

# la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

## **Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant**

Mai 2024 / Numéro 466

## Lectrices et lecteurs de *La Santé en action*

C'est avec émotion et tristesse que nous vous faisons part du décès d'Yves Géry, qui a été rédacteur en chef de la revue pendant vingt ans, avant de prendre sa retraite en septembre 2023. Journaliste de formation, il avait notamment travaillé pour *Le Monde diplomatique*, *Le Monde Initiatives*, *Le Canard enchaîné*, passionné par l'enquête et la rencontre avec les gens de terrain.

Yves a vécu les transformations du monde de la prévention qui ont marqué ces deux décennies, et qui se sont incarnées dans la transition entre *La Santé de l'homme* et *La Santé en action*, consolidant le passage vers la valorisation des démarches de promotion de la santé. Il a accompagné le tournant impulsé par Santé publique France vers une revue plus scientifique, en cohérence avec les valeurs de l'agence.

Son ouverture d'esprit, son appétit d'échanges, son attention à la question des inégalités sociales et territoriales de santé lui ont permis de porter dans les dossiers de *La Santé en action* ces nouveaux enjeux : l'éthique en santé publique, l'aller vers les populations vulnérables, la médiation en santé, etc.

Au cours de toutes ces années, Yves a mis ses talents d'écriture, son sens de l'écoute et de la restitution de la parole des autres au service de la revue et de ses lecteurs dans des éditoriaux, des articles et de nombreux entretiens avec les acteurs de la santé publique, notamment les plus engagés dans la réalité du terrain.

Les nombreux messages adressés à sa famille de la part de ses collègues de l'agence ou de partenaires extérieurs témoignent de son investissement dans ses missions et de son engagement en faveur de l'équité en santé.

Santé publique France, et plus particulièrement *La Santé en action*, lui doivent beaucoup. Son empreinte restera pour longtemps dans les futurs développements de la revue dont il a porté les prémices.

La rédaction de *La Santé en action*

*la*  
**Santé**  
*en action*

est éditée par :

**Santé publique France**

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :  
**Laetitia Huiart**

### RÉDACTION

Rédactrice en chef :

**Nathalie Quéruel**

Assistante de rédaction :

**Danielle Belpaume**

### PHOTOS :

Photo de Couverture et sommaire p. 3 :

© Meyer\_Tendance Floue

Page 7 : © Mat Jacob\_Tendance Floue

Page 11 : © Meyer\_Tendance Floue

Page 15 : © Flore-Aël Surun\_Tendance Floue

Page 18 : © Flore-Aël Surun\_Tendance Floue

Page 24 : © Meyer\_Tendance Floue

Page 25 : © Jérôme Brézillon\_Tendance Floue

Page 30 : © Pascal Aimar\_Tendance Floue

Page 31 : © Flore-Aël Surun\_Tendance Floue

Page 37 : © Denis Bourges\_Tendance Floue

Page 46 : © Meyer\_Tendance Floue

Page 47 : © Pascal Aimar\_Tendance Floue

### FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

### ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

**Christelle Lermot** (01 71 80 16 40)

[sante-action-abo@santepubliquefrance.fr](mailto:sante-action-abo@santepubliquefrance.fr)

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2024

Tirage : 7 000 exemplaires

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

# DOSSIER

## SOUTENIR LA CONSTRUCTION DES PREMIERS LIENS PARENT-ENFANT

Dossier coordonné par

**Maud Gorza**,  
chargée de projet et d'expertise scientifique  
en santé publique,

**Justine Trompette**,  
chargée d'études scientifiques  
en santé publique,

**Thierry Cardoso**,  
Médecin, responsable de l'unité Interactions  
précoces – 1000 premiers jours  
Direction de la prévention  
et de la promotion de la santé,  
Santé publique France.

**Emmanuel Devouche**,  
maître de conférences, université Paris-Cité,  
laboratoire psychopathologie  
et processus de santé (UR4057),

**Rebecca Shankland**,  
professeure des universités en psychologie  
du développement, université Lumière  
Lyon 2, Laboratoire développement,  
individu, processus, handicap,  
éducation (DIPHE),  
membre de l'Institut universitaire de France.

« C'est avec une immense tristesse que nous  
avons appris le décès d'Yves Géry, le rédacteur en  
chef de La Santé en action, au moment de la  
finalisation de ce numéro. Nous lui dédions ce  
dossier, qu'il avait impulsé, et gardons précieusement  
le souvenir de sa bienveillance, son enthousiasme  
et son professionnalisme. »

Maud Gorza, Justine Trompette,  
Thierry Cardoso

### Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant

4 \_ Justine Trompette, Maud Gorza,  
Thierry Cardoso, Emmanuel Devouche,  
Rebecca Shankland

### CE QUI SE JOUE AU DÉBUT DE LA VIE : ÉTAT DES CONNAISSANCES

**Les interactions précoces  
de qualité, rempart essentiel  
contre les expériences  
négatives de l'enfance**

5 \_ Justine Trompette, Maud Gorza,  
Thierry Cardoso



© Meyer, Tendances-Floque

### 1000 premiers jours : sécuriser les parents pour sécuriser l'enfant

9 \_ Entretien avec Boris Cyrulnik,  
Thierry Cardoso

### « Soins attentifs » pour la petite enfance : ce que préconise l'Organisation mondiale de la santé

12 \_ Résumé en français du rapport  
de l'OMS publié avec l'aval de l'institution  
internationale

### Le rôle primordial des interactions précoces dans la fabrication des premiers liens

14 \_ Emmanuel Devouche, Gisèle Apter

### L'ARRIVÉE DU NOUVEAU-NÉ, SOURCE DE DIFFICULTÉS POUR LES PARENTS

**Quand les vulnérabilités  
parentales pèsent sur la qualité  
de la relation**

17 \_ Gisèle Apter, Lisa Vitte,  
Emmanuel Devouche

### Entourer les parents pour prévenir l'épuisement parental

21 \_ Rebecca Shankland, Aurélie Paldacci

### TOUR D'HORIZON DES INTERVENTIONS AU CHEVET DE LA FAMILLE

**Visites à domicile Panjo :  
un accompagnement  
au plus près de la famille  
et du nouveau-né**

24 \_ Entretien avec Salima Taymi,  
Bénédicte Popineau, Laure-Anne Estebanez

« L'arrivée d'un enfant bouscule  
l'organisation familiale »

28 \_ Entretien avec Géraldine Rentmeister,  
Alexia Charpentier, Marie Quintin,  
Franceline Berlot

« L'enjeu est de créer une relation  
de confiance  
entre la professionnelle  
et la famille »

30 \_ Entretien avec Jean-Louis Gerhard

### FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES ENCADRER

« Prendre soin de soi pour mieux  
prendre soin des autres »

33 \_ Entretien avec Thierry Cardoso

**Des repères solides  
pour déployer les interventions  
de prévention précoce  
à domicile**

35 \_ Justine Trompette

### RESSOURCES DOCUMENTAIRES

**Pour en savoir plus**

38 \_ Laetitia Haroutunian

### RUBRIQUES

#### Vaccination des bébés

**42 \_ L'entretien motivationnel,  
un outil efficace pour améliorer  
la confiance des parents  
en la vaccination infantile**

Chloé Cogordan, Lauriane Ramalli

#### Prévention des vagues de chaleur

**45 \_ Une boîte à idées  
pour s'adapter aux fortes  
chaleurs**

Agnès Verrier



# Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant

**Justine Trompette,**

chargée d'études scientifiques  
en santé publique,

**Maud Gorza,**

chargée de projet et d'expertise scientifique  
en santé publique,

**Thierry Cardoso,**

médecin responsable,  
unité Interactions précoces –  
1000 premiers jours,  
Direction de la prévention  
et de la promotion de la santé,  
Santé publique France,

**Emmanuel Devouche,**

maître de conférences, université  
Paris-Cité, Laboratoire psychopathologie  
et processus de santé (UR 4057),

**Rebecca Shankland,**

professeure des universités en psychologie  
du développement, université Lumière  
Lyon 2, Laboratoire développement,  
individu, processus, handicap, éducation  
(DIPHE), membre de l'Institut  
universitaire de France.

Dans la relation parent-enfant, la mise en place d'interactions précoces chaleureuses, stables et répondant aux besoins des tout-petits est aujourd'hui un objet d'attention central en prévention et promotion de la santé. Cet intérêt s'ancre dans les avancées apportées par divers domaines d'études (psychologie du développement, neurosciences, biologie moléculaire, épigénétique, épidémiologie...) qui ont permis d'approfondir les connaissances sur le développement humain. Celles-ci éclairent d'une compréhension de plus en plus précise la façon dont les expériences positives et négatives, vécues dès le plus jeune âge de la vie, y compris avant la naissance, peuvent laisser une empreinte durable sur les prédispositions génétiques et affecter l'architecture cérébrale émergente, mais également la santé à long terme [1]. Ainsi, les expériences vécues au cours des trois premières années de l'existence vont avoir une influence sur la santé, sur l'apprentissage, ainsi que sur le bien-être social et affectif tout au long de la vie.

Les interactions précoces réciproques entre l'enfant et les personnes qui prennent soin de lui jouent un rôle primordial pour son développement.

