

numéro

400

Mars-Avril 2009 - 6 €

# LA Santé

de l'homme



## Petite enfance et promotion de la santé

**Alcool** : consultations  
de prévention pour  
les jeunes

**Personnes âgées** :  
lutter contre  
la dénutrition

**Prévention  
des violences**  
aux Pays-Bas

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé

# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

**LA Santé**  
de l'homme

est éditée par :  
**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :  
**Thanh Le Luong**

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

**RESPONSABLES DES RUBRIQUES :**  
Qualité de vie : **Christine Ferron**  
<dire@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand**  
<ericlegrand35@orange.fr>  
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>  
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>  
International : **Jennifer Davies**  
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures – Outils : Centre de documentation  
<doc@inpes.sante.fr>

**COMITÉ DE RÉDACTION :**  
**Élodie Aïna** (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

**FABRICATION**  
Création graphique : **Frédéric Vion**  
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours  
**ADMINISTRATION**  
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2009.  
 Tirage : 6 000 exemplaires.

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



## Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

## 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
- journalistes

**52 pages d'analyses et de témoignages**

## Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

**Offre spéciale 1<sup>er</sup> semestre 2009**  
Je recevrai 2 numéros gratuits parmi les numéros suivants (2007-2008, en fonction des stocks disponibles) :

- La santé... par l'activité pyshique ! – n° 387
- Éduquer au sommeil – n° 388
- Violences et santé : quelles actions éducatives ? – n° 389
- Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation – n° 390
- Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? – n° 391
- La santé des migrants – n° 392
- La santé : un défi pour les étudiants – n° 393
- Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner – n° 394
- Développement durable et promotion de la santé – n° 395

- Médias et santé : développer l'esprit critique – n° 396
- Comment réduire les inégalités sociales de santé ? – n° 397

### Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
  - 2 ans (12 numéros)
  - Étudiants 1 an (6 numéros)
- Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant*
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de \_\_\_\_\_ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par  chèque bancaire  chèque postal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

SH 400

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

## ► Qualité de vie

« Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes »  
Entretien avec Philippe Michaud ..... 4

## ► Aide à l'action

Prévenir la dénutrition des personnes âgées vivant à leur domicile  
Claudette Dieuleveut, Gaëlle Le Gargasson ..... 6

« Pour prévenir la dénutrition, il faut informer sans relâche »  
Entretien avec Monique Ferry ..... 7

## ► Aide à l'action

« Aider le public à identifier la qualité nutritionnelle des aliments »  
Entretien avec Nicole Darmon ..... 9

## Dossier

## Petite enfance et promotion de la santé

Introduction  
Yves Géry ..... 11

Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique  
Nathalie Coulon, Jacques Fortin,  
Nathalie Houzelle ..... 12

Interventions précoces, soutien à la parentalité  
Brigitte Lefevre, Catherine Paclot ..... 15

L'attachement comme facteur essentiel de bon développement  
Raphaële Miljkovitch ..... 16

La norme et l'enfant  
Jean-Pierre Pourtois, Huguette Desmet ..... 19

Parentalités atypiques et place des enfants  
Gérard Neyrand ..... 22

La famille, lieu de socialisation et de promotion de la santé  
Martine Jardiné ..... 24

« Nous déconseillons fortement l'usage de la télévision chez le tout-petit »  
Entretien avec Catherine Jousset ..... 26

« Savoir remettre en cause nos pratiques pédagogiques »  
Entretien avec Patricia Laporte-Rigal ..... 28

La PMI, espace d'accueil et d'écoute  
Cyril Farnarier ..... 30

Former les professionnels de la petite enfance  
Élisabeth Le Bourgeois, Anne-Marie Borne ..... 32

Quelques ressources documentaires  
Nathalie Houzelle, Nathalie Coulon ..... 35

## ► Enquête

Politique antitabac : la France participe à une étude internationale  
Romain Guignard, Jean-Louis Wilquin ..... 36

## ► Courrier des lecteurs

Divergences sur le rôle des infirmières scolaires  
Brigitte Accart ..... 38

## ► Éducation du patient

Un support numérique en éducation du patient pour accroître la qualité des formations  
Isabelle Vincent, Jean-Marc Piton ..... 39

## ► Cinésanté

Les Bureaux de Dieu, ou comment parler contraception et sexualité aux adolescents  
Vinciane Fonck, Anne Vervier ..... 42

## ► International

Pays-Bas : des programmes pour promouvoir la santé dès le primaire  
Jan Jansen, Goof Buijs ..... 45

## ► Lectures-Outil

Olivier Delmer, Véronique Fava-Natali,  
Sandra Kerzanet ..... 48

**Erratum :** En page de sommaire du n° 399, une erreur s'est produite dans l'attribution des illustrations du dossier. Toutes nos excuses à Lynda Corazza qui est l'auteur des dessins de ce numéro sur les jeunes en insertion.



Illustrations : Raphaële Michaud



Entretien avec Philippe Michaud, médecin addictologue au centre d'alcoologie de Gennevilliers, directeur médical de l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa)

## « Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes »

Les jeunes de 15-25 ans qui ont une consommation à risque d'alcool ne fréquentent pas les consultations spécialisées de prévention, souligne Philippe Michaud, médecin addictologue. Pourtant, il est possible de faire un repérage précoce de cette consommation – généralement associée au tabac et au cannabis –, puis de mener des interventions de prévention. Se fondant sur un modèle québécois de repérage, l'Ippsa forme les médecins généralistes et les professionnels de la santé scolaire.

**La Santé de l'homme : L'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa) suit la démarche impulsée par l'Organisation mondiale de la santé intitulée Repérage précoce et intervention brève (RPIB). De quoi s'agit-il ?**

**Philippe Michaud :** L'Ippsa est une structure associative qui s'efforce, par le biais d'une « recherche-action », d'évaluer la pertinence de certains outils, notamment de repérage. À la suite de ces études, nous proposons des formations aux médecins généralistes mais aussi aux professionnels de la santé scolaire afin de faire passer une idée fondamentale : l'utilité du repérage précoce.

La démarche RPIB en matière d'alcool (NDLR : voir encadré) part du constat suivant : avant d'avoir des dommages – somatiques ou/et psychiatriques, apparition d'une dépendance – liés à la consommation d'alcool, la personne traverse une période de consommation à risque. Cette période est importante à repérer car c'est là que le professionnel de santé doit effectuer un travail de prévention. L'idée est simple : la réduction du risque passe par la réduction de la consommation. La démarche RPIB permet ensuite une intervention. La logique consiste à demander aux professionnels de santé d'évaluer le niveau de risque attaché à la consommation d'alcool et, derrière cette évaluation, de se mettre en position de conseil. Cette démarche « Intervention brève » (IB) a, dans un premier temps, concerné les adultes ; elle

a connu une extension en termes de tranches d'âge vers le haut et vers le bas, et elle est aujourd'hui recommandée pour d'autres problèmes de santé.

**S. H. : Quel est le point fort du repérage précoce et de l'intervention brève ?**

Son efficacité. De nombreuses études démontrent que les IB réduisent le risque d'alcool chez les personnes qui en sont destinataires. Après une IB, entre une et cinq personnes sur dix ont réduit leur consommation de telle façon qu'elle passe en dessous des seuils de risque élevé. Les études démontrent aussi que cette réduction de la consommation s'accompagne de la diminution d'un certain nombre de facteurs de risques associés, comme l'hypertension artérielle. Le repérage et la prévention de la consommation d'alcool peuvent être efficaces chez les jeunes. Ce qui laisse espérer, à un très faible coût, un effet important sur la santé publique. La consommation excessive d'alcool arrive, d'après les évaluations de l'OMS, en troisième position derrière le tabac et l'hypertension, en nombre de décès, chez les Européens.

**S. H. : Et le point faible ?**

Sa diffusion limitée. À cause d'une assez forte réticence, voire une résistance, des milieux professionnels de santé à parler d'alcool. Cette réticence a des fondements psychologiques variés et assez généraux. L'ambiguïté de la société française et des sociétés déve-

loppées en général par rapport à l'alcool se retrouve chez les médecins. Ils abordent trop rarement ce sujet ; et même quand nous leur proposons des formations gratuites pour pouvoir se familiariser avec les modes d'intervention, il est très difficile de les mobiliser.

**S. H. : Vous avez diligemment étudié l'étude Roc-Ado : « Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs à risque d'alcool et de substances psychoactives ». Comment avez-vous adapté aux adolescents une démarche proposée aux adultes ?**

Adapter la prévention secondaire chez les adolescents et les jeunes adultes de 14 à 25 ans, c'est d'abord prendre en compte le fait que la consommation d'alcool est rarement isolée mais souvent associée à d'autres comportements. La fréquence de la consommation de tabac et de cannabis est extrêmement élevée, par exemple, chez les jeunes, alors que d'autres produits psychoactifs sont plus rares. Il est fondamental d'avoir une démarche qui, au contraire de celle proposée aux adultes, ne soit pas centrée sur un seul produit mais sur un ensemble de substances.

Nous avons donc privilégié pour notre travail de repérage un outil d'origine québécoise, la Dep-Ado<sup>1</sup>, destiné aux jeunes consommateurs, et qui concerne l'ensemble des consommations. Son originalité est le classement en trois niveaux de risque identifiés par les couleurs des feux – vert, jaune, rouge –

suyant l'intensité du risque : nul pour le premier niveau, risque notable pour le deuxième et, enfin, une situation de dommage avéré voire très élevé. Cette classification permet d'adapter les conseils : le feu vert conduit à conforter le jeune dans sa non-consommation ; si le feu est jaune, l'intervenant aide le jeune à prendre conscience des risques liés à sa consommation et de sa capacité à les diminuer : l'intervention est alors une IB de conseils, donnée par un intervenant de premier niveau, un médecin scolaire, par exemple. En cas de feu rouge, le but est d'amener le jeune à se rendre dans une consultation spécialisée.

## S. H. : Comment avez-vous mis en place Roc-Ado ?

Nous avons d'abord cherché à vérifier l'acceptabilité du questionnaire, tant par les professionnels de santé utilisateurs, médecins et infirmières scolaires, que par les destinataires, jeunes et adolescents. Un panel a été constitué pour recueillir, par un travail qualitatif, des retours d'expériences. Cette première étude de faisabilité a montré une excellente acceptabilité de la démarche, une facilité d'utilisation de la Dep-Ado. Mais il n'est pas facile pour un professionnel d'accepter que ce ne soit pas lui qui dise ce qu'il faudrait faire et comment ; toutefois c'est lui qui va aider le jeune à puiser dans ses propres ressources pour évoluer. Ce changement d'approche modifie assez radicalement la perception que ces professionnels ont de leur rôle. Et aussi la manière dont ils mènent l'entretien.

## S. H. : Aviez-vous une hypothèse de travail, issue de vos expériences en matière d'intervention brève, que vous vouliez à cette occasion vérifier ?

Oui, autour de l'hypothèse suivante : en effectuant un repérage assez systématique des consommations problématiques ou à risque, amènerait-on davantage de jeunes à accepter de se rendre dans des consultations de jeunes consommateurs de substances psychoactives ? Il ne faisait aucun doute que beaucoup de jeunes, non repérés, avaient des niveaux de risque élevés et qu'ils n'allaient pas consulter. Ces consultations ne reçoivent en moyenne qu'une douzaine de jeunes par mois

pour soixante heures d'ouverture, selon l'étude d'évaluation de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) pour 2007. Un travail en amont est nécessaire et doit passer par une activité systématique de repérage et d'offre de service auprès des jeunes consommateurs. Nous avons également vérifié que, pour la plupart des jeunes concernés, les intervenants de premier niveau, médecins et infirmières scolaires, pouvaient être les intervenants conseillers. Notre idée est donc de travailler sur le lien entre les activités de repérage et de consultation.

## S. H. : Quelles en sont les principales conclusions ?

Sur mille jeunes invités par le médecin ou l'infirmière scolaire à venir les voir pour remplir le questionnaire, seuls 3 à 4 % n'ont pas donné suite. Sur mille questionnaires remplis, environ 5 % étaient classifiés feu jaune ou rouge. L'âge « lycée » est plus concerné par des fréquences problématiques ou dangereuses de consommation : de 6 à 10 % en lycée contre 1,5 % en classe de 3<sup>e</sup>. Nous avons pu repérer un lien statistique fort entre consommation d'alcool et de produits illicites et consommation de tabac. En ciblant les fumeurs au collège, l'efficacité du repérage est considérablement accrue. Enfin, il est tout à fait clair que les jeunes qui sont théoriquement dans la situation d'aller dans une consultation spécialisée n'y vont pas. L'explication ? Selon les médecins et les infirmières scolaires, la démarche est trop difficile à entreprendre pour la majorité des jeunes. Notre étude a porté sur trois départements d'Ile-de-France (Yvelines, Hauts-de-Seine et Val-d'Oise), mais tous les jeunes n'habitent pas dans les centres urbains : ceux qui doivent prendre le train pour aller consulter à deux stations plus loin n'y vont pas. Ce problème de distance n'est pas le plus pénalisant : le principal frein relevé serait que prendre un rendez-vous par téléphone n'est pas chose facile ; et arriver sur un répondeur est assez redoutable. J'invite les responsables des consultations à y réfléchir.

Par ailleurs, sur le plan qualitatif, cette étude montre la satisfaction des personnels de l'Éducation nationale que nous avons mobilisés. Les motivations apparues en termes d'appropriation de l'outil Dep-Ado et de l'approche motiva-

tionnelle font que ces professionnels apparaissent comme des intervenants efficaces, acceptés par les jeunes et reconnus. Il y a donc une nécessité de les former, nous formalisons d'ailleurs une action dans ce sens sur Paris. Enfin, nous réfléchissons avec nos collègues québécois à la manière de faciliter la partie IB d'une façon ludique et performante. Nous travaillons sur l'idée d'une borne interactive proposant un questionnaire sur écran tactile et délivrant de façon automatique un conseil approprié.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. NDLR : voir aussi sur la Dep-Ado l'article L'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes du Québec de J. Tremblay, N. Brunelle et M. Landry, dans le n° 398 de La Santé de l'homme de novembre-décembre 2008, p. 39-40.

**Pour en savoir plus**  
<http://www.ippsa.asso.fr>

## RPIB : réduire la consommation chez les personnes à risque

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) sont reconnus actuellement comme l'une des mesures ayant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. Cette méthode à l'usage des professionnels de santé a été développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1980. Elle consiste tout d'abord à évaluer la consommation d'alcool des patients en s'appuyant notamment sur des questionnaires standardisés. Les consommateurs à risque ainsi repérés se voient proposer une intervention brève. Malgré les variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation, toute intervention brève vise en priorité une réduction de la consommation d'alcool – non une abstinence – afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de dommages liés à cette consommation. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien. En France, le ministère chargé de la Santé développe, depuis 2006, une stratégie de diffusion à l'échelle nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes.

**Pour en savoir plus**  
[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr), rubrique « Espaces collaboratifs » (sélectionner l'espace RPIB).

# Prévenir la dénutrition des personnes âgées vivant à leur domicile

**En région Poitou-Charentes, des professionnels expérimentent un « carnet alimentation » auprès des personnes âgées vivant à leur domicile. Conçu par une diététicienne, cet outil vise à prévenir les risques de dénutrition avec la participation des aides à domicile. Au vu des résultats positifs, l'expérience devrait être élargie à d'autres territoires.**

fait ressentir de mettre en place un support, recueil de données et outil de travail à l'image du dossier personnalisé de soins.

### Créer un outil de suivi

C'est à partir de ce constat que Claudette Dieuleveut, diététicienne spécialisée sur le thème de la dénutrition du sujet âgé, a souhaité développer un outil permettant de renseigner tous les paramètres déterminants de l'état nutritionnel des personnes âgées vivant à domicile : c'est le « carnet alimentation ». Le projet a été soutenu financièrement par le groupement régional de santé publique Poitou-Charentes, le comité technique régional nutrition (CTRN) et les partenaires locaux<sup>3</sup>.

Le « carnet alimentation » a fait l'objet d'une expérimentation auprès des personnes âgées du service d'aide à domicile de la communauté de communes du Pays thénezéen, dans les Deux-Sèvres. Cette phase test a été conjointement menée par la diététicienne et le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes 79). La diététicienne a accompagné les professionnels du service pour mettre en place le carnet au domicile. Une centaine de personnes âgées ont pu bénéficier à domicile d'une présentation du carnet et de sa finalité, complétées de recommandations alimentaires autour du vieillissement et du handicap. Parallèlement, les aides à domicile, acteurs de première ligne pour remplir le « carnet alimentation », ont demandé à être formées sur le thème de la nutrition du sujet âgé afin d'approfondir leurs connaissances ; une formation qui s'est déroulée après que les carnets ont été distribués.

### Identifier les situations à risque

Composé de diverses rubriques, le « carnet alimentation » vise à recueillir l'ensemble des paramètres influant la prise alimentaire, à permettre d'évaluer le risque de dénutrition et à être une source d'information lors d'hospitalisations ou d'entrées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes afin de faciliter le projet de soins. C'est donc un outil, une aide et un lien pour tous les intervenants à domicile (famille, aidants à domicile, professionnels de santé, etc.).

Le carnet, personnalisé, se présente sous la forme d'un classeur composé de rubriques : identité élargie de la personne, évaluation de la personne (sensorielle et environnement), achats et approvisionnements, équipements de la cuisine, fiche de goûts, protocole d'intervention, feuille de suivi de poids, Mini Nutritionnel Assessment (MNA)/dépistage, feuille de surveillance alimentaire et d'hydratation, feuille de correspondance famille/aidant/professionnels du domicile/centre hospitalier.

Expérimenté depuis septembre 2007, le « carnet alimentation » apparaît comme un outil innovant en termes de prévention de la dénutrition du sujet âgé. À la suite de réunions de travail avec les professionnels de santé et les professionnels du domicile, le carnet est jugé comme :

- un outil d'échange d'informations entre professionnels sur l'état nutritionnel de la personne âgée ;
- innovant du fait de l'absence d'évaluation nutritionnelle à domicile ;
- permettant l'approche globale de la personne âgée à domicile sur la pro-

En région Poitou-Charentes, 89 % des personnes âgées vivent à domicile<sup>1</sup>. Le maintien d'un bon état nutritionnel est un facteur déterminant de bien-être contribuant à retarder la survenue de pathologies entraînant la dépendance et l'entrée en institution<sup>2</sup>. Face à des risques de dénutrition, il est important que les professionnels intervenant à domicile puissent assurer une veille permanente sur ses indicateurs et mettre en œuvre au quotidien des actions simples.

Malgré les nombreuses interventions à domicile des interlocuteurs médicaux et paramédicaux, on constate une réelle déperdition d'informations. Face à ce constat d'absence d'évaluation nutritionnelle et de transmissions interprofessionnelles à domicile, le besoin se

- blématique de la nutrition ;
- de suivi nutritionnel conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé ;
- de « passerelle » et de liaison entre le domicile et l'hôpital, et donc d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge du patient ;
- de valorisation du poste d'aide à domicile.

### Susciter des liens entre professionnels

- Une évaluation intermédiaire, menée en fin d'année 2008, a mis en évidence des résultats encourageants :
- une très bonne appropriation de l'outil par les aides à domicile, acteurs de première ligne ;
  - un projet intégré au projet de service d'aide à domicile dans la communauté de communes dans laquelle est expérimenté le carnet ;
  - un outil reconnu comme un levier dans la démarche qualité de la prise en charge des bénéficiaires ;
  - une connaissance de l'outil par les professionnels du secteur : outil de coordination et de transmission.

- En 2009, cette action est entrée dans sa seconde phase d'expérimentation, qui vise en priorité à :
- pérenniser l'intégration de l'outil dans la politique du service d'aide à domicile et dans son projet de service ;
  - rencontrer et travailler étroitement avec les professionnels de secteur ;
  - renforcer et mener des actions collectives d'information et de sensibilisation auprès des familles et des aidants ;
  - organiser l'extension régionale à de nouveaux territoires.

#### Claudette Dieuleveut

Diététicienne,

#### Gaëlle Le Gargasson

Directrice technique,

Comité départemental d'éducation pour la santé des Deux-Sèvres, Niort.

1. Panorama de la santé en Poitou-Charentes. ARH, Cres, Drass, IAAT, Insee, ORS, Urcam, août 2005.

2. Étude Solimut ; étude Seneca ; Spirale de la dénutrition de Monique Ferry. NDLR : l'étude Seneca porte les comportements alimentaires des personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile dans dix-neuf pays européens. L'étude Solimut aborde la relation entre la solitude et le statut nutritionnel.

3. Comité de pilotage composé du conseil général, de la MSA, du centre hospitalier de Niort, du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, du Clic de Gâtine, du Codes 79, de la CPAM, du Syndicat des infirmiers libéraux, etc.

### Monique Ferry, médecin gériatre et nutritionniste

## « Pour prévenir la dénutrition, il faut informer sans relâche »

### La Santé de l'homme : La dénutrition, qui concernerait 4 à 10 % des personnes âgées, peut avoir des conséquences importantes sur leur santé. Pourquoi en parle-t-on si peu ?

**Monique Ferry :** La dénutrition est un problème qui reste très largement méconnu et sous-estimé. Or, chez les personnes âgées, la dénutrition a une prévalence proche du diabète. Une perte de poids est un signal d'alerte car la personne aura beaucoup de difficultés à regagner le poids perdu. Il est très important d'avoir à l'esprit – ce qui va à l'encontre des idées reçues – que les besoins alimentaires des personnes âgées qui vivent à domicile et ont une activité physique minimale sont supérieurs d'environ 20 % à ceux des sujets adultes ayant le même niveau d'activité physique. Pour une raison simple : elles ont un moins bon rendement métabolique.

### S.H. : Une personne âgée doit donc manger davantage qu'un adulte ?

Oui, dans le sens où une personne âgée a besoin de davantage d'apports nutritionnels de bonne qualité mais surtout mieux répartis : il ne faut pas manger moins, il faut manger mieux, c'est-à-dire davantage de protéines (viande, poisson, œufs, lait, etc.) pour éviter la fonte de la masse musculaire. Les personnes âgées ont beaucoup plus de difficultés à refaire du muscle. Une erreur à éviter est de limiter drastiquement la consommation de certains aliments considérés comme « dangereux » car riches en graisses. Or, cet apport est nécessaire pour constituer en particulier les membranes des neurones, qui sont des phospholipides issus en grande partie du cholestérol. Pour en revenir à la perception globale de la dénutrition dans la société pendant vingt ans, jus-

qu'à l'an 2000, nous avons eu l'impression de prêcher dans le désert. Fort heureusement, depuis quelques années, la dénutrition est mieux comprise et prise en compte. D'ailleurs, la Haute Autorité de santé a publié, en avril 2007, des recommandations sur les stratégies de prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées de plus de 70 ans.

### S.H. : Pourquoi avez-vous eu l'impression de prêcher dans le désert ?

Pendant vingt ans, nous autres scientifiques, avons alerté sur l'importance, dans le dépistage des facteurs de risque et la prise en charge de la dénutrition, de l'information des soignants et des personnes âgées elles-mêmes, ainsi que sur le rôle de la prévention par une approche globale. En 1987, deux grandes études ont été initiées par l'Organisation mondiale de la santé et la Communauté européenne dans le cadre d'une action concertée Euronut. L'une d'elles, l'étude Seneca, a étudié pour la première fois les relations entre nutrition, vieillissement et état de santé de personnes âgées de 70 à 75 ans, dans dix-neuf pays du continent européen. Elle est passée inaperçue car la nutrition de la personne âgée n'intéressait personne, la pensée dominante étant que les personnes âgées n'avaient pas de besoins spécifiques. J'étais investigateur principal au niveau français de cette étude qui a permis d'indiquer, dès 1991, que 4 % des personnes âgées en bonne santé apparente, vivant à leur domicile, étaient en état de dénutrition. En 2000, le sujet a été pris en compte dans le rapport du Haut Comité de santé publique comme un véritable problème de santé publique. Jusqu'alors on n'investissait pas dans la nutrition parce que l'on considérait que ce n'était pas une com-



posante prioritaire de la santé, particulièrement des personnes âgées. Depuis, la donne a changé, la dénutrition a été prise en compte dans le Programme national nutrition-santé 1 (PNNS 1) et, au sein du nouveau PNNS 2, elle est devenue un point spécifique. La nutrition est reconnue comme un des leviers les plus importants pour bien vieillir, le second levier accessible étant une activité physique minimum. Nous allons donc de l'avant, mais beaucoup reste encore à faire.

## **S.H. : Quels ont été les éléments déclencheurs de cette prise de conscience ?**

Ils ont été multiples, un élément déterminant a été l'apport de nouvelles connaissances scientifiques. Ainsi, par exemple, dans les années 2000, les travaux épidémiologiques de plusieurs équipes en Europe dont celle de Seneca et, aux États-Unis, une cohorte suivie pendant plus de dix ans ont montré que, sans nier les inégalités de départ, les personnes de 70 à 75 ans qui avaient « bien » vieilli avaient un indice de masse corporelle<sup>1</sup> (IMC) situé entre 23 et 27 (supérieur à celui recommandé pour les adultes qui se situe entre 18,5 et 25). Nos résultats croisaient notamment ceux de l'américaine Tamara Harris, du *National Institutes of Health* (NIH), selon lesquels, d'une part, le poids idéal d'une personne âgée se situait au-delà de la norme valant pour les adultes ; d'autre part, le fait d'être vraiment trop maigre mais aussi très gros, impliquait un risque accru de mortalité.

## **S.H. : Pour prévenir la dénutrition, vous avez mis en place des consultations, des groupes d'information et des ateliers au sein du Centre départemental de prévention pour réussir son vieillissement (CDPRV) à Valence (Drôme) : comment travaillez-vous ?**

Nous avons créé une consultation médicale globale qui repose sur une évaluation complète incluant l'équilibre, la mémoire avec une consultation mémoire, les aspects sociaux avec une assistante sociale et la nutrition, item pour lequel nous dépistons les facteurs de risques. Dans ce cadre, après la consultation qui permet de dépister un risque, je propose aux personnes âgées une consultation plus complète pour

vérifier, avec la diététicienne, l'histoire alimentaire. Il leur est alors proposé d'entrer dans un groupe de dix personnes maximum pour lesquels je fais une première information médicale sur la nutrition et les nutriments, afin d'expliquer pourquoi il faut s'alimenter, avec quels types de nutriments, comment limiter la survenue de certaines pathologies plus fréquentes avec l'âge ; puis la diététicienne avec qui je fonctionne en binôme, « traduit » les nutriments en aliments de façon concrète au cours des trois ateliers qu'elle anime : information nutritionnelle à travers les aliments, apprendre à faire des achats, acheter, préparer et bien sûr cuisiner, puis prendre un repas en commun. Nous menons ensuite deux évaluations (une immédiate et une à six mois) pour vérifier si cette information et ces ateliers entraînent une modification de leur comportement alimentaire. Cette approche est le thème d'une étude soutenue par le Groupement régional de santé publique (GRSP). Pour ceux qui ont un problème plus spécifique, nous avons mis en place une consultation « nutrition et cerveau » assurée avec le concours d'une psychologue et d'une neuropsychologue selon les cas. Nous sommes donc bien dans une approche globale. Pour faire de la prévention et de l'éducation, il faut une mutualisation des moyens.

