définir une intoxication par le plomb au-delà de la simple imprégnation.

Ces divers constats les ont conduits à élaborer conjointement un projet nommé Prévention expérimentale et conjointe du saturnisme infantile (Pecsi).

Identifier la source d'exposition

Pecsi est mené auprès des jeunes enfants parisiens subissant une imprégnation excessive de plomb, soit dépassant le seuil de 50 µg/l (*voir article d'A. Verrier et M. Pécheux dans ce même numéro*). Ce programme concerne les enfants parisiens de la naissance à 10 ans et repose sur le déclenchement d'une enquête environnementale destinée à chercher activement la source d'exposition au plomb. L'enquête, effectuée par le Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (LHVP), peut déboucher sur une intervention de la direction régionale interdépartementale de l'Hébergement et du Logement de la préfecture de Paris et d'Île-de-France (DRIHL) si nécessaire et, ainsi, prévenir précocement la poursuite de l'intoxication.

Ce programme complète les actions déjà menées au titre de la lutte contre le saturnisme. À Paris notamment, des actions environnementales menées dans les logements conduisent, à la seule connaissance d'un risque d'exposition au plomb identifié dans un logement, un opérateur social à effectuer des travaux, et ce en dehors de toute connaissance préalable d'une plombémie élevée. Sont inclus dans ce projet les enfants qui présentent – lors du primo-dépistage ou lors d'un suivi d'enfants ayant des risques d'exposition au plomb – des taux entre 50 µg/l et 99 µg/l.

Pecsi a contribué à permettre la révision du seuil de la déclaration obligatoire. En effet, suite au rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de juin 2014, recommandant de réduire les expositions au plomb au plus bas

niveau possible, un arrêté du 8 juin 2015 a défini un nouveau seuil des plombémies soumises à déclaration obligatoire, fixé à 50 µg/l. En réalité, deux seuils ont été définis pour la prise en charge des intoxications de l'enfant : un seuil d'intervention rapide à partir d'une plombémie égale ou supérieure à 50 µg/l et un seuil de vigilance en cas de plombémie égale ou supérieure à 25 µg/l. Entre 25 µg/l et 49 µg/l, ce sont essentiellement les services de PMI de la Direction des familles et de la petite enfance (DFPE) qui assurent le suivi préventif de ces enfants, selon les recommandations en vigueur (ARS Île-de-France), mais le médecin de l'enfant peut également s'en charger.

Repérage et prise en charge

À Paris, la source principale d'intoxication se trouve dans les anciennes peintures contenant du plomb, d'habitats antérieurs à 1949. Ces peintures étaient employées pour le revêtement des murs. Leur utilisation est interdite depuis le 1^{er} janvier 1949. D'autres sources et certains comportements des enfants (pica) peuvent orienter la recherche. Un repérage est aussi effectué chez les femmes enceintes, par les sages-femmes essentiellement, lors de l'entretien prénatal du quatrième mois de grossesse.

Les professionnels de PMI repèrent les facteurs de risque d'exposition au plomb :

- que ce soit au domicile des familles lors des visites à domicile par les puéricultrices et les sages-femmes ou par le biais des questions posées aux familles par les professionnels dans le centre lors d'accueil de puériculture ou de

consultation médicale : habitat antérieur à 1949, présence de peintures au plomb dans l'habitat, habitat dégradé, travaux récents dans l'habitat, autres enfants intoxiqués dans l'entourage, loisirs à risque, lieu de garde ou de scolarisation à risque, risque hydrique, profession à risque des parents, pollution industrielle, comportement de pica, vaisselle ou khôl susceptibles de contenir du plomb, etc. ;

- ou à partir de signes cliniques chez l'enfant : troubles du comportement, retard des apprentissages, signes digestifs – anorexie, douleurs abdominales, constipation, pâleur et donc anémie à rechercher...

En cas de doute sur certains facteurs de risque, il est possible de demander une visite à domicile par les puéricultrices ou les sages-femmes de PMI.

Les enfants sont dépistés selon deux modes principaux :

- les professionnels de PMI proposent le dépistage aux enfants demeurant dans des bâtiments identifiés comme contenant du plomb (liste d'environ 1 500 bâtiments, établie et mise à jour par la direction Logement et Habitat (DLH) de la ville et transmise aux équipes de PMI) ;
- la DLH et son Bureau de la protection des locaux d'habitation de la ville de Paris repèrent des bâtiments dégradés avec présence de plomb et adressent les familles en centre de PMI et/ou chez leur médecin qui prescrit une recherche de la plombémie selon le souhait des familles.

Les deux modes de dépistage s'entrecroisent cependant, notamment à travers le suivi des fratries et celui des occupants successifs d'un logement.

Par ailleurs, la ville de Paris complète en milieu scolaire ce dispositif de lutte contre le saturnisme. Pour les élèves habitant un logement à risque ou ayant un comportement particulier (pica) ou présentant des signes particuliers, le risque sanitaire est évalué par le médecin de santé scolaire avec les parents, et un dosage de la plombémie est prescrit le cas échéant et peut être effectué en centre de PMI ou adressé à son médecin.

Enrayer l'intoxication

L'objectif des actions du service de PMI de Paris est de dépister les enfants ayant une imprégnation anormale par le plomb, afin d'enrayer l'intoxication.

