**Soutien et accompagnement à la parentalité au sein des politiques de santé publique et de protection sociale de l’enfant et de l’adolescent**

Danièle Sommelet, Professeur émérite de Pédiatrie, Université de Lorraine
en collaboration Yoann Dominique, Interne de Santé Publique, CHRU de Nancy

La santé de l’enfant, être en développement, repose sur le respect de ses droits et une prise en charge globale dans les domaines sanitaire, médico-social et social, prenant en compte :

* Sa dépendance de facteurs génétiques et épigénétiques ;
* De ses particularités tenant à l’absence d’unité de lieu, de temps, d’action.

**Le rôle majeur des parents**, géniteurs ou non dans l’exercice de leurs responsabilités a évolué depuis les années 70-80 en raison de la survenue des mutations suivantes :

* *familiales :* nouvelles familles remplaçant le modèle nucléaire, conflits, séparations, familles mono- et homo-parentales, mais aussi droit à l’enfant pour tous…
* *sociétales :* individualisme, vie dans l’urgence, travail des mères, égalité théorique des hommes et des femmes dans leurs fonctions parentales, évolution des compétences parentales susceptibles de retentir sur le développement de l’enfant
* *les inégalités sociales* (d’ordre avant tout économique) ne facilitant pas l’accès aux soins et les conditions d’établissement de liens affectifs et éducatifs entre parents et enfant.

En France, **la notion de parentalité** a donné lieu à des interprétations variables selon les types d’approches (sociologique, psychologique, juridique) et son assimilation initiale au risque de non-bientraitance, de culpabilité possible des parents, surtout en cas d’inégalités sociales.

La parentalité est considérée (Larousse 2000) comme un néologisme dérivé de l’adjectif « parental » pour désigner l’ensemble des problématiques rencontrées dans l’accès et l’exercice des fonctions parentales. Des définitions parfois plus précises, voire même différentes, émanent de propositions issues de groupes de travail, de rapports, d’études traduisant la diversité des professionnels impliqués autour de cette problématique.

**L’engagement de l’Etat** dans la réflexion visant à éclaircir le champ de la parentalité (groupe de travail du Pr Didier Houzel, 1993-98) a conduit à définir, dans le cadre des politiques sociales et familiales, **le concept de soutien et d’accompagnement à la parentalité,** dont les principes sont les suivants : renforcer les compétences parentales, notion d’universalisme proportionné évitant la stigmatisation, ainsi que le caractère normatif des informations et actions proposées, évitant de créer un sentiment de culpabilité. Dans ce sens, on parle de **parentalité positive**, de discipline positive, de psychologie positive. De nombreux ouvrages relevant de la philosophie, de la sociologie, de la santé, sont destinés à la formation des professionnels ainsi qu’au grand public sous une forme vulgarisée ; leurs avis sont parfois discordants.

**L’organisation du soutien à la parentalité repose en France** sur :

1. *Une multitude de structures :*
* Le Défenseur des droits (et la Défenseure des droits de l’enfant)
* Les services de l’Etat et ses services déconcentrés
* Les collectivités territoriales
* Les associations, fédérations, fondations, mutuelles, les sociétés savantes, les associations de parents/professionnels/usagers…, les réseaux de périnatalité, pathologies chroniques graves, situations de handicap, santé mentale, scolarité, éducation …

Il convient de retenir parmi les services déconcentrés de l’Etat le **rôle majeur joué par la Branche Famille de la Sécurité Sociale (CNAF)**, à qui l’Etat a confié la responsabilité organisationnelle et financière d’une grande partie des dispositifs, en lien avec d’autres structures, parmi lesquelles nous citerons **l’Union Nationale des Allocations Familiales (UNAF),** la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale (FNARS), l’Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (Uniopss)… Dans le cadre de leurs enquêtes, la CNAF et l’UNAF ont largement contribué à définir les besoins des parents

1. *Une multitude d’acteurs de terrain* s’ajoutant aux professionnels des structures précitées :
* Professionnels de santé physique, mentale et sociale, enseignement, éducation, droit et justice... dont les lieux de travail sont très variés selon leur statut et les types d’actions : PMI, santé scolaire, espace parents, maternité, hôpital, clinique, CAMSP, CMP, CMPP, Maison des adolescents (MDA), Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)…, mais aussi : domicile, centres sociaux, centres de santé, maisons de santé, cabinet de consultation…

*Remarque :* **les médecins spécialistes de l’enfance et de l’adolescence** sont actuellement insuffisamment impliqués pour les raisons suivantes : faiblesse de la démographie et de la valorisation des pédiatres ambulatoires, ainsi que des échanges interprofessionnels (fragilité de la PMI et de la santé scolaire). Ajoutons l’orientation purement sociale donnée par les politiques récentes, dans lesquelles la santé publique de l’enfant et de l’adolescent est absente ou en régression, ceci en dépit des avis donnés sur ce thème dans la plupart des rapports publiés entre 2011 et 2018 par les Hauts Conseils (Famille, Santé Publique, Assurance Maladie…), la DGS, l’IGAS, le CESE, l’Education Nationale… auxquels nous ajoutons les rapports très constructifs de François de Singly (2015) et de Claude Martin (2017).