## **S.H. : Quels messages forts faites-vous passer ?**

Surtout pas de régime restrictif sauf cas très particulier ! Nous partons toujours du constat que nombre de personnes âgées sont complètement perdues face à la cacophonie des informations alimentaires. Un exemple extrait de mes consultations : j'ai reçu un homme de 76 ans en consultation mémoire, il avait des troubles avérés de mémoire et je ne comprenais pas pourquoi. Nous avons tout exploré y compris les facteurs de risques vasculaires. Sans aucune étiologie décelable, j'ai demandé à rencontrer son épouse pour savoir exactement comment il se nourrissait. Fine cuisinière, elle m'a expliqué que s'il était si bien conservé physiquement, c'est parce qu'elle lui cuisinait des repas sans graisses depuis cinq ans de peur qu'il « attrape » du cholestérol, lui qui n'avait jamais été malade !... Il n'avait mangé ni œufs ni viande ni laitages et il n'aimait pas beaucoup le poisson ! Nous avons été très directifs.

Cet homme a arrêté son régime draconien et a recommencé à manger de tout et, en un an, il a récupéré. Il avait un taux effondré de sélénium, contenu essentiellement dans les protéines, le corps en a besoin non seulement pour assurer son rôle anti-oxydant, mais aussi parce qu'il est indispensable pour fabriquer les hormones thyroïdiennes entre autres.

## **S.H. : Comment informer sans culpabiliser ?**

Tout d'abord, lors de ces séances d'information médicale sur la nutrition, je fais passer des messages simples mais essentiels : contrairement au tabac ou à l'alcool, l'alimentation ne doit pas être perçue comme un facteur de risque et générer de l'anxiété. Il n'y a pas d'aliment mauvais et toxique en soi, tout est une question d'équilibre. Il faut s'alimenter suffisamment, de façon structurée, en faisant de vrais repas. Donc ne pas inquiéter mais expliquer sans relâche. On ne peut pas pointer du doigt des personnes qui ne sont pas à même de comprendre les messages qui leur sont donnés. Et si elles ont compris les messages, elles peuvent ne pas avoir les moyens financiers de les mettre en pratique spontanément. Plutôt que de nourrir l'angoisse et la culpabilisation, nous pouvons faire comprendre à ces personnes où se situe leur intérêt, c'est ce que nous tentons de faire au quotidien en expliquant et prenant le temps nécessaire. Je leur explique par exemple l'intérêt de manger mieux et de tout pour avoir un apport suffisant en vitamines et minéraux qui sont indispensables pour de nombreuses activités de l'organisme, du cerveau en particulier. L'intérêt aussi de pratiquer une activité physique pour maintenir la masse musculaire, etc. Enfin, nous insistons beaucoup sur la notion de convivialité et de plaisir : les études scientifiques démontrent que la solitude et l'isolement sont corrélés à la dénutrition, il est extrêmement important que les personnes âgées puissent se retrouver avec d'autres personnes pour manger, avec plaisir et même avec gourmandise.

Propos recueillis par **Yves Géry**

1. IMC = rapport poids en kg/taille<sup>2</sup>



# « Aider le public à identifier la qualité nutritionnelle des aliments »

**Chercheur à l'Inserm sur la nutrition, Nicole Darmon (1) a voulu repérer les aliments combinant la qualité nutritionnelle la plus élevée avec le prix le plus raisonnable, dans une optique de réduction des inégalités de santé. La grille qu'elle a élaborée consacre la qualité nutritionnelle des produits non transformés (fruits, légumes, féculents, etc.) et met en alerte sur les produits manufacturés transformés dont les teneurs en sucre/sel et produits gras sont très difficiles à identifier.**

**La Santé de l'homme : Vous êtes chercheur en nutrition, qu'est-ce qui vous a amenée à croiser les questions de la précarité économique et sociale et de la distribution alimentaire ?**

**Nicole Darmon :** Auparavant, je faisais de la recherche en nutrition plutôt fondamentale, sur la qualité des aliments, plus particulièrement leurs caractéristiques anti-oxydantes. Puis le choc de la pauvreté m'a interpellée en tant qu'individu. De retour d'un congé maternité, je me suis retrouvée dans mon laboratoire à faire de la recherche sur la malnutrition à partir d'expériences animales alors que je voyais tous les jours dans la rue des personnes souffrant de grande pauvreté. C'est alors que j'ai voulu me préoccuper de la « vraie » malnutrition, celle de ces personnes que je pouvais croiser. J'ai alors réalisé une enquête sur l'alimentation des personnes sans domicile fixe à Paris mais je me suis vite rendu compte que la situation de ces personnes, aussi révoltante et intolérable fût-elle, ne représentait que la toute petite partie émergée de l'iceberg, beaucoup plus étendu mais caché, de la pauvreté dans notre pays.

**S. H. : Dans votre dernier ouvrage (2), vous soulignez qu'il n'existe pas de régime miracle mais de bons aliments et de mauvais produits. C'est-à-dire ?**

Je souhaitais remettre en cause la notion très ancrée selon laquelle il n'y a pas de bons et de mauvais aliments mais seulement de mauvais régimes (et de

mauvais nutriments !), c'est-à-dire de mauvais choix alimentaires. Ces discours font peser toutes les responsabilités sur les épaules des personnes en atténuant le rôle majeur des contraintes et des incitations auxquelles elles sont soumises en permanence dans leur environnement quotidien. Or, lorsque l'on se promène dans un supermarché et que l'on découvre des rayons entiers de produits sucrés, salés, gras, on s'aperçoit qu'il est difficile de faire les bons choix. C'est l'objet de cet ouvrage que de rappeler et démontrer qu'il existe tout de même des aliments meilleurs que d'autres. Et d'affirmer notamment que, parmi les produits de type industriel, nombreux sont ceux qui n'ont pas une qualité nutritionnelle correcte, je pense en particulier aux produits qui ne sont qu'un simple assemblage de produits raffinés (appauvris en nutriments essentiels).

**S. H. : Comment concilier petit budget et équilibre nutritionnel ?**

Depuis longtemps je m'intéresse au rapport entre la qualité nutritionnelle des aliments et leur prix : quels sont les meilleurs aliments en matière de rapport qualité nutritionnelle/prix ? Ce sont les aliments qualifiés de « super plus » par l'INPES et d'ailleurs valorisés dans le classeur « Alimentation à tout prix ». Ces aliments sont peu cher, tout en apportant beaucoup d'éléments très favorables à la santé : fibres, vitamines, minéraux, et en étant peu chargés en éléments défavorables que sont les graisses saturées, le sel, le sucre. C'est donc en voulant identifier les aliments de très bon rapport qualité nutritionnelle/prix, avec ces préoccupations sur la pauvreté, que je me

suis rendu compte que j'étais en train de développer des indicateurs de qualité nutritionnelle applicables aux aliments eux-mêmes.

**S. H. : Le consommateur est confronté à de multiples recommandations alimentaires. Pourquoi avoir créé deux nouveaux indicateurs : le « SAIN » et le « LIM » ?**

Nous proposons ces indicateurs en complément et non en remplacement de certains autres. De nombreuses recommandations sont basées sur les groupes d'aliments. Nous les connaissons, en France, à travers les messages du Programme national nutrition-santé (PNNS). La base de l'alimentation doit en particulier être à forte prédominance végétale : fruits, légumes, produits céréaliers et féculents. Les produits animaux (viandes, poissons, œufs, produits laitiers) doivent être consommés en quantité raisonnable, et plus encore les produits gras, sucrés ou salés. Les recommandations basées sur les catégories d'aliments sont intéressantes car simples, faciles à comprendre par le plus grand nombre, et aisées à diffuser. Mais la difficulté est qu'il est impossible, avec ces recommandations, d'entrer dans le détail en termes de quantité et de qualité, à l'intérieur de chaque catégorie d'aliments, ce qui serait pourtant nécessaire pour les rendre totalement opérationnelles. La difficulté augmente encore avec les aliments complexes et les plats composés, qui prennent une place de plus en plus importante dans notre alimentation mais qu'on ne sait pas trop comment classer. Les recommandations basées

sur les groupes d'aliments présentent donc des limites pratiques, notamment elles ne sont pas très utiles pour orienter les choix au moment de l'achat.

D'un autre côté, il est également possible de proposer une alimentation équilibrée en se référant directement aux recommandations basées sur les nutriments (les apports nutritionnels conseillés en fibres, protéines, vitamines et minéraux qui tiennent compte des besoins de chacun en ces nutriments selon le sexe, l'âge, l'activité de chacun)... mais cette approche reste très théorique et nécessite quelques calculs!

Donc, le système « SAIN, LIM » est proposé comme un intermédiaire entre les recommandations par groupes d'aliments, globales et simples, et les recommandations sur les nutriments, très précises, utiles à la recherche et à la surveillance nutritionnelles mais peu appropriables par le grand public. Ce système synthétise pour chaque aliment sa qualité nutritionnelle globale. Le « SAIN » mesure les aspects favorables, les aspects « santé » d'un aliment, en donnant une estimation globale des protéines, vitamines, minéraux, fibres et acides gras essentiels. Le « LIM » désigne les éléments dont il faut limiter la consommation : le sel (facteur de risque d'hypertension notamment), les acides gras saturés (facteurs de risque cardio-vasculaire) et les sucres, en particulier les sucres ajoutés. Ces deux indicateurs permettent d'éviter un « score » global comme le font d'autres systèmes de profilage nutritionnel qui ne fournissent qu'une seule indication moyenne, moins informative. Nous avons complété ces deux indicateurs par un troisième plus connu, qui figure sur la plupart des emballages de produits alimentaires : la densité énergétique (quantité d'énergie dans cent grammes d'aliment), très importante dans un contexte de forte augmentation de l'obésité. Nous consommons une alimentation de plus en plus riche en énergie, des produits manufacturés en particulier, dont l'énergie est de plus en plus concentrée. Or, lorsque l'on mange des produits très riches en énergie, en particulier gras et sucrés, on a plus de mal à ajuster sa consommation avec ses véritables besoins en énergie. Ce constat est bien sûr à pondérer avec le niveau d'activité physique des personnes.

## **S. H. : Concrètement, avec ces indicateurs, quels sont les aliments les plus sains et ceux dont il faut limiter la consommation ?**

Schématiquement, ces indicateurs permettent de répartir les aliments en quatre classes. Ceux avec un indicateur « SAIN » élevé et un « LIM » faible, voire nul, ont le profil nutritionnel le plus favorable : fruits et légumes, mais aussi pommes de terre, céréales complètes, lentilles et tous les légumes secs, lait et la majorité des produits laitiers frais, poissons et fruits de mer, œufs, volailles et viandes maigres ainsi que les abats. À l'opposé, la classe des aliments de faible SAIN et fort LIM regroupe les aliments dont il faut limiter la consommation (chocolat, chips, viennoiseries, biscuits sucrés ou salés, frites, charcuteries grasses, fromages trop salés et/ou trop gras). Non pas les interdire car ils sont appréciés pour leurs qualités sensorielles mais les limiter, en quantité ou en fréquence, car ce sont des sources trop importantes de sel, de gras ou de sucre. Et, entre ces deux catégories, il y a aussi des aliments aux qualités intermédiaires, ni tout à fait bons, ni totalement déséquilibrés !

## **S. H. : Vos indicateurs vont-ils être appliqués et par qui ?**

Les indicateurs que nous proposons étaient initialement destinés à la recherche et leur calcul est assez sophistiqué (le « SAIN » décrit dans notre ouvrage, par exemple, prend en compte vingt-trois nutriments). Pour les rendre plus opérationnels, nous avons travaillé à leur simplification. Le système « SAIN, LIM » est évolutif. Il pourrait être utile

comme outil d'information nutritionnelle, pour orienter favorablement les choix des consommateurs au moment de l'achat ou pour réguler l'accès des aliments à la publicité ou aux allégations. Ainsi, le groupe de travail de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) sur les profils nutritionnels a proposé ces indicateurs (3) dans le cadre de la directive européenne qui va réglementer, à partir de 2009, l'accès aux allégations nutritionnelles et de santé. Plus largement, dans le cadre de cette directive, les fabricants devront apporter la preuve du bon profil nutritionnel des produits auxquels ils veulent faire porter des allégations. On ne devrait ainsi plus voir, par exemple, des packagings de desserts gras et sucrés s'affirmer « riches en calcium ». La liste des allégations autorisées doit, elle aussi, être réglementée. Début 2009, les négociations se poursuivaient au niveau européen.

Propos recueillis par **Alain Douiller**

## **► Références bibliographiques**

- (1) UMR Inra/Inserm, Marseille.
- (2) Darmon M., Darmon N. *L'équilibre nutritionnel. Concepts de base et nouveaux indicateurs : le SAIN et le LIM*. Cachan : Tec & Doc Lavoisier, 2008 : 320 p.
- (3) Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). *Définition de profils nutritionnels pour l'accès aux allégations nutritionnelles et de santé : propositions et arguments*. Afssa, juin 2008 : 85 p.  
En ligne : <http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Profiles.pdf>

# Petite enfance et promotion de la santé

Quel peut être l'environnement le plus favorable au développement du petit enfant entre 0 et 6 ans ? De quelles connaissances dispose-t-on en la matière ? Nathalie Houzelle, Nathalie Coulon et Jacques Fortin ont accepté de coordonner ce dossier pour *La Santé de l'homme* et nous les en remercions. Leur objectif : mettre à votre disposition, dans un langage accessible, les connaissances et les pratiques sur la petite enfance, la parentalité, le développement des compétences psychosociales chez les tout-petits. Donner la parole aussi aux professionnels qui accueillent les 0-6 ans, en particulier les assistantes maternelles, les professionnels des lieux d'accueil comme les crèches, les services de Protection maternelle et infantile (PMI).

Dans sa première partie, ce dossier dresse un état des connaissances sur quelques thèmes qui nous ont semblé incontournables : le cadre du développement « socio-écologique » de l'enfant ou l'importance de l'environnement dans le développement du tout-petit : « *Dès le début de la vie, la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social* », soulignent les trois coordonnateurs dans leur contribution. Puis Raphaële Miljkovich, docteur en psychologie, explique pourquoi et comment l'attachement est un facteur essentiel de bon développement ; elle souligne, en particulier, comment, très tôt, le nouveau-né développe des « stratégies d'attachement » pour que l'on s'occupe de lui. Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet, professeurs à l'uni-

versité de Mons, se sont penchés sur la norme en matière d'éducation de l'enfant. Pour eux, il n'y a aucune doute : l'éducation a été bouleversée au cours des dernières décennies et les parents sont moins autoritaires, davantage attentifs à l'épanouissement personnel de leurs enfants. En complément, le sociologue Gérard Neyrand définit ce que l'on entend par « parentalités atypiques » et montre comment la notion de parentalité a été bouleversée au cours des dernières décennies, il s'interroge sur la place de l'enfant dans cette évolution : ce n'est pas l'organisation autour de l'enfant qui est déterminante, dans son développement, mais bien les relations entretenues avec les personnes qui sont ses parents ou celles qui lui servent de parents. Enfin, alors qu'en France, deux chaînes de télévision s'adressent aux tout-petits dès 6 mois, Catherine Joussemme, professeur de psychiatrie de l'enfant, explique pourquoi les professionnels déconseillent très fortement l'usage de la télévision chez les tout-petits : le petit écran ne favorise pas du tout le développement cognitif et comportemental.

Dans une seconde partie, nous donnons la parole à d'autres professionnels, qui accueillent les jeunes enfants : Patricia Laporte-Rigal, directrice d'école maternelle à Paris, a introduit dans son établissement un programme de prévention des violences à partir d'un travail d'équipe pour développer les compétences psychosociales des tout-petits. Cyril Farnarier, doctorant en socio-anthropologie, a réalisé une enquête de terrain auprès des PMI, il présente ici la

fonction d'accueil et d'écoute, la prise en compte des demandes formulées par les mères, le lieu de socialisation que sont les salles d'attente de consultation de ces PMI. Enfin, les professionnels de l'accueil du département de l'Hérault, réunis autour des services de PMI, détaillent la place et le rôle remplis, par ces structures d'accueil dans le développement des enfants. Bonne lecture !

**Yves Géry**  
Rédacteur en chef

Dossier coordonné par **Nathalie Houzelle**, chargée de mission à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et en charge de la petite enfance, **Nathalie Coulon**, maître de conférences en psychologie et spécialiste de la petite enfance, et **Jacques Fortin**, pédiatre, médecin de santé publique et professeur.

# Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon **une perspective socio-écologique**

**À la naissance, l'enfant a besoin, pour être en sécurité, de la présence constante d'un adulte attentif à ses besoins. Dans les premières années, le rôle essentiel des donneurs de soins (parents, professionnels) sera de soutenir son développement physique, cognitif et moteur, en parallèle d'un attachement sécurisé. La compétence parentale à créer les conditions favorables au développement de l'enfant importe davantage que la structure familiale. Famille, système de garde et école interviennent dans la socialisation précoce et contribuent au développement de l'enfant. La socialisation implique d'autres groupes que la famille, qui peuvent véhiculer des valeurs différentes.**

La petite enfance (période de 0 à 6 ans) est marquée par une immaturité à la naissance et de nombreux apprentissages dans des cadres sociaux qui préparent l'enfant aux étapes normatives de la socialisation, comme l'entrée obligatoire à l'école. En raison de son manque d'autonomie, le jeune enfant a besoin pour survivre et être en sécurité de la présence constante d'un adulte attentif à ses besoins. Cet adulte peut être un parent mais, dans la plupart des civilisations, divers adultes peuvent assurer cette présence active auprès de l'enfant, qu'ils soient issus de la parenté, du voisinage, de corps professionnels divers (éducateurs ou éducatrices de jeunes enfants, assistantes maternelles, puéricultrices, enseignants et enseignantes...). Les adultes impliqués peuvent être des femmes ou des hommes même si, en dépit d'évolutions sociales, la prise en charge des jeunes enfants français est toujours massivement l'affaire des femmes, qu'il s'agisse des mères ou des professionnelles (1).

Les étapes du développement de 0 à 6 ans ont été abondamment décrites (2), c'est pourquoi nous avons choisi de mettre davantage l'accent sur les mécanismes du développement en partant du constat qu'à l'heure actuelle l'approche socio-écologique offre des perspectives intéressantes tant pour la recherche sur le développement humain que pour les politiques de santé publique<sup>1</sup>.

## **Des besoins aux contraintes du développement du jeune enfant**

Le développement du jeune enfant se réalise en fonction des contraintes et des opportunités offertes par son milieu (2). Aux besoins fondamentaux liés à la survie du jeune enfant s'ajoutent des besoins à satisfaire qui sont socialement définis, et redéfinis, en fonction de la valeur et de la place accordées à l'enfant par la société et ses éducateurs ainsi que des enjeux sociaux plus globaux (*voir à ce propos l'article de J.-P. Pourtois et H. Desmet dans ce dossier*).

Ainsi, dès le plus jeune âge, on attend que l'enfant devienne une fille compétente ou un garçon compétent de sa culture, qu'elle/il maîtrise des outils et des symboles culturels, adopte des comportements et s'engage dans des activités particulières selon des modèles sociaux liés à son sexe, son âge, son milieu et son époque. Le développement psychomoteur, l'acquisition de représentations, la création de liens sociaux, le développement du langage, la régulation du comportement, la prise de conscience de son identité sexuée sont des exemples de tâches développementales dont la maîtrise, socialement attendue, optimise le potentiel de croissance en santé des débuts de la vie.

Dans les deux premières années de la vie, le rôle essentiel des donneurs de soins (parents, professionnels) sera

de soutenir le développement physique, cognitif et moteur, tout en créant les conditions favorables à l'établissement d'un attachement sécurisé. Avec la demande d'autonomie croissante à partir de 2 ans, il s'agira davantage de favoriser l'acquisition de l'indépendance physique et la maîtrise du comportement.

## **Le contexte socio-écologique du développement humain**

D'emblée inséré dans un tissu social, l'enfant va se construire à travers ses relations avec autrui dans différents milieux qui vont le transformer et que lui-même va transformer. Pour Urie Bronfenbrenner (3-5), l'enfant doit être pensé comme une personne évoluant dans un espace socio-écologique se caractérisant par différents niveaux d'échange. Le plus proche est celui où se réalisent les échanges les plus directs en face-à-face. Le niveau le plus global est celui qui renvoie aux systèmes de croyances, aux normes, aux valeurs dominantes, à l'organisation économique et sociale, aux politiques générales, aux opportunités de structures, aux styles de vie, aux options du cours de la vie, aux us et coutumes, aux outils et artefacts culturels. La famille, les systèmes de garde et l'école sont impliqués dans la socialisation précoce. Leurs structurations et leurs organisations peuvent varier selon les lieux et les époques (*voir l'article de G. Neyrand*).



L'enfant transite régulièrement de sa famille vers différents systèmes (garde en collectivité ou nourrice pour les plus petits ; école, centre de loisirs pour les plus grands...). Les personnes avec lesquelles il interagit sont influencées par exemple par leur lieu de travail, et plus généralement par leurs lieux de participation sociale. Ces différents lieux influencent l'organisation des activités proposées à l'enfant et contribuent de fait à son développement.

Au fil du temps, avec l'avancée en âge de l'enfant, des aléas et des évolutions sociales, la configuration socio-écologique va se modifier et nécessiter des adaptations : déménagement, arrivée d'un nouveau-né dans la famille, recomposition de la famille ; ou encore, et cela pour la quasi-totalité des enfants dès 3 ans (parfois avant), entrée dans un nouveau système, celui de l'école maternelle... (*voir l'interview de P. Laporte-Rigal*).

### **L'étayage du développement dans les milieux de vie**

Pour Urie Bronfenbrenner, le développement du début de la vie repose avant tout sur l'implication concrète, durable et affective d'au moins une personne qui s'engage activement dans les soins et dans des activités régulières et partagées avec le jeune enfant. Une dyade primaire est constituée de l'enfant et d'une personne adulte dévouée qui passe du temps avec lui, l'aime (engagement irrationnel), fait quelque chose avec lui, lui lance des défis, s'intéresse à ce qu'il fait, à ce qu'il souhaite faire et à ce qu'il accomplit de jour en jour. C'est parce que le fonctionnement d'une telle dyade s'inscrit dans la durée que les activités partagées entre l'adulte et l'enfant peuvent se complexifier et être ainsi de véritables moteurs de développement. Ces activités permettent le développement d'attachements mutuels et suscitent des développements liés les uns aux autres des différentes facettes de la personne. L'attachement sécurisé, qui répond aux besoins sociaux et émotionnels, facilite par exemple les apprentissages et les insertions sociales ultérieures. La qualité des issues du développement dépend de celle des processus transactionnels à l'œuvre dans la dyade. Dans les toutes premières années, l'enfant change rapidement, les comportements du donneur de soin sont à ajuster quo-

tidienement en réponse aux besoins et compétences grandissantes de l'enfant. Sa sensibilité est donc essentielle pour des ajustements de qualité (*voir à ce propos l'article de R. Miljkovitch*).

Si l'existence d'une dyade primaire est une condition nécessaire au développement du jeune enfant, on peut imaginer plusieurs dyades primaires selon les contextes de développement. Pour éviter que l'engagement dans la prise en charge de l'enfant ne devienne un fardeau, Bronfenbrenner pense d'ailleurs qu'il est préférable que plusieurs personnes y consacrent du temps. L'enfant endosse différents rôles, participe à des activités et s'implique dans des relations sociales ; ses expériences s'inscrivent dans des espaces, avec des personnes, des objets et des symboles qui sont les vecteurs de sa culture. Selon leurs caractéristiques, ces milieux peuvent inciter ou entraver le processus de développement : des objets et des espaces qui invitent à la manipulation et à l'exploration favoriseront le développement cognitif des tout-petits, alors que le manque de structure claire et l'imprévisibilité des événements lui seront défavorables. Chaque personne qui interagit avec l'enfant a des caractéristiques spécifiques et véhicule des modèles et des normes de développement issus de sa propre socialisation ; ceux-ci vont influencer ses échanges directs

avec l'enfant et l'aménagement de son milieu de vie.

### **Éducation et soins profanes au sein de la famille**

Pour Urie Bronfenbrenner, la famille est le contexte qui offre les conditions essentielles au développement de l'enfant. D'une part, elle fournit le plus souvent l'amour et les soins dans la continuité et, d'autre part, à travers diverses pratiques, elle alimente et étaye le processus de développement. La famille structure les expériences de l'enfant en organisant et aménageant une « niche de développement ». Les ressources mobilisées et les activités profanes réalisées au sein de la famille, à travers les soins coutumiers liés aux fonctions d'entretien à la vie, produisent de la santé (6). Cette activité de soin profane qui répond aux besoins évolutifs du jeune enfant est essentielle. Les pratiques familiales d'éducation et de soins renvoient aux choses que l'on pense « raisonnables » et « naturelles » à faire pour élever correctement un enfant. Elles sont associées à des objectifs de développement dépendant de normes et de valeurs culturelles (par exemple, la conformité à la norme et la soumission ou plutôt l'esprit critique et l'individualisme), et liées à des croyances ou théories naïves parentales (concernant par exemple les étapes du développement) qui leur donnent du sens (7).

Les styles éducatifs et la manière dont les parents structurent les expériences de l'enfant dépendent des cultures, des conditions de vie économiques et sociales, des environnements fonctionnels mais aussi des caractéristiques de l'enfant (2, 8, 9). La compétence parentale à créer les conditions favorables au développement des enfants importe plus que les aspects structuraux de la famille ; elle n'est pas liée à l'homme ou à l'hétérosexualité des parents (*voir à ce propos l'article de G. Neyrand*). Des interventions visant à aider les parents à modifier le comportement de leurs enfants et à améliorer leurs relations avec eux le confirment (10).

Le processus de socialisation implique d'autres milieux et d'autres groupes que la famille, qui ne partagent pas obligatoirement les mêmes projets pour l'enfant, qui peuvent véhiculer des valeurs et des normes différentes avec lesquelles le jeune enfant devra composer dès le plus jeune âge si sa garde est partagée par différents acteurs. Il se trouvera en effet au cœur d'un certain nombre de passages de relais, de collaborations, de concurrences aussi entre des personnes et des groupes différents (1). Les synergies et antagonismes des forces en présence au sein de la niche écologique du jeune enfant sont donc à considérer pour comprendre les résultats développementaux.

### L'enfant, agent de son développement

Dès la naissance, l'enfant dispose de moyens pour signaler ses besoins. Il apprend, agit, extrait et analyse les informations qui lui parviennent. À la naissance, il peut traiter les stimulations présentes dans son environnement même si la maturation de certains systèmes sensoriels et perceptifs se poursuit.

Pour Urie Bronfenbrenner, la personne, même très jeune, est agent de son développement. Ses caractéristiques et qualités personnelles (comme par exemple son apparence physique, son tempérament, son sexe social) influencent les réactions des autres et par conséquent les échanges qu'elle a avec son environnement social et physique. En grandissant, le fonctionnement psychologique de l'enfant se complexifie progressivement, celui-ci devient alors capable de s'engager sur la durée dans des activités de plus en plus complexes. Il conceptualise ses expériences sous forme de représentations de ses échanges possibles avec l'environnement (*voir les modèles d'attachement présentés dans l'article de R. Miljkovitch*).

En devenant familières, les stimulations de l'entourage favorisent le processus de socialisation précoce. Les interactions régulières qui se mettent en place au cours des soins journaliers (le repas, la toilette, les rituels du cou-

cher, etc.), s'inscrivent dans des contextes sociaux ultrasimplifiés où les actions-échanges sont ritualisées et répétées au fil des premiers mois (11).