L'ESSENTIEL

- **☒ Compte tenu de son parc important d'immeubles anciens dont les logements sont revêtus de peinture au plomb, la ville de Paris a mis en place, depuis trente ans, un dispositif spécifique de lutte contre le saturnisme, en particulier auprès des enfants.**
- **☒ En première ligne, les services de Protection maternelle et infantile (PMI) font du repérage, y compris à domicile ; puis, ils prennent les dispositions nécessaires pour endiguer l'exposition au plomb chez les populations concernées.**
- **☒ Si les niveaux d'intoxication de la population ont diminué sensiblement au cours des dernières décennies, sur Paris 32 enfants ont été dépistés en 2015 avec une plombémie supérieure à 50 µg/l.**

Ce service suit les enfants ayant une imprégnation anormale et/ou une exposition au risque susceptible de ne pas avoir été maîtrisée, afin d'empêcher une aggravation secondaire. Actuellement, la lutte contre le saturnisme infantile est organisée sur la base d'une collaboration étroite entre la DLH, la DRIHL et ses opérateurs sociaux, les équipes de PMI, le centre municipal de santé Edison pour les prélèvements de plombémie et le Service parisien de santé environnementale (SPSE) de la direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) pour les enquêtes environnementales. Si des facteurs de risque sont repérés, les professionnels informent les familles du déroulement du protocole. Le service de PMI est donc amené à tester les enfants : demande de dosage de plomb dans le sang et de numération de formule sanguine (NFS), s'il s'avère que ceux-ci ont pu être exposés au plomb. La plombémie est l'indicateur le plus pertinent de l'exposition récente au plomb.

Une enquête sur l'environnement du mineur est réalisée suite à la déclaration d'un cas de saturnisme afin de déterminer l'origine de l'intoxication (article L1334-1 du Code de la santé publique). Cette enquête doit rechercher les sources d'exposition au plomb présentes dans l'environnement de l'enfant afin de déterminer l'origine de l'intoxication, en déduire quelles actions mener pour

protéger l'enfant intoxiqué et les enfants potentiellement exposés. Elle consiste en une prise de rendez-vous avec la famille et avec l'opérateur sanitaire et social (OSS) mandaté par la DRIHL pour une visite à domicile, des échanges avec la famille (questionnaire), la recherche du plomb dans l'environnement et des conseils à la famille. Cette enquête peut aboutir à une investigation élargie à l'environnement de l'enfant. L'enquête environnementale fait partie d'une chaîne d'actions dont le but est de stopper le processus d'intoxication du cas déclaré et de prendre des mesures de prévention pour d'autres enfants, voire des adultes, qui pourraient être exposés aux mêmes sources.

PMI et santé scolaire : 313 enfants dépistés en 2015

En 2015, 313 enfants ont été dépistés par le service de PMI, dont 9 enfants dans le cadre de la prévention médicale scolaire. La PMI a déclaré à l'ARS 19 enfants qui ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, présentant des taux supérieurs à 50 µg/l. Sur l'ensemble de Paris, en 2015, 32 enfants avaient une plombémie supérieure à 50 µg/l (19 enfants détectés en PMI, 11 dépistés par des médecins généralistes et des pédiatres libéraux et 2 à l'hôpital). Depuis trois ans, le nombre d'enfants suivis par nos services diminue, preuve que les mesures concernant l'habitat et les actions menées pour protéger les enfants intoxiqués et les enfants potentiellement exposés produisent des effets directement mesurables ; mais ce peut être aussi un indicateur selon lequel la mobilisation des intervenants est probablement moins forte. C'est dans ce contexte que les personnels concernés dans les PMI, déjà formés au saturnisme en 2012, vont se voir proposer à nouveau une formation afin de les sensibiliser et de les mobiliser. ■

Saturnisme et accès aux soins en région PACA

Remi Laporte,

pédiatre, coordinateur médical de la PASS mère-enfant, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille,

Alexandre Daguzan,

psychologue social de la santé, ingénieur hospitalier, service d'évaluation médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille,

Karine Hadji,

ingénieure d'études sanitaires, mission santé environnement, direction santé publique et environnementale, ARS PACA,

Brigitte Moissonnier,

ingénieure du génie sanitaire, responsable de la mission santé environnement, directrice adjointe, direction santé publique et environnementale, ARS PACA,

Gérard Coruble,

médecin de santé publique, pilote du Praps, direction de la santé publique et environnementale, ARS PACA,

Stéphanie Gentile,

médecin de santé publique, chef du service d'évaluation médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, professeur des universités, Aix-Marseille, EA 3279, santé publique : maladies chroniques et qualité de vie,

Brigitte Chabrol,

pédiatre, chef de pôle de pédiatrie, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, professeur des universités, Aix-Marseille.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) concentre une des plus fortes proportions de ménages pauvres. Plus intensément exposés aux risques environnementaux, leur moins bon état de santé les rend aussi plus vulnérables [1]. La mise en œuvre du plan régional santé-environnement (PRSE) s'est heurtée à l'intrication des multiples vulnérabilités de certains publics, comme les difficultés d'accès aux soins et la vie en habitat indigne. Ces constats ont conduit l'agence régionale de santé (ARS) Paca à adapter certaines stratégies de promotion de la santé et de réduction des inégalités de santé. La première consultation enfant-environnement, luttant contre le saturnisme infantile (SI) et les

pathologies liées à l'environnement, créée en 2011 à Marseille, s'est développée vers une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) mère-enfant.