1. *Formation des acteurs*

Elle est actuellement très hétérogène et souvent insuffisante, surtout pour les professionnels paramédicaux, les éducateurs, les travailleurs sociaux. Il en est d’ailleurs de même de l’enseignement des médecins (pédiatres, généralistes), s’ajoutant aux insuffisances démographiques.

A noter le développement de formations spécifiques développés par des associations hors cursus classique (exemple : l’Ecole des Parents et des Educateurs (créée en 1929), Institut de la petite enfance (Boris Cyrulnik, créé en 2013), Associations OSE, ATD Quart Monde…) et les progrès attendus de l’universitarisation des professions paramédicales.
Un DU sur la parentalité a été créé à Angers.

**Les dispositifs formalisés de soutien à la parentalité ont débuté en 1988 par les Réseaux d’Ecoute, d’Appui et d’Accompagnement des Parents (REAAP)** pour favoriser la confiance des parents dans leurs compétences afin d’assurer bien-être et développement de leur enfant.

**De nombreux dispositifs leur ont été associés ou en sont restés indépendants**. Citons seulement : les Lieux d’Accueil Enfants-Parent (LAEP), la médiation familiale, les Contrats Locaux d’Accompagnement à la Scolarité (CLAS), le Dispositif de Réussite Educative (DRE), les Actions Educatives Familiales (AEF), les Relais Assistantes Maternelles (RAM), le parrainage de proximité.

A côté des dispositifs institutionnels précités, la **classification de l’ensemble des actions de soutien à la parentalité** traduit leur complexité selon :

* leur caractère généraliste ou ciblé
* les types d’actions : individuelles, collectives, séminaires, réseaux, maillage…
* le contexte familial et social
* l’âge de l’enfant, de la grossesse à l’âge adulte
* les besoins exprimés ou repérés
* les types d’accompagnement
* la fonction et la qualité des intervenants, des équipes, des partenariats
* l’activation de travaux de recherche.

**Les évaluations** ou plutôt les avis donnés sur ces dispositifs dans plusieurs rapports entre 2004 et 2016 soulignent certes leur intérêt, mais aussi l’hétérogénéité des actions menées, les disparités territoriales, le défaut de coordination et de formation des acteurs. Ajoutons que la petite enfance constitue la cible privilégiée de la plupart de ces dispositifs, ce qui est notoirement insuffisant.

Il convient de réfléchir aux modalités de l’évaluation fondée sur des preuves à mettre en œuvre dans certains programmes, en lien avec Santé Publique France, en s’inspirant des modèles étrangers susceptibles d’être implantés en France à condition d’en tester la faisabilité, l’impact de leur contenu et leur rapport bénéfice-coût.

Signalons aussi une insuffisance de **diffusion** des dispositifs vers le grand public et le développement nécessaire des outils numériques permettant la connaissance, les apports ou les freins des actions mises en œuvre.

**Les attentes et les besoins des parents conditionnent la mise en œuvre des actions de soutien à la parentalité**

* Etre assurés du développement de leur enfant prenant en compte les problèmes physiques, sociaux, familiaux éventuels
* Etre informés : prévention, éducation à la santé, scolarité, soutien psychologique et social
* Etre écoutés et orientés, recevoir des réponses à leurs questions et inquiétudes
* Etre accompagnés en cas de maladies chroniques graves, de situations de handicap, de troubles du comportement
* Comprendre les parcours de soins et de vie

**Quelles sont les thématiques principales de soutien à la parentalité partagées avec une politique de santé publique ?** (liste non exhaustive)

Droits de l’enfant (Défenseure des Droits de l’enfant, Conseil National des Droits de l’Homme)

Familles, filiation, coparentalité, conflits, séparations, divorces, garde alternée

Jeunes parents

Adoption

Migrants mineurs (avec parents ou non accompagnés)

Parents détenus

Inégalités sociales/de santé (d’ordres économiques ou autres)

Précarité, pauvreté

Thématiques dépendant de l’âge de l’enfant : périnatalité, petite enfance, (6-11 ans), adolescence (12-18 ans), jeunes (18-25 ans)

* Grossesse, périnatalité : interactions précoces mère-enfant, attachement, ses caractéristiques et ses conséquences à moyen terme, neurosciences, allaitement, prématurité et ses conséquences
* Petite enfance et 6-11 ans : informations relatives au développement physique de l’enfant, à son neuro-développement et à ses anomalies, vaccination, sommeil, accueil du jeune enfant, nutrition, école maternelle, troubles sensoriels, troubles des apprentissages, hygiène bucco-dentaire, activités physiques, culturelles
* Adolescence : puberté, acquisition progressive de l’autonomie, sexualité, refus d’autorité, addictions (alcool, tabac, drogue), accidents, jeux dangereux (jeux violents, jeux d’asphyxie…), harcèlement, délinquance, suicide, retard et échec scolaire, absentéisme