Ces interactions soutiennent la construction de la sécurité affective et du savoir-être, aident les enfants à grandir et à atteindre leur plein potentiel. Elles permettent non seulement d'atténuer les effets des expériences négatives auxquelles l'enfant pourra être soumis, mais également d'acquiescer les capacités nécessaires pour qu'il puisse faire face aux adversités qu'il rencontrera sur son chemin. L'importance de ces travaux scientifiques récents sur le rôle des relations dans le développement, le bien-être et la santé tout au long de la vie est reconnue ; ils sont au cœur du concept émergent de « santé relationnelle précoce ».

Ce dossier de *La Santé en action* a pour objectif de partager les connaissances sur la façon dont les interactions se construisent et sur ce qui peut venir les entraver. C'est à partir de cet état de l'art que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2018 un document de référence, le *Cadre pour les soins attentifs*. Le rôle des interactions chaleureuses, stables et répondant aux besoins des enfants occupe une place centrale dans ce rapport, étayé sur des données probantes. Au-delà de la nécessité établie d'interactions précoces de qualité, entre l'enfant et les personnes prenant soin de lui (en premier lieu ses parents), plusieurs articles permettent de comprendre plus finement les mécanismes de construction de ces interactions – ainsi que les éléments pouvant interférer et rendre difficile leur mise en place. Des facteurs sont d'ores et déjà identifiés comme ayant un impact sur la qualité des interactions. Certains sont particulièrement fréquents, comme l'épuisement parental, tandis que d'autres émergent dans des contextes de vulnérabilité spécifique. Ce dossier présente également plusieurs exemples d'actions visant à renforcer les interactions et/ou à prévenir les troubles de l'attachement. Des interventions de prévention précoce à domicile (IPPAD) peuvent ainsi être mises en place. Ces programmes prometteurs ou probants, issus de recherches, ont fait

l'objet de nombreuses publications scientifiques internationales et constituent aujourd'hui un robuste socle de connaissances sur lequel il est possible de s'appuyer pour identifier les pratiques et les stratégies d'intervention des IPPAD. Leurs effets bénéfiques ont été démontrés sur le développement psycho-affectif de l'enfant (moins de troubles de l'attachement, moins de troubles du comportement, meilleur développement cognitif, langagier et moteur), sur sa santé et sa réussite scolaire à venir, mais également sur la santé de la mère (meilleur suivi de grossesse et du post-partum, moins de stress et de dépression périnatale entre autres). En France, de nombreuses actions sont déployées en s'appuyant sur ces connaissances, comme en témoignent les services interviewés. Ce numéro ne vise pas l'exhaustivité, mais il souligne des points de vigilance à considérer pour l'accompagnement des futurs parents et des jeunes parents dans la construction et le maintien des premiers liens avec leur enfant. Si les articles sont centrés sur les interactions intrafamiliales et sur les interventions à destination des familles, d'autres leviers majeurs existent. Par exemple, la création d'environnements favorables à la vie des familles et à l'action des professionnel-le-s, donnant accès à des ressources suffisantes, permet d'avoir une disponibilité pour prodiguer des soins sécurisants ; c'est également essentiel. Toutes ces connaissances ouvrent des perspectives concrètes pour soutenir un meilleur départ possible dans la vie pour chaque enfant, quelle que soit sa situation. ■

## RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Shonkoff J.P., Garner A. S., Earls M. F., Garner A. S., McGuinn L., Pascoe J. *et al.* The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 1<sup>er</sup> janvier 2012, vol. 129, no 1 : e232-46. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22201156/>

# Les interactions précoces de qualité, rempart essentiel contre les expériences négatives de l'enfance

## Justine Trompette,

chargée d'études scientifiques en santé publique,

## Maud Gorza,

chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique,

## Thierry Cardoso,

médecin, responsable unité Interactions précoces – 1000 premiers jours, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Les 1000 premiers jours, période allant de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant, représentent une période sensible du développement de l'individu pour sa vie entière. En effet, l'apport des connaissances accumulées ces dernières années dans diverses disciplines, notamment la psychologie et les neurosciences, a considérablement contribué à la compréhension du développement du bébé et du petit enfant, et plus particulièrement de celui de son cerveau. Ces découvertes ont permis de mettre en évidence, d'une part, que le cerveau est construit par la combinaison de la neurogenèse<sup>1</sup> et de l'influence de l'environnement sur le capital génétique du fœtus, et d'autre part, que le processus de développement débute bien avant la naissance et qu'il est influencé par la santé et l'environnement de la femme enceinte.

Après la naissance, la maturation du cerveau se poursuit et les milliards de connexions entre les neurones

s'établissent ou se modifient au fur et à mesure, en réponse aux expériences positives ou négatives vécues par l'enfant.

Certaines expériences positives – telles que les interactions sécurisantes, attentives et chaleureuses, ou encore la protection apportée par la famille, la nutrition, la stimulation sensorielle et motrice – sont essentielles pour favoriser le développement de l'enfant. Au contraire, les expériences négatives ou les adversités – telles que la négligence, le stress, l'insécurité, l'exposition à des polluants – sont quant à elles délétères et peuvent considérablement entraver son développement [1].

## L'importance des interactions parent-enfant

Afin de croître, l'enfant a besoin de créer une relation aux autres et plus particulièrement un lien d'attachement sécurisant avec son ou ses parents ou toute autre personne s'occupant de lui et répondant à ses besoins fondamentaux. En effet, John Bowlby a montré qu'un bébé, un petit enfant a besoin d'établir un lien d'attachement avec au moins une personne qui prenne soin de lui de façon cohérente, continue et prévisible pour survivre et espérer avoir un développement social émotionnel normal. Ces liens ne servent pas seulement à assurer l'alimentation du bébé, mais ils visent également à favoriser une proximité physique et psychique, entre la personne fournissant les soins attentifs et l'enfant, et à

## L'ESSENTIEL

■ **Pour l'enfant, il est nécessaire de grandir dans un environnement relationnel stable et chaleureux, lui assurant une sécurité affective. Les connaissances scientifiques montrent à quel point le devenir des individus, leur santé physique et mentale dépendent de ce qui se passe pendant les 1000 premiers jours de la vie. Les interactions parent-bébé se retrouvent donc au cœur de la stratégie de prévention et des interventions d'accompagnement. Cet infléchissement s'incarne dans le concept de « santé relationnelle précoce », qui met l'accent sur le bien-être de la famille, les compétences parentales, la résilience et les ressources des communautés.**

satisfaire le besoin vital de l'enfant de s'attacher à un adulte sécurisant. En plus d'assurer le bon développement du bébé, les liens d'attachement développent les capacités relationnelles et de gestion des événements de vie jusqu'à l'âge adulte [2].

Pour se créer, le lien d'attachement nécessite que les parents soient disponibles aux signaux que leur enfant envoie et qu'ils lui adressent des réponses appropriées à son organisation émotionnelle et psycho-affective. Si cela peut paraître aller de soi de donner un sourire en réponse à celui du bébé, de le prendre dans ses bras pour le rassurer et l'apaiser, de lui

chanter des comptines – en résumé, créer les conditions d’une interaction sécurisante, chaleureuse et harmonieuse influant la construction d’un type d’attachement donné –, en réalité, cela résulte d’une combinaison de plusieurs paramètres comme les circonstances et le contexte de vie, les expériences vécues, les transmissions et les croyances familiales, sociétales et culturelles, etc.

Les interactions du bébé avec son environnement lui permettent ainsi de stimuler la maturation et l’organisation des circuits neurologiques sensori-moteurs, cognitifs et émotionnels dans ses structures encéphaliques (amygdales cérébrales<sup>2</sup>, noyaux striés<sup>3</sup>, cerveau préfrontal et cervelet, notamment) et sont à la base de la compréhension qu’a le bébé de son environnement. Cette co-construction émotionnelle et cognitive prévient et régule le stress secondaire aux agressions extérieures et permet à l’enfant d’accéder à des réponses adaptatives de plus en plus complexes. Avoir un environnement relationnel stable, chaleureux et réceptif, assurant la sécurité affective et permettant de répondre de façon ajustée aux besoins de l’enfant atténue les effets des expériences négatives et renforce chez l’enfant la capacité à faire face aux adversités qu’il peut rencontrer sur son chemin [2-4].

Cependant, plusieurs facteurs de vulnérabilité peuvent influencer la façon dont va interagir le parent avec l’enfant en venant altérer son engagement affectif, sa disponibilité et son accessibilité et en perturbant l’établissement d’un lien d’attachement sécurisant entre le parent et son bébé. Ces facteurs sont de nature très diverses et se retrouvent parfois intriqués : la fragilité psychologique liée à la parentalité (parité extrême<sup>4</sup>, antécédent de prise en charge par l’aide sociale à l’enfance, événement traumatisant durant l’enfance, épisodes dépressifs avant ou après la grossesse, épuisement parental...); le manque de soutien social (isolement, violence intrafamiliale, absence d’une autre figure parentale...); et la fragilité sociale et économique (précarité financière, logement précaire, difficultés d’accès aux droits...). Ces

facteurs de vulnérabilité se combinent avec des déterminants socio-culturels structurels (accès à l’emploi, accès aux services publics, normes culturelles...) et des environnements de vie favorables (accès à des lieux d’accueil, à des espaces verts...) ou au contraire préjudiciables à la santé (exposition à la pollution, sentiment d’insécurité, enclavement...), qui vont amplifier ou au contraire modérer leurs impacts.