Création de la Pass mère-enfant

La consultation enfant-environnement avait ouvert à l'hôpital Nord. Une consultation médicale étayée par un accompagnement social et paramédical était proposée aux enfants les plus vulnérables pris en charge au service d'accueil des urgences pédiatriques, situé à proximité. La recherche de facteurs de risques environnementaux était effectuée sur les lieux de vie des familles par un infirmier de la consultation (formé au conseil habitat-santé). Bien que son intervention dût être clairement distincte d'un diagnostic technique ou d'une démarche pour un relogement social, sa visite visait à la délivrance de conseils hygiéno-diététiques d'éducation à la santé rapides à adopter. Toutes ces actions permettaient de créer une relation de confiance afin d'amorcer ou de rétablir un parcours de soins de proximité et de droit commun.

Afin de garantir une pérennité à ce dispositif et de prendre en charge un nombre croissant de familles, la consultation enfant-environnement s'est transformée, en 2014, en Pass mère-enfant. Ses nouveaux objectifs s'intégraient aux deux plans régionaux de santé : PRSE et plan régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Répartie sur les hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), la Pass mère-enfant est une offre de prise en soins multidisciplinaire, comportant des consultations médicales (pédiatriques et de sage-femme), des soins infirmiers et l'accès à un plateau technique et à des entretiens sociaux, une délivrance de médicaments et de vaccins, et aussi des visites de soignants à domicile et

des accompagnements physiques. La facturation est modulable suivant l'effectivité de la couverture sociale (directe, différée ou annulée). De par l'intervention dans le champ du logement et en travaillant l'autonomisation dans le système de santé, de nombreux partenaires ont été impliqués pour faciliter l'adressage des familles à la Pass mère-enfant et pour contrôler les expositions environnementales.

Sur l'année 2015, 488 nouveaux enfants (de 201 familles) ont ainsi été pris en charge à la Pass mère-enfant. 86 d'entre eux (20 %) n'avaient initialement aucune couverture sociale. 58 enfants (12 %) souffraient de SI. Des visites à domicile ont été effectuées dans 135 logements stables de ces familles. Près de la moitié (47,5 %) des enfants étaient exposés à un risque d'exposition au plomb ; 66,1 % à des moisissures étendues ; 12,9 % à des rongeurs ; 11,3 % à un risque électrique ; 9,4 % à des blattes ; 3,3 % à des punaises de lit ; 2,1 % à un risque d'intoxication au monoxyde de carbone et 2,1 % à un risque mécanique (chutes de personnes ou d'objets). Les risques environnementaux étaient donc souvent multiples pour un même logement. Les enfants vivant en bidonville présentaient aussi de nombreux cas de SI par exposition au brûlage-ferraillage sur les lieux de vie. La sensibilisation des familles à des conseils hygiéno-diététiques était effectuée sur site avec un partenaire associatif (Médecins du Monde).

Depuis l'ouverture de la consultation initiale en 2011, cette action s'est accompagnée d'une augmentation du nombre moyen de cas de SI diagnostiqués dans les Bouches-du-Rhône à $24,0 \pm 4,8$ cas par an sur la période 2011-2015, soit une augmentation de +224 %¹. Sur la même période dans les autres départements de Paca, le dépistage est resté stable et inférieur à 3 cas par an. Les stratégies

L'ESSENTIEL

-
- ▶ **En 2011, une première consultation médicale enfant-environnement est ouverte à Marseille pour lutter contre le saturnisme infantile. Cette consultation se transforme, en 2011, en permanence d'accès aux soins de santé (Pass) mère-enfant.**
- ▶ **La Pass mère-enfant est une offre multidisciplinaire de soins, comportant en particulier consultations médicales, soins, entretiens sociaux et visites de soignants à domicile.**
- ▶ **À partir de 2015, quatre autres Pass mère-enfant sont ouvertes à Avignon, Manosque, Nice et Toulon.**
- ▶ **Cette stratégie a permis de mieux prendre en charge les populations à risque élevé d'exposition.**

de repérage et de prise en charge des risques environnementaux développées par les équipes de la Pass mère-enfant ont donc permis de mieux identifier et prendre en charge les populations à risque élevé d'exposition [3].

Nouvelles Pass mère-enfant

Dès 2015, l'ARS Paca a souhaité que ces activités soient déployées aux autres départements de la région à Avignon, Manosque, Nice et à Toulon. Le financement a été porté par le fonds d'intervention régional dans le cadre du développement d'actions innovantes pour améliorer le parcours du patient et lutter contre les inégalités de santé notamment environnementales.

Chaque site ayant ses propres organisations des soins et son réseau de partenaires préexistant, la mise en œuvre de la Pass mère-enfant s'est voulue progressive et adaptée aux contextes locaux. L'objectif n'est pas de reproduire à l'identique l'expérience marseillaise, mais de créer les conditions d'obtenir « des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte initial » [4].

La Pass mère-enfant et le service d'évaluation médicale de l'AP-HM accompagnent ce déploiement régional en assurant le partage de connaissances et de pratiques avec les autres sites par des rencontres régulières ou la mise en place d'un site Internet ressource pour les équipes (fr.ap-hm.fr/site/pass-me).