À partir de ces expériences répétées, les jeunes enfants développent progressivement des attentes concernant le déroulement des événements sociaux, apprennent les effets de leurs comportements et développent des stratégies pour influencer sur le comportement d'autrui (*voir l'article de R. Miljkovitch*). C'est ainsi que se créent des attentes dans les rapports de réciprocité avec autrui entre 2 et 7 mois (12) et que s'élaborent durant la première année les premiers modèles internes de soi et d'autrui (2).

### Conclusion

Dès le début de la vie, la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social. Elle est plus qu'un résultat puisqu'elle participe à la dynamique du processus en tant que ressource. Cette conception dynamique et systémique justifie d'agir sur les déterminants de santé en considérant à la fois les personnes, leurs milieux de vie proches ainsi que toutes les influences contextuelles (sociales, économiques, culturelles, etc.). Le développement sain d'un enfant est l'affaire d'une multiplicité de collaborateurs (la famille, les différents acteurs de la communauté, le gouvernement, la société tout entière), qui ont chacun une responsabilité à un niveau particulier du système dans lequel l'enfant grandit.

#### Nathalie Coulon

Maître de conférences en psychologie, université Lille-3, laboratoire Ureca, équipe « Famille, Santé et Émotion », Villeneuve-d'Ascq,

#### Jacques Fortin

Pédiatre, médecin de santé publique, professeur des universités, université Lille-2,

#### Nathalie Houzelle

Chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

1. Voir par exemple son usage en santé mentale et en promotion de la santé au Canada, « Grandir en santé au Canada : guide pour le développement positif des enfants », <http://www.growinghealthykids.com/francais/home/index.html> (dernière consultation le 6/03/09).

## ► Références bibliographiques

- (1) Coulon N., Cresson G. (dir.). *La petite enfance. Entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, coll. Logiques sociales, 2007 : 234 p.
- (2) Bee H., Boyd D. *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*. Canada : Éd. Pearson Education, 3<sup>e</sup> édition, 2008 : 488 p.
- (3) Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979: 348 p.
- (4) Bronfenbrenner U. Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. In : Tessier R., Tarabulsy G.M. (dir.). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec, 1996 : 9-59.
- (5) Bronfenbrenner U. *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.
- (6) Cresson G. *La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle*. Recherches familiales 2006 ; n° 3 : 7-16.
- (7) Rubin K.H., Chung O.B. *Parenting beliefs, behaviors and parent-child relations*. New York: Psychology Press, 2006.
- (8) Bronfenbrenner U. *Ecology of the family as a context for human development*. *Developmental Psychology* 1986; 22: 723-42.
- (9) Sabatier C. *Enfant et milieu*. In : Rondal J. A., Esperet E. (dir.). *Manuel de psychologie de l'enfant*. Sprimont : Mardaga, 1999 : 157-90.
- (10) Sanders M. R., Morawska A. Peut-on améliorer les résultats des enfants en modifiant les connaissances des parents, leurs attentes dysfonctionnelles et la régulation de leurs émotions ? In : Tremblay R.E., Barr R. G., Peters R. de V. (dir.). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2006 : 1-13. Disponible sur le site : [www.enfant-encyclopedie.com/documents/Sanders-MorawskaFRxp.pdf](http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Sanders-MorawskaFRxp.pdf) (dernière consultation le 6/03/09).
- (11) Bruner J. S. *Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire*. Paris : Puf, coll. Psychologie d'aujourd'hui, 1998 : 320 p.
- (12) Rochat P. *Conscience de soi et des autres au début de la vie*. *Enfance* 2003 ; 1 (55) : 39-47.

# Interventions précoces, soutien à la parentalité

## Un site pour les professionnels de la santé et de l'enfance et les familles.

Depuis quelques années, les interventions précoces et le soutien à la parentalité sont au cœur des politiques en faveur de l'enfance et de la famille. Dès l'annonce de la grossesse et tout au long de la vie d'un enfant et d'un adolescent, il peut être nécessaire d'aider et de soutenir la famille dans sa fonction parentale. Ce champ concerne un grand nombre d'acteurs et recouvre une grande diversité d'interventions et de pratiques.

Le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité », accessible à l'adresse [www.interventions-precoces.sante.gouv.fr](http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr), a été créé dans l'objectif d'améliorer les connaissances sur ce sujet.

La mise en place de ce site fait suite aux travaux d'un comité de pilotage associant la direction générale de la Santé, la direction générale de l'Action sociale, la direction de la Jeunesse et de l'Education populaire, la direction générale de l'Enseignement scolaire, la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, l'Observatoire national de l'enfance en danger, la défenseure des enfants et la délégation interministérielle à la Famille.

Son premier objectif est d'apporter à tous les professionnels de la santé et de l'enfance ainsi qu'à tous ceux qui par leur métier ou leur action associative sont en contact régulier avec des enfants et des familles, les informations et les outils utiles sur cette forme de prévention et de soutien aux familles. Son second objectif est de permettre la restitution, la mise en valeur et le partage des expériences innovantes et des initiatives locales dans le domaine. Celles-ci, malgré leur intérêt, ne sont le plus souvent pas diffusées hors de leur cadre local ou d'un réseau de professionnel précis.

Le portail comporte :  
– une partie « public » rappelant le cadre juridique et les notions relatives aux interventions précoces et au soutien à

la parentalité, et proposant des actualités et un agenda ;

– une partie « professionnels », accessible gratuitement sur identifiant, qui s'adresse de manière très large non seulement à tous les professionnels de la santé et de l'enfance mais également aux acteurs du secteur associatif amenés à impulser ou à participer à des mesures de soutien à la parentalité, ainsi qu'à toute personne menant une réflexion dans ce domaine, qu'il s'agisse de recherche ou de mise en place de politiques. Cet espace propose une base de données qui rassemble des documents de toute nature entrant dans le champ des interventions précoces, du soutien à la parentalité et nombre de sujets s'en rapprochant : rapports officiels, études, articles, communications, actes de colloques, présentation d'actions locales. Cette partie, accessible sur simple inscription, offre une base documentaire plus étoffée mais également un espace de mise en valeur de réflexions et d'actions innovantes et tout particulièrement des initiatives locales.

Un formulaire permet aux inscrits de proposer des documents, par exemple la présentation d'une action locale intéressante ou d'une action innovante menée ou soutenue par l'organisme ou l'institution auquel appartient le professionnel, proposer en ligne des textes dont il est l'auteur ou signaler des publications ou colloques dignes d'intérêt.

Les documents à intégrer dans la base sont soumis à validation d'un comité scientifique constitué d'experts du domaine, professionnels ou associatifs, et de chercheurs. Le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » entend ainsi constituer un outil de travail pour tous les professionnels en contact avec l'enfance.

**Dr Brigitte Lefevre**

**Dr Catherine Paclot**

Direction générale de la Santé,  
sous-direction Promotion de la santé,  
prévention des maladies chroniques,  
Bureau santé des populations.

# L'attachement comme facteur essentiel de bon développement

**L'enfant développe très tôt des « stratégies d'attachement » pour que l'on s'occupe de lui. Il fait preuve de capacités d'adaptation considérables, repérant instinctivement ce à quoi sont sensibles ses proches. Il préférera même un rapport négatif à ses parents plutôt qu'une absence d'interaction. Ce qui est essentiel pour lui : se sentir pris en charge et protégé, par ses parents bien sûr, sinon sa famille plus large ou des adultes extérieurs. L'enfant agit en fonction de ce qui optimise sa propre protection. Raphaële Miljkovitch, docteur en psychologie, analyse ces mécanismes d'attachement.**

L'attachement est un besoin primordial de l'enfant. Pour survivre, il a besoin d'au moins un adulte qui veille sur lui et le protège. Grâce aux réponses de ce dernier à ses manifestations de détresse, le bébé apprend progressivement à surmonter la peur. La présence de l'adulte lui permet en outre d'appivoiser un environnement qui lui est au départ inconnu. En s'exposant en toute sécurité au monde, tant physique que social, l'enfant se familiarise avec les différentes choses et personnes qui l'entourent. Lorsque l'accompagnement parental<sup>1</sup> fait défaut, il ressent une anxiété importante, qui nuit à son développement et peut précipiter la survenue de symptômes (1).

## **Le minimum vital : la relation dyadique**

Afin de grandir harmonieusement, l'enfant a donc besoin à tout instant de se sentir en sécurité. Dès que celle-ci lui paraît menacée, que ce soit en raison d'une sensation désagréable qu'il ne comprend pas ou d'un aspect effrayant de l'environnement, il agit de façon à favoriser un rapprochement de l'adulte. Dès sa naissance, le bébé dispose d'un répertoire de comportements innés (tels que les cris), qui ont généralement pour effet d'interpeller et mobiliser le parent. Toutefois, il arrive que ces tendances naturelles ne suffisent pas à obtenir la sécurité recherchée. Dans ce cas, l'enfant en modifie l'expression.

La manière dont l'enfant ajuste son comportement en vue de s'assurer de la présence de l'adulte dépend de la façon

dont ce dernier réagit à ses demandes. Tout se passe comme si au moins l'un des deux membres de la dyade devait veiller à ce qu'il ne coure aucun risque. Généralement, le parent assume la responsabilité d'intervenir, si besoin est, et l'enfant n'a pas besoin d'être continuellement sur le qui-vive. Il lui suffit de lui signaler son besoin d'être rassuré quand il se trouve dans une situation alarmante. Son comportement (cris, agitation, etc.) a pour effet de faire venir l'adulte, ce qui fait disparaître sa détresse. À travers l'expérience répétée de ce genre de scénario, l'enfant apprend qu'il peut compter sur lui en cas de besoin et développe un sentiment de confiance et de tranquillité : on dit d'un tel enfant qu'il est « écuire ». Il arrive toutefois, pour des raisons diverses, que le parent n'assume plus tout à fait cette fonction (2). Il revient alors à l'enfant de rester vigilant quant aux conditions de sécurité et de trouver des moyens qui lui permettent de pallier les manquements de l'adulte.

## **Tout faire pour préserver le lien**

Les enfants, même petits, développent des stratégies variées, appelées « stratégies d'attachement », pour parvenir à ce que l'on s'occupe d'eux. Aussi jeune soit-il, l'enfant saisit très bien les attentes de ses parents. Bien que, bébé, il n'ait pas encore la capacité de se mettre à la place d'autrui, il constate que certains de ses comportements sont mieux reçus que d'autres. Par exemple, si, pris dans les bras d'une autre femme, il se montre souriant et que sa mère s'empresse alors de le

reprendre en le consolant, il comprendra que les autres personnes sont susceptibles de lui nuire et qu'il doit s'en tenir à l'écart. Même si les réactions de sa mère sont décalées par rapport à ce qu'il ressent véritablement, l'enfant va tout de même accepter ce qu'elle lui communique, car il s'en remet à elle (ou plus généralement à ses « donneurs de soins ») pour déterminer ce qui est le mieux pour lui. Très réceptif à ce qui lui déplaît, l'enfant cherche à ne pas la contrarier et risquer de compromettre le lien affectif qui existe entre elle et lui. Il apprend vite à éviter de provoquer chez elle des réactions négatives, qui éveilleraient en lui un sentiment d'insécurité. À l'inverse, le bébé remarque aussi ce qui est apprécié par ses parents et les met dans de bonnes dispositions.

Cela étant, J. Bowlby (3) estimait qu'il valait mieux avoir une « mauvaise mère » que pas de mère du tout. Nous n'aborderons pas ici la question de la place de la mère par rapport à d'autres adultes en ce qui concerne la fonction d'attachement (4) mais, d'une manière générale, on constate effectivement que les enfants préfèrent un rapport négatif avec leurs parents à une absence totale d'interaction. Parfois, le simple fait de réussir à attirer l'attention sur soi, même si cela donne lieu à un échange violent ou douloureux, peut sembler relever de l'attachement. Qu'il soit bienveillant ou non, un parent reste, aux yeux de l'enfant, le havre de sécurité vers lequel se tourner en cas de peur. Tant qu'il n'est pas suffisamment ma-



ture pour se prendre en charge tout seul ou qu'il n'a pas la possibilité de se réfugier ailleurs, un tout-petit, même maltraité, reste aux côtés de ses parents. De son point de vue, c'est ce qui est le plus favorable à sa survie. Pour cette raison, les comportements qui permettent au minimum d'attirer l'attention sur soi et, au mieux, d'obtenir du parent une attitude protectrice ou réconfortante peuvent être considérés comme des comportements d'attachement (5). Le plus naturel consiste à signifier sa détresse par des cris ou des pleurs. Mais, lorsque ces signaux donnent lieu à un rejet, l'enfant peut alors éviter le parent pour ne pas représenter un poids pour lui ; il le met ainsi dans de meilleures dispositions. Une inversion des rôles où l'enfant se préoccupe du bien-être de l'adulte peut être un autre moyen de maintenir une forme de contact. Dans certaines circonstances, pour qu'on le remarque, l'enfant peut aussi en arriver à faire des crises. Même si cela donne lieu à un échange négatif, cela paraît préférable à une absence de lien (6).

L'enfant peut aussi s'apercevoir que d'autres comportements, dont la finalité n'était pas, initialement, d'attirer le parent, peuvent néanmoins avoir cet effet. Par exemple, en se faisant mal accidentellement, il peut constater que l'adulte lui vient en aide, alors qu'il ne le fait pas autrement. Les blessures peuvent ainsi lui paraître d'une importance secondaire à côté du réconfort qu'elles permettent d'obtenir. L'enfant peut alors très vite user de ce type de comportement afin d'inciter l'adulte à s'occuper de lui. Ce qui est d'autant plus susceptible de se produire que des demandes plus directes ne parviennent pas à lui procurer les soins attendus. En somme, pour agir sur le parent de manière à trouver une réponse à ses besoins, l'enfant peut aussi développer des « stratégies d'attachement masquées », en reproduisant des conduites autres, dont il s'est rendu compte qu'elles permettaient de mieux accéder à lui. Celles-ci peuvent aller de la prise de risques aux plaintes somatiques, en passant par l'agressivité.

### **Les autres membres de la famille ont aussi leur importance**

Ce qui est essentiel pour un enfant, c'est de se sentir pris en charge et protégé. Bien sûr, un attachement à ses

deux parents est optimal mais, lorsqu'un des parents est défaillant, l'intervention de l'autre parent peut plus ou moins combler les manques occasionnés par cette relation (7). Cela atténue ses effets délétères au niveau de l'équilibre psychologique de l'enfant mais aussi au niveau des liens qu'il tisse au cours de son développement. À la différence de la personne qui n'a connu que des relations difficiles au sein de sa famille, celle qui a bénéficié d'un soutien stable et rassurant arrive à concevoir les relations en termes positifs.

L'impact négatif de l'insécurité dans la relation au parent peut donc être minimisé si l'enfant peut trouver au sein de sa famille un tiers sécurisant. On sait déjà que, s'il s'ajuste à chacune de ses figures d'attachement en fonction de leurs réactions spécifiques (8), il tient aussi compte de l'ensemble de son environnement dans son processus d'adaptation (5). Par exemple, il réagira très différemment à un père maltraitant selon qu'il vit seul avec lui, que sa mère cautionne les agissements de son mari ou qu'au contraire elle s'oppose à lui. L'enfant agit en fonction de ce qui optimise sa propre protection. C'est ainsi

que, face à un père violent, si la mère n'est pas en mesure de le protéger, il aura meilleur intérêt à se montrer positif (ce qui peut l'amener à idéaliser son père) qu'à se montrer révolté et risquer de provoquer en lui encore plus de comportements hostiles. Il en ira tout autrement si la mère intervient.

Par ailleurs, l'entrée dans l'adolescence peut être un de ces facteurs qui amènent l'enfant à se rendre compte de la situation dans laquelle il se trouve. Outre le développement de ses capacités cognitives, qui lui ouvre de nouvelles perspectives et lui procure une certaine autonomie de pensée, l'adolescent n'est plus totalement dépendant de ses parents pour assurer sa survie. Leur proximité ne lui est plus indispensable. Par conséquent, si la vie de famille présente certains risques en raison, par exemple, de la violence qui y règne, ceux-ci ne sont plus nécessairement compensés par ce que les parents peuvent lui apporter sur d'autres plans en termes de minimum vital (ne serait-ce qu'un toit). Si, de plus, l'enfant trouve d'autres personnes susceptibles de l'aider, il sera d'autant moins enclin à rester sous leur emprise. Dans ce contexte,

une solidarité entre frères et sœurs peut se développer et lui permettre de faire front face aux adultes. L'accès aux grands-parents peut également servir d'appui. La possibilité d'établir une relation extérieure à celle avec le(s) parent(s) défaillant(s) rend celle-ci moins cruciale pour s'assurer de sa propre protection.

### Les ressources à l'extérieur de la famille

Les relations que l'enfant établit en dehors de la famille participent aussi à son bon développement (9, 10). En particulier, s'il est gardé par une nourrice, une auxiliaire de puériculture ou une baby-sitter, il s'en remet totalement à elle pendant la garde pour qu'elle lui apporte les soins dont il a besoin. S'il n'arrive pas à être rassuré dans sa famille, ce type de relation aura d'autant plus d'importance qu'elle estompée l'influence néfaste des liens familiaux et lui apporte un modèle de relation plus positif, qui teinte sa vision des rapports interpersonnels. Les moments partagés avec elle sont autant de moments qui contribuent eux aussi de manière significative à son développement.

Ces personnes extérieures peuvent aussi jouer un rôle dans la qualité des interactions entre l'enfant et sa famille. Elles peuvent en particulier repérer certains comportements problématiques chez l'enfant et orienter les parents vers les instances compétentes pour qu'ils puissent être aidés dans leurs difficultés.

Si l'enfant se comporte avec n'importe quel adulte comme s'il s'agissait d'un parent, s'il se met en danger en présence de sa mère ou de son père, si de manière persistante il est incapable de s'en détacher et ressent une peur extrême face aux étrangers, s'il est excessivement agressif, il convient de s'interroger par rapport à la qualité de l'attachement établi au sein de son foyer (11).

### Conclusion

En bref, l'enfant fait preuve d'incroyables capacités d'adaptation pour inciter ses proches à s'occuper de lui, repérant de manière instinctive ce à quoi ils sont sensibles. En outre, il a beaucoup de ressources pour trouver dans son environnement les personnes qui vont lui permettre d'obtenir la protection et l'aide dont il a besoin. Par conséquent, plus il est entouré de personnes susceptibles de lui apporter les soins nécessaires, plus il aura de chances de trouver la sécurité. Bien sûr, la relation à la principale figure d'attachement (généralement la mère), parce qu'elle est durable et quotidienne, joue un rôle essentiel. Son poids va cependant varier en fonction des autres relations que l'enfant établit, à commencer par celle avec l'autre parent, mais aussi celles avec des adultes en dehors de la famille nucléaire.

#### Raphaële Miljkovitch

Docteur en psychologie,  
professeur, université Paris-Ouest – Nanterre  
La Défense, chef de projets de recherche,  
Institut mutualiste Montsouris,  
thérapeute familiale, Centre Monceau, Paris.

1. La référence au « parent » renvoie ici à toute personne qui fournit à l'enfant les soins indispensables à son développement.

### ► Références bibliographiques

- (1) Bowlby J. *Attachement et perte. 1 : L'attachement ; 2 : La séparation, angoisse et colère ; 3 : La perte, tristesse et dépression*. Paris : Puf, coll. Le fil rouge, 1978. Vol. 1 (2002, 544 p.), vol. 2 (2007, 560 p.) ; vol. 3 (2006, 608 p.).
- (2) Miljkovitch R. *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Puf, coll. Le fil rouge, 2001 : 288 p.
- (3) Bowlby J. *Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life*. *International journal of psycho-analysis* 1944; (25)19-52: 107-27.
- (4) Pour une revue de la littérature sur les spécificités du père par rapport à la mère, voir Miljkovitch R., Pierrehumbert B. *Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2005 ; 35 : 115-29.
- (5) Miljkovitch R. *Les fondations du lien amoureux*. Paris : Puf, coll. Le lien social, 2009 : 232 p.
- (6) Miljkovitch R. *Les troubles de l'attachement*. *Journal des professionnels de l'enfance*, 2004 ; 31 : 63-4.
- (7) Howes C., Spieker S. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy J., Shaver P.R. (Eds.). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. NY: Guilford, 2008: 317-32.
- (8) Fox N.A., Kimmerly N.L., Schafer W.D. *Attachment to mother/Attachment to father: A meta-analysis*. *Child development* 1991; 62: 210-25.
- (9) Lecomte J. *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob, 2004 : 382 p.
- (10) Lighezzolo J., Tychev (de) C. *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*. Paris : éditions In press, 2004 : 120 p.
- (11) Zeanah C., Boris N.W., Lieberman A.F. Attachment disorders of infancy. In: Sameroff A.J., Lewis M., Miller S.M. (Eds.). *Handbook of developmental psychopathology*, (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Kluwer Academic/Plenum publishers, 2000: 293-307.

# La norme et l'enfant

**La place de l'enfant dans la société et son mode d'éducation ont considérablement changé au cours des dernières décennies. L'émancipation de l'enfant est devenue l'objectif prioritaire, il n'est plus éduqué pour servir la société mais pour favoriser son épanouissement personnel. L'autorité traditionnelle des parents sur leur enfant ayant tendance à disparaître, le parent éducateur doit faire preuve d'une autorité « médiatrice » qui va articuler « l'être soi » – l'enfant dans sa quête individuelle – et « l'être ensemble » – le monde qui l'entoure. L'éducation est plus que jamais une « persuasion clandestine », selon les termes de Pierre Bourdieu.**

La famille est l'institution qui a sans doute le plus changé au cours de ces dernières décennies. Ses structures ont pris des formes variées. Il n'y a plus aujourd'hui un type unique de famille considéré comme idéal. Dès lors, la définition de celle-ci devient extrêmement floue : « *Une famille est formée de personnes qui se considèrent comme faisant partie de la même famille.* » (1) De plus, elle n'est plus nécessairement un modèle stable et de longue durée. Pourtant, contrairement aux idées fréquemment avancées, elle reste d'une vivacité sans pareille. Les liens familiaux n'ont même jamais été aussi profonds et intenses qu'aujourd'hui et cela, malgré le nombre élevé de divorces. Dans la très grande majorité des cas, les parents aiment leurs enfants et désirent par-dessus tout leur plein épanouissement (2). Les enfants, en retour, affirment trouver le bonheur au sein de leur famille. « Famille, je vous aime », constate d'ailleurs Luc Ferry (3).

Effectivement, les parents insistent de nos jours pour reconnaître la singularité de leurs enfants ; l'individualité de ceux-ci est devenue un enjeu majeur pour eux. Dès lors, ils demandent que l'on fournisse à leur progéniture les conditions de son émancipation. L'angoisse des familles à cet endroit est tangible et susceptible de créer des tensions avec les instances – l'école principalement – qui ne respecteraient pas ces conditions. Car qui dit émancipation dit aussi liberté et indépendance dans l'expression et dans les actes, ce que l'école ne peut admettre... (4).

Par ailleurs, dans cette société qui peut s'avérer hostile, le parent, de plus en plus, ressent le besoin de protéger l'enfant contre les dangers qu'il encourt... et, dès lors, il doit limiter sa liberté (5). Paradoxe. Une nouvelle conception de l'enfant apparaît dans cette société en mutation. Aujourd'hui, l'enfant n'est plus éduqué pour servir la société ; ses parents, au contraire, visent son épanouissement personnel.

Devant cette nouvelle conception de l'enfant, qu'en est-il de l'autorité de l'adulte ? Comment cet enfant réagit-il face aux règles, aux normes, aux rôles ? Comment les adultes (parents et professionnels) se conduisent-ils ou doivent-ils se conduire ? La dimension paradoxale de cette situation est telle qu'on peut s'interroger : l'éducation est-elle devenue impossible ? Mais qu'est-ce que l'éducation ?

## **L'éducation, une persuasion clandestine**

L'éducation, affirme Pierre Bourdieu (6), est une « persuasion clandestine ». Pour cet auteur, l'individu est le produit d'un processus d'imprégnation mis en œuvre dès le début de la vie, prioritairement au sein du milieu familial, secondairement à l'école. C'est par ce processus qu'il va incorporer ses façons de penser, d'agir, de structurer son univers. Ainsi, les enfants vont-ils, très tôt, intérioriser les règles présentes au sein du milieu de vie. C'est pourquoi il s'agit d'une « persuasion ». Et celle-ci se fait à l'insu des enfants. On dira donc qu'elle est clandestine. En effet, l'éducation est largement implicite (7) ; de là naît sa

force. Ces structures incorporées sont profondément ancrées dans l'individu et lui permettent d'appréhender le monde, différemment selon les milieux d'origine. Il existe ainsi des logiques familiales d'insertion sociale (8) qui différencient les familles en fonction de leur histoire et de leur milieu socio-économique. Toutefois, même si certaines familles sont mieux armées que d'autres pour faire face aux problèmes éducatifs actuels, il reste qu'une nouvelle conception de l'enfant s'est développée et atteint tous les milieux.

## **D'une société moderne à une société postmoderne**

Au sein de cette société en profonde mutation, les parents ont de nouvelles théories implicites de l'éducation. Ils les mettent en œuvre dès la naissance de leur bébé, qui reçoit une éducation bien différente de celle de la génération précédente. Une étude longitudinale (2) montre que les changements en matière d'éducation sont considérables d'une génération à l'autre. D'une éducation moderne on en vient à une éducation postmoderne.

Le statut de la personne change : sur deux générations, on passe de la dominance du parent à celle de l'enfant ; celui-ci est intensément investi ; il tend à prendre les initiatives et à les imposer à son milieu familial.

Le mode d'éducation n'est plus le même : la pédagogie opératoire et rationnelle des familles modernes fait place à l'éducation relationnelle et émotionnelle de la génération postmoderne.

Ainsi, y a-t-il mutation des valeurs. La société moderne avait pour objectif d'éduquer l'enfant à devenir un adulte capable de contribuer au progrès social et au bien-être de l'homme. L'éducation suivait donc une démarche instrumentale et stratégique. En revanche, la post-modernité vise le bonheur individuel et recherche le plaisir personnel. C'est ce que l'on éprouve qui devient important.

Les *règles relationnelles* intrafamiliales sont, elles aussi, modifiées : la modernité défendait un modèle familial hiérarchisé dans lequel l'autorité de l'adulte était incontestable ; les familles de la deuxième génération optent davantage pour un style égalitaire dans les relations ; elles favorisent une négociation des règles en lieu et place de leur imposition.

L'*émancipation de l'enfant* devient un objectif prioritaire : les familles de première génération fonctionnaient de manière complémentaire et interdépendante ; la socialisation tentait de répondre aux exigences d'un progrès social collectif ; au sein de la deuxième génération, la socialisation est individualiste ; elle vise l'épanouissement personnel de l'enfant et son autonomie, garants de son intégration sociale.

Ces changements considérables reflètent le passage d'une société à une autre. Aujourd'hui, le sujet émerge. Et le régime normatif se modifie (5). Au

cours de l'individualisation de l'enfant, la norme morale laisse une grande place à la psychologie. L'auteur poursuit : « *Les règles, les commandements sont perçus comme dangereux puisqu'ils ignorent ce qui est personnel et nous amènent à négliger ce qui est unique chez notre enfant et dans notre relation à lui [...]. Ce n'est plus la règle ou la discipline qui doit être respectée mais l'enfant et sa nature.* » (p. 135)

### **Des problèmes liés au changement d'éducation**

Faut-il de nos jours déplorer la perte du modèle éducatif ancien ? Certains pensent que les transformations sont responsables des difficultés auxquelles l'éducation est confrontée aujourd'hui. D'autres, au contraire, mettent en avant la richesse affective, la qualité émancipatoire et les relations moins stéréotypées des familles actuelles. Quoi qu'il en soit, le changement est bien là et il convient donc d'en examiner les conséquences pour mieux faire face aux problèmes. Car, quelle que soit la société, l'acte d'éducation engendre toujours des difficultés. Sans prétendre à l'exhaustivité, examinons-en quelques-unes.