Or, en l’absence de régulation, l’exposition répétée à des adversités, à des expériences stressantes ou traumatiques engendre, dès le plus jeune âge, une activation chronique des systèmes de réponse au stress. Celle-ci a de nombreux effets sur le cerveau, en altérant son développement et son architecture ; sur les systèmes cardiovasculaires et immunitaires ; et sur les mécanismes de régulation métabolique [1]. Cette suractivation participe également à une usure physiologique multisystémique<sup>5</sup> [5]. Ainsi, au-delà de l’effet causal direct, les expériences vécues et les environnements dans lesquels l’enfant évolue entraînent des modifications des systèmes qui sous-tendent ses capacités ultérieures à répondre et à s’adapter aux aléas de la vie. Un nombre croissant de travaux relie maintenant les expériences marquantes d’adversité vécues au cours de l’enfance à une augmentation des risques de problèmes de santé à l’âge adulte, incluant le diabète, l’hypertension, l’infarctus, l’obésité, de même que certaines formes de cancer [6 ; 7]. Cette approche globale vie entière impose dès lors de prendre en compte les déterminants de la santé [8] et d’en comprendre le réseau complexe d’interactions. Parmi ceux-ci, le noyau familial représente la pierre angulaire de l’environnement de l’enfant et de ses relations.

Ces connaissances soutiennent également un changement de paradigme en faveur de ce que certains professionnels et certains auteurs appellent la « santé relationnelle précoce ».

### **Une évolution vers la santé relationnelle précoce**

Depuis une dizaine d’années, le concept de santé relationnelle précoce est en plein essor dans les

systèmes de santé publique et de santé de l’enfant [9 ; 10]. Il met en évidence l’importance des interactions positives, épanouissantes, réactives, stimulantes et réciproques entre les personnes prenant soin de l’enfant et l’enfant, identifiées comme un facteur favorisant la confiance, la compétence et le bien-être affectif pour tous et, in extenso, comme un facteur-clé pour la santé et le bien-être futurs des enfants [11]. Ce concept est fondé sur les connaissances concernant l’attachement, la psychologie du développement de l’enfant et son neuro-développement. Il intègre également les déterminants sociaux de la santé, comme le contexte économique, social et relationnel de la famille, mais aussi le lien avec le quartier ou la commune de résidence : qualité du logement, qualité et disponibilité des ressources et des services destinés aux enfants et aux parents, qualité de l’environnement de vie (accès à des espaces verts, possibilité de marcher, perception de sécurité du quartier), et capacité de résilience des communautés locales.

Ce changement de perspective met l’accent sur le bien-être de la famille, les compétences parentales, la résilience et les ressources des communautés pour garantir le bien-être de la prochaine génération. Il invite également les professionnel-le-s, les équipes de recherche et les personnes en charge des politiques publiques à collaborer avec les familles et les communautés selon de nouvelles méthodes : il s’agit de penser des approches, des interventions et des stratégies qui transformeront les systèmes de santé pour une promotion universelle et holistique de la santé des enfants [11]. La prise en compte de cette santé relationnelle, si elle n’est pas toujours exprimée en tant que telle, progresse toutefois dans les domaines de la santé publique et de la petite enfance. Elle est aujourd’hui bien identifiée comme l’un des éléments constitutifs essentiels du développement de l’enfant [12 ; 13]. C’est une des composantes transversales du cadre portant sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance, proposé par l’Organisation



© Met Jacob\_Tendance France

## Dossier

### Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant

mondiale de la santé (OMS) [14]. Ce cadre pointe l'importance pour les parents, les familles et l'ensemble des professionnels qui prodiguent des soins aux tout-petits d'évoluer dans un environnement de vie favorable à la santé et de proposer des réponses graduées, toutes les familles n'ayant pas besoin de la même intensité et de la même gamme d'interventions pour apporter ces soins attentifs. Les politiques, les programmes et les services doivent donc être conçus pour leur permettre, ainsi qu'à leurs communautés, de répondre à ces besoins.

L'attention portée à la qualité de ces interactions fait également partie intégrante de nombreuses IPPAD d'intensité variables [11].

#### Une politique publique soutenant les « 1000 premiers jours »

Initiée par un ensemble de mesures au niveau national depuis 2020, la politique des « 1000 premiers jours de l'enfant » s'est largement diffusée grâce à la mobilisation des territoires et des différents acteurs impliqués au quotidien dans la vie des enfants, des parents, des futurs parents et dans leur environnement.

En cohérence avec l'approche qui prend en compte la trajectoire de vie en épidémiologie et l'impact des maladies en termes épidémiologique et économique à tous les âges de la vie, cette nouvelle politique a mis en avant le caractère crucial de cette

période pour le jeune enfant et pour l'adulte qu'il deviendra. Elle souligne également l'importance, pour l'ensemble de la société, d'agir sur cette période de la vie. En effet, comme l'a souligné le rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours [2], il est essentiel de créer les conditions favorables au développement physique, psychique, cognitif et émotionnel de l'enfant, pour incarner une démarche de prévention précoce et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Afin de permettre à tous les parents, selon leurs besoins spécifiques, de bénéficier du soutien nécessaire au maintien d'un environnement familial optimal propice



aux interactions parent-bébé, il est proposé à toute la population un « parcours 1000 jours ». Ce parcours, qui s'étend du début de la grossesse et au moins pendant les deux premières années du bébé, est jalonné de différentes mesures pour un accompagnement structuré. Parmi celles-ci, les interventions de préventions précoces à domicile ont été identifiées comme pouvant améliorer le soutien aux parents dans leur relation avec l'enfant. Elles sont essentiellement centrées sur la santé relationnelle et sur les interactions familiales entre les parents et le nouveau-né. Pour accompagner les structures ou les professions qui sont en mesure de travailler au domicile des parents, un guide pratique est disponible afin de

disposer des critères de qualité de telles interventions (voir l'article Des repères solides pour déployer les interventions de prévention précoce à domicile dans ce dossier). La mise en place des interactions durant l'enfance et leur qualité sont influencées par l'environnement dans lequel évoluent l'enfant et les personnes prenant soin de lui – en premier lieu ses parents. Aussi, le contexte actuel d'événements traumatiques (pandémie de Covid-19, guerres, etc.) et les répercussions économiques qui y sont associées ont des conséquences directes sur le niveau de vie des ménages. La forte augmentation du coût de la vie et l'incertitude quant à l'avenir sont autant de facteurs de fragilisation des familles et des individus qui les

composent. À la lumière des connaissances actuelles, il apparaît primordial et urgent de soutenir les parents dans leur relation avec leur enfant en mettant l'interaction au cœur des actions de prévention et de promotion de la santé physique et mentale, de développement des compétences psychosociales ou de soins, et ce de la grossesse aux 2 ou 3 ans de l'enfant. ■

1. Formation des neurones du système nerveux à partir de cellules-souches.
2. Partie du cerveau située à la face interne du lobe temporal.
3. Le striatum (constitué par les deux noyaux gris centraux : le noyau caudé et le putamen) intervient dans la régulation motrice essentiellement pour le contrôle des mouvements lents.
4. Avoir un seul enfant ou plus de trois.
5. Usure des multiples systèmes de réponse au stress mis en place par l'organisme.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] National Scientific Council on the Developing Child. *Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined*. Cambridge (MA) : Center of the developing child2020, document de travail n° 15, [Internet]. En ligne : [https://pediatrics.developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2021/12/wp15\\_health\\_FINALv2.pdf](https://pediatrics.developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2021/12/wp15_health_FINALv2.pdf)
- [2] Commission des 1000 premiers jours. *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2020 : 125 p. En ligne : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- [3] Britto P. R., Lye S. J., Proulx K., Yousafzai A. K., Matthews S. G., Vaivada T. *et al.* Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 7 janvier 2017, vol. 389, art. 10064 : p. 91-102. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717615/>
- [4] Shonkoff J. P., Boyce W. T., Bush N. R., Gunnar M. R., Hensch T. K., Levitt P. *et al.* Translating the biology of adversity and resilience into new measures for pediatric practice. *Pediatrics*, 10 mai 2022, vol. 149, n° 6 : e2021054493. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35535547/>
- [5] Delpierre C., Barboza-Solis C., Castagné R., Lang T., Kelly-Irving M. Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016, vol. 16-17 : p. 276-281. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/pdf/2016\\_16-17\\_1.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/pdf/2016_16-17_1.pdf)
- [6] Division of Violence Prevention. *Preventing adverse childhood experiences (ACEs): leveraging the best available evidence*. National Center for Injury Prevention and Control (US), 2019. En ligne : [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316/cdc\\_82316\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316/cdc_82316_DS1.pdf)
- [7] Hughes K., Bellis M. A., Hardcastle K. A., Sethi D., Butchart A., Mikton C. *et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, août 2017, vol. 2, n° 8 : e356-66. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/352874245\\_The\\_effect\\_of\\_multiple\\_adverse\\_childhood\\_experiences\\_on\\_health\\_a\\_systematic\\_review\\_and\\_meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/352874245_The_effect_of_multiple_adverse_childhood_experiences_on_health_a_systematic_review_and_meta-analysis)
- [8] Kelly-Irving M., Tophoven S., Blane D. Life course research: new opportunities for establishing social and biological plausibility. *International Journal of Public Health*, septembre 2015, vol. 60, n° 6 : p. 629-630. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-015-0688-5>
- [9] Garner A., Yogman M., Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health Sodabp Council On Early Childhood. Preventing childhood toxic stress: Partnering with families and communities to promote relational health. *Pediatrics*, 1<sup>er</sup> août 2021, vol. 148, n° 2 : e2021052582. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312296/>
- [10] Williams R. C. Des expériences négatives de l'enfance à la santé relationnelle précoce : les conséquences pour la pratique clinique. *Paediatric Child Health*, 1<sup>er</sup> octobre 2023, vol. 28, n° 6 : p. 385-393. En ligne : <https://cps.ca/fr/documents/position/des-experiences-negatives-de-lenfance-a-la-sante-relationnelle-precoce-les-consequences-pour-la-pratique-clinique>
- [11] Willis D. W., Paradis N., Johnson K. The paradigm shift to early relational health: A network movement. *Zero to Three Journal*, 2022, vol. 42, n° 4 : p. 22-30. En ligne : <https://www.zerotothree.org/resource/journal/the-paradigm-shift-to-early-relational-health-a-network-movement/>
- [12] Martin-Blachais M. P. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. [Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes]. Paris : Direction générale de la cohésion sociale, février 2017 : 129 p. En ligne : <https://www.viepublique.fr/files/rapport/pdf/174000173.pdf>
- [13] Sege R. D., Harper Browne C. Responding to ACEs with HOPE: Health Outcomes from Positive Experiences. *Academic Pediatrics*, 2017, vol. 17, n° 7S : S79-85. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28865664/>
- [14] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain*. OMS, 2019, p. 33. En ligne : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241514064>



# 1000 premiers jours : sécuriser les parents pour sécuriser l'enfant

## Entretien avec Boris Cyrulnik,

médecin psychanalyste et neuropsychiatre, président de la commission d'experts qui a rendu en septembre 2020 le rapport *Les 1000 premiers jours*.