La mise en place de l'action dans chaque centre exposait à des problématiques assez similaires : organiser l'intervention de l'hôpital hors les murs, le parcours de soins et son financement, des réseaux de partenaires pour l'accès aux soins et à un logement digne...

Les premiers retours d'expériences ont montré que les familles prises en charges présentaient, comme à Marseille, des problématiques multiples de risques environnementaux et de difficultés d'accès au système de soins. Bien que les architectures urbaines soient variables (ex. : centres anciens ou reconstruits au XX^e siècle) et aient laissé attendre *a priori* moins de cas de SI, la surveillance des plombémies en région Paca a fourni le premier indicateur de résultat de ce déploiement. Sur les huit premiers mois de 2016, 10 nouveaux cas de SI ont été signalés (dépassant le nouveau seuil de 50 µg/l) à l'ARS Paca hors Bouches-du-Rhône, contre seulement 4,3 ± 1,5 cas par an pendant les quatre années précédentes ; soit une augmentation de + 353 %.

Les publics migrants ou vivant en bidonville étaient variablement représentés dans les différents centres, en fonction de leurs déplacements. Aucun indicateur quantitatif n'était encore disponible pour justifier de l'activité auprès de ces patients, mais plusieurs cas de SI étaient diagnostiqués.

La mobilisation du réseau de partenaires était plus hétérogène. Les ressources associatives étaient très variables tout comme la structuration de certaines administrations (ex. : les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne) et leurs implications (ex. : mairies et services communaux d'hygiène et de salubrité envers le respect du règlement sanitaire départemental, conseils départementaux envers l'accès à la vaccination pour des publics exclus).

Une attention particulière était portée pour positionner cette offre de soins en complément de celles existantes sans désorganiser les patients dans leur parcours habituel. Les quatre établissements étaient encouragés à ne pas remplacer les activités de prévention-dépistage universels des autres structures sanitaires (ex. : dépistage du SI : privilégier le recours à la Pass mère-enfant en cas d'intoxication plutôt que pour le dépistage) [5].

Ces premières observations sur le déploiement régional en Paca de Pass mère-enfant nous ont par ailleurs montré l'importance de continuer à tisser les relations avec les différentes structures et de tenir compte des problématiques prioritaires de chacun.

Ce dispositif constitue ainsi une action précoce et probante pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le suivi de la déclaration obligatoire des cas de SI illustre bien l'impact de cette action en matière d'accès aux soins et de prise en compte des risques environnementaux. ■

Contacts

- Centre Hospitalier Henri Duffaut, Avignon : Dr. A. Schott ; Infirmière : 06 80 85 06 46
- Centre Hospitalier de Manosque : Drs. G. Bovero, M. Guillaume ; Infirmière : 06 83 77 82 31
- APHM, Marseille : Dr. R. Laporte ; Infirmières : 06 16 19 07 52 / 06 84 70 64 79
- Hôpitaux pédiatriques de Nice-CHU Lenval, Nice : Dr. P. Babe ; Infirmière : 04 92 03 05 43
- Hôpital Sainte Musse, Toulon : Dr. M. Salles ; Infirmière : 06 13 83 08 18

1. Cas de SI au seuil de 100 µg/l ; comparativement la période 2006 à 2010. Données Institut de veille sanitaire (InVS) et ARS Paca. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant/Donnees-de-la-surveillance-du-depistage-et-de-la-declaration-obligatoire>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Observatoire régional de la santé Paca. *Tableau de bord régional Santé-Environnement*. Marseille : ORS PACA, 2012. En ligne : <http://content.zone-secure.net/TBSE/>
- [2] Bernard O., Collomb J., Hadji K., Laporte R., Ponsot M., Roustan S. Bouches-du-Rhône : du dépistage du saturnisme infantile à la lutte contre l'habitat indigne. *La Santé en action*, 2013, n° 426 : p. 23-25.
- [3] Saturnisme : quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? Une expertise opérationnelle de l'Inserm et de l'InVS, 2008. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2008/saturnisme_depistage/Saturnisme_depistage.pdf
- [4] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé publique*, 2014, vol. 26 : p. 783-786. En ligne : cemea.idf.fr
- [5] *L'Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte*. Guide DGS 2006. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_depistage_saturnisme-3.pdf

« Avoir une forme d'autonomie et être actrice de ma vie malgré mon handicap »

Entretien avec Noémie Nauleau¹.

La Santé en action : Dans quel contexte avez-vous évolué pendant l'enfance ?

Noémie Nauleau : J'avais 8 ans lorsque je suis entrée pour la première fois dans une institution médico-sociale. Atteinte d'une maladie génétique évolutive, j'entrais dans la case institut médico-éducatif (IME). On m'a expliqué cela comme étant la meilleure solution pour suivre de concert ma scolarité et les besoins médicaux qu'engendrait mon handicap. En vérité, l'institutrice de primaire ne voulait plus de moi dans sa classe, trop de contraintes techniques... J'avais la même capacité intellectuelle que les autres enfants, mais je devais respecter le schéma qui avait été pensé pour mon cas.