Comme nous l'avons précisé ci-avant, la famille actuelle s'appuie sur un ensemble de valeurs individuelles basées sur la reconnaissance des singularités. Or, souligne Marcel Gauchet (9), la vie sociale, surtout dans une société démocratique, est le domaine

de l'impersonnalité : tout individu doit être traité de la même manière. Il y a donc antinomie entre le fonctionnement des valeurs familiales et le cadre social. Comment, s'interroge l'auteur, les enfants peuvent-ils apprendre dans ces conditions les règles de la vie sociale ?

Par ailleurs, on sait depuis toujours que la famille est une institution à laquelle il faut bien échapper un jour. Mais, de cette structure affective, relationnelle et si peu autoritaire, comment faire pour sortir ? Comment oser affronter la vie en société avec ses nécessaires devoirs, obligations et contraintes ?

En outre, dans ce contexte, l'enfant entre désormais dans un rapport d'égal à égal avec ses parents. Il devient le partenaire de ceux-ci. Puisqu'il apprend que tout est négociable, il doit appréhender le monde sans règle pré-établie (10 ; p. 31). Comment incorporer des structures que les instances de socialisation primaires ne lui ont jamais inculquées ?

Ainsi, la disparition des régulations qui orientaient les individus et donnaient une signification à leur vie en commun laisse place à un désarroi manifeste (10 ; p. 43). Effectivement, la construction d'une individualité requiert des « points de repère », des « limites », des « points d'appui » pour pouvoir entrer dans le monde social et ne pas en être exclu. Et,



dans ce monde-là, les règles sont tellement opaques qu'elles ne peuvent être acquises qu'après de figures d'autorité qui connaissent les rouages du mécanisme social et les inculquent le plus souvent implicitement.

**Une autorité éducative**

Au sein de la famille, l'autorité imposant la soumission aveugle de l'enfant à ses parents tend aujourd'hui à disparaître. Mais, comme « *nul ne s'éduque lui-même* » (10 ; p. 162), l'autorité ne peut ainsi se dissoudre. L'enfant qui naît est propulsé dans un univers fait de codes, de règles, de normes, de valeurs. Il ne peut s'y intégrer sans le recours aux adultes. Certes, dans ce cas, ceux-ci doivent exercer une pression sur lui. En revanche, s'ils veulent trop le protéger, ils le désarment et le désorientent en empêchant son accès au monde social. Une autre forme d'autorité doit donc s'imposer. De nouvelles conditions d'éducation sont à réinventer. Dès lors, que doit faire l'éducateur, parent comme professionnel de l'action éducative ? Avec Marie-Claude Blais, Marcel Gauchet et Dominique Ottavi (10 ; p. 157), nous pensons que l'autorité devra constituer une médiation entre l'individu et le collectif. Elle aura à être pour l'enfant l'intermédiaire entre sa quête individuelle et son inscription dans le monde qui l'entoure. Elle fera l'articulation entre « l'être soi » et « l'être ensemble ». En d'autres termes, elle sera fondée tout à la fois sur la reconnaissance (du sujet dans son individualité propre) et sur le consentement (c'est-à-dire sur l'adhésion personnelle à des obligations sociales). L'éducateur aura donc à se situer dans cet entre-deux constitué par des pôles apparemment incompatibles : le pôle de la socialisation individualiste et le pôle de la socialisation holiste. Il sera donc un médiateur, un intercesseur pour faire de l'enfant un individu indépendant mais ouvert à la compréhension des règles du jeu social et conscient de la présence des contraintes collectives. C'est à ce prix que la liberté peut efficacement être vécue car celle-ci n'est jamais donnée ; elle suppose un apprentissage par l'éducation.

**Conclusion**

La famille contemporaine postmoderne a rompu avec l'univers de normes de la période moderne car il apparaissait comme un obstacle à la liberté

de l'enfant. Habitué à négocier, celui-ci considère les normes obsolètes, voire absurdes. On veut, dans la conception actuelle, qu'il devienne un sujet autonome ; toutefois, on ne lui donne pas les clés de son indépendance et de son épanouissement futurs. La véritable liberté n'est pas d'obéir à ses pulsions, ce qui impliquerait une soumission ; elle nécessite au contraire une maîtrise de soi et une initiation aux codes de la société qui s'acquièrent précocement, au sein de la famille d'abord, puis au contact de l'école, des pairs et de tout l'environnement. Cette autorité-là permettra la liberté car l'individu pourra exercer sa puissance d'agir et exprimer sa singularité en toute connaissance de cause et en pleine autonomie.

**Pr Jean-Pierre Pourtois**  
**Pr Hugnette Desmet**

département de développement familial et communautaire, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Mons (Belgique).

**► Références bibliographiques**

- (1) Décoret B. *Famille*. Paris : Anthropos, 1998 : 112 p.
- (2) Lahaye W., Pourtois J.-P., Desmet H. *Transmettre. D'une génération à l'autre*. Paris : Puf, coll. Hors collection, 2007 : 384 p.
- (3) Ferry L. *Famille, je vous aime. Politique et vie privée à l'âge de la mondialisation*. Paris : XO édition, coll. Essai, 2007 : 216 p.
- (4) Gauchet M. *L'enfant du désir*. Paris : Galimard, coll. Le débat, n° 132, novembre-décembre 2004 : 98-121.
- (5) Singly (de) F. *Les uns avec les autres*. Paris : Armand Colin, coll. Individu et société, 2003 : 272 p.
- (6) Bourdieu P. *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Paris : Le seuil, 1992 : 267 p.
- (7) Pourtois J.-P., Desmet H. *L'éducation implicite*. Paris : Puf, coll. Recherches scientifiques, 2004 : 256 p.
- (8) Nimal P., Lahaye W., Pourtois J.-P. *Logiques familiales d'insertion sociale*. Bruxelles : De Boeck, coll. Pédagogie en développement, 2000 : 229 p.
- (9) Gauchet M. *L'impossible entrée dans la vie*. Bruxelles : Yapaka.be, ministère de la Communauté française, coll. Temps d'arrêt, 2008 : 52-3.
- (10) Blais M.-C., Gauchet M., Ottavi D. *Conditions de l'éducation*. Paris : Stock, 2008 : 270 p.

# équilibrés

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé

**équilibrés**  
LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

**Actualités** Action nationale de lutte contre les hépatites B et C

**De plus contre les hépatites**

**Offre et études de l'INPES**

**► Trois missions du professeur Daniel Desmet**

« *De quoi parle-t-on avec ?* »

**► Informations - actualités des associations, évolution des attitudes**

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**inpes**

www.inpes.sante.fr

# Parentalités atypiques et place des enfants

**La notion de parentalité a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Au côté de la situation de parentalité traditionnelle de parents géniteurs se sont développées d'autres situations : monoparentalité, beau-parentalité, homoparentalité. Gérard Neyrand, sociologue, analyse l'impact de ces évolutions sur l'enfant, qui peut être élevé par plus de deux personnes placées en situation parentale à son égard. Il souligne que c'est moins le cadre dans lequel est élevé l'enfant qui est perturbateur que la qualité des relations entretenues avec les personnes qui lui servent de parents.**

Le thème qui m'a été confié dans ce dossier : « La place des enfants dans les parentalités atypiques » est moins simple à traiter qu'il n'y paraît au premier abord. Les termes employés ne sont pas neutres : tout d'abord, en quoi certaines parentalités seraient « atypiques » ? Par rapport à quelle norme de référence ? Ensuite, le terme même de parentalité pose question : s'il s'agit de parler des parents et de leurs enfants, pourquoi ne pas employer le terme de famille ?

De fait, cette formulation « parentalités atypiques » se révèle foncièrement moderne car elle présuppose que le lecteur a déjà intégré ce qui fait la spécificité de la vie familiale aujourd'hui : la constitution d'un espace autonome, celui de la parentalité, et sa dissociation d'avec l'espace de la conjugalité. Constitution de la parentalité en espace autonome, en effet, car la parentalité n'est pas la parenté. Elle présente la spécificité de mettre l'accent sur ce qui fait lien entre les parents et l'enfant, sur les processus d'affiliation réciproque, sur les pratiques de soin et d'éducation, « l'élevage », en quelque sorte, dans sa signification première d'élever l'enfant.

La parentalité moderne résulte donc d'une double dissociation qui marque notre époque :

– dissociation entre sexualité et reproduction avec, à la fin des années 1960, l'apparition des moyens modernes de contraception, puis, à partir des années 1980, le développement des techniques d'aide médicale à la procréation pour les couples inféconds ;

– dissociation entre la conjugalité et la parentalité que va permettre la remise en cause du mariage-institution et la montée des séparations conjugales en présence d'enfants, depuis la fin des années 1970. La situation de parentalité typique de la famille traditionnelle, l'élevage des enfants par leurs deux parents d'origine (à la fois parents géniteurs, parents socio-juridiques – reconnus comme tels par la société – et parents éducateurs), si elle continue à être la situation la plus fréquente, se voit concurrencée par d'autres situations de parentalité, atypiques par rapport à cette norme antérieure, et dont l'importance est largement dépendante de cette évolution : monoparentalité, beau-parentalité, homoparentalité... Sans être véritablement nouvelles, ces situations qui ne représentaient que des cas marginaux à l'époque du règne de la famille conjugale indissoluble concernent désormais un grand nombre d'enfants et sont devenues banales (hormis le cas particulier de l'homoparentalité).

## Les figures parentales peuvent changer

Ce qui caractérise la naissance d'un enfant aujourd'hui, c'est sans doute la probabilité croissante que cette naissance se réalise hors du cadre de la norme conjugale hétérosexuelle, mais surtout la probabilité bien plus importante que ce cadre de départ soit amené à évoluer et que, parmi les acteurs importants de son entourage, certaines figures parentales disparaissent (par exemple en cas de stricte monoparen-

talité) et d'autres apparaissent, exemplairement les beaux-parents. La place d'un enfant dans une situation de parentalité n'est donc pas figée *a priori*, il peut passer d'une situation commune à une situation relativement atypique, comme la monoparentalité, la résidence alternée, la recomposition familiale... sans parler des situations les plus éloignées de la norme que représentent l'éducation par deux personnes de même sexe.

Deux mots caractérisent ainsi la situation des enfants aujourd'hui : *diversité* et *évolution*. Diversité parce qu'un enfant peut être élevé par une, deux, trois, quatre... ou plus, personnes placées en situation parentale à son égard, et que les référents parentaux à un niveau ou à un autre sont encore plus nombreux. Évolution parce que les choses sont toujours *susceptibles* d'évoluer en permanence. Un exemple pour illustration : lorsqu'une femme accouche sous X, la filiation à l'égard des parents biologiques est effacée... mais cela ne signifie pas pour l'enfant qu'un questionnaire sur ses géniteurs ne viendra pas le travailler durant de longues années (de la même façon d'ailleurs que lorsqu'un couple infertile a dû faire appel à un donneur de gamètes pour lui permettre de procréer). Adopté par un couple « normal » (c'est-à-dire hétérosexuel, mais le fait d'être d'origine française, d'avoir un emploi stable et une bonne éducation entrent aussi en ligne de compte...), cet enfant va donc avoir deux parents « adoptifs » qui vont parfaitement jouer

le rôle de parents... mais beaucoup moins celui de conjoints. Un divorce quelques années après les amène à pratiquer une alternance de l'enfant entre leurs deux domiciles... et à proposer l'un après l'autre à leur enfant l'amour (ou au moins l'attention) d'une belle-mère ou d'un beau-père. Pas moins de six figures parentales ont jalonné la vie de cet encore jeune enfant, et cela pourrait ne pas s'arrêter là...

Rendre compte de la complexification des situations parentales m'a ainsi amené à parler en termes de « dispositif de parentalité », ce qui signifie qu'au plan individuel un enfant peut avoir à composer avec un nombre variable de figures parentales, organisées pour lui selon un dispositif évolutif. Cette situation a de multiples conséquences :

- remettre en question les bases de l'organisation juridique de la famille. Après la désinstitutionnalisation de l'union conjugale, le principe de l'exclusivité de la filiation constitutif de notre organisation est sérieusement ébranlé ;
- multiplier les interrogations sur ce qu'est la parentalité, qui place au centre du rapport à l'enfant les processus d'affiliation et les liens établis avec ses parents ;
- développer les appréhensions au sujet des enfants placés dans ces situations – relativement – atypiques.

Il n'est pas possible ici de développer les deux premières dimensions. Je me contenterai d'apporter quelques éléments sur la place des enfants. En effet, c'est elle qui demeure interrogée dans ces situations certes hors de la norme commune mais devenues quelque peu banales par la force des choses.

### **La place réservée à l'enfant**

Lorsque régnait le modèle de la famille conjugale indissoluble, toutes les situations se trouvant hors de cette norme étaient non seulement marginalisées mais fortement stigmatisées, les divorcés étaient regardés avec suspicion et les « filles mères » considérées fréquemment comme des sortes de prostituées... En parallèle, les enfants se trouvant dans ces situations étaient censés pâtir de tous les maux, et les écrits psychologiques ne manquaient pas pour dénoncer l'apparition de troubles chez les enfants, conséquence de ces situations. Avec l'émancipation des femmes, la montée du modèle démocratique de la famille et la fréquence des séparations conjugales, la stigmatisation touchant les adultes vivant en situation monoparentale ou recomposée a quasiment disparu, mais les interrogations touchant les enfants dans ces situations demeurent. Pourtant, nombre de travaux ont montré que ceux-ci ne présentent pas forcément plus de troubles

du développement que les enfants placés dans des situations plus classiques, qu'ils soient élevés par un seul parent, en résidence alternée, avec l'aide d'un beau-parent ou avec un homoparent... Si la séparation parentale est bien souvent un traumatisme pour l'enfant, en même temps elle constitue aussi une délivrance à l'égard d'une situation de tension ou de conflit familial forcément mal vécue, et le traumatisme généralement est assez rapidement surmonté. L'enfant – dont les capacités d'adaptation sont bien supérieures à celles de l'adulte – trouve alors un nouvel équilibre, sauf à ce qu'un conflit violent perdure entre les parents et qu'il se retrouve placé au centre de celui-ci. Les injonctions contradictoires subies par l'enfant et le conflit de loyauté auquel il va être confronté peuvent alors effectivement avoir un effet profondément perturbateur. C'est sans doute la principale raison du développement des services de conseil conjugal, médiation familiale, voire thérapie familiale, depuis une trentaine d'années. De même, une mauvaise relation peut être entretenue avec un beau-parent, dans la mesure où sa place et ses fonctions n'ont pas été clairement définies dans la famille, notamment avec le parent chez lequel vit l'enfant. Alors, la relation avec le beau-parent peut être difficile et se révéler perturbatrice tant que n'ont

pas été éclaircies et désamorçées les sources potentielles de conflit, les conditions alimentant une jalousie, ou une méfiance, réciproque.

C'est donc moins le cadre dans lequel se trouve élevé l'enfant qui peut être perturbateur que la qualité des relations entretenues avec les personnes qui lui servent de parents. On rencontre de nombreux enfants parfaitement équilibrés dans toutes les situations de parentalité évoquées, alors qu'il existe aussi des enfants perturbés dans toutes les situations, y compris celle de biparentalité classique, comme les travaux des successeurs de Freud nous l'ont suffisamment démontré...

#### Gérard Neyrand

Sociologue, professeur à l'université, université Paul-Sabatier - Toulouse-III.

Directeur du Centre interdisciplinaire méditerranéen d'études et de recherches en sciences sociales (Cimerrs), Bouc-Bel-Air.

### » Bibliographie

- Cadolle S. *Être parent, être beau-parent. La recomposition de la famille*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 312 p.
- Delaisi de Parseval G. *Famille à tout prix*. Paris : Le seuil, coll. La couleur des idées, 2008 : 400 p.
- Gratton E. *L'homoparentalité au masculin. Le désir d'enfant contre l'ordre social*. Paris : Puf, coll. Partage du savoir, 2008 : 264 p.
- Lefacheur N. Les familles dites monoparentales. In : Fabre D., Savet A. (dir.). *Parents au singulier. Monoparentalités : échec ou défi ?* Autrement, n° 134, janvier 1993 : 27-37.
- Lefeuvre D. *Le médiateur familial : quand et pourquoi ? Accompagner la famille dans ses conflits*. Gap : édition Yves Michel, coll. Acteurs sociaux, 2008 : 196 p.
- Neyrand G. *L'enfant face à la séparation des parents. Une solution, la résidence alternée*. Paris : Syros, 1994, 4<sup>e</sup> édition, La découverte, coll. Alternatives sociales, 2009 : 276 p. (à paraître).
- Neyrand G., Rossi P. *Monoparentalité précaire et femme sujet*. Toulouse : Érès, coll. Pratiques du champ social, 2004 : 250 p.
- Neyrand G. *La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation*. Recherches familiales 2007 ; n° 4 : 71-88.
- Neyrand G. *Le dialogue familial. Un idéal précaire*. Toulouse : Érès, coll. Couples, famille et métamorphoses, 2009 : 224 p.

# La famille, lieu de socialisation et de promotion de la santé

**La famille est le premier lieu de développement du tout jeune enfant. Ce dernier ne doit pas trop être stimulé dans son apprentissage cognitif : famille et professionnels doivent être à l'écoute de son rythme quotidien.**

La famille est le premier lieu de socialisation et de promotion de la santé des tout-petits. L'accueil en collectivité proposé par les travailleurs sociaux, pour être de qualité, devra prendre en compte les attentes des parents et les besoins du tout-petit. Les parents et les professionnels s'occupant des enfants devront être vigilants à ne pas les surstimuler. En effet, il existe un seuil chez chaque enfant au-delà duquel il ne peut plus supporter de stimulations ou d'activité. La surstimulation, c'est le dépassement de ce seuil. Il arrive, lorsque les stimulations sont trop intenses, que l'avalanche des informations ne soit pas assimilée par le jeune enfant, il y a « surcharge ».

Heureusement, le bébé est capable de se protéger contre les stimuli perturbateurs, il peut se déconnecter, c'est-à-dire bâiller, somnoler ou même dormir, regarder dans le vide... Par exemple, certains bébés dorment dans les chariots des supermarchés les jours de pleine affluence et, si l'on interroge les parents, ils vous diront, d'une part, que ce n'est pas l'heure habituelle à laquelle leur enfant dort et, d'autre part, qu'à la maison le moindre bruit le réveille. Parfois, à la fin d'une journée active, le système nerveux a atteint ses limites. On dirait que le bébé explose. T. Berry Brazelton, célèbre pédiatre américain, parle de « désintégration » qui se traduit par des pleurs quasi-insolubles.

Au fur et à mesure qu'il grandit, le tout-petit va trouver d'autres moyens de déverser ce trop-plein de tension en fin de journée, comme l'hyperactivité mo-

trice des 2-3 ans. La crise de larmes ou l'hyperactivité motrice en fin de journée ont pour fonction de réguler, de rééquilibrer, de réajuster le bébé par rapport à son environnement.

### Trop de stimulation génère du stress

Chaque bébé a un seuil de tolérance aux stimuli. Les bébés nés à terme ont un seuil plus élevé que les prématurés. La récupération après une stimulation sera plus longue chez un bébé prématuré et une stimulation habituelle peut le contraindre à utiliser un modèle de défense coûteux, alors qu'un dosage progressif des stimulations en fonction de ses besoins sensoriels particuliers peut influencer sur l'état final de son système nerveux. Il est important de ne pas créer pour l'enfant des situations de stress qui pourraient être évitées. Le stress s'installe lorsque les stimulations sont trop intenses et répétées. Le jeune enfant ne parvient plus à se protéger, la fonction de « pare-excitation » ne fonctionne plus. Trop de stimulation est aussi négatif que le manque de stimulation.

Cela ne veut pas dire que l'environnement du jeune enfant doit le protéger de tout ; l'enfant dans un univers familial contenant et sécurisant va découvrir, peu à peu, qu'il peut se détacher de l'excitation trop forte induite par une situation, un contexte, une personne, etc. Sa famille aura à trouver la juste stimulation, en particulier pour les apprentissages cognitifs. L'hypercompétence du bébé pourrait conduire à certains abus. En effet, il a tant de capacités à la naissance et même avant,



pourquoi ne pas stimuler chez lui ses capacités d'apprentissage afin d'améliorer des performances qui n'existent pas encore ? Attention aux risques liés à de telles pratiques ! L'apprentissage cognitif poussé n'est pas utile si tôt, l'enfant ayant d'autres impératifs, tel celui de se situer, de se repérer par rapport aux autres, de construire sa confiance en soi et en ses compétences. Cela ne dépendra jamais d'apprentissages précoces.

### Jeux, sommeil et alimentation

Il y a une juste mesure à trouver pour proposer à l'enfant un environnement ludique approprié. En effet, jouer est indispensable pour son développement individuel et social. Un enfant qui ne joue pas est un enfant qui est mal, qui va mal. Dès sa naissance, un enfant joue avec son corps, ses sens et dans les interactions avec les adultes qui l'entourent ; des adultes qui savent s'identifier à lui pour décoder ce qu'il exprime.

Mais, pour se développer, l'enfant a besoin de dormir. Le sommeil est capital pour son développement physique et physiologique. Il existe des petits et des grands dormeurs, des heures d'endormissement et de réveil propres à chacun. Ne pensons pas que l'enfant dormira mieux le soir si l'on diminue ou supprime la durée de sa sieste. Un bébé sera couché sur le dos, dans un lieu aéré, avec une température entre 18 °C et 20 °C, sans oreiller ni couverture ou couette, et dans un environnement sans tabac. Respecter le sommeil d'un enfant, c'est s'inscrire dans une démarche de prévention, c'est favoriser son bien-être. De nombreux contextes peuvent perturber son sommeil, il faut y être attentif : changement d'heure, voyages, changements de rythme brutaux et fréquents, être couché dans un lieu inconnu, trop de stimulations avant le coucher : télévision, jeux excitants, etc. (NDLR : voir le dossier « *Éduquer au sommeil* », La Santé de l'homme, n° 388, mars-avril 2007).

Par ailleurs, c'est autour de l'alimentation – que le bébé soit nourri au sein ou au biberon – que s'établissent pour partie les premiers liens. Nous pouvons cependant souligner l'intérêt pour la santé de l'enfant de l'allaitement au sein. Un tout-petit accueilli en multi-accueil ou chez une assistante mater-

nelle ne devrait pas être sevré pour cette raison-là. Il faut réfléchir à des solutions. Ce qui compte, c'est la qualité des échanges lors de la tétée. Pour le nourrisson, la relation à l'autre est plus importante que la satisfaction du besoin. C'est pourquoi un bébé peut refuser de manger avec une personne qui ne lui est pas familière. Tout comme pour le sommeil, un tout-petit a un rythme, cependant, là encore, les temporalités sociales ne sont pas toujours celles de l'enfant. Alors à nous de nous adapter au maximum avant de lui demander de le faire. Parfois l'enfant peut refuser la nourriture qui lui est proposée pour des raisons diverses : l'enfant a trop attendu le biberon, il est dans un trop grand état de tension, il vient de vivre une situation de séparation difficile, l'adulte qui le nourrit est angoissé, triste et l'enfant ingère son état en même temps que la nourriture, etc.

### Liens, repères et limites

Pour se développer et se socialiser, l'enfant a besoin de repères et de liens lors des expériences qu'il est amené à faire et des différents moments qu'il vit. Les règles et les limites permettent peu à peu à l'enfant d'appréhender le possi-

ble, l'impossible et le nécessaire. Elles lui assurent sécurité, continuité et stabilité. Elles sont des supports de construction et de socialisation. Elles sont rassurantes, elles permettent à l'enfant d'anticiper. Elles sont importantes dans les moments de tension, comme par exemple, lors des retrouvailles avec la mère après une journée passée dans une structure de multi-accueil ou chez l'assistante maternelle. Que d'angoisse, que de mal-être si les règles changent tout le temps ! Parfois, les parents ont besoin d'être accompagnés, soit pour être capables de poser des limites à leur enfant, soit pour s'accorder dans leur choix. Manger debout, goûter, ne pas goûter, finir l'assiette, aller se coucher, toucher ce qui est interdit, aller sur le pot...

En conclusion, pour être un lieu de promotion de la santé, la famille devrait pouvoir être à l'écoute du rythme tant quotidien que développemental de son enfant, le suivre au plus près ; mais nous savons que rythme social ne rime pas toujours avec rythme de l'enfant.

**Martine Jardiné**

Maître de conférences en psychologie,  
université Bordeaux-2.

Catherine Jousselme, pédopsychiatre, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris-11, unité Inserm 669<sup>1</sup>

## « Nous déconseillons fortement l'usage de la télévision chez le tout-petit »

**Pédopsychiatre, Catherine Jousselme explique pourquoi l'usage de la télévision chez les tout-petits – moins de 3 ans – représente un risque scientifiquement avéré pour le développement cognitif et comportemental. Elle en appelle à une grande vigilance et un travail d'information pour contrecarrer l'idée fausse selon laquelle la télé serait pédagogiquement utile aux tout-petits.**

**La Santé de l'homme : Le groupe d'experts dont avez fait partie a rendu, en avril 2008, un avis défavorable concernant la consommation de télévision pour les tout-petits, en particulier les moins de 3 ans. Sur quels fondements scientifiques avez-vous basé votre avis ?**

**Catherine Jousselme :** Sur deux principaux fondements : les études scientifiques bibliographiques existantes et le constat clinique que nous, professionnels, effectuons au quotidien auprès des parents et des enfants et plus globalement notre expérience et notre savoir sur le développement de l'enfant. Un enfant, pour se développer et apprendre, a besoin avant tout d'une sécurité par rapport au monde, dans le sens d'une sécurité dans la relation avec ses parents qui va faire qu'il a envie d'aller voir ce monde extérieur. C'est cette interrelation qui lui apporte la sécurité et lui donne envie de s'intéresser au reste. La curiosité lui est donnée parce qu'il a ces bases de sécurité fondamentale avec ses parents. En d'autres termes, un bébé a besoin pour se construire de pouvoir bâtir ses représentations dans l'émotion de la rencontre avec l'adulte référent et responsable de lui, il a besoin qu'on lui montre les choses, mais en restant tout proche de nous. Ainsi, par exemple, quand il expérimente la marche, il peut lâcher la main, parce qu'il expérimente le fait qu'il peut la reprendre ; quand un parent porte son enfant dans un sac ventral kangourou, le bébé peut explo-

rer et découvrir l'extérieur tout en ayant ce sentiment de sécurité, s'il fait face à une stimulation extérieure trop forte, il peut se pelotonner contre son parent pour y retrouver cette sécurité. Tout se joue donc dans l'émotion, l'affectivité et, pour le tout petit, dans un contact corporel : on est avec lui, on le porte dans les bras, il est proche de nous.

**S. H. : La télévision priverait les tout-petits d'apprentissage sensoriel ?**

Absolument, dans les expériences d'apprentissage et de jeu en interrelation avec le parent, l'enfant va avoir accès à une multitude d'expériences sensorielles et motrices impliquant le toucher, le son de la voix, les émotions. Si l'on s'installe sur une pelouse avec un enfant pour découvrir une marguerite, on va ramper jusqu'à la marguerite, lui expliquer que c'est pas forcément une bonne idée d'arracher tous les pétales, il y a alors une réalité de partage et d'expérience.