Thématiques médicales communes à toute tranche d’âge :

* Situations de handicap : problèmes éthiques posés par leur découverte pré ou néonatale, conséquences parentales (psychologiques, professionnelles, physiques…) en fonction de leur gravité et du parcours de soins et de vie proposé
* Maladies chroniques graves imposant un soutien selon les phases évolutives : annonce du diagnostic, modalités et lieux de traitement, pronostic (?), inclusion sociale ou non, soins palliatifs, mort possible…

**Insertion du soutien à la parentalité dans la politique de santé publique (prévention/promotion de la santé) de l’enfant et de l’adolescent : cette politique existe-t-elle en France ?**

***« Voir loin, c’est voir dans le passé » Albert Einstein***

Autrefois appelée « pédiatrie sociale », elle avait été individualisée par le Pr Robert Debré (années 50 à 70-80) et à Nancy, par le Pr Michel Manciaux, puis le Pr Jean-Pierre Deschamps. Pour rappel, la « pédiatrie sociale » comportait : prévention, dépistages, accompagnement enfant/parents, situations de vulnérabilité nécessitant une cohérence entre médecins libéraux et hospitaliers (pédiatres, généralistes, pédopsychiatres, travailleurs sociaux, soignants, PMI, santé scolaire…).

***« La souffrance est privée, la santé est publique » Paul Ricœur***

Le développement des surspécialités pédiatriques, l’évolution des modalités d’enseignement de la pédiatrie en milieu hospitalier aux dépens de l’accès aux soins primaires et de la prévention, la fragilité acquise et persistante de la PMI et de la santé scolaire, le déclin de la démographie des pédiatres ambulatoires, ont contribué à la régression de la santé publique pédiatrique, confiée progressivement aux associations et aux travailleurs sociaux. Cependant, on assiste depuis 30 ans à un besoin croissant de soutien et d’accompagnement à la parentalité, méconnu ou confié à des professionnels insuffisamment formés à la santé de l’enfant et relevant de politiques familiales et sociales. Les décisions et leurs implications organisationnelles devraient s’intégrer dans la création d’un **plan ou d’un programme interdisciplinaire de santé publique individualisé** réellement et complètement ; sans se contenter de quelques thématiques, tandis que d’autres demeurent associées à la santé de l’adulte, compliquant ainsi l’élaboration des projets d’action attendus, notamment des ARS dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé (PRS).

L’enfant et l’adolescent demeurent orphelins d’un système de santé mal individualisé dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé et leur financement mal assuré. Ajoutons que l’impact des actions à moyen et long terme exigerait la connaissance précise des déterminants épidémiologiques de santé physique et sociale.

Seul la transversalité des propositions émanant de la réflexion inter et pluridisciplinaire des principaux professionnels concernés peut permettre d’espérer une continuité des politiques et programmes souvent réduit à des effets d’annonces ou à des textes réglementaires dont le contenu est soumis aux évolutions politiques.

**Contexte politique actuel : Stratégie Nationale de Santé 2018-2022**

Nous en citerons les déclinaisons actuelles concernant l’enfant et l’adolescent avec : leurs axes, leurs ambitions et leurs objectifs reposant sur la contribution depuis mai 2017 de tous les Hauts Conseils, commissions nationales, associations, rapports (santé, éducation, société), ouvrages.

1. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et son volet « Enfant et adolescent »
2. Stratégie Nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 (synthèse de 6 groupes de travail intitulée « Dessine-moi un parent »\*)
3. Prévention et promotion de la santé tout au long de sa vie : un plan national de santé publique (en cours depuis 2017)
4. Contrats d’objectifs et de performance (COP) 2018-2022
5. Plan contre la pauvreté (2018-2022) ciblé surtout sur l’enfant et l’adolescent
6. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie (juin 2018)
7. Stratégie de la transformation du système de santé (lancement le 09/03/2018)

***\*« Pour ce qui est de l’avenir, il ne s’agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible » Antoine de Saint Exupéry***

**Lettre de mission**

Dans le contexte politique actuel, soutenu par la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, le Directeur Général de l’ARS Grand Est a souhaité « développer une politique opérationnelle forte de soutien à la parentalité, gage d’une politique de soutien global au développement de l’enfant dans son environnement social et solidaire ». Il m’en a confié la mission en mai 2018.

Outre un rapport sur le concept de soutien à la parentalité dans la prévention et la promotion de la santé, le travail en cours consiste à établir un état des lieux (périmètre régional) à partir des données recueillies sur le terrain et des documents relatifs aux actions de soutien à la parentalité : objectifs, méthodologie, évaluation, partenariats, formation initiale et continue des professionnels impliqués.

Cette mission doit permettre de proposer des axes et des actions prioritaires susceptibles d’être inclus dans la version révisée du Programme Régional de Santé (« parcours de santé de l’enfant et de l’adolescent »).