Là où tout commence,

## Thierry Cardoso,

médecin, responsable de l'unité Interactions précoces – 1000 premiers jours, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

## Pourquoi les 1000 premiers jours de la vie sont-ils essentiels ?

*Boris Cyrulnik* : Les 1000 premiers jours, c'est l'enfance préverbale, un moment fondamental qui commence dans l'utérus et que l'on considère achevé au moment de l'apparition de la parole. Pendant ces 1000 premiers jours, on acquiert soit des facteurs de protection dont on profite toute la vie, soit des facteurs de vulnérabilité qu'il faudra réparer ensuite. Bien que possible, cela demandera beaucoup de travail. Ainsi, les 1000 premiers jours, pendant la grossesse et les deux années qui suivent, correspondent à une période sensible où un bon départ dans la vie solidifie les enfants.

## Quel rôle les parents jouent-ils pendant cette période ?

*B. C.* : Les parents sont déterminants : la mère surtout, mais le père<sup>1</sup> aussi, beaucoup plus tôt que ce qu'on croyait. La mère est le déterminant essentiel, car une mère sécurisée devient sécurisante pour le bébé qu'elle porte, qui aura autour de lui tout ce dont il a besoin pour se développer. À l'inverse, une mère insécurisée – par la violence conjugale, la solitude, la précarité sociale, la guerre ou les tremblements de terre – secrète des substances du

stress, notamment le cortisol et les catécholamines. Ces substances passent la barrière du placenta que le bébé déglutit et altèrent certaines zones de son cerveau. Et il arrive au monde avec une altération cognitive due, non pas à la mère, mais au malheur de la mère.

## Quels sont les enjeux pour la société ?

*Thierry Cardoso* : Il s'agit d'abord de prendre conscience que les 1000 premiers jours sont une période de vulnérabilité particulière que la société peut protéger. En tout cas, l'organisation sociale peut permettre de ne pas augmenter l'insécurité de la mère. C'est, par exemple, la possibilité de concilier vie de famille et vie professionnelle, qui est un énorme défi aujourd'hui. Il y a énormément de progrès à faire pour que les mamans puissent travailler et s'épanouir dans leur travail sans avoir cette pression individuelle de se dire : « *que va-t-il se passer lorsque je serai enceinte ?* », « *est-ce que cela va jouer sur ma carrière ?* », « *comment je vais faire garder mon enfant ?* ».

## Pourquoi ces 1000 premiers jours sont-ils une priorité de santé publique ?

*T. C.* : Les événements vécus dans l'enfance peuvent avoir un impact tout le long de la vie, c'est ce qu'ont montré les recherches des trente dernières années. On connaît aujourd'hui le poids dans la société des pathologies chroniques (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, etc.) et leur cortège de complications. Le risque d'apparition de ces maladies peut être lié à des événements que l'on appelle « *adverses* » qui sont, comme vient de le décrire Boris Cyrulnik, de différente nature. On sait également

## L'ESSENTIEL

▣ **La grossesse et les deux années qui suivent la naissance constituent un moment-charnière pour l'enfant. Pendant cette période, tout événement dit « *adverse* » (violences, solitude, précarité sociale, catastrophe naturelle, etc.) qui insécurise la mère ou les parents se traduit par des troubles cognitifs du bébé et des problèmes de santé ou d'insertion sociale plus tard, coûteux pour la société. C'est pourquoi il est indispensable de mettre en place une organisation sociale et un environnement qui vont permettre de consolider une bonne base de départ pour l'enfant.**

maintenant qu'il y a un effet cumulatif : plus on a vécu d'événements adverses dans l'enfance, plus le risque d'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte – à 50 ans – augmente. La bonne nouvelle, c'est que l'inverse est vrai : plus on a vécu d'événements positifs à cette période, plus on est par exemple à même d'engager avec autrui des relations sereines et empathiques. Ainsi, on observe non seulement un enjeu de santé individuelle, mais aussi un enjeu de santé sociale. Et ceci nous intéresse en termes de santé publique.

## Boris Cyrulnik, vous dites qu'il faut « *mettre de l'argent* » dans le bébé. Qu'entendez-vous par là ?

*B. C.* : Un dollar investi dans un bébé, c'est de 8 à 12 dollars d'économie pour l'adolescence. Parce qu'un bébé sécurisé, c'est un bébé qui accède plus vite à la parole et se dote d'un outil relationnel ; à l'âge de 3 ans, il entre à la maternelle avec un stock de 1 000 mots. Au contraire, un bébé

insécurisé à peur de la rencontre, du regard des autres ; il se centre sur lui-même au lieu de se tourner vers autrui. Lui entre en maternelle avec un stock de 200 mots. Devinez lequel va devenir bon élève... Or aujourd'hui, ce qui fait la hiérarchie sociale, ce n'est plus la force physique ou la violence, mais le diplôme et l'acquisition d'un métier. Une vulnérabilité acquise pendant la grossesse à cause – je le redis à dessein – non pas de la mère, mais à cause du malheur de la mère entraîne une probabilité de tomber malade à l'adolescence, de souffrir de pathologies chroniques. Un enfant qui a appris à parler s'exprime, il dit s'il va bien ou s'il est content ; c'est un enfant qui a toutes les chances d'être facile et agréable à élever. Alors que celui qui n'a pas appris à parler va crier, agresser les autres et s'en prendre à lui-même ; il va devenir un enfant difficile, malheureux, qui va coûter très cher à la société.

**Quels sont les repères importants à retenir, issus des travaux de la commission que vous avez présidée ?**

B. C. : Il nous faut désormais adopter un raisonnement « psycho-écologique<sup>2</sup> » par « niches sensorielles<sup>3</sup> ». Nous constatons, par exemple, qu'aujourd'hui les jeunes femmes mettent au monde un enfant après des études, l'acquisition d'un métier, une vie active remplie, et qu'elles se retrouvent souvent isolées. Or la solitude est un facteur d'agression neurologique, elle provoque des altérations cérébrales. Ceci est réparable à condition que des niches sensorielles se mettent en place autour du bébé. La première a trait au corps à corps avec la mère, qui comprend le regard, la voix. La seconde est en rapport avec la présence du père ou du deuxième parent, du compagnon ou de la compagne, d'une grand-mère, qui peuvent venir en soutien, partager les tâches. Ces niches sensorielles s'agrandissent vers la famille, le quartier, la culture. Et l'on peut intervenir sur chacune d'entre elles pour sécuriser la future mère, pendant la grossesse ou juste après la naissance. C'est pourquoi la mise en place de la Maison des 1000 premiers jours est nécessaire, de façon

à ce que les parents puissent se rencontrer, bavarder – et je souligne la banalité de ce mot. En effet, à l'occasion de ces bavardages, ils abordent des actes de leur enfant ou font des constats le concernant, et peuvent alors échanger des conseils sur ces divers points. Sans que ce soit un diagnostic, certains peuvent comprendre que quelque chose ne va pas. Et à ce moment-là, il est possible de demander à un professionnel (médecin, psychologue, psychiatre) d'intervenir, mais seulement en cas de besoin. La plupart du temps, les parents, en échangeant entre eux, se sécurisent. Et c'est suffisant pour offrir à l'enfant une bonne base de départ.

**Le site Internet de Santé publique France et sa campagne d'information pour accompagner les parents convergent-ils avec le travail de la commission ?**

T. C. : Les discussions entre pairs, entre personnes qui vivent la même chose, sont un moyen puissant pour acquérir de la confiance en soi. C'est pourquoi Santé Publique France a choisi de faire une campagne de sensibilisation à partir de situations fréquentes, comme les pleurs du bébé. Le film montre des parents qui vivent cette expérience, qui cheminent et se débrouillent, et il évoque la façon dont on construit une niche qui sécurise les parents et l'enfant. J'insiste sur un point : deux parents et un bébé, ce sont en réalité... trois bébés. Le mot anglais *parenting* décrit bien le vécu et l'expérience de parentalité qui vont faire devenir parent *in fine*. La pression ressentie par les nouveaux parents a été montrée par des enquêtes : 50 % des Français interrogés reconnaissent qu'ils se mettent eux-mêmes cette pression. Et parmi les personnes isolées, cette part se monte à 75 %. Voilà pourquoi il est fondamental de rapprocher les parents, de créer une communauté humaine de vie, pour s'inspirer les uns des autres. C'est plus pertinent que de donner des conseils sur les choses à faire, qui ne font qu'augmenter l'angoisse.