Or, la télévision pour bébé est très éloignée de cette proximité sécurisante. Le premier risque est d'installer un tout jeune enfant devant un écran TV et de faire autre chose, le bébé va alors « consommer » l'outil TV comme un objet totalement extérieur, seul, ce qui va totalement à l'encontre des interrelations avec les parents qui structurent son intérêt pour le monde et les relations humaines. Et la consommation

d'images, même avec un parent, n'est pas non plus à recommander, car même si vous regardez la TV avec votre enfant, vous n'êtes pas dans l'expérimentation mais dans la vision d'un objet désincarné de la réalité.

Deuxième risque important : les bébés sont fatigués au bout d'un moment de stimulation fournie immanquablement par les images et, par conséquent, peuvent devenir plus excitables. Le petit écran provoque l'excitabilité. Or les troubles comportementaux sont en augmentation.

Troisième danger : en installant un bébé ou un enfant de 3 ans devant l'écran de télévision, le risque est de préparer les addictions futures à l'image, la consommation plus tard de jeux vidéo et de la télévision. Cette addiction, nous la constatons dans nos consultations en échangeant avec les parents : certains se plaignent de ne plus parvenir à décoller leur enfant de l'écran après l'avoir laissé tôt devant le téléviseur. Nous n'avons donc pas besoin de grandes études de cohorte pour constater dans la pratique clinique les effets de la télévision sur les tout-petits. Et en toile de fond, le risque majeur est donc d'oublier que, pour apprendre, l'important c'est la relation avec les parents.

Enfin, chez un tout-petit, l'image est ingérée passivement, gobée, elle entre dans leur tête, pas besoin de réfléchir.

Ce n'est pas comme les mots : quand vous lisez une histoire à un tout-petit, il va dans sa tête se créer des images et sa propre représentation de l'histoire ; si vous lui dites « *il était une fois, dans un pays lointain* », il va l'imaginer avec ses propres ressources. Si vous lui imposez une image de cet « *autrefois, dans un pays lointain* », il a une image clé en main et n'est plus dans l'imaginaire.

**S. H. : Les deux télévisions pour bébé diffusées en France (encadré) s'appuient, dans leur argumentaire, sur quelques experts pour souligner que ces programmes ne sont pas nocifs**

**mais au contraire bénéfiques aux tout-petits : qu'en pensez-vous ?**

Notre groupe de travail a émis un avis collectif reflétant un consensus scientifique incontesté. Le danger est que nous sommes dans une société où la précocité de l'enfant est encensée, d'où la tentation de vanter auprès des parents l'idée que si les enfants sont devant le petit écran pour regarder des programmes éducatifs, ils vont être plus performants à l'école. Or, on sait que ce n'est pas le cas, ces programmes fatiguent les enfants et ne les placent pas en situation de plaisir d'appren-

tissage. Dans ma pratique clinique, je déconseille donc aux parents l'usage de TV pour les tout-petits. Les pédiatres le déconseillent. À l'ensemble des parents, nous rappelons que l'important avec un enfant c'est le jeu. Pour conclure, il me paraît très dangereux, dans une société où les enfants voient trop d'images, de valoriser un outil pseudo-éducatif qui, en aucun cas, ne favorise les interactions parent/bébé.

Propos recueillis par **Yves Géry**

*1. Également membre de la Société française de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et disciplines associées.*

## Un risque pour le développement des processus de pensée

En France, deux chaînes de télévision, Baby TV et Baby First, s'adressent spécifiquement aux « tout-petits » (Baby TV) et aux enfants de 6 mois à 3 ans (Baby First) (1). Baby TV se présente comme un moyen de développer « l'éveil » du bébé, Baby First met en avant l'objectif de « mieux se structurer mentalement », de « muscler sa mémoire », selon un état des lieux établi en janvier 2009 par le Collectif Inter-associatif Enfance et Média (CIEM) (2). Ces allégations sont balayées par les professionnels de la petite enfance. Considérant que cet argumentaire pouvait induire en erreur de nombreux parents, des pédopsychiatres se sont regroupés en 2007 et 2008 pour lancer un appel demandant l'interdiction de commercialisation de ces chaînes. En avril 2008, le ministère de la Santé a recueilli les avis d'un groupe d'experts « concernant les chaînes télévisées destinées au moins de trois ans », les vingt-quatre experts ont rendu un avis dont voici quelques extraits :

« La télévision est déconseillée jusqu'à l'âge de 3 ans au moins, quel que soit le programme et que les parents soient présents ou non. Aucune étude ne démontre actuellement que les chaînes pour les tout-petits puissent avoir un effet bénéfique sur le développement psychomoteur et affectif de l'enfant. (...) La télévision ne peut en aucun cas remplacer les interactions avec l'entourage de l'enfant et notamment les parents. Les stimulations désincarnées qu'elle suscite ne peuvent en aucun cas remplacer l'interaction émotionnelle et affective. L'enfant, pour développer ses processus de pensée et ses capacités à vivre et repérer ses émotions, doit utiliser activement ses cinq sens en s'appuyant sur la relation à un adulte disponible. La télévision, même dédiée aux bébés, ne favorise pas ce

type d'interactions. Les connaissances actuelles fondées sur les études disponibles, les modèles théoriques et l'expérience clinique des professionnels de la petite enfance soulignent le risque lié à la consommation d'images télévisuelles sur la naissance et le développement des processus de pensée, de l'imagination et l'intégration des émotions (...) En conséquence le groupe d'experts se prononce contre les chaînes spécifiques pour bébés (...) ».

Reprenant les conclusions de ce groupe d'experts, le ministère de la Santé via sa direction générale de la Santé (DGS) a rendu, à la mi-2008, un avis (3) : la DGS considère notamment que « le concept de programme adapté à l'enfant de moins de 3 ans n'a pas de sens », elle « se prononce contre les chaînes spécifiques pour les enfants de moins de 3 ans ; déconseille la consommation de télévision jusqu'à l'âge d'au moins 3 ans, indépendamment du type de pro-

gramme ; considère qu'au-delà de 3 ans, chez le jeune enfant, l'usage de la télévision doit être particulièrement prudent ». En conséquence, la DGS recommande notamment « que les sociétés commercialisant des émissions destinées aux jeunes enfants ne puissent alléguer de bénéfices pour la santé ou le développement de l'enfant non prouvés scientifiquement ».

**Y. G.**

(1) Voir aussi sur ce sujet l'entretien avec Christian Gautellier, « L'éducation au regard est aussi indispensable à l'enfant que l'éducation au goût », paru dans le dossier du n° 396 (juillet-août 2008) de *La Santé de l'homme*, intitulé « Médias et santé : développer l'esprit critique » : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/396/02.htm>

(2) [www.collectifciem.org](http://www.collectifciem.org)

(3) Avis de la direction générale de la Santé suite aux travaux du groupe d'experts réuni le 16 avril 2008 sur l'impact des chaînes télévisées sur le tout-petit enfant (0 à 3 ans).

Entretien avec Patricia Laporte-Rigal, directrice d'école maternelle, Paris XI<sup>e</sup>.

## « Savoir remettre en cause nos pratiques pédagogiques »

À Paris, une école maternelle expérimente un programme pour développer les compétences psychosociales des tout-petits, en formant et sensibilisant les enseignants. Cette démarche nécessite une remise en cause des pratiques et habitudes pédagogiques. Elle favorise le travail d'équipe et permet d'installer une ambiance plus conviviale dont les enfants bénéficient. Interview de la directrice de l'établissement.

**La Santé de l'homme :** Vous avez mis en place dans votre école maternelle un environnement qui prend en compte « le développement des compétences psychosociales des tout-petits ». Qu'entendez-vous par là ?

**Patricia Laporte-Rigal :** Très simplement, je définis le développement des compétences psychosociales de l'enfant par la recherche de tout ce qui va lui permettre d'être à l'aise dans sa vie en société. Tout, c'est-à-dire une complémentarité de signes positifs, d'écoute, d'attention mais aussi d'accompagnement scolaire dans le respect d'un

groupe, d'une entité et d'un lieu, l'école. C'est ce que, plus globalement, nous appelons dans notre jargon professionnel la socialisation de l'enfant en maternelle.

**S.H. :** Pourquoi avoir inscrit votre établissement dans cette démarche ?

Notre école a bénéficié, il y a quelques années, d'un stage-école (*NDLR : formation*) au cours duquel est intervenu Jacques Fortin, pédiatre et ancien professeur en Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM), également auteur du programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », qui

nous a fortement interpellés dans nos pratiques et nos habitudes pédagogiques. Nous avons décidé d'appliquer ce programme à notre école, ce qui a permis, progressivement, de faire naître au sein de l'équipe un large questionnement qui englobait à la fois le champ d'intervention en direction des enfants mais aussi notre comportement, notre place à l'école en tant qu'adultes. L'élément le plus fort mis en perspective par ce stage est le fait que nous, professionnels, manquions parfois de cohérence. Nous avons petit à petit pris conscience que ce qui semble évident à certains adultes dans la réponse à apporter ne l'est pas forcément pour d'autres. C'est le cas entre enseignants et équipe pédagogique mais aussi concernant les animateurs, les parents. Cela peut paraître simple mais nous nous sommes rendu compte qu'il y avait des différences de perceptions et qu'il fallait que nous arrivions, ensemble, à gagner en cohérence. Tant à l'intérieur de l'équipe que dans l'approche, le mode d'intervention et dans nos attentes vis-à-vis des enfants.

**S.H. :** Comment vous y êtes-vous pris pour mettre en pratique cette réflexion ?

Nous avons commencé par réfléchir ensemble sur les points déterminants. Le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » introduit l'idée du bien-être de l'enfant dans la perspective d'un entourage, en confiance, composé d'adultes bienveillants. Nous avons tra-

### Un programme pour développer les compétences psychosociales des tout-petits

Le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » a été conçu par Jacques Fortin, pédiatre et professeur en sciences de l'éducation, en concertation avec un groupe d'enseignants d'écoles primaires. Il vise à créer un climat scolaire apaisé, favorable aux acquisitions cognitives et au développement global de l'enfant. Il est expérimenté dans de nombreuses écoles en France. Son objectif est de permettre aux jeunes élèves d'acquérir un certain nombre de compétences : avoir confiance en soi, savoir exprimer et gérer ses émotions, repérer celles des autres, être attentif à l'autre, respecter les règles et les lois, savoir gérer les conflits pacifiquement, etc. Un manuel élaboré pour les enseignants comporte des fiches et du matériel pédagogique en lien avec les programmes scolaires. Le programme se déroule tout au long de l'année. Il a été évalué dans trois écoles (voir *La Santé de l'homme* n° 389 : « Un programme pour développer l'estime de soi chez les enfants ») ; un score de mesures de l'agressivité, hyperactivité, retrait et prosocialité, validé au Québec, a été calculé dans chaque classe. Les scores ont tous montré une amélioration des résultats, particulièrement significatifs en matière de prosocialité et de retrait, ce qui va de pair avec un changement effectif des pratiques pédagogiques. Le climat scolaire s'en trouve amélioré. Les échecs semblent liés à la difficulté des enseignants d'accepter de modifier leurs principes éducatifs.



vaillé ensemble sur cet élément de confiance. Il nous est apparu que la création d'une bonne qualité de communication entre les adultes, au sein de l'école, était fondamentale. Le rôle du directeur est bien de créer un lien dans la relation et la communication entre les membres de l'équipe de manière constante. Les temps d'échange conviviaux sont aussi importants que la bonne conduite administrative des dossiers scolaires. Et puis, autre élément de découverte, sans doute là encore tellement évidente quand nous en parlons, c'est qu'une équipe est composée d'individus qui sont issus de divers milieux, avec chacun une histoire. Ils ne se sont pas choisis. Ce n'est donc pas forcément facile de créer ce fameux climat bienveillant, chaleureux, convivial. Nous nous devons d'être clairs au niveau des tâches et responsabilités des professionnels qui travaillent autour de l'enfant, sans exclusive, enseignants, agents de service, sans oublier les animateurs qui prennent le relais dans les temps « hors scolaires ».

**S.H. : Cette réflexion s'est-elle appuyée sur une méthode particulière ou sur des outils précis ?**

Dans un tel exercice de recherche de cohérence, dans cette connaissance du « qui fait quoi ? », il est important que ce soit l'équipe qui crée ses propres outils adaptés tant au temps scolaire que périscolaire. C'est ainsi que nous avons conçu une signalétique du *vivre ensemble*. Il s'agit d'affichettes avec textes et dessins qui appellent en tous lieux de l'établissement les règles et pratiques décidées ensemble. Ces règles sont directement issues du repérage des incohérences qui existaient. Par exemple, certains jeux sont interdits sur le temps scolaire. Il y a un toboggan dans la cour. Les enfants n'ont pas le droit de monter par la pente du toboggan, c'est une règle édictée dans le temps scolaire. En venant un mercredi travailler à l'école, je me suis rendu compte que cette règle n'était pas appliquée par les animateurs. L'évidence est là : il est important que les adultes puissent avoir le même discours vis-à-vis de nos enfants. Cette signalétique a été créée avec les enfants. Elle met en scène les règles, interdits et autorisations permettant la fréquentation du bâtiment scolaire, de ce lieu, de ses couloirs, de sa cour de récréation. Il nous a fallu deux ans pour mettre en place cette action.

**S.H. : Quelles sont les conséquences de ces initiatives en termes de développement de l'enfant au sein de la communauté scolaire ?**

Déjà, nous avons gagné en cohérence pour fonctionner ensemble sur un programme commun. Ensuite, les enfants se sentent rassurés car ils ont, à leur manière, participé à son élaboration. Ils se le sont approprié et le rappellent même à leurs parents. J'en vois pour preuve la manière dont certains enfants agissent face à leurs parents, qui, après l'école, en venant les chercher, leur apportent un goûter. Ces enfants amènent leurs parents devant la signalétique qui rappelle qu'il ne faut pas manger dans les couloirs.

**S.H. : Cela veut-il dire, *a contrario*, que ce travail de cohérence ne se serait pas fait avec les parents ?**

Pour que l'enfant se sente bien à l'école et qu'il ressente un sentiment de sécurité, il est nécessaire que les parents soient aussi rassurés et qu'ils n'aient pas trop de questions sans réponse. C'est pour cela que nous passons beaucoup de temps à informer les familles afin qu'elles ne reportent pas forcément leur propre vécu de scolarité sur celui de leurs enfants, afin aussi qu'ils adhèrent davantage au travail mis en place par l'ensemble de l'équipe et qu'ils se sentent partie prenante. Nous travaillons donc beaucoup dans l'accueil des nouveaux élèves. Nous prenons du temps pour les recevoir avec leurs parents, leur présenter, bien avant la rentrée de sep-

tembre, leur nouvel enseignant, les lieux, l'équipe. Cela permet aussi de laisser le temps à l'appropriation de l'école par le parent. Nous ouvrons l'environnement scolaire et présentons l'ensemble du personnel de l'établissement, ce qui facilite l'appropriation des parents.

**S.H. : Quels sont les principaux enseignements de ce travail d'équipe ? Y a-t-il dans cette expérience une méthode pour bien enseigner ?**

Non, il n'y a pas de méthode théorique miracle. Pour bien enseigner, et avant d'avoir des méthodes, il faut avoir du bon sens et savoir se poser quelques questions essentielles, simples et adaptées. Ainsi, faire en sorte que l'accueil se fasse avec le sourire, dans la convivialité, avec un peu de chaleur dans les rapports humains, de l'attention, etc. Tout cela fait partie et accompagne le développement de l'enfant. C'est en quelque sorte une ambiance à installer en toile de fond dans un établissement.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

**Pour en savoir plus**

- Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques*. Saint-Denis : INPES, coll. Référentiels, 2008 : 72-3.
- Fortin J. On peut aider très tôt les enfants à se réinscrire dans le lien social. In : Lecorps P., Le Grand É. (coord.). *Prévenir les violences*. La Santé de l'homme n° 366, juillet-août 2003 : 29-30.

# La PMI, espace d'accueil et d'écoute

**Dans quelle mesure les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont-ils un lieu de promotion de la santé des tout-petits ? Cyril Farnarier, qui termine une thèse de doctorat sur la PMI, présente quelques résultats de ses recherches : comment concrètement les consultations de PMI peuvent être un lieu d'accueil et d'écoute pour les parents, au profit de leurs enfants. En commençant par entendre la demande des mères.**

Gratuites et ouvertes à tous, les consultations de PMI remplissent une fonction d'accueil et d'écoute et sont utilisées à la fois comme moyen de recueil d'informations, de construction d'une proximité avec les familles et comme « soin » en tant que tel. Ces consultations permettent parfois de libérer la parole des mères de famille. Cette pratique repose autant sur la gestion et l'organisation des consultations que sur la posture physique et la disposition d'esprit des professionnels. « *Si l'on doit prendre un moment pour discuter avec une maman, on le prend parce qu'on sent qu'à ce moment-là elle a besoin qu'on s'occupe un peu plus de son bébé* », témoigne Colette, puéricul-

trice dans une PMI. Cette attitude ressort des entretiens avec les familles et influence leur vécu de la visite, comme ce père de famille qui déclare : « *Ils prennent le temps de nous connaître* », alors que les consultations ne durent que douze minutes à peine en moyenne. « *Le plus important dans la PMI, l'essentiel, c'est l'écoute* », ajoute une mère de deux jeunes enfants. Dans ces moments d'échange et de discussion entre un professionnel et une mère, les sujets évoqués dépassent très largement le domaine de la protection infantile. Cette posture d'écoute s'inscrit dans une prise en charge globale de la personne. Il n'est plus alors question d'un service exclusivement orienté vers

l'enfant mais s'intéressant à la famille dans son ensemble et à ses conditions de vie.

Cette écoute soulève un nombre important d'interrogations, pour les professionnels eux-mêmes sur leur pratique et leur formation, ainsi que sur les consultations et l'usage qui en est fait. La fonction accueil et écoute ne se retrouve pas dans tous les centres de consultation, elle est fortement liée à la volonté des professionnels de voir se développer une telle fonction et aux moyens dont ils disposent pour la mettre en œuvre. Si certaines pratiques d'accueil des familles, telle la distribution de thé ou de café, sont aisément repérables, d'autres, comme la qualité de l'écoute apportée aux familles, sont plus discrètes et plus difficiles à observer et tiennent davantage à une manière d'être des professionnels. Mais, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit bien de la mise en place d'une méthode de travail, du développement d'une technique de construction relationnelle entre un usager et un professionnel ou un lieu, et par extension entre un usager et une institution.

## Écoute et prévention : exigence de temps et de moyens

Dans nombre de centres de PMI, l'écoute, l'échange et la discussion sont perçus comme des pratiques préventives à part entière. Il ne s'agit pas simplement de recueillir des informations auprès des mères mais bien de passer un moment avec elles en les écoutant. « *Afin d'entendre la souffrance, il faut l'écouter. S'installe donc une relation sociale qui, renouant avec une pratique ancienne de compassion, installe la souffrance à proximité* » (1). Cette citation, extraite d'un ouvrage portant sur les lieux d'écoute, recoupe parfaitement ce que nous avons pu observer dans les consultations de protection infantile, et la pratique de l'écoute telle que les intervenants nous l'ont présentée. Il s'agit essentiellement d'entendre la demande des mères, de décrypter la raison pour laquelle elles viennent à la consultation. Les informations, recueillies auprès des mères par les professionnels au cours de conversations anodines mais confidentielles, permettent d'instruire les dossiers familiaux, de constituer cette approche globale de l'enfant. Chacun de ces éléments informatifs complétant un peu plus le tableau de l'environnement familial, psychologique et social dans lequel l'enfant se développe.

Mais ce type de pratique demande du temps et des moyens humains, un personnel suffisamment disponible pour se consacrer à ces pratiques de long terme ; ce dont les services de PMI ne disposent que rarement. Plus généralement, la PMI dans l'aspect social que comprend sa mission se retrouve, comme l'ensemble des structures qui œuvrent dans le social et le médico-social, débordée par des demandes qui dépassent largement son champ de compétences et ses capacités d'intervention. Ainsi la PMI se retrouve dans des situations où elle doit faire face à des problèmes pour lesquels elle sait pertinemment ne pas avoir de solution.

C. F.

(1) Fassin D. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La découverte, coll. Alternatives sociales, 2004 : p. 10.

## Salle d'attente, lieu de socialisation

Il n'est pas rare de voir une mère s'endormir dans la salle d'attente de consultation médicale de PMI pendant que son enfant joue avec d'autres enfants, sous la surveillance d'un membre du personnel ou d'une autre mère de famille. Dans les salles d'attente, les femmes se retrouvent, entre elles, dans la même condition d'accompagnatrice d'un enfant et implicitement de mère. Elles échangent remarques et conseils sur les techniques à utiliser pour soigner leur enfant, confrontent leurs expé-

riences et comparent leurs méthodes. Dans les salles d'attente se trouvent très souvent quelques tables à langer, sur lesquelles les mères préparent leurs enfants pour la pesée en les déshabillant ; c'est aussi ici qu'elles les rhabilleront après la consultation. Cette préparation de l'enfant entre mères et sur des tables à langer disposées en batterie institue une extrême proximité entre les bébés et, dans le même temps, entre les mères accompagnatrices. Chacun « compare » alors son bébé à celui qui se trouve à côté et des commentaires, compliments, conseils et échanges de points de vue en découlent. Mais ces femmes échangent aussi sur les conseils que le médecin ou la puéricultrice leur auront donnés, sur ce qu'elles en pensent et leur éventuelle adhésion<sup>1</sup>.

L'un des modes d'« utilisation » observés des consultations de PMI consiste à venir y chercher des petits conseils du quotidien qui permettent de calmer les angoisses des mères les moins expérimentées et de répondre aux innombrables questions que se pose tout jeune parent. Ainsi, les réponses apportées permettent autant d'informer les mères sur les différentes techniques de puériculture que de les rassurer sur les pratiques qu'elles ont déjà mises en place avec leur enfant. « *En PMI, nous n'avons pas que le côté sanitaire, nous essayons de faire de la prévention à long terme, cela prend du temps, cela nécessite un suivi* », souligne un pédiatre dans un centre.

### Adapter les règles et les conseils

Une grande partie des familles qui viennent en consultation dans les PMI sont dans des conditions matérielles, économiques et sociales difficiles, renvoyant alors à une des orientations spécifiques de ces structures<sup>2</sup>. La connaissance du quartier est un moyen pour les professionnels de relativiser les situations individuelles auxquelles ils sont confrontés en termes de précarité matérielle. Alors, pour faire leur travail de prévention destinée aux mères et aux enfants du mieux possible, ils négocient quelquefois avec les principes officiels qui réglementent les consultations. Ainsi, quand cela est nécessaire et compte tenu de situations particulières, des prescriptions avec ordonnance sont parfois réalisées. Bien que cela ne soit pas du rôle des médecins de PMI, procéder de la sorte est vraisemblablement

le seul moyen pour que certains enfants aient, par exemple, accès à des médicaments.

Autre exemple d'adaptabilité dont doivent faire preuve les professionnels pour prendre en compte la situation socio-économique réelle dans laquelle se trouvent les familles, cette scène observée en PMI : pendant la pesée, la puéricultrice constate qu'un enfant n'a pas été lavé depuis plusieurs jours au vu des irritations qu'il porte sur la peau ; elle demande à la mère pourquoi elle ne baigne pas son enfant tous les jours ; devant la gêne de la mère, elle ne poursuit pas sur les motivations hygiéniques mais la questionne sur les conditions de vie de la famille : pas de chauffage, séjour à l'hôtel, pas d'eau chaude. La suite de l'intervention consiste à expliquer comment il est possible de baigner un bébé, sans eau chaude ni chauffage, sans risquer qu'il s'enrhume.

De nombreuses situations analogues se retrouvent dans ces consultations. Les conseils portent sur la nutrition, le sommeil, l'hygiène, les relations affec-

tives : les bases de l'éducation à l'enfant. Des conseils de base donc, mais des conseils adaptés aux situations particulières de leur mise en pratique.

#### Cyril Farnarier

Doctorant en socio-anthropologie,  
École des hautes études en sciences sociales  
(EHESS), laboratoire « Sociologie, histoire,  
anthropologie des dynamiques culturelles »  
(Shadyc), Marseille.

1. *Le décret du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile insiste notamment sur le fait que* « la répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés » (art.1).

2. *Le principe de socialisation des mères entre elles et d'échange de conseils pendant l'attente des consultations existait déjà dans les premières consultations de nourrisson dites « Goutte de lait », mises en place à partir de 1894 (Rollet-Echalier C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la III<sup>e</sup> République. Les cahiers de l'Ined, n° 127, 1990 : 596 p.)*

#### Contact

cyrilfarnarier@hotmail.com

# Former les professionnels de la petite enfance

**Les professionnels des structures d'accueil familial – assistantes maternelles – et collectif ont un rôle à jouer dans le développement harmonieux de l'enfant. Des dispositifs existent pour renforcer leurs compétences. Ainsi, dans le département de l'Hérault, un responsable de la protection maternelle et infantile (PMI) apporte un soutien technique aux équipes d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans, en lien avec les médecins de PMI.**

Le premier objectif des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans est « *de veiller à la santé, à la sécurité et au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés* »<sup>1</sup>. Dans l'Hérault, on dénombre 187 établissements et services d'accueil d'enfants de moins de 6 ans (soit 5 928 places) et 248 accueils de loisirs maternels. Dans ce cadre, soutenir l'évolution des pratiques des professionnels de la petite enfance est une nécessité car, comme le précise le professeur Danielle Sommelet, « *les enjeux de la santé de l'enfant et de l'adolescent ne sont plus les mêmes qu'il y a cinquante ans (...) dans le monde actuel, l'enfant concentre, voire amplifie, certaines conséquences liées à l'évolution du mode de vie ou de l'environnement écologique, économique ou social* » (1).

La direction de la protection maternelle et infantile et de la santé du département de l'Hérault participe à travers ses missions légales à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance<sup>2</sup>. Elle accompagne l'évolution des pratiques des professionnels de l'accueil des enfants de moins de 6 ans. Cette évolution des pratiques est d'autant plus nécessaire que les professionnels se trouvent à un moment privilégié sur le parcours des enfants et de leurs parents, mais en tant qu'accompagnant, « *cheminant avec* ». Il s'agit d'accompagner la découverte de la fonction parentale au vu de la santé de l'enfant. En 1992, le Haut Comité de la santé publique faisant référence au capital santé qui se constitue pendant l'enfance et l'adolescence déclarait : « *Celui-ci peut et doit atteindre un niveau consi-*

*dérable* » (2). Dans ce contexte, comment se met en œuvre l'évolution des pratiques des professionnels de la petite enfance, tant dans l'accueil familial que dans l'accueil collectif ?

## Assistants maternelles et promotion de la santé

Les assistantes maternelles employées directement par les parents constituent le premier mode de garde des enfants de moins de 6 ans. Elles sont environ 270 000 et accueillent près de 706 000 enfants (3). L'assistante maternelle est devenue une professionnelle de la petite enfance à part entière du fait de l'évolution du cadre réglementaire et de l'évolution sociale qui place le respect des besoins des individus, et notamment des enfants, au cœur des dispositifs. Elle doit impéra-

## Une formation « santé par l'alimentation »

La direction de la protection maternelle et infantile et de la santé du département de l'Hérault a mis en place, depuis 2006, une formation « Santé par l'alimentation » pour tous les professionnels des équipes d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans : établissements d'accueil du jeune enfant, accueils de loisirs maternels<sup>1</sup>. Conçue et animée par une ingénieur agro-alimentaire et une infirmière-puéricultrice, la formation, d'une durée d'une journée, démarre par deux interventions réactualisant les connaissances sur la santé et l'alimentation, la santé et la sécurité des aliments. Elle se poursuit par quatre ateliers pratiques pour :

- repérer les besoins liés à la santé du très jeune enfant ;
- identifier les règles relatives à l'équilibre alimentaire chez l'enfant de 0 à 4 ans ;
- élaborer les documents d'autocontrôle en cui-

sine collective (pour les professionnels concernés) ;

- construire un protocole de nettoyage/désinfection des locaux de cuisine. La formation se termine par une synthèse/évaluation.