Je n'ai jamais aimé cet endroit. Mon rythme n'était plus le même que celui de mes copains de l'école, que je perdais de vue petit à petit. Le chirurgien voulait sans cesse m'opérer, et l'enseignante ne comprenait pas pourquoi mes parents s'acharnaient à implorer que l'on me fasse étudier. L'on m'a donc fait quitter l'école pour entrer dans un IME.

S. A. : Quel événement vous a permis de trouver un environnement plus favorable ?

N. N. : Ma chance, c'est de toujours avoir croisé les bonnes personnes. L'année suivant mon entrée à l'IME, une professeure des écoles a constaté mes capacités et m'a permis d'étudier en conséquence. Quelques années plus tard, je suis entrée dans un collège

« mixte » : avec élèves valides et élèves handicapés. J'étais heureuse et fière. Je retournais dans le monde ordinaire. Malheureusement, j'ai vite déchanté. C'était comme dans le *Titanic* : il y avait les élèves normaux à l'étage et les élèves handicapés au rez-de-chaussée. Imaginez l'effort qu'il me fallait faire pour être acceptée des autres. L'évolution de la maladie étant rapide, j'ai dû arrêter d'aller au collège. Ma santé me demandait bien trop ; assumer le rythme de 6 heures le matin à 18 h 30 le soir, plus les devoirs encore après, c'était beaucoup trop.

S. A. : Donc, brutalement, vous vous retrouvez coupée de la société ?

N. N. : Exactement. Adolescente, je me suis retrouvée alitée, aux soins de mes parents. C'était invivable pour toute la famille. J'avais 15 ans lorsque j'ai demandé à mes parents de me trouver un endroit où je pourrais étudier, où l'on prendrait ma santé en charge et, surtout, où je pourrais vivre ma vie. La solution était un IME situé à 350 kilomètres de mes parents et de mes sœurs. Les débuts ont été difficiles. J'étais très déprimée vis-à-vis de cette vie sur laquelle je n'avais aucun pouvoir. Je perdais chaque jour un peu plus le contact avec mes amies valides, je les voyais sortir, devenir féminines et amoureuses, quand je ne pouvais que constater la déformation incessante de mon corps.

S. A. : Là encore, quel élément fait basculer votre vie ?

N. N. : J'ai à nouveau rencontré les bonnes personnes ! L'équipe éducative de l'IME a su m'écouter, m'entourer, m'accompagner. J'avais un chemin intérieur à

L'ESSENTIEL

▣ C'est un véritable parcours du combattant que Noémie Nauleau, handicapée par une maladie génétique évolutive, a suivi dans le monde du médico-social.

▣ Une ténacité à toute épreuve lui a permis non seulement de disposer aujourd'hui de conditions de vie décentes, mais aussi de devenir porte-parole des personnes handicapées au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

▣ Voyage à l'intérieur du monde médico-social, avec ses faiblesses et aussi ses forces.

entreprendre. Je devais accepter cette vie, ce corps qui n'en finissait pas d'évoluer, ces forces qui me quittaient un peu plus chaque jour... et quoi de mieux pour avancer sur cette voie que de vivre parmi d'autres adolescents handicapés ! Je vivais, je me faisais des amis avec toutes sortes de handicaps confondus. J'étais comme les autres. Je devenais une adolescente qui découvrait les sorties, les terrasses de cafés et le shopping. Une jeune adulte, avec ce que cela comprenait de possibles, de risques, d'erreurs et surtout de passions ! Le droit au risque et à l'erreur m'était primordial pour grandir, mais incompatible avec l'éthique de l'institution.

Il a fallu du temps, beaucoup de temps et des professionnels compétents. Il m'a fallu avancer. Accepter beaucoup de choses qu'aucun enfant ne devrait avoir à accepter : les interrogations existentielles sur les possibilités d'avoir un amoureux, sur la mort car vivant entre nous, la confrontation à la mort d'un copain se faisait très tôt et nous renvoyait forcément à notre propre

mort... Quel avenir lorsque le rythme scolaire devient trop intense, que vous n'avez aucun diplôme et par conséquent aucune ouverture professionnelle ?

Ces mêmes éducateurs de l'IME m'ont proposé une « section préparatoire à la vie sociale », et j'ai appris que je pouvais continuer d'avancer de différentes manières, que malgré ma dépendance physique je pouvais me rendre autonome, être actrice de ma vie, exister sans pour autant avoir une situation professionnelle.

S. A. : Pourquoi mettez-vous en avant quelques professionnels et non l'établissement-institution ?

N. N. : Parce qu'à cette époque, ces quelques personnes avaient une idée bien précise de la façon dont elles devaient travailler. Elles se battaient quotidiennement contre une bonne partie de l'institution médico-sociale pour que mes copains et moi ayons le sentiment d'être libres. Contre le médecin du centre trop en retrait. Le cadre trop rigide. L'encadrement trop procédurier. J'ai conscience des risques que ces quelques professionnels ont su prendre pour faire bouger les lignes.

Sans eux et surtout sans l'une d'entre eux, aujourd'hui, je serais en maison d'accueil spécialisée (MAS). Nos situations étant déterminées par notre « charge » – c'est ainsi qu'on nomme nos besoins physiques –, à 20 ans, j'étais censée entrer en MAS. J'y ai séjourné quelquefois, mais je n'ai jamais pu me résoudre à un tel avenir. J'étais pleine d'espoir, j'avais grandi, envie d'autonomie, d'un appartement à moi ! Une MAS, cela aurait été mourir avant même d'avoir vécu. Là encore, mon équipe éducative a été à l'écoute. Ils ont tenu compte de mes capacités et aussi de mes besoins. Il leur a fallu se battre pour que je puisse dévier de cette trajectoire que j'aurais dû suivre. Mes éducateurs m'ont dirigée vers l'Institut du Mai et son concept de formation à l'autonomie, à Chinon.