B. C. : Nous identifions deux dangers pour le développement de l'enfant. Le premier, c'est l'isolement parental. Le second, c'est

le « vouloir-trop-bien-faire » qui entraîne un *burn-out*<sup>4</sup> maternel. Cet épuisement « professionnel » de la mère prend de l'ampleur. On revient à la nécessité pour les mères d'être entourées, afin qu'elles aient des moments de répit et le temps de s'occuper d'elles-mêmes. De cette respiration, le bébé profite, car il a une mère de bonne humeur et une autre personne sécurisante ; il apprend à aimer deux figures d'attachement différentes, découvre deux modes d'exploration, c'est un enrichissement pour lui au niveau de la conscience. Et sa mère se prémunit de la solitude et du *burn-out*.

**Quelles actions menées dans le domaine de la petite enfance remédient à ces questions ?**

T. C. : Santé Publique France s'est penchée sur les interventions les plus précoces possible pouvant être intégrées dans le droit commun, afin qu'elles soient accessibles à l'ensemble de la population et en particulier aux personnes vulnérables qu'il faut parfois aller chercher. Il s'agit de l'intervention Panjo, où les visites à domicile effectuées par les puéricultrices et les sages-femmes de centres de protection maternelle et infantile (PMI) avant et après la naissance servent à observer la façon dont la mère construit sa relation d'attachement avec le bébé (voir l'article Visites à domicile Panjo : un accompagnement au plus près de la famille et du nouveau-né, dans ce dossier). Cela implique un changement de posture professionnelle, avec des intervenants qui observent, répondent aux questions et aux attentes, cheminent avec la famille (voir l'article Prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres, dans ce dossier) ; c'est une autre façon de travailler dont on sait qu'elle va contribuer à ce modèle psychosocial de sécurisation des mères. Agir en accompagnant les mamans dès la grossesse est la meilleure manière de réduire les inégalités sociales de santé.

B. C. : Je pense qu'il faut partager les savoirs clinique et scientifique. Lorsque le savoir est partagé, les parents comprennent mieux ce qu'il faut faire. Comprendre, c'est sécurisant. En effet, l'accompagnement



© Meyer Tendances Filles

des 1000 premiers jours joue un rôle majeur dans la lutte contre les inégalités sociales et les inégalités de santé. Un enfant insécurisé devient un adulte stressé, qui est doté d'une espérance de vie moins longue qu'un individu en capacité de maîtriser sa vie. Le stress chronique altère l'extrémité des chromosomes, expliquant la diminution de la longévité, sans compter les maladies dégénératives. Quand une personne continuellement stressée est atteinte d'une sciatique, elle souffre davantage, à cause de ses circuits neuronaux avivés par le stress, et plus longtemps qu'une personne sécurisée, car elle chronicise la douleur. C'est un problème de santé publique. En outre, autre chose se joue sur le plan de la justice sociale. Dans notre culture, un enfant qui a appris à parler va acquérir un diplôme qui lui permettra d'obtenir un bon salaire et d'accéder à un logement spacieux. Et si nous entrons dans le siècle des virus, on peut supposer d'autres confinements qui lui seront moins pénibles qu'à une personne ayant un métier difficile, mal considéré et mal payé, et habitant un petit logement surpeuplé. Une bonne base de départ est un facteur de protection. Si elle est ratée, elle est toutefois rattrapable, c'est l'enjeu de la résilience. Cependant, il faudra travailler et faire en plusieurs années ce qu'on aurait, bébé, fait spontanément

en quelques mois. Plus on attend, plus la résilience sera difficile à enclencher. Contrairement aux préjugés, la résilience neuronale se développe chez un bébé à une vitesse stupéfiante. Par neuro-imagerie, on a pu montrer que dès que la mère est sécurisée, le bébé insécurisé recommence sa construction neuronale en vingt-quatre à quarante-huit heures, car il y a un bouillonnement neuronal à cet âge. Il suffit d'organiser la niche sensorielle autour de l'enfant et vingt-quatre à quarante-huit heures après, son électro-encéphalogramme redevient normal, de même que la sécrétion des neuro-hormones. Voilà pourquoi il est indispensable de mettre en place les processus environnementaux qui vont permettre d'offrir à l'enfant un bon départ dans la vie.

*T. C.* : Il y a une dimension que j'aimerais souligner, c'est la notion de plaisir. J'ai souvent entendu dire : « *il faut stimuler le bébé.* » Aujourd'hui, on sait que c'est l'inverse ! C'est le bébé qui stimule l'adulte qui devient de cette façon parent. Cette interaction est une boucle vertueuse dans laquelle chacun prend du plaisir. Qu'est-ce qui se passe alors ? Quand on a du plaisir dans l'interaction, on s'attache à satisfaire l'ensemble des besoins fondamentaux d'un enfant. Quand un individu dispose d'une base aussi ancrée, il est plus enclin, adulte, à construire autour de lui

un environnement qui sécurise et apporte du plaisir. La responsabilité de la niche sensorielle autour du bébé incombe exclusivement aux parents, à l'entourage, à l'organisation sociale construite autour de lui ; adulte, on prend les rênes, on devient responsable de la construction de son entourage, et de proche en proche, de celle de la société. Le plaisir reçu bébé, le plaisir vécu en tant que parent, nous avons davantage de capacité à le reproduire ensuite. ■

Propos recueillis par Chloé Dusserre, journaliste.

Cet entretien est une transcription adaptée d'un podcast de Santé publique France, diffusé le 22 octobre 2022.

#### À écouter

« Les 1000 premiers jours, Boris Cyrulnik avec Thierry Cardoso », Les podcasts de Santé publique France. En ligne : <https://soundcloud.com/user-511896662/les-1000-premiers-jours-boris>

1. Ou l'autre parent (NDLR).
2. Approche centrée sur l'être et son environnement (NDLR).
3. Formées selon l'histoire des parents et les valeurs culturelles de la société dans laquelle ils vivent (NDLR, d'après Boris Cyrulnik).
4. État d'épuisement physique, émotionnel et mental (NDLR).

# « Soins attentifs » pour la petite enfance : ce que préconise l'Organisation mondiale de la santé

## L'ESSENTIEL

► En 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un document de référence sur la notion de « soins attentifs » pour le développement de la petite enfance, « *un des meilleurs investissements qu'un pays puisse faire* ». L'article qui suit reprend le résumé en français de ce rapport élaboré avec plusieurs partenaires – dont le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) et la Banque mondiale.

Investir dans le développement de la petite enfance est l'un des meilleurs investissements qu'un pays puisse faire pour stimuler la croissance économique, promouvoir des sociétés pacifiques et durables et éliminer l'extrême pauvreté et l'inégalité [1 ; 2]. Tout aussi important, l'investissement dans la petite enfance est nécessaire pour faire respecter le droit de chaque enfant de survivre et de s'épanouir [3].

Tous les enfants ont besoin de soins attentifs pour développer leur plein potentiel – c'est vital pour une croissance et un développement sains. La période de la grossesse à l'âge de 3 ans, quand le cerveau est le plus sensible aux influences de l'environnement, est cruciale [4]. Les soins attentifs favorisent non seulement le développement physique, psychologique, social et cognitif, mais protègent aussi les jeunes enfants contre les pires effets de l'adversité. Ils créent des avantages durables et intergénérationnels pour la santé, la productivité et la cohésion sociale.

### L'argument en faveur des soins attentifs

Les soins attentifs englobent les besoins des jeunes enfants en matière de santé, de nutrition optimale, de

sécurité et de sûreté, d'opportunités pour l'apprentissage précoce et de prestation de soins adaptés [5]. Les parents, les familles et les autres soignants principaux sont ceux qui dispensent des soins. Les politiques, les programmes et les services doivent donc être conçus pour leur permettre, ainsi qu'à leurs communautés, de répondre à tous les besoins des jeunes enfants.

Les Objectifs de développement durable (ODD) et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ont intégré le développement des jeunes enfants, le considérant comme essentiel à la transformation que le monde cherche à réaliser d'ici 2030 [6 ; 7]. Effectivement, un objectif partagé par ces deux cadres est d'assurer que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance de qualité.

### Le coût de l'inaction est élevé

La pauvreté, la malnutrition, l'insécurité, les inégalités entre les sexes, la violence, les toxines environnementales et la mauvaise santé mentale des soignants sont parmi les principaux facteurs de risque de développement insuffisant de l'enfant. Selon des estimations fondées sur les seuls facteurs de risque de pauvreté et de retard de croissance, plus de 40 % des enfants des pays à revenu faible et intermédiaire – soit près de 250 millions d'enfants – risquent de ne pas atteindre leur plein potentiel [8].

Alors que les enfants qui vivent dans l'extrême pauvreté et ceux en situation de conflit, de catastrophe ou de déplacement sont les plus menacés, les enfants du monde entier peuvent être exposés à une adversité qui entrave leur développement

optimal [9]. Sans intervention, on estime que les adultes qui ont connu l'adversité dans leur petite enfance gagnent près d'un tiers de moins que le revenu moyen des adultes dans leur pays. Ces coûts individuels se cumulent et limitent la création de richesse, et ils érodent les revenus nationaux. On estime que le manque d'investissement dans le développement de la petite enfance et les conséquences à long terme coûtent plus cher aux pays que ce qu'ils dépensent aujourd'hui pour la santé [10].