Un livret, support pédagogique, complète le contenu des interventions par les fiches relatives aux ateliers de mise en pratique ainsi qu'une bibliographie, des articles et des tableaux servant de support d'information référencée auprès des autres membres de l'équipe et des parents des enfants accueillis en collectivité<sup>2</sup>.

Depuis 2006, cinq journées de formation sont organisées annuellement et ont permis de former à ce jour deux cent dix-huit professionnels de la petite enfance. La mise à jour des connaissances autour des règles alimentaires posées par le Plan national nutrition-santé (PNNS) permet au professionnel de devenir acteur dans l'ac-

compagnement de l'enfant et de ses parents. Par ailleurs, les connaissances sur le principe de sécurité des aliments et sur les risques des toxifiations ont pour but d'amener les professionnels à « comprendre le principe de transmission des bactéries » afin de mettre en œuvre les plans d'action visant à éviter toute contamination. À noter qu'un établissement multi-accueil (collectif-familial) a inscrit à cette formation l'ensemble de son personnel (collectif et familial), le plaçant dans son projet pédagogique d'actions sur le thème « la santé dans l'assiette ».

1. Tous les professionnels (paramédical, éducatif, sans qualification, CAP petite enfance, CAP cuisine, etc.) travaillant dans tous les types de structures (associative, privée, d'entreprise, publique), selon tous types de modalités de restauration (cuisine autonome, cuisine satellite, repas apportés par les parents).

2. « La santé par l'alimentation : équilibre et hygiène alimentaire pour le jeune enfant » édité en 2007 par le service des moyens graphiques de l'hôtel du département est disponible auprès de [amborne@cg34.fr](mailto:amborne@cg34.fr)



tivement obtenir un agrément du conseil général de son lieu de résidence et, depuis la loi n°2005-706 du 27 juin 2005<sup>3</sup>, avoir suivi la moitié de la formation initiale obligatoire avant tout accueil<sup>4</sup>. Les critères d'agrément sont ainsi exprimés par la loi<sup>5</sup> : « *L'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs accueillis, en tenant compte des capacités éducatives de la personne.* » La dynamique de professionnalisation des assistantes maternelles est engagée : doublement des heures de formation initiale obligatoire, développement d'une presse professionnelle ciblée, développement du secteur associatif, mise en place d'une convention collective de branche pour les assistantes maternelles employées par un particulier<sup>6</sup>, droit individuel à la formation tout au long de la vie, élaboration de référentiel métier (4), développement des relais d'assistantes maternelles. Avec un peu d'audace, on pourrait même imaginer pour les assistantes maternelles un droit à l'accompagnement professionnel dans une démarche qualité.

### **Pour le développement harmonieux de l'enfant**

Les apports de la formation initiale obligatoire permettent à l'assistante maternelle d'appréhender l'ensemble des besoins de l'enfant – en renforçant les savoirs et les savoir-faire – et de contribuer ainsi à la promotion de sa santé. Cette dernière est définie selon la charte d'Ottawa<sup>7</sup> comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

L'assistante maternelle offre à l'enfant et à sa famille un accueil individualisé, dans un cadre familial. Cela permet à l'enfant de grandir avec une figure d'attachement stable – en complément des figures d'attachement parentales – puisque seule l'assistante maternelle a la responsabilité de prendre soin de l'enfant et que cette responsabilité ne peut être déléguée. La formation initiale insiste sur l'importance d'un attachement sécurisé, préalable majeur au développement des compétences psychosociales de l'enfant.

Les assistantes maternelles sont des acteurs de premier plan pour contribuer à la santé des enfants : leur mission est

de garantir la santé et l'épanouissement de l'enfant, en mettant en place un accueil individualisé qui tient compte du rythme de développement, des besoins contextualisés (sommeil, alimentation, éveil, etc.) et des attentes des parents. Lors de la formation, pour ce qui concerne le département de l'Hérault, la notion d'accueil individualisé est soutenue par la production d'un livret d'accueil que chaque assistante maternelle élabore au fur et à mesure de son cheminement et de l'appropriation des savoirs. La loi de 2005 fixait à trois le nombre des enfants accueillis et la capacité est étendue à quatre depuis le 17/12/2008<sup>8</sup>. L'attribution des places d'accueil est fonction de la disponibilité et de l'organisation ainsi que du logement. La deuxième partie de formation est réservée à un retour sur expériences professionnelles, occasion de renforcer les repères théoriques déjà évoqués, tout en confortant une identité professionnelle et des bonnes pratiques.

### **Formation des personnels d'accueil**

L'environnement offert par l'assistante maternelle a pour objectif de placer l'enfant dans un modèle stable, prévisible, où les valeurs de partage et de respect sont importantes. La professionnelle se positionne en contributrice de l'éducation de l'enfant, dans le respect du projet éducatif des parents. Elle peut être aussi un relais des connaissances pour la prise en charge des maladies courantes, comme nous le montre le DVD (5) édité par la Caisse nationale de l'assurance maladie et diffusé par le biais des services de PMI.

L'assistante maternelle peut engager de multiples partenariats avec son environnement pour assurer une prestation de qualité pour l'enfant – fréquentation des ateliers d'éveil des relais d'assistantes maternelles, des médiathèques, découverte de la lecture pour les tout-petits, des ludothèques. Cette interaction avec l'environnement peut également profiter aux familles et permettre de lutter contre l'isolement social.

Dans le département de l'Hérault, la création d'un poste de chef de service des structures d'accueil à la direction de la protection maternelle et infantile et de la santé a permis, avec les médecins de PMI, d'organiser l'accompagnement et le soutien technique des équipes d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans. Dans ce cadre, un dispositif a été mis en place : réunions d'équipe à partir d'une thématique telle que le projet d'établissement, accueil et handicap, place des parents, visites avec le médecin de PMI ; mais aussi mise en place d'une formation intitulée « La santé par l'alimentation » (*voir encadré ci-après*).

En conclusion, pour que les professionnels de l'accueil de la petite enfance concourent à la promotion de la santé des tout-petits, il est indispensable qu'une démarche de qualité se développe en s'appuyant sur un socle de pratiques professionnelles référencées. Les deux piliers sont l'accompagnement et la formation continue. L'accompagnement régulier permet l'appropriation des savoirs et la créativité empêche l'épuisement professionnel et favorise enfin la création d'un climat de

confiance et de respect mutuel entre accompagnants et professionnels. La formation continue s'appuie notamment sur l'analyse des pratiques et renforce la professionnalisation par la confrontation aux pairs. Le développement d'une démarche de qualité pour l'accueil des tout-petits doit permettre d'apporter des repères forts tant aux parents et aux enfants qu'aux professionnels eux-mêmes.

#### Élisabeth Le Bourgeois

Puéricultrice, responsable de la formation des assistantes maternelles,

#### Anne-Marie Borne

Puéricultrice, chef de service des structures d'accueil, département de l'Hérault, pôle départemental de la solidarité, direction de la protection maternelle et infantile et de la santé, Montpellier.

1. Article R. 2324-17 du décret n° 2007-230 du 20 février 2007. En France, le cadre réglementaire qui régit le contrôle et la surveillance des établissements d'accueil de l'enfant de moins de 6 ans est régi par la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la famille et de l'enfance. Ainsi que par les décrets d'application du 1<sup>er</sup> août 2000 et du 20 février 2007.

2. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance.

3. Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005.

4. Décret n° 2006-464 du 20 avril 2006. Article D. 421-27-1 relatif à la formation des assistants maternels (JO n° 95 du 22 avril 2006).

5. Article L 421-3 de la loi du 27 juin 2005.

6. Convention collective nationale de travail des assistants maternels et du particulier employeur (JO du 28 décembre 2004).

7. Charte d'Ottawa OMS, association canadienne de santé publique, 1986.

8. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale - Section IV - Article 108.

## Références bibliographiques

- (1) Sommelet D. *La santé de l'enfant et de l'adolescent : une priorité du système de santé*. Journal de pédiatrie et de puériculture 2008 ; 21 (5-6) : 247-56.
- (2) Picard J.-L. *Définitions et analyse des enjeux*. Le furet, n° 24 « Santé et petite enfance », décembre 1997 : 12-3.
- (3) David-Alberola É. *Le métier d'assistante maternelle*. La lettre de l'Observatoire national de la petite enfance, n° 4, septembre 2008 : p. 2.
- (4) Département de l'Hérault. *Référentiel métier Assistante maternelle*. Montpellier : éditions département de l'Hérault, 2007 : 4 p.
- (5) DVD pédagogique de sensibilisation des assistantes maternelles. *Infections ORL et bronchiques des jeunes enfants : comment faire face au mieux*. Cnamts 2008.

## École des parents et des éducateurs : groupes de parole et conférences-débats

La Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (Fnepe) fédère quarante-neuf associations sur quarante-trois départements et dix-sept régions. Les Epe « accompagnent les parents, les jeunes et les professionnels dans le souci de renforcer les alliances éducatives ». Leurs objectifs premiers : renforcer les ressources propres et compétences des parents et des jeunes quelle que soit leur situation sociale, former et accompagner les partenaires de l'éducation et du secteur sanitaire et social. Pierre d'angle de l'intervention des Epe : l'éducation est une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs. Ce réseau associatif animé par une démarche d'éducation populaire s'est fixé le cadre éthique suivant : prendre en compte toutes les dimensions de la personne ; accueillir toute parole avec une écoute bienveillante, sans jugement et sans modèle normatif. Les salariés et bénévoles des Epe proposent des actions d'accompagnement, d'information, d'orientation et de prévention, notamment pour répondre aux préoccupations des parents : groupes de parole, consultations pour parents, services téléphoniques (Inter Service Parents notamment), conférences-débats, cafés des parents, etc. Les lieux parents/enfants permettent en particulier d'accueillir les parents et leurs enfants et de les réunir à travers des jeux et des discussions.

Pour en savoir plus : [www.ecoledesparents.org](http://www.ecoledesparents.org)

## Modes de garde de 0 à 6 ans : parents, assistantes maternelles, crèches

Comment sont pris en charge les cinq millions d'enfants de 0 à 6 ans ? Une étude que vient de publier la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (ministère du Travail) montre que la famille demeure très largement, avant 3 ans, le premier mode de garde (63 %), mais que les assistantes maternelles et les structures d'accueil collectif gardent respectivement 18 % et 10 % des enfants de cette tranche d'âge. Par ailleurs, les parents restent les intervenants privilégiés pour s'occuper de leurs enfants en dehors de l'école ; ainsi, le mercredi, les trois quarts des enfants âgés de 3 à 6 ans sont avec un de leurs parents. Enfin, pour en revenir aux plus jeunes (0 à 3 ans), la garde par les parents s'accompagne souvent du recours à d'autres intervenants, le plus souvent les grands-parents, mais aussi une assistante maternelle ou une crèche. Pour les 3 à 6 ans, avant et après la classe, les garderies périscolaires peuvent prendre le relais des parents : ainsi entre 16 h 30 et 19 h, si 83 % de ces enfants passent la plupart du temps avec leurs parents, 7 % vont en garderie périscolaire, 5 % sont pris en charge par leurs grands-parents et 2 % par une assistante maternelle.

Source : Drees Etudes et résultats, n° 678, février 2009.

## Petite enfance : revue des revues

Vers l'éducation nouvelle, la publication des Ceméa, consacre un numéro à l'accueil de la petite enfance, présenté comme un choix de société<sup>1</sup>. Parmi les thèmes traités dans ce dossier : « la crèche au centre d'un réseau éducatif » ; « coéduquer » ; « ce que l'enfant ne peut pas faire ». Onze associations territoriales des Ceméa sont impliquées dans deux cents actions de formation liées à la petite enfance, et, pour six d'entre elles, dans le cadre des formations d'assistantes maternelles à la demande des conseils généraux.

À noter, par ailleurs, que la revue *Actualités sociales hebdomadaires* (ASH) a publié, fin 2008, un supplément qui analyse les modes d'accueil des jeunes enfants en livrant une intéressante perspective historique<sup>2</sup>.

Enfin, dans l'une de ses dernières livraisons, *Informations sociales*, revue de la Caisse nationale d'allocations familiales, consacre un dossier central aux « Nouvelles figures de la parentalité »<sup>3</sup>. Avec, notamment, au sommaire : l'art d'accommoder les parents (G. Delais de Parserval), être parents dans un couple mixte, la reconnaissance légale des couples homosexuels en Europe.

1. *Accueil de la petite enfance, un choix de société*. Vers l'éducation nouvelle. La revue des Ceméa, n° 533, janvier 2009.

2. *Les modes d'accueil des jeunes enfants. Concilier vie familiale, vie professionnelle et vie sociale*. Supplément au n° 2574 des ASH du 26 septembre 2008.

3. *Nouvelles figures de la parentalité*. Informations sociales n° 149, septembre-octobre 2008, Caisse nationale des allocations familiales.

# Quelques ressources documentaires

## ► Des rapports et des ouvrages pour les professionnels

- Boisson M., Verjus A. *La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale* (1993-2004). Cerat, dossier d'étude n° 62, novembre 2004 : 84 p.
- Boubault G. (dossier coord.). *Parentalité, l'art de grandir ensemble*. Non-violence Actualité, n° 291, mars-avril 2007 : 3-22.
- Bril B., Parrat-Dayon S. *Materner. Du premier cri aux premiers pas*. Paris : Odile Jacob, 2008 : 304 p.
- Brisset C., Le Gall D., Basquin M., et al. *Les constellations familiales complexes aujourd'hui*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2003 ; 51(3) : 177 p.
- Coulon N., Cresson G. (coord.). *La petite enfance. Entre familles et crèches, entre sexe et genre*. Paris : L'harmattan, coll. Logiques sociales, 2008 : 234 p.
- Coum D. (dir.). *Que veut dire être parent aujourd'hui ?* Toulouse : éditions Érès (Parentel), coll. Enfance & parentalité (hors collection), 2008 : 288 p.
- Dafflon Novel A. (dir.). *Filles-garçons. Socialisation différenciée ?* Grenoble : Pug, 2006.
- Delaisi de Parseval G. Qu'est-ce qu'un parent suffisamment bon ? In : Gross M. (dir.), *Homoparentalité, état des lieux*. Toulouse : Érès, coll. La vie de l'enfant, 2005 : 153-60.
- Gagnier J.-P., Chamberland C. *Enfance et milieu de vie. Initiatives communautaires novatrices*. Québec : Presses de l'université du Québec, coll. D'enfance, 2000 : 120 p.
- Guisset S., Besnard D. (coord.). *Accueil de la petite enfance : un choix de société*. Vers l'éducation nouvelle, n° 533, janvier 2009 : 17-61.
- Leprince F., Haut Conseil de la population et de la famille. *L'accueil des jeunes enfants en France : état des lieux et pistes d'amélioration*. Paris : La documentation française, 2003 : 192 p.
- Neyrand G., Dugnat M., Revest G., Trouvé J.-N. (dir.). *Familles et petite enfance. Mutations des savoirs et des pratiques*. Toulouse : Érès, coll. Petite enfance & parentalité, 2006 : 320 p.
- Paquet G., Hamel D. *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection*. Québec : INSPQ, 2003 : 15 p.
- Pierrehumbert B. *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob, 2003 : 416 p.
- Tarabulsy G.M., Larose S., Pederson D.R., et al. *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Québec : Presses de l'université du Québec, coll. D'enfance, 2000 : 420 p.

- Tarabulsy G.M., Tessier R. (dir.). *Enfance et famille. Contextes et développement*. Québec : Presses de l'université du Québec, coll. D'enfance, 1997 : 180 p.
- Tarabulsy G.M., Tessier R. (dir.). *Le développement émotionnel et social de l'enfant*. Québec : Presses de l'université du Québec, coll. D'enfance, 1996 : 148 p.
- Tessier R., Tarabulsy G. M. (dir.). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec, coll. D'enfance, 1996 : 130 p.
- Thollon-Behar M.-P. (dir.). *Parents, professionnels, comment éduquer ensemble un petit enfant ?* Toulouse : Érès, coll. 1001 BB, 2007 : 200 p.
- Thomas R. M., Michel C. Le contextualisme et l'écopsychologie. In : Thomas R.M., Michel C., Landsheere (de) G. (Eds.) *Théories du développement de l'enfant. Études comparatives*. Paris : De Boeck université, coll. Questions de personne, 1994 : 507-29.
- Tremblay R.E., De V Peters R., Barr R.G., De Boivin M. (eds.). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Disponible sur le site : <http://www.excellence-jeunesenfants.ca>
- Troadec B. *Psychologie culturelle du développement*. Paris : Armand Colin, 1999.

## ► Des articles

- Carrère L., Dépinoy M. (dossier coord.). *Santé des enfants : la place des parents*. La Santé de l'homme, n° 367, sept.-oct. 2003 : 7-46.
- Coulon N. *Approche socio-écologique du développement et promotion de la santé de l'enfant : quelques pistes pour l'action*. Deuxièmes journées de la prévention « Promouvoir la santé des enfants et des jeunes » organisées par l'INPES, Paris, 29-30 mars 2006.
- Coulon N. Filles-garçons. Construire l'égalité dès la petite enfance. In : Boubault G. (dossier coord.). *Petite enfance : pratiques d'éducation non-violente*. Non-violence Actualité, novembre-décembre 2008 : 16-8.
- Coulon N. Promouvoir la santé physique, mentale et sociale des jeunes enfants. In : Géry Y. (dossier coord.). *Promouvoir la santé des jeunes*.

La Santé de l'homme, n° 384, juillet-août 2006 : 24-5.

En ligne : [www.inpes.sante.fr/SLH/articles/384/02.htm](http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/384/02.htm)

- Coulon N., Dewaele J., Guilloteau D., Mariage D., Demerval R. *Le programme « Être maman ou papa pour la première fois » : un exemple de renforcement du soutien social pour promouvoir la santé des parents et de leurs enfants*. Revue Sociologie et santé. Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui, n° 28, 2008 : 145-57.
- Houzelle N., Cecchi C., Ricard E. (dossier coord.). *Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ?* La Santé de l'homme, n° 391, sept.-oct. 2007 : 15-52.
- Troisièmes journées de la prévention organisées les 29-30 mars 2007 par l'INPES, Paris. Diaporamas et synthèse des débats disponibles sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr>

## ► Des ouvrages aussi destinés aux parents

- Huot-Marchand M. *Dessine-moi un enfant. Ce que l'enfant dit, ce que les parents savent*. Haroué : Gérard Louis, 2008 : 144 p.
- Perbos P., Topuz B. *Le guide du bébé. Bien accompagner bébé de 0 à 1 an*. Paris : Libro, coll. Libro santé, 2005 : 95 p.
- *Grandir en santé au Canada. Guide pour le développement positif des enfants* (dernière consultation le 6/03/09). <http://www.growinghealthykids.com/francais/home/index.html>

## Sites Internet

- <http://www.familles.org>
- [http://www.hsj.qc.ca/CISE/index\\_bas.asp](http://www.hsj.qc.ca/CISE/index_bas.asp)
- <http://www.educationenfantine.com>
- <http://www.fondation-enfance.org/final>
- <http://www.ecoledesparents.org>
- <http://www.sparadrap.org>
- <http://www.parentel.org/>
- <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr>
- [http://www.cmha.ca/BINS/content\\_page.asp?cid=2-29&lang=2](http://www.cmha.ca/BINS/content_page.asp?cid=2-29&lang=2)

**Nathalie Houzelle**

Chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES,

**Nathalie Coulon**

Maître de conférences en psychologie, université Lille-3, laboratoire Ureca, équipe « Famille, Santé et Émotion », Villeneuve-d'Ascq.

# Politique antitabac : la France participe à une étude internationale

**Dix-neuf pays participent à une grande enquête périodique destinée à évaluer l'impact de la lutte contre le tabagisme. La France, très engagée dans ce domaine, s'est associée à cette étude en 2007 et 2008. L'analyse des premiers résultats confirme l'implication de la population dans ce domaine et incite à de nouvelles initiatives de la part des pouvoirs publics.**

Le projet « *International Tobacco Control – ITC* » est la première étude de cohortes réalisée au niveau international sur la consommation de tabac. Il consiste en une collaboration entre responsables nationaux des politiques de santé et organisations internationales, sous la responsabilité de l'université de Waterloo, au Canada. Son objectif est d'évaluer l'impact, au niveau psychologique et comportemental, des dispositions fondamentales de la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il est actuellement déployé dans dix-neuf pays, qui représentent 50 % de la population mondiale, 60 % des fumeurs et 70 % des consommateurs de tabac dans le monde. Dans chaque pays, le projet ITC mène des enquêtes longitudinales annuelles pour évaluer l'impact et identifier les déterminants de la lutte antitabac dans chacun des domaines suivants :

- les avertissements sanitaires et descriptifs sur les emballages ;
- la législation antitabac ;
- les prix et la taxation des produits du tabac ;
- l'éducation et la sensibilisation du public et l'aide au sevrage ;
- la publicité et la promotion en faveur du tabac.

## La lutte contre le tabagisme en France

La France a, ces derniers temps, enregistré des avancées conséquentes dans la lutte contre le tabagisme. C'est notamment la première nation européenne à avoir ratifié la Convention cadre de l'OMS, le 19 octobre 2004. L'interdiction totale de fumer sur les lieux

de travail et dans les lieux affectés à un usage collectif a été introduite en deux temps :

- en février 2007, dans toutes les entreprises, bâtiments administratifs, établissements d'enseignement et de santé ;
- en janvier 2008, dans tous les autres lieux publics tels que les cafés, bars, hôtels, restaurants, discothèques et casinos.

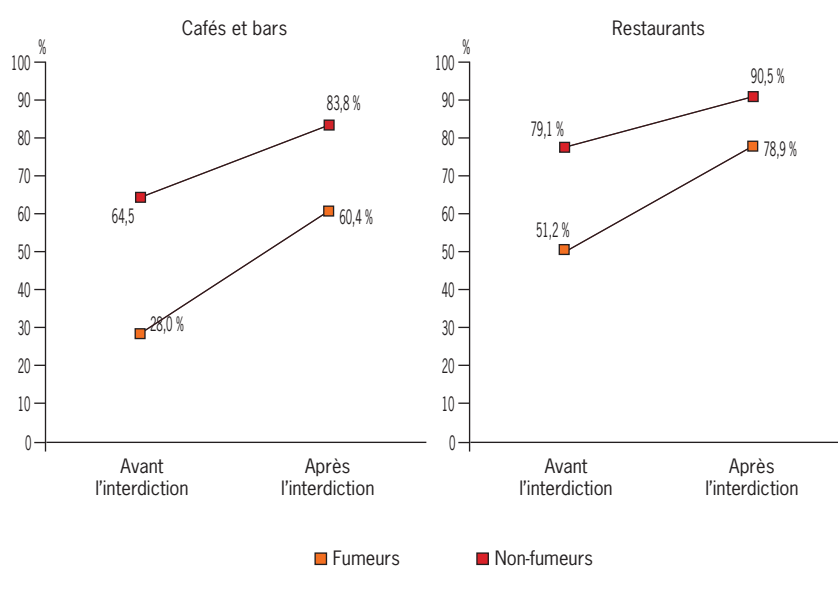
En 2006, des chercheurs de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Institut national du cancer (INCa) et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont collaboré avec

l'équipe du projet ITC pour la mise en place du projet ITC France. L'objectif était la mise sur pied d'une enquête exhaustive des mesures nationales de lutte contre le tabagisme et notamment de la mise en place en deux phases de l'interdiction totale de fumer.

## Qu'en pense la population ?

La première vague de l'enquête ITC en France s'est intéressée aux attitudes et aux comportements des fumeurs et des non-fumeurs de fin 2006 à début 2007. Un échantillon de 1 735 fumeurs adultes et 525 non-fumeurs adultes a été recruté au moyen d'entretiens télé-

**Figure 1 : Pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs soutenant fortement l'interdiction de fumer en France dans les lieux publics, avant et après l'interdiction**





phoniques. Cette première phase a été conduite avant la mise en place de l'interdiction de fumer de février 2007 sur les lieux de travail et dans les centres commerciaux, les aéroports, les gares, les hôpitaux et les écoles en France. Les répondants ont ensuite été recontactés, de septembre à novembre 2008 (vague 2), pour déterminer et évaluer l'impact aussi bien de l'interdiction de 2007 que de celle concernant les cafés, bars et restaurants, entrée en vigueur en janvier 2008.

- *Fumer reste une dépendance, même à de faibles niveaux de consommation.* Plus de 90 % des fumeurs de l'échantillon fument tous les jours et un pourcentage similaire se déclarent « beaucoup » ou « un peu » dépendants à la cigarette. En moyenne, les fumeurs réguliers fument moins d'un paquet (13,5 cigarettes) par jour ; ils sont la moitié (47 %) à fumer dix cigarettes par jour ou moins. Ce niveau de consommation quotidienne est parmi les plus bas observés dans l'ensemble des pays couverts par ITC (1).

- *Les trois quarts des fumeurs français veulent arrêter de fumer.* Près des trois quarts des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter et ont l'intention de le faire dans le futur. Près de 40 % des fumeurs envisagent d'arrêter dans les six mois à venir. La grande majorité d'entre eux

(88 %) regrettent leur dépendance, 63 % étant « tout à fait » ou « plutôt » d'accord avec le fait que le gouvernement devrait faire davantage pour aider les fumeurs à arrêter. Un tiers seulement (35 %) des fumeurs ayant consulté un médecin au cours des six derniers mois ont reçu de sa part des conseils sur les moyens d'arrêter.

- *Les fumeurs français ont conscience des conséquences néfastes du tabac.* Une majorité de fumeurs (55 %) a souvent pensé, au cours du dernier mois, aux dommages causés par le tabac.

- *Le prix des cigarettes et les risques pour la santé* sont cités comme motifs d'arrêt par respectivement 62 % et 48 % des fumeurs. Presque 60 % des fumeurs ont « souvent » ou « très souvent » pensé à l'argent consacré à l'achat des cigarettes. Plus de 30 % rapportent avoir, au cours des six derniers mois, dépensé pour des cigarettes de l'argent qui aurait été mieux dépensé pour des choses essentielles à la gestion du foyer.

- *En France, les fumeurs prêtent attention aux avertissements sanitaires apposés sur les paquets.* Plus des deux tiers (68 %) des fumeurs déclarent avoir remarqué « souvent » ou « très souvent » les avertissements sur les paquets de cigarettes, et plus d'un tiers les avoir « souvent » ou « très souvent » lus ou exa-

minés attentivement au cours du dernier mois. La moitié de tous les fumeurs interrogés affirment que ces mises en garde les font « beaucoup » réfléchir aux risques du tabagisme.