S. A. : Une nouvelle fois, l'horizon s'éclaire brusquement pour vous ?

N. N. : J'ai été admise comme cliente au sein de cet institut². J'y ai trouvé une technologie développée qui m'a redonné une liberté : je pouvais entrer et sortir de mon studio grâce à la domotique. J'ai découvert un nouveau style d'institution. J'y ai gagné en autonomie

et en confiance en moi ; j'ai acquis des compétences pratiques de gestion administrative et financière.

En raison de ma grande dépendance physique, je ne peux bouger que la main droite et de façon extrêmement limitée. D'ailleurs, je n'écris que par le clic de ma souris d'ordinateur. Je ne me tiens pas plus qu'une poupée de chiffon à qui l'on aurait posé un tuteur, je ne respire que grâce à ma trachéotomie. Il faut me faire manger, me mettre aux toilettes, m'habiller, etc. Je ne peux absolument rien faire par moi-même, mais je sais exactement quels sont mes besoins, je suis en capacité d'expliquer comment faire ma toilette, comment fonctionne ma machine à laver et comment me préparer mes repas.

J'ai appris à piloter une auxiliaire de vie, à me positionner comme une adulte responsable faisant appel à l'aide d'un professionnel responsable. Le fait d'être cliente me mettait en confiance. Je payais un service, j'avais autant le devoir d'être polie que le droit d'exprimer un désaccord. En effet, lorsque l'on est dans un rapport de dépendance, il est angoissant d'exprimer un désaccord. Être cliente me donnait une légitimité. Et aujourd'hui que je vis chez moi, toute seule avec une équipe d'auxiliaires de vie, j'apprécie cette légitimité.

L'Institut du Mai ne proposait ni activité ni occupation. Il fallait sortir pour être actif. Bien sûr, nous étions accompagnés dans cette démarche, mais il ne tenait qu'à nous d'entrer dans le monde. Aller chez le coiffeur, prendre rendez-vous chez le médecin, faire du théâtre ou aller à la piscine... Toutes ces démarches nous étaient expliquées, nous étions accompagnés les premières fois, le chemin à faire était travaillé en amont avec l'ergothérapeute, mais une fois que nous en étions capables, nous sortions seuls à la rencontre du monde.

S. A. : Qu'auriez-vous à dire des institutions ?

N. N. : J'ai vécu dans nombre d'institutions, j'y ai observé la volonté des professionnels de m'accompagner, en allant bien souvent à l'encontre de l'institution qui, elle, semblait avoir défini mon parcours depuis l'annonce de mon diagnostic. Mais qui peut dire l'adulte que deviendra un enfant de 2 ans et demi ? Tout le monde ne peut pas vivre en dehors des établissements,

même un temps donné. Cependant, beaucoup d'entre nous ont la capacité de vivre seuls chez eux, mais quand on ne connaît que l'institution, entrer dans le monde paraît inaccessible. L'institution ne devrait-elle pas se montrer accompagnante, adaptable et forte d'une multitude de propositions ? Chacun doit avoir le droit d'avoir envie, de trouver sa route, l'institution doit s'en faire le tremplin. Peut-être suffirait-il de décroquer les schémas pensés selon la charge que représente la personne handicapée, pour faire en fonction de son envie, de son autonomie et de sa capacité, aussi réduites soient-elles. Peut-être faudrait-il repenser les établissements, les ouvrir, les intégrer dans les villes et non au fin fond de nos campagnes, les penser à taille humaine et, pourquoi pas, faire des colocations ?

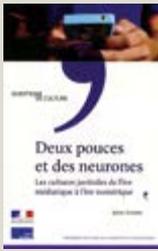
S. A. : Autonome, vous avez un rôle social et des responsabilités : comment en êtes-vous arrivée là ?

N. N. : Je vis aujourd'hui à Nantes, toute seule chez moi, dans un appartement domotisé. Je vais à Paris plusieurs fois par mois pour étudier des textes de lois, rendre des avis, proposer des idées. Le monde évolue, les choses avancent et c'est réconfortant. Personne n'aurait pu croire qu'un jour je ferais toutes ces choses passionnantes, et pourtant je suis sollicitée aujourd'hui pour donner mon avis sur la « désinstitutionnalisation ». Ne fermons pas les portes. Les institutions doivent permettre l'émancipation de chacun. Le monde ne viendra pas nous chercher, mais je suis certaine qu'il acceptera de nous accueillir avec grand plaisir. ■

Cet article est adapté de l'intervention de Noémie Nauleau sur le thème de la « désinstitutionnalisation » lors de l'Université de santé publique de Besançon, en juillet 2016.

1. Également membre d'Handidactique, suppléante au Conseil national consultatif des personnes handicapées et co-animatrice de la Commission santé, bien-être, bien-traitance.