### Travailler ensemble pour les jeunes enfants

Les institutions mondiales ont donné la priorité au développement de la petite enfance dans leurs programmes de travail. Elles doivent maintenant travailler ensemble de façon unifiée vers des objectifs partagés et inspirer plus de gouvernements et d'autres parties prenantes à investir dans le développement de la petite enfance. Il est temps d'agir.

En réponse à ce besoin urgent, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) et la Banque mondiale, en collaboration avec le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (*PMNCH*<sup>1</sup>), le Réseau d'action pour le développement de la petite enfance (*Ecdan*<sup>2</sup>) et de nombreux autres partenaires, ont développé ce Cadre pour les soins attentifs, qui a été lancé lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018. Le Cadre fournit une feuille de route fondée sur des données probantes et décrit comment les politiques et les services peuvent aider les parents, les familles, les autres soignants et les communautés à fournir



des soins attentifs aux jeunes enfants. Le Cadre demande que l'on accorde de l'attention aux communautés où les enfants sont les plus à risque d'être laissés pour compte.

Le Cadre de soins attentifs identifie un ensemble de meilleures pratiques, fondé sur des programmes qui se sont avérés efficaces pour améliorer le développement de la petite enfance dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible. Des programmes nationaux efficaces reposent sur un engagement politique fort et soutenu et une volonté de réduire les inégalités, la pauvreté et l'injustice sociale [5]. Ils combinent politiques, services et communication publique fondés sur des données probantes pour mieux faire connaître le développement de la petite enfance. Les investissements visent à créer des environnements propices et à fournir des services et un soutien aux familles et aux soignants, motivés à la fois par des engagements et de solides mécanismes de responsabilisation.

Le Cadre propose cinq actions stratégiques. Pour chaque action stratégique, le Cadre propose cinq actions au niveau des pays, qui doivent être menées et coordonnées par les gouvernements et soutenues par un large éventail de parties prenantes.

### Faire en sorte que les soins attentifs deviennent une réalité pour tous les enfants

La collaboration intersectorielle est essentielle pour assurer un continuum de soins attentifs – les familles et les soignants ont besoin de systèmes de soutien complets et intégrés. Le secteur de la santé joue un rôle important en raison de ses contacts étroits avec les jeunes enfants et leurs familles pendant les premières années de vie [5]. Cependant, pour aller plus vite sur les soins attentifs, une action gouvernementale globale est nécessaire ; des contributions de nombreux autres secteurs le sont également, notamment ceux de l'éducation, la protection de l'enfance et la protection sociale.

Le Cadre repose sur une approche sociétale globale mobilisée par une coalition composée de parents et de soignants, de gouvernements

nationaux et locaux, de groupes de la société civile, d'universitaires, des Nations unies, de partenaires de développement, du secteur privé, d'établissements d'enseignement et de prestataires de services pour que chaque enfant obtienne le meilleur départ possible dans la vie.

Les parties prenantes doivent planifier ensemble, mettre en œuvre par secteurs et par niveaux de gouvernement, et suivre le progrès ensemble. Une coordination et une responsabilisation efficaces sont essentielles, quand bien même les mécanismes varieront d'un pays à l'autre.

Le Cadre appelle tous les gouvernements et toutes les parties prenantes à s'approprier le développement de la petite enfance afin de renforcer notre investissement dans un avenir durable de nos enfants et du monde que nous avons en partage. Ce sont les valeurs fondamentales qui sous-tendent les ODD et le profond désir des parents et des soignants partout dans le monde. Ce n'est que si tous les enfants sont capables de survivre et de

s'épanouir – sans laisser aucun enfant pour compte – qu'il sera possible de transformer la santé et le potentiel humain de toutes les personnes dans toutes les sociétés du monde. ■

**NDLR : Ce texte est publié avec l'aval de l'OMS.**

1. *Partnership for maternal, newborn and child health (NDLR).*
2. *Early childhood development action network (NDLR).*

#### Pour en savoir plus

● *Les Soins attentifs pour le développement de la petite enfance. Un cadre pour aider les enfants à survivre et s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain.*

[Résumé] Genève : Organisation mondiale de la santé, 2018 : 4 p.

En ligne : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf>

● *Nurturing Care Framework Progress Report 2018-2023. Reflections and looking forward.* Genève : Organisation mondiale de la santé et Unicef, 2023 : 66 p.

En ligne : <https://nurturing-care.org/progress-report-2023/>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] J. J. Heckman. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 2006, vol. 312 : p. 1900-1902. En ligne : [https://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman\\_Science\\_v312\\_2006.pdf](https://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman_Science_v312_2006.pdf)
- [2] J. P. Shonkoff. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2012, vol. 109, suppl. n° 2 : p. 17302-17307. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23045654/>
- [3] *Convention internationale des droits de l'enfant.* New York : Nations unies, 20 novembre 1989. En ligne : <https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/07/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
- [4] H. Lagercrantz. *Infant brain development: Formation of the mind and the emergence of consciousness.* Switzerland: Springer International Publishing, 2016 : 156 p.
- [5] L. M. Richter, B. Daelmans, J. Lombardi, J. Heymann, F. Lopez Boo, J. R. Behrman *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*, 2017, vol. 389, n° 10064 : p. 103-118. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880532/>
- [6] *Survivre, Transformer et S'épanouir – La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).* New York : Nations unies, 2015.
- [7] *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030.* New York : Nations unies, 2015 : 38 p. En ligne : [https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1\\_fr.pdf](https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_fr.pdf)
- [8] M. M. Black, S. P. Walker, L. C. H. Fernald, C. T. Andersen, A. M. DiGirolamo, C. Lu *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 2017, vol. 389, n° 10064 : p. 77-90. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717614/>
- [9] P. R. Britto, S. J. Lye, K. Proulx, A. K. Yousafzai, S. G. Matthews, T. Vaivada *et al.* Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 2017, vol. 389, n° 10064 : p. 91-102. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717615/>
- [10] J. Hoddinott, J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores, R. Martorell. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet*, 2008, vol. 371, n° 9610 : p. 411-416. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18242415/>

# Le rôle primordial des interactions précoces dans la fabrication des premiers liens

**Emmanuel Devouche,**  
maître de conférences, université  
Paris-Cité, laboratoire psychopathologie  
et processus de santé (UR 4057).

**Gisèle Apter,**  
cheffe de service de pédopsychiatrie  
et de psychiatrie périnatale au groupe  
hospitalier du Havre, professeure  
à l'université de Rouen-Normandie.

## L'ESSENTIEL

► **Pendant les premières semaines de la vie, l'adulte et le nouveau-né apprennent à se connaître et se créent une histoire commune. C'est dans ces interactions précoces que le bébé construit sa sécurité affective, à condition que ses « partenaires privilégiés » soient suffisamment attentifs, disponibles autant émotionnellement que psychiquement. Ce n'est pas tant la durée des échanges que la richesse et la diversité des moments partagés qui comptent. Pour le ou les parents, cela implique de mettre à distance les soucis du quotidien, ce qui n'est pas toujours possible pour les personnes en situation de vulnérabilité.**

Dès la naissance, le bébé se connecte émotionnellement avec les personnes qui l'entourent et tisse des liens avec elles ; c'est essentiel pour son développement. De nombreux théoriciens s'intéressant aux formes précoces de communication – notamment les spécialistes de l'attachement parent-enfant [1] ou du développement du langage [2 ; 3] – ont souligné que la communication précoce en face-à-face est le berceau de toutes les capacités sociales ultérieures telles que l'attention conjointe ou la communication intentionnelle menant à l'utilisation du langage [4-7]. Le bébé est dépendant des autres pour sa survie, mais cela n'inclut pas seulement

l'alimentation ou les soins tels que le change ou le bain : il a aussi besoin d'entrer en communication avec son entourage, de partager des émotions. Les interactions précoces sont essentielles pour développer sa sécurité affective, sa conscience de soi, un sentiment d'exister, et pour accéder à la culture de sa famille.

## Que sont les interactions précoces ?

Les interactions précoces recouvrent les échanges entre le bébé et un partenaire, bien souvent sa mère, lors des premières semaines de vie. Elles constituent un sujet d'étude privilégié en psychologie depuis les années 1970, car elles abritent les bases du développement social ultérieur. L'expression « interactions précoces » évoque la façon dont le bébé et un partenaire parviennent à se rencontrer malgré le fossé originel : ils n'ont pas les mêmes compétences et il n'est pas évident que les capacités de communication des adultes et des bébés puissent s'accorder.

De nombreux spécialistes des dernières décennies pensent que la rencontre « adulte-bébé » est possible, car l'un et l'autre ont envie de se découvrir, d'être complices, et cela passe par une co-régulation réciproque continue [8-10]. Cette approche implique que non seulement les adultes s'adaptent aux changements de comportement du bébé, mais également que les bébés s'adaptent activement à leur environnement physique et social. Parmi ces spécialistes, Trevarthen [7] propose la théorie de l'intersubjectivité innée pour expliquer comment la rencontre adulte-bébé est possible dès la naissance. Cette théorie suppose

une capacité à se connecter à l'état émotionnel de l'autre, capacité qui rendrait possible l'échange dès la naissance quand les conditions sont favorables. Selon cette théorie, le partenaire – et pas seulement la mère ou le père – doit être à la fois capable de se connecter à l'état émotionnel du nouveau-né et de réguler son attention afin de lui permettre d'être lui aussi un partenaire compétent en soutenant sa capacité à trouver les ressources internes nécessaires à l'échange.