*Presque tous les bars et les restaurants, en France, sont désormais totalement non-fumeurs.* Avant l'interdiction, pratiquement tous les cafés, bars et pubs étaient enfumés, d'après les déclarations de 97 % des fumeurs et de 93 % des non-fumeurs à propos de leur dernière visite dans ces établissements. Depuis l'interdiction, presque tous les cafés, bars et pubs sont complètement non-fumeurs (seuls 4 % des fumeurs et 5 % des non-fumeurs ont déclaré avoir vu des gens fumer à l'intérieur lors de leur dernière visite). Ces résultats sont similaires pour les restaurants, avec 71 % des fumeurs et 57 % des non-fumeurs qui déclaraient avant l'interdiction avoir vu des gens fumer lors de leur dernière visite, alors que ces chiffres sont tombés à respectivement 2 % et 3 % après l'interdiction. Les politiques antitabac sont considérées comme bien appliquées : 95 % des fumeurs et 85 % des non-fumeurs pensent que l'interdiction de fumer dans les bars est totalement appliquée ; ils sont 98 % des fumeurs et 92 % des non-fumeurs à déclarer la même chose pour les restaurants.

- *Fumeurs et non-fumeurs soutiennent l'interdiction de fumer.* Dans la mesure où l'interdiction de fumer a permis de réduire l'exposition à la fumée de tabac, un nombre grandissant de fumeurs et de non-fumeurs ont exprimé leur soutien à cette nouvelle réglementation. Après l'entrée en vigueur de l'interdiction, la grande majorité des non-fumeurs (96 %) et des fumeurs (86 %) estimaient que cette mesure était une « bonne » ou une « très bonne » chose. De 28 % avant l'interdiction, le pourcentage de fumeurs en faveur de l'interdiction dans les cafés et les bars est passé à 60 % après son entrée en vigueur. Le soutien des fumeurs à l'interdiction dans les restaurants est passé de 51 % à 79 % (Figure 1).

## Les implications pour la lutte antitabac en France

Ces résultats montrent que fumeurs et non-fumeurs sont favorables à la mise en application et à l'extension des politiques définies dans la CCLAT. Ils confirment également les résultats obtenus

nus dans d'autres enquêtes menées par l'INPES (Baromètre santé 2005, Imets).

Les éléments clés qui incitent à de nouvelles initiatives dans ce domaine sont :

- la majorité des fumeurs français regrettent leur dépendance, aimeraient arrêter, et ont déjà fait plusieurs tentatives. Ils estiment que le gouvernement devrait augmenter sa contribution à l'aide à l'arrêt ;
- les fumeurs français se déclarent préoccupés par le prix du tabac et presque deux tiers d'entre eux déclarent qu'un prix élevé constitue une incitation majeure à arrêter. Cela met en lumière l'importance et l'efficacité de la hausse des taxes en tant que puissant levier de diminution du tabagisme ;
- le soutien accru des fumeurs et des non-fumeurs en faveur des politiques antitabac une fois qu'elles sont entrées en vigueur et le niveau élevé de respect de ces politiques sont autant d'éléments permettant d'envisager une bonne acceptation de restrictions complémentaires à venir.

L'impact majeur des avertissements textuels sur les paquets de cigarettes suggère que, comme dans d'autres pays dans le monde et en Europe, il existe une opportunité pour passer aux avertissements illustrés afin d'influencer encore plus les fumeurs. Leur utilisation est recommandée dans les lignes directrices de l'article 11 de la CCLAT sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac.

**Romain Guignard**

Chargé d'études-statisticien,

**Jean-Louis Wilquin**

Chargé d'études Tabac,

direction des Affaires scientifiques, INPES.

## ► Référence bibliographique

(1) Fong G.T., Ratte S., Craig L., et al. *Évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique – Journée mondiale sans tabac 2008 ; 21-22 : 183-7.

## COURRIER DES LECTEURS

# Divergences sur le rôle des infirmières scolaires

**La Santé de l'homme a publié, dans son précédent numéro (n° 399), un article de la sociologue Yaëlle Amsellem-Mainguy qui a réalisé une enquête sur la contraception d'urgence. Brigitte Accart, secrétaire générale du Syndicat national des infirmiers infirmières éducateurs de santé (Snies), en conteste les résultats dans un courrier qu'elle nous a fait parvenir et que nous publions ci-dessous in extenso.**

Abonnée à la revue *La Santé de l'homme*, j'ai lu avec intérêt le numéro 399, plus particulièrement l'encart page 9 : « L'infirmière scolaire : un rôle variable sur l'information à la contraception ». Permettez-moi en tant que Secrétaire Générale d'un syndicat représentatif des infirmiers exerçant aux ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de vous faire plusieurs remarques.

Il est écrit que l'infirmière « ne propose, quand elle le fait, qu'un traitement du problème dans un cadre collectif ». Les infirmiers scolaires assurent les heures d'éducation à la sexualité rarement en classe entière, encore moins plusieurs classes réunies, mais le plus souvent en demi-classe et en binôme avec une autre personne formée, de l'équipe éducative ou avec une personne ressource du centre de planification de proximité. Le plus difficile est de planifier les heures d'information prévue par la loi de 2001, par défaut de disponibilité des élèves et/ou de la volonté de l'équipe éducative.

Parmi les missions de ces personnels de santé (définies par la circulaire du 15 janvier 2001), la première est l'accueil, l'écoute, puis entre autre la réponse aux demandes de renseignements. Lors de ces « consultations infirmières », la relation est individuelle et un « dialogue singulier » s'instaure dans la confiance et le respect du secret professionnel (non médical) inhérent à notre profession. Ceci est d'ailleurs régulièrement expliqué aux jeunes qui ne font la différence entre la réserve des membres de l'équipe éducative et le secret professionnel des personnels santé et sociaux.

Il est décrit trois modes de fonctionnement de l'infirmière scolaire dans la pratique.

Si le premier et le second sont des pratiques quotidiennes, je mets une réserve sur la dernière phase « ne jouent pas la carte de responsabilisation ». L'infirmière de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur est éducatrice de santé, c'est-à-dire elle doit accompagner vers l'autonomie les élèves et les étudiants donc les responsabiliser dans leur vie affective et sexuelle, entre autres.

Enfin, je pense que les 64 entretiens de jeunes femmes de 15 à 25 ans ne sont pas représentatifs quant à l'absence d'implication des infirmiers. Les statistiques et bilans annuels démontrent bien au contraire les sollicitations nombreuses, nos prises de responsabilités devant des situations où la jeune fille est en situation sociale, familiale, et/ou scolaire bien difficile et où le secret professionnel, non médical, est vital.

Le Snies Unsa Éducation regroupe des infirmiers, premiers acteurs de santé publique et communautaire de proximité exerçant leurs missions auprès des élèves et des étudiants, de la grande section maternelle à l'université, soit environ 7 000 professionnels. Nous ne cessons de promouvoir nos missions, de défendre le travail réalisé dans des conditions parfois difficiles, de réclamer d'être associés à toutes les politiques de prévention et d'éducation en tant que relais.

Je considère que ce texte ne reflète pas le travail, que les 64 entretiens ne sont pas représentatifs, et qu'il porte atteinte à notre profession exerçant aux ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

**Brigitte Accart,**

Secrétaire Générale, Syndicat national des infirmiers infirmières éducateurs de santé (Snies).

## Un support numérique en éducation du patient pour accroître la qualité des formations

Un DVD-rom et un site Internet dédié viennent d'être lancés par l'INPES dans le cadre de sa mission de développement de l'éducation du patient. Destiné aux enseignants en formation initiale ou continue, il permet de concevoir, préparer et animer des séances de formation dans ce domaine. Un forum est ouvert sur le site à tous ceux qui souhaitent faire part de leurs commentaires sur cet outil qui pourra ainsi évoluer et s'enrichir.

Éducation du patient et éducation pour la santé poursuivent les mêmes objectifs : rendre les personnes actrices de leur santé et favoriser leur autonomie. Dans les faits, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour spécificité de s'adresser aux patients atteints de maladie chronique.

Le gouvernement a fait de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique une mission de service public en 2001 et donné à l'INPES, dès sa création, en 2002, la mission de développer l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci figure également au cœur du Plan 2007-2011 « *Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* ». Le rapport de septembre 2008, « *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient* » (1), va plus loin en formalisant vingt-quatre recommandations afin de fonder une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.

Cette démarche éducative du patient fait donc partie intégrante des compétences de l'Institut, qui a développé une expertise dans ce domaine. L'INPES met en place différents projets et actions s'articulant autour de cinq axes :

- favoriser les échanges entre professionnels ;
- nourrir la réflexion des professionnels de santé dans le champ de l'éducation du patient ;
- mettre à la disposition des professionnels des outils, ressources, guides ;
- développer l'expertise en s'impliquant dans les formations ;
- réaliser des études et des recherches.

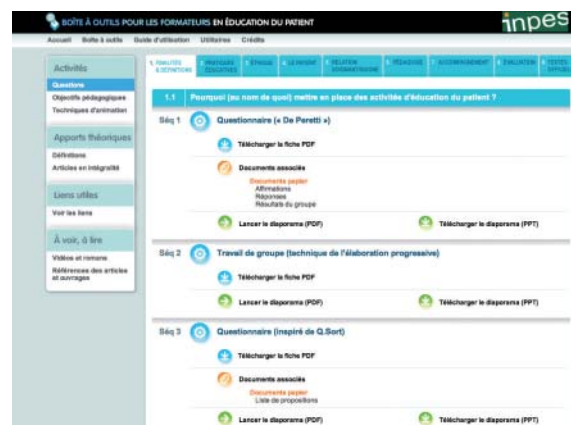
### Un professionnel sur deux formé en éducation du patient

Pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels de santé doivent acquérir des compétences qui, le plus souvent, ne font pas partie du contenu de leur formation initiale : un peu plus de 50 % seulement des structures de formation initiale des professionnels de santé proposent un enseignement spécifique en éducation thérapeutique du patient (2).

Aussi, l'INPES intervient à plusieurs niveaux et développe des outils permettant d'aider à la formation et à l'action des professionnels. Il a déjà conçu deux outils destinés aux formateurs en ETP : le kit « Dépistage des cancers » et les kit et CD-Rom « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ». La boîte à outils interactive en éducation du patient<sup>1</sup> qu'il vient de réaliser constitue donc le troisième support, mais il s'agit du premier adoptant une approche globale et non thématique.

### Un outil numérique de consultation et de création de séances de formation

Conçu par un groupe de travail constitué de professionnels de santé formateurs et d'experts en éducation du patient reconnus, cette boîte à outils a été réalisée à partir d'une analyse de contenus de programmes de formation portant sur une sélection de formations existant en septembre 2005 en éducation du patient ainsi que sur des articles et des ouvrages de référence.



Vue de la page principale de la boîte à outils, autour de laquelle s'articule la consultation des activités, des apports théoriques et des ressources (sites Internet, vidéos et bibliographies).

Elle ne fournit pas à proprement parler des programmes types ou des référentiels de formation, mais offre la possibilité à des formateurs, intervenant dans des cadres de formation différents, de choisir des exemples d'activités et de les utiliser en fonction des objectifs pédagogiques qu'ils poursuivent.

Elle constitue un support technique facilitant la tâche des formateurs, aussi bien dans la préparation que dans l'animation des séances de formation. Le formateur peut ainsi créer ou compléter ses propres diaporamas pour animer des séances de formation en intégrant des déroulés de séances, des définitions ou des vidéos fournies au sein de la boîte à outils. Il peut bâtir des sessions de durée et de contenu variables pour,

## Comment favoriser un travail entre plusieurs professionnels différents ?

Chap. 2 - Q2.4 - Séq. 1 - Travail de groupe (« Technique des attentes croisées »)

Les exemples d'animation de formation sous forme de diaporamas peuvent être enregistrés sur l'ordinateur du formateur pour être utilisés tels quels ou enrichir un diaporama existant.

selon les cas, initier ou former les praticiens à l'éducation du patient.

### Soixante-dix exemples d'activités de formation pour s'adapter aux besoins de formation des soignants

Structurée autour de *neuf chapitres* (finalités et définitions, pratiques éducatives, éthique, le patient, relation soignant/soigné, pédagogie, accompagnement, évaluation et textes officiels), la boîte à outils décrit plus de **70 activités** de formation des soignants. Elle permet ainsi aux formateurs de créer et d'animer la formation de leur choix autour d'une ou plusieurs questions que se posent les professionnels en formation. Qu'est-ce que l'éducation du patient ? Comment apprend-on ? Y a-t-il des pratiques éducatives inacceptables ? Qu'est-ce que la maladie du point de vue du malade ? Comment explorer les représentations ? Comment mettre

en place une action éducative ? Quels sont les facteurs qui influencent la communication entre le patient et le soignant ? Comment trouver les moyens de modifier sa pratique ?

Chaque activité de formation est présentée sous la forme d'une *fiche technique identique* comportant toujours les mêmes rubriques détaillant les objectifs de formation de l'activité, ses conditions matérielles, son déroulement et les prérequis pédagogiques et également l'avis du formateur qui a proposé cet exemple d'activité.

### Des apports théoriques facilement utilisables

Une sélection de *définitions* en .pdf et sous forme de *diaporamas*, des *articles en intégralité* en .pdf, ainsi que des *références d'articles et d'ouvrages* sont

The screenshot displays the 'Boîte à Outils pour les Formateurs en Éducation du Patient' interface. The main content area shows a card for activity 6.3, 'Comment mettre en place une action éducative ?'. The card includes a title, a sequence number (Séq 1), and a topic ('Étude de cas (« Benjamin »)'). It lists technical specifications: maximum participants (16), time (1h30), human resources (1 formateur), and materials (transparencys or paperboard, and a 'Benjamin' case file). The card is structured into sections: Objectifs (Concevoir et structurer une action éducative), Consignes / vigilances à avoir (Passer régulièrement dans les groupes pour s'assurer que la consigne est bien comprise et que le groupe réussit à produire des réponses adaptées), and Déroulement. A detailed view of the 'Déroulement' section is shown on the right, including a table with 'Ce que fait le formateur' and 'Ce que font les participants'. The table lists specific actions like explaining objectives, asking for group reports, presenting cases, and facilitating discussions. Below the table, there are sections for 'Prérequis pour le formateur' (Maîtriser l'animation de groupe) and 'Mon expérience de formateur' (Technique aux consignes simples qui fonctionne bien lors de formations initiales qu'en formation continue).

Chaque fiche est consultable à l'écran (ci-dessus), mais également disponible sous forme de .pdf qui peut être enregistré sur l'ordinateur ou imprimé (à droite).

Les 70 activités proposées suivent la même structure :

- question que se posent les apprenants ;
- nombre de participants maximum ;
- temps nécessaire ;
- moyens humains nécessaires ;
- technique utilisée ;
- matériel ;
- préparation ;

- objectifs pédagogiques ;
- déroulement (tableau comprenant ce que fait le formateur et ce que font les participants) ;
- variante d'animation
- prérequis pour le formateur
- mon expérience de formateur
- source : le nom du formateur qui a proposé cette activité.



**BOÎTE À OUTILS POUR LES FORMATEURS EN ÉDUCATION DU PATIENT**

## Définition 4.4 : Représentation sociale

« Forme de connaissance courante, dite « de sens commun », caractérisée par les propriétés suivantes :

- elle est socialement élaborée et partagée,
- elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal), et d'orientation des conduites et communications,
- elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, ...) ou culturel donné ».

Bloch H, Chémama R, Gallo A, Lecointe P, Le Ny J-F, Postal J et al. Grand dictionnaire de la psychologie. Paris (France) : Larousse ; 1991.

**BOÎTE À OUTILS POUR LES FORMATEURS EN ÉDUCATION DU PATIENT** inpes

Accueil Boîte à outils Guide d'utilisation Utilitaires Crédits

Activités Questions Objectifs pédagogiques Techniques d'animation

Apports théoriques Définitions Articles en intégralité

Liens utiles Voir les liens À voir, à lire Vidéos et romans Références des articles et ouvrages

MAINTENANT EN COURS 4 LE PATIENT RELATION ÉDUCATIONNELLE PRÉPARER ACCOMPAGNER ÉVALUER TESTER ATTEINDRE

Lancer le diaporama Télécharger le diaporama

**Définition 4.1 : croyance**  
**Définition 4.2 : Opinion**  
**Définition 4.3 : Représentation mentale**

"Entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système". (...) Représenter ne consiste pas seulement à reproduire, tout processus de représentation implique l'idée d'une transformation appliquée aux entités faisant l'objet d'une représentation"

Bloch H, Chémama R, Gallo A, Lecointe P, Le Ny J-F, Postal J, et al. Grand dictionnaire de la psychologie. Paris (France) : Larousse ; 1991.

**Définition 4.4 : Représentation sociale**  
**Définition 4.5 : Représentation**  
**Définition 4.6 : Le Réseau de signification**

proposés au formateur. En outre, une rubrique « Liens utiles » propose une liste de sites Internet et lieux ressources en éducation du patient, avec pour chacun un bref descriptif. Des vidéos d'exemples d'entretiens exploratoires ou des témoignages mais aussi une liste de livres sous forme de témoignages et de romans complètent la gamme des outils à disposition des formateurs.

### Lieu d'échanges : une mutualisation d'expériences au service de la qualité des formations

La boîte à outils a bénéficié des exemples d'activités de formation que les membres du groupe de travail utilisent eux-mêmes dans leurs formations. Elle s'enrichira d'autres activités et intégrera les remarques des internautes participant au forum sur Internet. Ce forum, véritable lieu d'échange entre les formateurs intervenant en éducation du patient, permet à chacun de faire part de ses expériences et de nourrir une réflexion quant à la création et l'animation de séances de formation en éducation de patients.

#### Isabelle Vincent

Médecin, psychosociologue, directrice adjointe, direction de la communication et des outils pédagogiques

#### Jean-Marc Piton

Chargé d'édition, INPES.

**Comme les activités, les définitions sont consultables à l'écran, mais également sous format .pdf et peuvent être intégrées à un diaporama déjà conçu par le formateur.**

**BOÎTE À OUTILS POUR LES FORMATEURS EN ÉDUCATION DU PATIENT** inpes

Accueil Boîte à outils Guide d'utilisation Utilitaires Crédits

Activités Questions Objectifs pédagogiques Techniques d'animation

Apports théoriques Définitions Articles en intégralité

Liens utiles Voir les liens À voir, à lire Vidéos et romans Références des articles et ouvrages

SEMAIS VUE

Titre



Entretien individuel : passage à la dialyse

B source : C. Zimmermann  
 Descriptif : Une mère de famille curieuse, active et sportive, présente une malade de Berger. Sa fonction rénale s'est récemment détériorée au point qu'un passage à la dialyse est envisagé. Elle consulte son néphrologue pour discuter de ce passage à la dialyse et du choix de la technique.  
 Durée : 0'53

**Des vidéos sont disponibles au sein de l'outil. Le formateur peut à la fois les montrer à partir du DVD-Rom et les enregistrer sur son ordinateur pour ensuite les intégrer à ses propres séances de formation.**

### ► Références bibliographiques

- (1) Saout C., Charbonnel B., Bertrand D. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Rapport, septembre 2008 : p. 171.
- (2) Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Évolutions, 2008, n° 12 : 6 p.

*1. Cette boîte à outils est disponible en deux versions : site Internet et DVD-Rom. Le DVD-Rom contient des vidéos supplémentaires. Le site Internet (<http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/index.php>) dispose, par ailleurs, de fonctions de commentaires sur les activités de la boîte à outils au sein d'un forum. Vous pouvez vous procurer le DVD-Rom et son livret en remplissant et retournant à l'INPES le bon de commande disponible sur le site de l'INPES ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)) ou sur le site de la boîte à outils des formateurs en éducation du patient.*

## Les Bureaux de Dieu, ou comment parler contraception et sexualité aux adolescents

Mi-documentaire, mi-fiction, *Les Bureaux de Dieu*, de Claire Simon, met en scène des entretiens réels entre des jeunes et des conseillères du Planning familial. Un film sur le désir des femmes de contrôler leur fécondité, sur leur vie sexuelle et affective et sur les acquis du féminisme. Un support pour ouvrir le débat avec les adolescents sur la sexualité et la contraception et pour aborder la question du dialogue filles-garçons.

**Un film de Claire Simon**  
France, 2008, 2 h 02

### Le film

À la frontière entre fiction et documentaire, le film de Claire Simon fait partager aux spectateurs le quotidien d'un centre de Planning familial<sup>1</sup> : des entretiens, qui ont réellement eu lieu et auxquels la réalisatrice a assisté, sont rejoués devant la caméra par des actrices. En effet, le film met en scène surtout des femmes et des jeunes filles dans des rôles de conseillères ou de consultantes. Ces dernières s'adressent au centre avec des questions, des peurs, des angoisses, toujours liées à leur désir de contrôler leur fertilité : demande d'un moyen de contraception, peur d'une grossesse non prévue, demande d'interruption volontaire de grossesse, etc. Le film concerne toutefois autant les

garçons et les hommes, qui peuvent ainsi entrer dans un débat dont ils sont, ou se sentent, parfois exclus.

### À quels spectateurs est destiné le film ?

*Les Bureaux de Dieu* peut être vu par un large public, à partir de 15 ans. Pour un public d'adolescents, qui pourrait être dérouté, voire ennuyé, par cette fiction qui ne correspond pas au schéma classique du récit – il ne s'agit pas d'une histoire avec un début, un milieu et une fin, mais bien d'une série d'entretiens mis en scène –, le film devra être sommairement présenté. Voici quelques arguments que l'on peut faire valoir pour susciter l'intérêt vis-à-vis du film.

On présente parfois – à tort – *Les Bureaux de Dieu* comme un film sur les centres de Planning familial. Il est vrai

qu'il se passe dans un centre et que les entretiens qui y ont lieu constituent la plus grande partie du film. Néanmoins, les entretiens mis en scène par Claire Simon ne sont pas strictement représentatifs du travail réalisé dans les centres de Planning. La réalisatrice a limité son sujet aux questions posées par les femmes, en relation avec leur désir de contrôler leur fertilité. En réalité, les centres s'occupent de bien d'autres questions qui ne sont pas évoquées dans le film. Il est donc plus juste de dire que *Les Bureaux de Dieu* est un film sur le désir des femmes de contrôler leur fécondité, sur leur vie sexuelle et affective et sur les acquis du féminisme.

Ce film est un document assez exceptionnel puisque les entretiens sont normalement confidentiels. Ainsi, les paroles de femmes sortent du petit salon et du secret pour nous être révélées. En même temps, l'intimité n'est pas violée puisque ces entretiens sont « rejoués » par des actrices qui interprètent un rôle. Au travers des entretiens qui font intervenir des femmes et des jeunes filles d'âge, d'origine et de milieu différents, le film brosse un tableau de toutes sortes de difficultés rencontrées, en alliant l'authenticité de la parole et l'universalité de la condition féminine.

### Relations à la problématique santé

Le film évoque directement la santé des femmes : il est centré sur leur vie sexuelle et affective, la contraception, l'avortement, etc., toutes ces questions étant abordées sommairement sur le plan pratique et plus longuement d'un point de vue psychologique. Le film

offre donc matière à un débat très certainement utile dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées, entre autres.

### Un tableau de la condition féminine

*Les Bureaux de Dieu* brosse un tableau de difficultés qui peuvent se présenter. Une jeune fille voudrait prendre la pilule « *parce qu'avec son copain, c'est devenu sérieux* » ; une autre a besoin de la pilule du lendemain ; une troisième panique à l'idée d'être enceinte ; une jeune femme est découragée parce qu'elle est enceinte malgré une protection normalement fiable ; une autre ne se croyait pas capable d'être enceinte ; une autre encore a dépassé le délai légal pour l'IVG ; une femme ne sait pas de qui elle est enceinte ; une prostituée souhaite interrompre sa grossesse, etc. Chaque entretien expose une situation et des réactions émotionnelles. Les conseillères écoutent, rassurent, informent, aident les consultantes à y voir plus clair ou à prendre une décision.

### Manque avéré d'information

De tous ces entretiens émergent plusieurs constats. L'un d'eux est le manque d'information. Alors que nous vivons dans une société où les moyens d'information sont nombreux et disponibles, plusieurs personnes témoignent de ce non-savoir : elles ne savent pas quand elles risquent d'être enceintes, comment se passe un examen gynécologique, qu'il existe différentes méthodes d'avortement, que l'on peut prendre la pilule sans que les parents soient au courant... Ce manque d'information prend parfois la forme de croyances ou de fantasmes : « *le stérilet fait gonfler le ventre* », « *je ne suis pas capable d'être enceinte* », « *l'avortement, c'est un carnage, un passage au Kärcher* ». Le centre de Planning apparaît ainsi comme un lieu d'information fiable et valide, par opposition à d'autres sources parfois douteuses (Internet, les copains et copines, etc.).

### Un îlot pour se confier

Mais le Planning est aussi un lieu où l'on se confie. Le titre *Les Bureaux de Dieu* évoque évidemment un lieu « supérieur » (le générique de début défile d'ailleurs sur les images d'une cabine d'ascenseur qui monte...) où se décident la vie et la mort. Mais on pense

aussi au confessionnal où l'on vient précisément se confier. Si le Planning est le contraire d'un endroit où l'on juge et où l'on culpabilise, certaines femmes y arrivent avec sinon des péchés à avouer, au moins des « bêtises »... On sent là tout le poids de la tradition religieuse mais aussi simplement du qu'en-dira-t-on (« *T'inquiète, personne ne nous connaît dans ce quartier* », dit une jeune fille à son amie). Le Planning joue d'autant mieux ce rôle de lieu où l'on se confie que les femmes ne trouvent pas toujours à qui parler dans leur entourage.

Les adolescentes n'établissent pas toujours un dialogue avec leur mère (et encore moins avec leur père) : « *Si elle sait [que je prends la pilule], elle me tue !* ». Cette difficulté de parler de sexualité entre mère et fille peut tenir au malaise ou à la peur du parent, ou encore à la tradition qui rend la sexualité taboue. « *On ne parle pas de ça* » et quelquefois, « *ça* » est même interdit en dehors du mariage. Mais il semble aussi que l'intimité se partage mal au sein de la famille, comme en témoigne la mère d'une jeune fille qui désire avorter : la mère se demande comment elle a pu en arriver là : « *Comment va-t-elle vivre avec ça ? Je lui ai pourtant demandé si elle avait fait des bêtises. On se parle à la maison...* » Ainsi, sous l'apparence de l'ouverture au dialogue, se cachent une culpabilisation, peut-être involontaire, et dans certains cas la représentation de l'avortement comme une expérience extrêmement traumatisante, une représentation qui ne correspond pas à la réalité et à la diversité des situa-

tions. Il n'est pas toujours plus facile pour les femmes de parler de la contraception ou de la grossesse avec leur conjoint. Ainsi, si certaines femmes ont pris d'emblée la décision d'interrompre une grossesse, d'autres manifestent une hésitation et semblent manquer du soutien de leur conjoint, comme si les contraintes de la vie sexuelle du couple incombaient seulement à la femme.

### Hommes-femmes : inégalités persistantes

Ainsi se pose la question de la responsabilité : être responsable de la contraception, être responsable de donner la vie... ou pas. C'est à l'aune de la responsabilité que se mesure en effet l'inégalité entre hommes et femmes : si l'égalité hommes-femmes est établie dans la loi, elle est loin d'être acquise dans la réalité, comme en témoigne le cas du jeune homme qui vient au Planning pour « *vérifier que sa copine est vierge* » ou celui, débattu en réunion des conseillères, de deux jeunes filles en fuite pour éviter un mariage forcé. Mais, au-delà de ces cas très flagrants, on ressent à plusieurs reprises la « solitude » des femmes dans des situations qui concernent pourtant le couple.