2. L'Institut du Mai/l'Adapt, (www.le-mai.org) – appelé aussi « L'École de la vie autonome » –, situé à Chinon, se présente comme une école de formation à l'autonomie et à l'insertion sociale pour adultes de 20 ans et plus avec un handicap moteur, même très lourd. L'institut a un statut administratif de foyer d'accueil médicalisé. Il peut accueillir 40 résidents au sein d'une résidence comprenant 22 studios privés et 18 appartements disséminés dans la ville.



Deux pouces et des neurones Les cultures juvéniles de l'ère médiatique à l'ère numérique

Sylvie Octobre

À partir des trois dernières éditions de l'enquête réalisée par le ministère de la Culture et de la Communication *Les pratiques culturelles des Français* de 1988, 1998 et 2008, l'auteure, sociologue, expose les différences entre ces trois générations : la transformation des formes familiales, de l'éducation scolaire, du marché du travail et le passage à la société de consommation de masse. L'examen des réponses à l'enquête des 15-29 ans montre l'évolution de leurs pratiques et de leurs consommations culturelles à travers le temps consacré aux loisirs, l'équipement et l'usage des appareils numériques ou encore le type et le nombre de sorties. Cet état des lieux permet à Sylvie Octobre de mettre en évidence et d'analyser trois changements majeurs : la fragmentation des cultures, l'autonomie culturelle et la mutation du capital culturel.

Manon Jeuland

Paris : ministère de la Culture et de la Communication, 2014, 285 pages, 12 €.



L'Éducation pour la santé Théories, pratiques et méthodes d'évaluation

Marie-Christine Piperini

Les ouvrages récents sur l'éducation pour la santé ne sont pas légion, en particulier les manuels destinés aux professionnels. La quatrième de couverture présente ce livre comme un « ouvrage de synthèse [qui] s'adresse aux concepteurs et animateurs de projets d'éducation pour la santé, ainsi qu'à tout chercheur ou étudiant voulant approfondir ses connaissances sur les processus psychosociaux et cognitifs mobilisés dans ce contexte ». Pourtant, ce sont avant tout les universitaires qui y trouveront matière à réflexion. Doté d'une abondante bibliographie, cet ouvrage propose une synthèse théorique des recherches actuelles en éducation et en promotion de la santé, des fondements psychosociaux et de l'efficacité des messages éducatifs en santé. Il explore les interactions didactiques en groupe de formation et la construction d'une démarche éducative. Des études de cas permettent de mobiliser les concepts abordés en analysant quelques sessions d'éducation pour la santé.

Olivier Delmer

Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, coll. Pédagogies en développement, 2016, 436 pages, 38 €.

Écrire sa pratique professionnelle. Secteurs sanitaire, social et éducatif. De l'activité au rendre compte

Jacques Berton, Dominique Millet



Les acteurs des secteurs sanitaire, social, éducatif utilisent des modalités diverses pour rendre compte de leurs pratiques professionnelles. L'écrit sur l'activité professionnelle constitue un enjeu croissant qui intéresse de plus en plus les formateurs, les institutions et les chercheurs ; il est pourtant encore peu déployé aujourd'hui. Ce recueil rassemble les contributions de plusieurs auteurs, formateurs ou enseignants des secteurs sanitaire, social ou éducatif. Il décrit dans un premier temps les différentes formes que prennent les récits d'expériences professionnelles. Il s'agit notamment du cahier de transmission, du récit pratique, du journal de bord, du rapport ou du bilan d'activité écrits ou oraux de l'exercice professionnel. Les auteurs analysent les circonstances de leur production, leurs effets sur les destinataires et sur les pratiques professionnelles. Ils abordent ensuite les différents aspects de la formation à l'écriture professionnelle et proposent de dégager des règles et des méthodes pour la rédaction de récits d'expériences.

Sandra Kerzanet

Paris : Seli Arslan, 2014, 156 pages, 22 €.

Photolangage® Jeunes, prises de risques et conduites addictives : des expériences à comprendre pour se construire

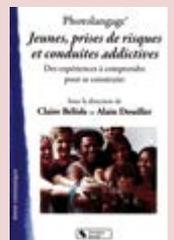
Sous la direction de Claire Bésille et Alain Douiller

Après les thèmes de la sexualité, de l'alimentation ou de la violence¹, les conduites addictives chez les jeunes sont au cœur de ce nouveau Photolangage®, réalisé par un groupe d'experts en addictologie et en promotion de la santé et coordonné par Claire Bésille et Alain Douiller. Le Photolangage®, méthode d'intervention en éducation à la santé, est fondé sur une approche « expérientielle » : à partir d'une sélection de photographies, un groupe de participants est amené à partager ses représentations sur une thématique donnée, l'intervenant se positionnant comme facilitateur de la prise de parole. Dans le cadre de ce dossier Photolangage® sur les conduites addictives, l'intervention incite plus précisément les participants à explorer la question de la prise de risque et notamment à construire leurs propres repères sur cette question. Cet outil Photolangage® est composé d'une sélection de quarante-huit photographies et d'un livret d'accompagnement servant de support à l'intervention ; ce dernier présente d'une part les problématiques et les enjeux des addictions ainsi que l'intérêt de la méthode de Photolangage® pour ce type d'intervention ; d'autre part, il donne des jalons concrets de mise en œuvre (exemple de séance, guide pour l'animation d'une session).