## Un bébé acteur des échanges

Au cours des dernières décennies, les compétences du nouveau-né ont fait l'objet de nombreuses recherches. Suite à quelques découvertes marquantes pour l'époque – préférence pour le visage humain [11] ; imitation [12] ; reconnaissance de la voix maternelle [13], etc. –, d'autres études ont contribué à améliorer notre connaissance de la période périnatale. Nous savons aujourd'hui que les compétences du nouveau-né – ce qu'il reconnaît ou ce qu'il préfère quand on lui présente une odeur, une image, un son – l'orientent naturellement vers les individus de son environnement. Ce que le nouveau-né préfère par-dessus tout, c'est un visage qui lui sourit et qui lui parle de manière adaptée. Et nous savons aussi qu'il est dès le début acteur des échanges avec le partenaire : quand le nouveau-né est calme et éveillé, il peut participer à un échange vocal, de regards, de sourires avec sa mère ou avec son père. Nagy et Molnar [14] ont ainsi rapporté que non seulement le nouveau-né humain imite, mais qu'il initie également la communication, ce qui lui permet de participer



© Flore-Al Samir, Tendresse Flore

à des interactions réciproques. Plus récemment, Dominguez *et al.* [15 ; 16] ont montré que dans des conditions de naissance favorables, la mère et le nouveau-né arrivent à se rencontrer avec succès lors de séquences d'échanges de vocalisations, car ils ont appris à se « connaître » durant la période prénatale, et qu'ils sont déjà tournés l'un vers l'autre depuis le commencement.

### Créer un espace de rencontre

Quand le bébé et l'adulte entrent en interaction, ils créent un espace de rencontre. Cet espace est un cadre social dans lequel l'adulte et le bébé apprennent à se connaître et se construisent une histoire commune. Certains auteurs qualifient ce cadre social de « consensuel », car il est négocié entre le bébé et son parent, c'est un cadre qui convient ainsi aux deux partenaires. Le premier espace de rencontre du bébé s'enracine avant la naissance avec sa mère, avec qui il est lié biologiquement et sur un plan sensoriel. À la naissance, cet espace se poursuit, renforcé par son odeur, sa voix ou encore son rythme cardiaque. À ces stimulations sensorielles familiales, le bébé associe très vite un visage, des expressions faciales, une gestuelle. Ainsi, l'espace de rencontre se consolide peu à peu, le bébé et la mère apprenant à se connaître au fil des interactions quotidiennes.

Si un autre partenaire est souvent présent auprès du bébé et de sa mère (l'autre parent, un frère ou une sœur, etc.), un espace de rencontre se construira alors entre le bébé et ce

partenaire. Chaque individu possède sa propre signature vocale et gestuelle, une façon bien particulière de porter un bébé, de le bercer. Ces particularités constituent autant d'éléments permettant de reconnaître un partenaire et de construire un espace de rencontre qui lui soit spécifique. Plus ce partenaire est en contact avec le bébé, plus le bébé apprendra rapidement à reconnaître aussi sa voix, son visage, ses expressions, sa gestuelle, etc.

Le bébé possède une grande capacité à identifier ce qui ne change pas et à s'en souvenir. Ainsi, dans les échanges quotidiens, tout ce qui se répète s'imprègne en mémoire et constitue un repère pour anticiper ce qui va se passer. Si je porte mon bébé dans les bras et qu'il vocalise – et si je suis attentif et disponible –, je vais le regarder, même si je faisais autre chose. Cette petite séquence du regard, répétée tous les jours, voire plusieurs fois par jour, constituera une base d'apprentissage pour le bébé : je vocalise et mon papa me regarde ; donc, si je veux qu'il me regarde, j'apprends que je peux l'appeler en vocalisant. Tout cela est par ailleurs facilité par la façon naturelle et spontanée que l'on a de s'adresser à un bébé : en lui parlant d'une manière particulière, avec des expressions faciales exagérées et une gestuelle ajustée. Ce parentage intuitif aide le bébé à nous « lire » et à nous comprendre, à rendre le monde moins imprévisible, et nourrit la relation que nous construisons avec lui au quotidien.

### Construire les premiers liens au jour le jour

L'espace de la dyade<sup>1</sup> au sein duquel se déroulent les interactions précoces constitue ainsi le berceau des acquisitions du bébé, à la fois émotionnelles, sociales et cognitives. Au travers des échanges quotidiens, le bébé construit aussi peu à peu sa sécurité affective. Il apprend qu'il peut compter sur l'intervention de son parent au fur et mesure que ce dernier vient le nourrir quand il a faim, le réconforter quand il pleure, le bercer quand il a sommeil, et au cours de tous les moments d'échange de la journée. Le quotidien du bébé est assez répétitif, avec tous les jours des routines interactives : le scénario du change, celui du bain, de l'habillage, du repas, du coucher, des jeux, etc. Petit à petit, le bébé apprend de ces scénarios, et il devient de plus en plus acteur, car capable d'anticiper ce qui va se passer. Le parent, en proposant un espace de rencontre cohérent et ajusté, permet au bébé de grandir en confiance.

Bien sûr, le quotidien avec un bébé est parfois éprouvant pour le parent, et il arrive qu'il soit difficile d'être toujours disponible ou « ajusté ». Il est normal pour le parent de ne pas y arriver et de ne pas se sentir à la hauteur de son rôle. Dans ces moments, l'espace de rencontre est moins ajusté ou moins cohérent, et le bébé apprend aussi que son parent n'est pas toujours disponible. Si l'échange est le plus souvent de qualité que « difficile » l'enfant pourra alors identifier que c'est ce type d'échange qui varie le moins ; c'est ce qui importe.



## Saisir les opportunités d'interactions

Au final, ce qui compte c'est être disponible, à la fois physiquement et psychiquement. Le parent actif qui cumule le temps de transport et sa journée de travail dispose de peu de temps pour profiter de son bébé. Toutefois, ce n'est pas une entrave à la construction d'une relation de qualité si quand il rentre à la maison, il parvient à sanctuariser un temps dédié à son enfant, en posant ses valises professionnelles à l'entrée, et en étant disponible psychiquement et émotionnellement. On voit l'importance que peut avoir le ou la conjointe dans pareille situation, en soutenant ce moment d'échange avec le bébé : la coparentalité et l'entente conjugale sont étroitement liées et ont un impact sur la qualité de la relation de chaque parent avec le bébé [17]. L'important n'est donc pas la durée passée avec son bébé, mais

le plaisir que chacun ressent dans ces moments partagés, leur richesse et leur diversité [18].

La relation se tisse au jour le jour, en saisissant les opportunités de rencontre, mais cela suppose d'être attentif, de poser son téléphone et d'éteindre la télévision. Être attentif, c'est aussi accepter de ne rien faire d'autre que d'être avec son bébé, prêt à l'accompagner et à l'encourager. La relation se tisse également sur un temps plus long, en construisant au cours des semaines et des mois une histoire avec son enfant. Être parent se construit à mesure que son enfant grandit, et au gré des émotions que l'on partage avec lui.

### Quand parent et bébé peinent à interagir

Il arrive parfois que le ou les parents soient en difficulté avec leur bébé, soit parce que ces derniers sont dans une situation de vulnérabilité

socio-économique et/ou psychopathologique, soit dans le cas d'une naissance à risque. Quand le parent ou le bébé ne vont pas bien, la construction de l'espace de rencontre peut s'en trouver affectée durablement. Les interactions parent-bébé sont la façon privilégiée d'intervenir – peut-être la seule – pour tenter de modifier ici et maintenant ce qui est en train de se construire. L'interaction inadaptée pourra peut-être se corriger, se réparer, se ré-improviser, se métamorphoser, etc. Il s'agit, soulignons-le, d'une tentative et non d'une certitude, pour que le tout-petit puisse déployer au maximum ses possibilités développementales déjà si riches, et d'emblée dans le dialogue avec ses partenaires privilégiés. ■