### Lire Simone Veil pendant la pause

Ainsi, le tableau brossé par le film permet aussi de faire l'état des lieux des acquis du féminisme. Ceux-ci sont représentés directement par le travail réalisé au Planning, où l'on informe, où l'on peut recevoir une prescription de contraception, où l'on est accompagnée

dans la démarche vers l'IVG, autant d'actions qui témoignent du droit des femmes à disposer d'elles-mêmes, mais il en est question également de manière allusive par toutes sortes de détails plus ou moins marquants. Ainsi, une conseillère lit Simone Veil pendant la pause, une autre joue aux fléchettes en prenant comme cible une affiche « oui – non », le rôle d'une conseillère est tenu par Marceline Loridan-Ivens, qui est une survivante des camps de concentration mais aussi une signataire du « Manifeste des 343 salopes »<sup>2</sup>.

Certes, les quelques femmes que l'on voit s'adresser au Planning dans le film ne sont peut-être pas représentatives de la population féminine française mais si les conseillères (jouées par des actrices célèbres, comme Nathalie Baye, Rachida Brakni, Nicole Garcia, Isabelle Carré, Béatrice Dalle...) apparaissent toutes comme des femmes sûres d'elles-mêmes, libres et indépendantes, la détresse, les angoisses, les contraintes vécues par certaines consultantes témoignent du décalage entre les acquis inscrits dans la loi et la réalité vécue.

**Vinciane Fonck  
Anne Vervier**

Animatrices,  
centre culturel Les Grignoux (Liège).

1. Le Mouvement français pour le Planning familial (MFPF), organisation non gouvernementale, rassemble vingt fédérations régionales, regroupant soixante-dix associations départementales au sein desquelles officient mille deux cents animatrices et animateurs. Ces antennes départementales sont actives dans cent cinquante établissements d'information et animent trente et un centres d'orthogénie (centres de planification). À partir des permanences, accueils, centres d'orthogénie, animations, stages, le MFPF est en contact avec environ trois cent cinquante mille personnes par an. En ce qui concerne l'information sexuelle des jeunes, le MFPF gère une trentaine de centres médicaux où exercent des médecins et des non-médecins. Les jeunes, en particulier, y trouvent, outre des consultations médicales gratuites sur la contraception, des réunions de groupe, le mercredi, où les adolescents sont invités à exprimer leur opinion, à prendre connaissance de toute information erronée et à la rectifier.

2. Le « Manifeste des 343 » est un texte publié en 1971 et signé par 343 femmes qui y reconnaissent avoir subi un avortement. En signant ce texte, ces femmes s'exposaient à des poursuites judiciaires puisque l'avortement était illégal et revendiquaient le droit des femmes à disposer de leur propre corps. Il a contribué à l'adoption de la loi Veil, dépenalisant l'interruption volontaire de grossesse, en 1975. Ce texte a eu d'autant plus de retentissement qu'il était signé notamment par des femmes célèbres (Marguerite Duras, Gisèle Halimi, Catherine Deneuve, Bernadette Lafont, Françoise Sagan, Delphine Seyrig, etc.).

## Jeunes mal informés, dialogue parents-enfants difficile

**Comment utiliser ce film comme support de dialogue avec des adolescents ? de discussion et d'éducation sur la vie sexuelle et affective ? Suggestions concrètes d'animation.**

Après la vision d'un film en groupe, il est naturel d'échanger les avis et les impressions. Commençons très simplement cette animation par un échange informel qui donnera l'occasion aux participants d'exprimer leurs appréciations sur le film. On pourra également leur demander s'ils ont appris quelque chose, s'ils ont été choqués par l'un ou l'autre élément, si le film suscite des questions particulières.

Invitons ensuite les participants à réagir à quelques questions que le film pose implicitement. Pour alimenter le débat, on a développé ces questions sous la forme, parfois un peu provocatrice, d'allégations et des réactions qu'elles pourraient susciter.

**Les jeunes (et même les moins jeunes) sont mal informés en ce qui concerne la sexualité**

- c'est paradoxal : le sujet n'est plus tabou, les moyens de communication et d'information n'ont jamais été aussi accessibles ;
- il y a un gouffre entre l'information objective ou scientifique et la réalité vécue des personnes (tout le monde sait que le tabac est mauvais pour la santé. Est-ce que cela empêche de fumer ?) ;
- pour « passer », l'information doit être personnalisée et non culpabilisante. Or, parmi les messages diffusés par bon nombre de médias, il y a beaucoup de « il faut » et « il ne faut pas » ;
- bien souvent, l'information « scientifique » n'est pas vraie à 100 %, il y a toujours des exceptions. C'est humain de penser « ça ne m'arrivera pas à moi ».

**En ce qui concerne la sexualité, le dialogue parents-enfant est souvent difficile**

- c'est normal : pour les parents, les enfants seront toujours des « enfants » ;
- c'est peut-être mieux ainsi : la sexualité des adolescents concerne les adolescents et celle des adultes concerne les adultes ;
- peut-être que certains parents préféreraient ne pas savoir ce que fait leur enfant ;

– c'est sans doute très difficile : il faut à la fois informer, rassurer, ne pas culpabiliser, respecter l'intimité... C'est beaucoup pour un seul homme... ou une seule femme !

**La contraception, c'est une affaire de femmes**

- ce sont les femmes qui ont un utérus, ce sont elles qui portent les enfants, c'est donc à elles de décider comment contrôler leur fécondité ;
- pour faire un enfant, il faut être deux. Il est donc normal que la contraception soit envisagée à deux ;
- c'est beaucoup plus pratique pour une femme de gérer la contraception, parce que la pilule, le stérilet ou d'autres moyens de contraception féminins sont à la fois plus fiables et moins contraignants que les moyens de contraception masculins.

**Face à une grossesse non prévue, les décisions doivent se prendre à deux**

- si c'est la femme qui est responsable de la contraception, elle doit aussi assumer les conséquences d'une défaillance de sa contraception ;
  - c'est la femme qui décide seule parce que c'est elle ensuite qui devra « tout porter » ;
  - le risque de grossesse est pris à deux, il doit être assumé à deux aussi, comme il est préférable d'être deux pour élever un enfant ;
  - ça dépend : quand on est en couple, on partage le plaisir et les responsabilités. Quand on n'est pas ou plus en couple, il est normal que seule la femme décide.
- Débattre autour de ces propositions permettra aux participants d'échanger les points de vue et de verbaliser leurs représentations. Les représentations jouent un rôle important dans les réactions face aux problèmes auxquels on doit faire face (« Vous avez de ces images dans la tête ! » dit une conseillère à une jeune femme qui consulte).

Enfin, tout comme les entretiens qui se tiennent au Planning contribuent à clarifier les situations et sans doute à aider les consultantes à prendre une décision, permettre aux participants de s'exprimer sur ces questions et instaurer un dialogue filles-garçons ou femmes-hommes joue sans aucun doute un rôle dans la prévention des grossesses non désirées.

V. F., A. V.



# Pays-Bas : des programmes pour promouvoir la santé dès le primaire

**Les Pays-Bas expérimentent plusieurs dispositifs pour promouvoir la santé dès l'école primaire. Parmi ceux-ci, le programme de prévention des violences Olweus, mis en place dans d'autres pays, a été adapté au contexte local et donne des résultats indéniables. L'objectif de ces actions est d'inculquer une culture de promotion de la santé dans les établissements scolaires. Près de deux mille écoles primaires y participent.**

Bien que la santé des jeunes entre leur naissance et 18 ans soit en général satisfaisante, la prévention demeure un sujet important aux Pays-Bas. L'une des raisons majeures est la persistance de facteurs de risque élevés chez les jeunes. En dépit de l'attention portée à ce groupe de population depuis plusieurs années, la consommation de tabac et d'alcool ainsi que la proportion de rapports sexuels non protégés restent élevés tandis que l'activité physique demeure faible (1). Un mode de vie non sain peut nuire à la santé des jeunes, non seulement sur le court mais aussi sur le long terme. Pour influencer sur le comportement des jeunes, les interventions préventives devraient se combiner à des dispositifs permettant de vivre dans un environnement plus sain.

Comparé à il y a dix ans, le nombre de fumeurs et d'usagers de cannabis chez les jeunes Néerlandais a légèrement baissé, alors que l'usage du préservatif lors des rapports sexuels s'est accru. Néanmoins, la situation s'est détériorée en termes d'obésité et de consommation d'alcool. Par ailleurs, bien que leur incidence ait faiblement augmenté au cours des vingt dernières années, les problèmes liés à la santé mentale sont assez communs chez les jeunes aux Pays-Bas (2). Les modes de vie défavorables à la santé et les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les jeunes ayant un faible niveau d'éducation. L'un des groupes cibles les plus importants est celui des jeunes en filière technique ou en apprentissage.

Les écoles peuvent apporter une contribution substantielle à la santé et au bien-être des jeunes. Un faisceau de

preuves a émergé depuis vingt ans, permettant d'informer les gouvernements, les écoles, les organisations non gouvernementales, les professeurs, les parents et les élèves sur l'efficacité des programmes de santé à l'école. Les programmes scolaires intégrés, holistiques et stratégiques sont plus à même d'induire une meilleure santé et des résultats scolaires positifs que les programmes purement informatifs et uniquement enseignés en classe (3).

Cet article présente trois initiatives des Pays-Bas dans le champ de la promotion de la santé à l'école : *Prima* ; *En avant pour la santé !* et *Écoles pour la santé en Europe*.

## Prévention de la violence en primaire

*Prima* est un programme de lutte contre la violence (y compris la persécution et le phénomène de « bouc émissaire ») dans les écoles primaires.

La violence, le plus souvent par persécution, est courante dans les écoles primaires : des données récentes montrent que 21 % des élèves disent être brutalisés au moins deux fois par mois. Elle a des effets négatifs sur la santé et le bien-être des enfants et il y a un important besoin de programmes efficaces pour lutter contre ce phénomène. C'est la raison pour laquelle le *Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ)* et le *Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO)* ont adapté à la situation néerlandaise le programme de prévention contre la persécution « Olweus ». Olweus est un programme efficace déjà introduit et testé dans plu-

sieurs autres pays tels que la Norvège, le Canada, la Finlande et la Belgique.

La méthode *Prima* contre la violence est un programme adapté aux écoles primaires. Elle les aide à mettre en place un système de surveillance structurel de la violence. Chaque école bénéficie d'un manuel d'instructions qui va lui permettre de mettre en place, étape par étape, la méthode. Au cours de deux années scolaires (2005-2007), vingt-quatre écoles primaires l'ont introduite. Le TNO a effectué des recherches sur l'efficacité et le processus de mise en place, dont les résultats ont été présentés lors d'une conférence nationale en janvier 2008. S'en est ensuivie une phase d'adaptation du programme en fonction des résultats de recherche et il est maintenant disponible pour une mise en œuvre nationale. Les résultats montrent, sur deux ans, des baisses de 75 % du nombre de victimes et de 50 % du nombre d'auteurs de violences (4).

Les écoles pilotes ont été satisfaites de cette méthode. Elles soulignent que cela a permis de faire de la violence un sujet important et que cela a amélioré l'ambiance. De plus, les enfants, par le biais de mises en scène théâtrales, ont pu mieux comprendre leur responsabilité dans la violence. Les écoles ont été soutenues pendant la phase de mise en œuvre par les services régionaux de santé ou d'éducation. La méthode repose sur les outils et interventions suivantes :

- des livres pour les élèves ;
- des manuels pour les écoles ;
- des manuels pour les organisations régionales qui soutiennent les écoles ;

- une formation et un soutien aux écoles ;
- une formation de formateurs pour les professionnels régionaux.

Autre trait particulier de *Prima*, la violence dans les écoles est traitée selon trois niveaux différents : celui de l'école, celui du groupe, et celui de l'individu. Les parents sont également impliqués activement, et la politique contre la violence est intégrée dans le programme de l'école. Une mise en place réussie nécessite des instruments pour convaincre les professeurs d'utiliser la méthode, pour les encourager à le faire de la bonne manière et pour offrir un soutien durant la mise en œuvre. Élément clé du processus d'innovation, des outils ont été développés, soulignant la marche à suivre et les bonnes pratiques, à la fois pour les organisations régionales de soutien et les écoles.

Si la mairie d'une ville, un service régional de santé ou d'éducation souhaite résoudre les problèmes de violence dans les écoles primaires, de manière structurelle, la méthode *Prima* est un bon choix. Le personnel des agences régionales de soutien est formé par le NIGZ ; dans ce cadre, il se voit remettre un manuel décrivant chaque

étape (comment intéresser l'école, des modèles de lettres, du suivi, des outils d'évaluation, etc.).

### Mille sept cents écoles primaires : « En avant pour la santé ! »

*En avant pour la santé ! (Ga voor gezond !)* est une campagne nationale pour les écoles primaires aux Pays-Bas. Avec *En avant pour la santé !*, les enfants, professeurs et parents exercent des activités ludiques et pertinentes sur la santé et la sécurité. Cette campagne combine des initiatives existantes et est un bon exemple de coopération entre institutions publiques et privées.

Les objectifs sont les suivants :

- la mise en place d'un programme d'action planifié : mettre en place de manière structurelle la santé et la sécurité dans l'agenda des écoles primaires hollandaises ;
- la combinaison des forces : faire office de fédérateur pour des initiatives de qualité et de haut niveau liées à la santé et à la sécurité dans les écoles ;
- le soutien : stimuler et poursuivre la méthode des écoles en santé dans les écoles primaires (*Gezonde School Methode*).

Sur l'année scolaire 2008-2009, plus de mille sept cents écoles primaires (soit un quart environ) des Pays-Bas ont participé à ce programme, contre mille écoles en 2006-2007. *En avant pour la santé !* se compose :

- d'un test autoadministré, pour les élèves, les parents et les professeurs. Le test consiste en un questionnaire sur les comportements de santé (pour les élèves), sur la situation à l'école (pour les professeurs) et sur l'état de santé (pour les parents) ;
- d'un rapport incluant les résultats pour chaque groupe ou chaque école, auquel les écoles peuvent avoir accès en ligne. Sur la base du rapport, l'école sélectionne des activités sur lesquelles elle souhaite travailler ;
- d'un classeur de leçons : un cahier pour les étudiants, des autocollants, un manuel pour les professeurs et un poster à l'usage de la classe. Il inclut cinq thèmes de santé centraux : l'alimentation, l'exercice, la santé physique, l'environnement social et un environnement scolaire sûr et sain ;
- d'un bus qui visite environ huit écoles (dans un quartier). Des tracts avec des séries de jeux sont distribués dans les cours de récréation.
- d'un site Internet et d'une newsletter.

La campagne fait l'objet d'une diffusion à la télévision parallèlement à la mise en œuvre dans les écoles et les quartiers des initiatives citées ci-dessus. Huit programmes passent à la télévision nationale ; la formule du programme inclut un jeu, se concentre sur un thème et propose une « idée de la semaine ».

La campagne connaît un vif succès. Plus de la moitié des écoles ont consacré davantage de temps à la santé depuis leur participation. Un quart des écoles est déterminé à inclure la santé dans sa politique d'établissement. 12 % des écoles participeront à nouveau l'an prochain. La campagne a ainsi permis d'attirer l'attention d'un grand nombre d'écoles sur le besoin de porter une attention structurelle à la santé et au bien-être. Mais ces interventions doivent être consolidées pour démontrer leur efficacité sur le plus long terme.

### Réseau européen des écoles en santé

Enfin, troisième initiative concernant la promotion de la santé dans les écoles :

les Pays-Bas participent à l'*European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS) ou *Schools for Health in Europe* (SHE) (5). Ce réseau européen a permis d'ajouter la promotion de la santé au programme des écoles dans plusieurs pays membres de l'Union, en reconnaissant la contribution de cette thématique, preuves à l'appui. Ce réseau fait de la promotion de la santé à l'école une partie intégrante de l'éducation et de la santé en Europe. SHE (Écoles en santé en Europe) encourage chaque pays membre à développer et à mettre en œuvre une politique nationale sur la promotion de la santé à l'école, en se basant sur les expériences des Pays-Bas, et plus largement de l'Europe et d'autres pays. SHE est reconnu comme l'un des réseaux internationaux majeurs sur la promotion de la santé à l'école.

Les méthodes de travail de SHE sont les suivantes : agir en tant que plate-forme pour les professionnels actifs dans le domaine de la promotion de la santé à l'école ; stimuler les échanges

professionnels sur les concepts et méthodologies de la promotion de la santé à l'école, incluant la recherche et les bonnes pratiques ; faciliter l'échange de l'apprentissage et des pratiques entre les écoles et les élèves dans les différents pays membres. Enfin, stimuler le développement des partenariats entre le secteur de la santé, de l'éducation et de tout autre secteur approprié au niveau européen et national. L'objectif principal de SHE est de soutenir des organisations et les professionnels pour développer la promotion de la santé dans les écoles de chaque pays, en offrant une plate-forme européenne pour la promotion de la santé à l'école.

**Jan Jansen**

Directeur du département Jeunesse,

**Goof Buijs**

Directeur du programme École en santé en Europe (SHE), Institut néerlandais pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention – NIGZ), Woerden (Pays-Bas).

### Pour en savoir plus

Site du SHE :

<http://www.schoolsforhealth.eu>

### ► Références bibliographiques

(1) Jansen J., Schuit A.J., Lucht F.J. van der. *Tijd voor gezond gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

(2) Schrijvers C.T.M., Schoemaker C.G. (eds.). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM, reportno. 270232001, 2008.

(3) IUHPE. *Achieving health promoting schools; guidelines for promoting health in schools*. Saint-Denis : IUHPE, 2008.

(4) Dafesh Z. *Prima anti-bullying method for primary schools in the Netherlands*. Abstract presented at the IUHPE Conference in Torino, Italy, 2008.

(5) Buijs G. *Strategic plan 2008-2012 : Schools for Health in Europe*. NIGZ, 2009 (in publication).

## Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet



Rendez-vous sur  
**[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)**

### **Vous trouverez sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)**

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : **cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

### **Quatre rubriques composent l'espace de La Santé de l'homme**

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

**Évaluation d'un programme de promotion de la santé : prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés de 10 à 13 ans.**

## « Bien bouger-mieux manger » en région Poitou-Charentes

**Recherche évaluative départementale préalable à la mise en place du programme.**

Médéric Roncheau, Dr Francis Chabaud



Cette étude a été conduite par l'Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes (Orspec) à partir d'un appel d'offres de l'INPES sur le thème de la recherche en évaluation.

La population cible porte sur 1 338 élèves de 4<sup>e</sup>, suivis depuis la 6<sup>e</sup> dans vingt-neuf collèges du département de la Vienne, dont 803 sont issus des établissements « actifs » et 578 des établissements « témoins ». L'enquête est transversale et l'évaluation se déroule par auto-questionnaire ; ces mêmes élèves ont été à nouveau évalués deux ans plus tard (phase 2) afin de vérifier la persistance des

informations reçues mais aussi d'estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la tranche d'âge des 14-15 ans.

Une première observation des résultats obtenus a permis de conclure en ce qui concerne le groupe actif, et particulièrement chez les garçons, à une diminution des proportions de surpoids et obésité. Pour étendre ce programme à l'ensemble de la région, ce qui est l'objectif de cette évaluation préalable, les chercheurs proposent, entre autres, une méthodologie de suivi individuel des élèves pour améliorer les analyses statistiques et son interprétation au niveau du groupe actif.

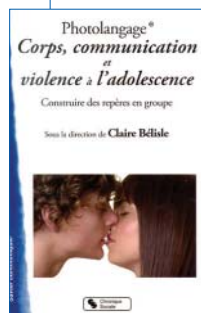
Véronique Fava-Natali

Poitiers : Orspec, Rapport d'étude n° 117, juin 2008, 81 pages.

**Photolangage® « Corps, communication et violence à l'adolescence »**

## Apprendre à penser sa sexualité à l'adolescence. Construire des repères en groupe

Sous la direction de Claire Bélisle



Un Photolangage® est un ensemble de photos variées destiné à faciliter l'émergence et l'expression des représentations individuelles et collectives sur un thème précis. Photolangage® est une marque déposée. Il s'agit d'une méthode qui articule à la fois une pratique de travail en groupe, une focalisation sur la prise de conscience par chacun de ses images personnelles et une prise de parole devant l'ensemble des participants.

Le Photolangage® « Corps, communication et violence à l'adolescence » fait partie d'un projet de prévention initié par le Point Accueil Écoute Jeunes de Carpentras en partenariat avec le comité d'éducation pour la santé du Vaucluse. Outil d'éducation à la sexualité des adolescents et des jeunes adultes, il est conçu pour travailler avec eux les questions de la transformation corporelle. L'approche Photolangage® postule qu'il est nécessaire de parler des relations amoureuses et sexuelles sur un plan social et collectif malgré leur caractère intime et privé.

Le dossier comporte une série de 48 photographies en couleurs et un livret proposant des repères théoriques suivis d'une partie pratique et méthodologique.

Olivier Delmer

Lyon : Chronique sociale, 2008, 79 pages + 48 photographies, 30 €.

## L'approche des concepts dans les formations en éducation pour la santé

Deux documents issus des travaux d'un groupe de travail Cres-Codes de Bretagne



Les deux documents présentés ici sont le résultat de l'analyse menée sur des expériences en matière de techniques d'animation et d'utilisation d'études de cas en formation. Ces supports ne se veulent pas des exposés modèles de ce qui peut être réalisé en formation mais présentent sous forme de fiches des exemples de techniques utilisées dans un contexte donné.

Le premier document, « Quelques expériences de techniques d'animation en formation », décrit de façon synthétique l'utilisation dans le cadre de formations-actions du Métaplan®, du Photolangage® ou de techniques simples d'animation permettant d'aborder les concepts d'éducation pour la santé, les intentions éducatives ou encore la notion de précarité.

Le deuxième document, « La technique de l'étude de cas », décline les objectifs, les contenus, les consignes et le déroulement de cette technique d'animation, appliqués à différents publics : travailleurs sociaux, animateurs jeunesse, personnels de santé ou encore enseignants.



O. D.

Rennes : Cres Bretagne, juin 2008, 12 pages et 16 pages.

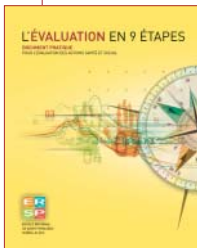
En ligne : <http://www.cresbretagne.fr/pageD-2-Guide-animation.htm>



## L'évaluation en 9 étapes

Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social

Groupe-ressource en évaluation de l'Espace régional de santé publique Rhône-Alpes



Cette seconde édition revue et corrigée de « L'Évaluation en 9 étapes » constitue une aide à la démarche d'évaluation. Chacune des neuf étapes de l'évaluation est expliquée. Les préalables à l'évaluation, le cadre logique du programme, la planification de l'évaluation : questions, critères et indicateurs, les méthodes d'évaluation et sources de données, le recueil d'informations par enquête, l'organisation de l'évaluation par le cahier des charges, la réalisation de l'enquête d'évaluation, l'analyse des données et la rédaction du rapport, la valorisation de l'évaluation pour une prise en compte des recommandations.

Sandra Kerzanet

Lyon : Espace régional de santé publique Rhône-Alpes, 2008, 34 pages.

En ligne : [http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval\\_9\\_etapes\\_08.pdf](http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf)

## Améliorer l'offre en matière d'alimentation saine dans les écoles et les collectivités : expériences et pistes pour relever le défi

Nicolas Guggenbühl



Ce guide développe une série de projets mis en place dans diverses écoles en Communauté française et en Communauté germanophone pour offrir une alimentation plus équilibrée aux élèves. Il se base sur neuf projets d'écoles visitées, ainsi que des échanges effectués dans le cadre du réseau « Mieux manger à l'école » mis en place par la Fondation Roi-Baudouin. Il vise à identifier et à explorer les différentes lignes de force impliquées dans ce qui conditionne l'offre alimentaire dans les

collectivités pour tenter de mieux comprendre la situation, et, au travers des diverses expériences, à dégager des messages clés, des trucs et astuces, pour tracer les pistes susceptibles d'être des facteurs de succès pour faire évoluer l'offre alimentaire dans un sens favorable à la santé.

S. K.

Bruxelles : Fondation Roi-Baudouin, 2008, 58 pages.

Commande gratuite sur : <http://www.kbs-frb.be>

En ligne : <http://www.kbs-frb.be> rubrique «publications»

## Sida : une maladie chronique passée au crible. Enquête nationale sur le quotidien des personnes infectées.

Patrick Peretti-Watel, Bruno Spire, Groupe ANRS-VESPA



Cet ouvrage présente et analyse les résultats de la première grande enquête nationale conduite en France auprès des personnes séropositives (VESPA-VIH : Enquête Sur les Personnes Atteintes), réalisée en 2003 auprès de 2 932 patients.

Il reprend, sous une forme moins aride, les analyses conduites dans une trentaine d'articles scientifiques. Le premier chapitre expose la méthodologie de l'enquête et un aperçu des caractéristiques de la population étudiée. La suite est organisée en

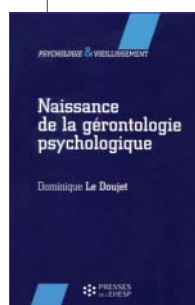
quatre parties. La première décrit la santé des personnes atteintes d'un point de vue médical, psychologique et de la qualité de vie. La deuxième aborde le travail : accès à l'emploi, vie professionnelle, conditions de travail. La troisième s'intéresse à la sexualité et à la parentalité : impact du VIH sur l'activité sexuelle, le désir d'enfants et les facteurs qui l'influencent, les conduites sexuelles à risque chez les hétérosexuels et chez les homosexuels, connaissance du traitement post-exposition. La dernière partie est consacrée au suivi du traitement : relations entre consommation de substances psychoactives et adhérence au traitement, liens entre discrimination, dissimulation de la séropositivité et observance, effets de la précarité et des comportements à risque sur la compliance. La conclusion insiste sur le fait que, si l'infection à VIH connaît une certaine normalisation, elle reste une source de discriminations et cristallise les inégalités sociales.

O. D.

Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, 224 pages, 23 €.

## Naissance de la gérontologie psychologique

Dominique Le Doujet



Dominique Le Doujet, psychologue, docteur en psychologie, cofondateur de l'association Psychologie & vieillissement, enseigne la gérontologie psychologique au DU de gérontologie sociale de l'université de Nantes. La gérontologie psychologique ne procède pas de la science au sens strict du terme. Elle veut cependant être une force de proposition en matière d'analyse des pratiques cliniques. La « science gérontologique » n'a pas développé l'aspect psychologique jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle

et s'est seulement penchée sur le biomédical et social. L'auteur, psychologue clinicien, tente cette approche et aborde des problématiques très actuelles : la mémoire, la maltraitance, la démence...

L'ouvrage comprend deux parties suivies d'une bibliographie :  
– de la gérontologie du troisième âge à la gérontologie du quatrième âge ;  
– maltraitance n'est pas violence.

S. K.

Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, 167 pages, 23 €.

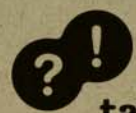


**UN HOMME A 1 CHANCE SUR  
1,5 MILLION DE MOURIR FOUDROYÉ.**



**UN FUMEUR A 1 CHANCE SUR 2  
DE MOURIR DU TABAC.**

**POUR ARRÊTER, APPELEZ LE 39 89.**



**tabac-info-service.fr**  
**39 89** 0.15€/min.  
du lundi au samedi de 9h à 20h (depuis un poste fixe,  
hors surcoût éventuel de l'opérateur).

Réf. INPES 125-09400-R

IMM 2025/04/2014/14 INPES 2014/04/14/14