Laetitia Haroutunian

Lyon : Chronique sociale, 2016, 96 pages + 48 photos, 35 €.

¹ Photolangage® *Adolescence, amour et sexualité – Pour dynamiser la parole et l'écoute* ; Photolangage® *Jeunes et alimentation – Pour penser ce que manger veut dire* ; Photolangage® *Corps, communication, violence à l'adolescence – Construire des repères en groupe*, parus aux éditions Chronique sociale. En ligne : <http://www.chroniquesociale.com>

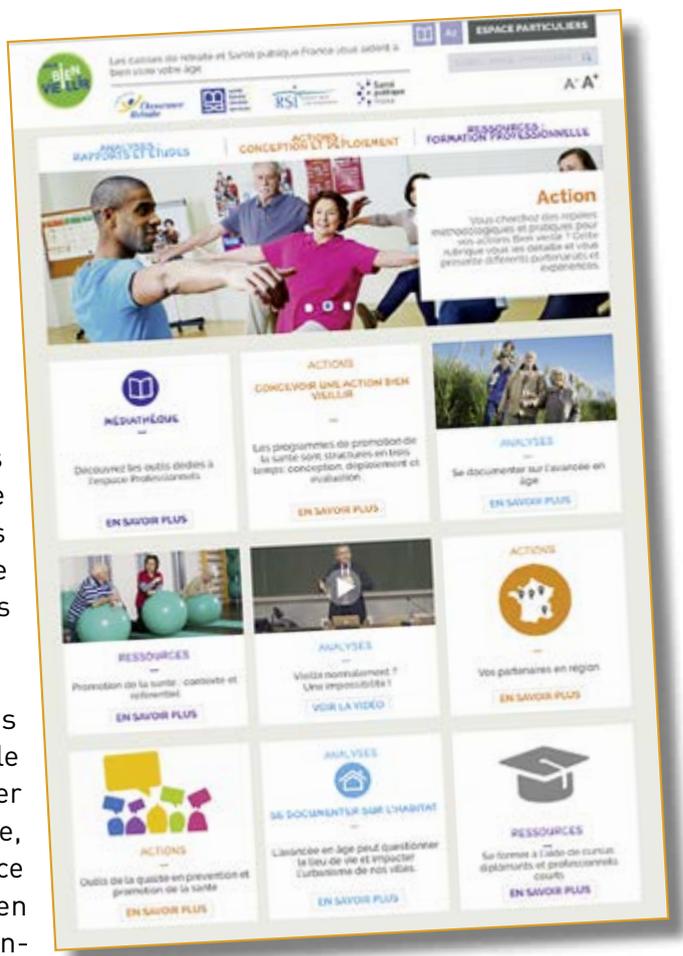


« Pour bien vieillir » : un site avec des ressources destinées aux professionnels

Le site www.pourbienvieillir.fr/espace-professionnels (voir l'illustration de la page d'accueil ci-contre) propose en trois rubriques de documenter les professionnels sur les thématiques de prévention santé, de les outiller pour leurs actions Bien vieillir et d'identifier les formations professionnelles en promotion de la santé. Élaboré en commun entre les caisses de retraite et Santé publique France, le portail accompagne les professionnels dans leurs pratiques en lien avec l'avancée en âge.

Sa médiathèque en ligne permet de télécharger des guides d'aide à l'action, de visionner des vidéos pour se documenter sur le vieillissement en santé et d'autres pour animer des actions Bien vieillir. Elle propose également des supports destinés aux personnes âgées elles-mêmes.

L'espace Professionnels fournit des méthodes d'évaluation, réunit différents éléments pour une veille thématique efficace et propose des liens utiles pour aller plus loin. La newsletter Essentiel Bien vieillir présente, une fois par trimestre, les nouveaux contenus de l'espace Professionnels et un agenda des manifestations Bien vieillir. Inscription à www.pourbienvieillir.fr/promotion-sante.



Cet espace destiné aux professionnels cohabite avec l'espace grand public du portail www.pourbienvieillir.fr, lequel est dédié aux seniors et personnes âgées qui y trouveront tous les conseils pour un vieillissement en santé : témoignages de seniors, recommandations de scientifiques, vidéos, quiz, ateliers de prévention des caisses de retraite, etc.

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



Les dangers du monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone est un gaz dangereux qui peut être mortel. Il ne sent rien et ne se voit pas.



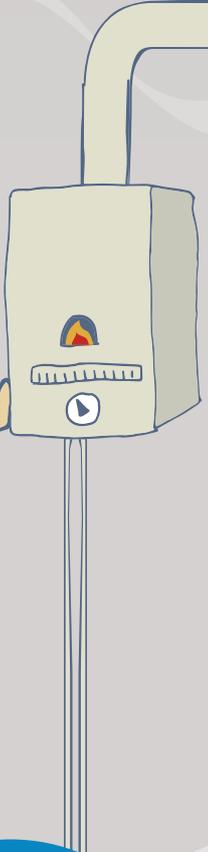
Aérez
au moins
10 min.
par jour



Faites vérifier et entretenir :
chaudières et
chauffages chaque
année avant
l'hiver



Utilisez dehors :
appareils de cuisson
(brasero, barbecue)
et groupes
électrogènes



Respectez le mode d'emploi
des appareils
de chauffage
et de cuisson