1. Couple de deux sujets, de deux éléments en interaction (NDLR).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] J. Bowlby. *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books (2<sup>e</sup> éd.), 1982.
- [2] J. S. Bruner. Early social interaction and language acquisition. In H. R. Schaffer (éd.), *Studies in mother-infant interaction*. The Loch Lomond Symposium, 1977, Londres : Academic Press : p. 271-289.
- [3] L. Vygotsky. *Thought and Language*. E. Hanfmann & G. Vakar, Cambridge (MA) : MIT Press, 1962.
- [4] J. S. Bruner. *Acts of meaning*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 1990.
- [5] M. Gratier, E. Devouche. Imitation and repetition of prosodic contour in vocal interaction at 3 months. *Developmental Psychology*, 2011, vol. 47, n° 1 : p. 67-76. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21244150/>
- [6] V. Reddy. *How infants know minds*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 2008.
- [7] C. Trevarthen. The concept of foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (éd.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge (UK) : Cambridge University Press, 1998 : p. 15-47.
- [8] E. Z. Tronick. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 1989, vol. 44, n° 2 : p. 112-119. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/20503345\\_Emotions\\_and\\_Emotional\\_Communication\\_in\\_Infants](https://www.researchgate.net/publication/20503345_Emotions_and_Emotional_Communication_in_Infants)
- [9] B. Beebe, J. Jaffe, S. Feldstein, K. Mays, D. Alson. Interpersonal timing: The application of an adult dialogue model to mother-infant vocal and kinesic interactions. In T. Field (éd.), *Infant social perception*. Norwood (NJ) : Ablex, 1985 : p. 217-249.
- [10] A. Fogel. Two principles of communication: coregulation and framing. In J. Nadel & L. Camaioni (éd.), *New perspectives in early communicative development*. London and New York : Routledge, 1993 : p. 9-21. En ligne : <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315111322-3/two-principles-communication-alan-fogel>
- [11] R. L. Fantz, S. Nevis. Pattern preferences and perceptual-cognitive development in early infancy. *Merrill-Palmer quarterly of behavior and development*, 1967, vol. 13, n° 1 : p. 77-108.
- [12] A. N. Meltzoff, M. K. Moore. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 1977, vol. 198, n° 4312 : p. 74-78. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/897687/>
- [13] A. J. De Caspar, W. P. Fifer. Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voice. *Science*, 1980, vol. 208, n° 4448 : p. 1174-1176. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/15823029\\_DeCaspar\\_AJ\\_Fifer\\_WP\\_Of\\_human\\_bonding\\_newborns\\_prefer\\_their\\_mothers%27\\_voice\\_Science\\_208\\_1174-1176](https://www.researchgate.net/publication/15823029_DeCaspar_AJ_Fifer_WP_Of_human_bonding_newborns_prefer_their_mothers%27_voice_Science_208_1174-1176)
- [14] E. Nagy, P. Molnar. Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development*, 2004, vol. 27, n° 1 : p. 54-63. En ligne : <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/homo-imitans-or-homo-provocans-human-imprinting-model-of-neonatal>
- [15] S. Dominguez, E. Devouche, G. Apter, M. Gratier. The roots of turn-taking in the neonatal period. *Infant and Child Development*, 2016, vol. 25, n° 3 : p. 240-255. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/icd.1976>
- [16] S. Dominguez, M. Gratier, K. Martel, A. Buil, G. Apter, E. Devouche. Le nouveau-né, un partenaire pour sa mère. Analyse du discours maternel. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2017, vol. 65, n° 4 : p. 201-210. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1123708/article/le-nouveau-ne-un-partenaire-pour-sa-mere-analyse-d>
- [17] R. Korja, J. Piha, R. Otava, C. Lavanchy-Scaiola, S. Ahlqvist-Björkroth, M. Aromaa *et al.* Mother's marital satisfaction associated with the quality of mother-father-child triadic interaction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2016, vol. 57, n° 4 : p. 305-312. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27197718/>
- [18] E. Abraham, T. Hendler, I. Shapira-Lichter, Y. Kanat-Maymon, O. Zagoory-Sharon, R. Feldman. Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 2014, vol. 111, n° 27 : p. 9792-9797. En ligne : <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1402569111>



# Quand les vulnérabilités parentales pèsent sur la qualité de la relation

## Gisèle Apter,

cheffe de service de pédopsychiatrie et de psychiatrie périnatale au groupe hospitalier du Havre, professeure à l'université de Rouen-Normandie,

## Lisa Vitte,

pédopsychiatre, centre hospitalier Le Havre,

## Emmanuel Devouche,

maître de conférences, université Paris Cité, laboratoire Psychopathologie et Processus de santé (UR4057).

Les interactions sont les comportements, les émotions et tout ce qui est perceptible se produisant entre deux personnes ou plus. On parle d'interactions comportementales, vocales, affectives entre la personne, le ou les parents qui dispensent à l'enfant les soins au quotidien (*caregiver*) et ce dernier [1-3]. Bien que l'on puisse parler d'interactions avec le fœtus au travers des mouvements fœtaux, les interactions visibles débutent à la naissance. Celles-ci sont possibles d'emblée puisque le nouveau-né possède de nombreuses compétences connues [4]. Cependant, ces capacités d'interactions sont souvent difficiles à percevoir, le nouveau-né étant éveillé sur des périodes courtes et sa disponibilité étant très variable. En effet, il faut que le bébé puisse être en état de montrer ce qu'il peut et sait faire pour que l'adulte le perçoive. Or, le nouveau-né humain est extrêmement dépendant, totalement incapable de survivre seul. Ce n'est que s'il est chauffé, nourri, tenu et apaisé qu'il est en mesure de montrer toute la panoplie de ses possibilités : ses capacités d'échanges émotionnels, son intérêt pour le visage humain, son aptitude à

répondre vocalement par des bruits aux manifestations visuelles, vocales et tactiles qui lui sont proposées. Dans ces échanges possibles dès quelques heures de vie se manifeste ce que C. Trevarthen [5 ; 6] a appelé l'intersubjectivité primaire, des échanges interactifs émotionnels communicatifs entre le bébé et ceux qui vont prendre soin de lui, le plus souvent ses parents.

De ce fait, la qualité du « système » parent-enfant (un ou deux parents ou plusieurs adultes) va dépendre des « propriétés » de chacun de ses membres. Les interactions sont les briques qui vont peu à peu permettre de constituer le système, un entrelacs de schémas interactifs, modulés et rythmés. La régularité et les variations des rythmes au sein d'un ensemble cohérent constitueront les modalités d'attachement [7]. L'« attachement sécure » offre ainsi la possibilité pour le nouveau-né d'explorer le monde, sachant qu'existe une « base de repli » consolante et sensible [8]. Pour atteindre cette sécurité, encore faut-il que le nouveau-né rencontre des adultes en mesure de répondre aux besoins de consolation et de réassurance lors de cette exploration. Un parent suffisamment bon<sup>1</sup> [9] est un parent à la sensibilité adéquate dans une temporalité et une cohérence adaptées au bébé.

Toute altération de cette possibilité pour le ou les parents et le ou les *caregivers* va plus ou moins entraver les capacités d'attachement sécurisant. L'enfant, incapable de combler les besoins de l'adulte et dans l'impossibilité de faire face par lui-même aux impératifs de son développement – du fait de son immaturité physiologique –, pourra développer

## L'ESSENTIEL

▣ Traversés par des émotions qu'ils peinent à contrôler, les parents vulnérables – du fait de parcours personnels chaotiques – éprouvent des difficultés à l'arrivée d'un bébé. Des interventions efficaces permettent de protéger le devenir de l'enfant. Il faut pour cela agir le plus tôt possible en repérant ces familles et en leur offrant un accompagnement intense les douze premiers mois.

des stratégies moins adéquates : les modèles d'« attachement insécure » organisé, évitant ou anxieux-ambivalent. Si l'adulte ne parvient pas à lui proposer une cohérence quelconque, la désorganisation et l'imprévisibilité s'imposeront comme la solution pour faire face au sentiment d'insécurité [10].

## La naissance ouvre une période de réorganisation cruciale

La question des parentalités vulnérables se situe au-delà de la question d'une pathologie spécifique (dépression, état de stress post-traumatique, trouble de personnalité limite, dite aussi *borderline*<sup>2</sup>). L'adulte vulnérable est-il en mesure d'offrir la sensibilité et la réponse dont l'enfant a besoin ?

La naissance d'un enfant est une période de réorganisation, d'auto-centration indispensable pour surmonter la crise développementale qu'elle représente. Les traumatismes de l'enfance (troubles *borderline*, traumatismes complexes) représentent une situation risquée, parce qu'ils limitent les capacités de mentalisation<sup>3</sup> et d'empathie. Traversés par



© Flore-Akli Samir... Inadance Flore

des émotions qu'ils ne contrôlent pas, dans des circonstances qu'ils ne peuvent anticiper, les parents vulnérables sont dans l'incapacité de faire face à un bébé.

La motivation à s'occuper de leur enfant est peut-être le seul élément en mesure de leur faire accepter un accompagnement qui mettra clairement l'accent sur le développement du nouveau-né et sur son bien-être. C'est la condition nécessaire et non suffisante pour que des soins et un soutien puissent être proposés dans les situations de parentalité vulnérable. Toutefois, il est indispensable d'admettre que l'enfant est et restera l'élément premier dans la préoccupation de tous. Même si les besoins des parents peuvent être considérés comme essentiels, ceux de leur enfant demeurent prééminents.

Ce critère est déterminant pour engager une prise en charge parent-bébé. Sans évaluation juste de cette motivation et de cette volonté, il est très difficile, dans une temporalité adaptée à l'enfant (quelques jours ou quelques semaines, et non quelques mois ou quelques années), de pouvoir faire émerger le parent capable de développer des compétences de sensibilité et d'ajustements suffisants au nouveau-né, puis au bébé et ensuite au tout-petit.

Malgré les parents et malgré les professionnels, le risque est majeur [11] d'être les témoins – si ce n'est les partenaires actifs – de la répétition transgénérationnelle des négligences et de l'insécurité. Ce risque peut être généré par des mécanismes connus, en lien avec

l'impossibilité physique et psychique – conséquence des traumas passés – du parent de faire face au stress généré par un enfant dépendant et totalement vulnérable.

### **Aider... très tôt**

Du fait de trajectoires traumatiques complexes, certaines femmes sont souvent porteuses de grossesse à risque somatique. Plusieurs études ont montré que dans 30 % à 90 % des cas [12], le diagnostic de troubles de personnalité *borderline* était fortement associé à la maltraitance et à la négligence vécues dans l'enfance. Deux études relèvent que les parcours gynéco-obstétricaux de ces patientes sont plus à risque d'accouchements compliqués ; leurs enfants présentent plus fréquemment une

prématurité, une hypotrophie (un poids ou une taille inférieurs à la normale pour l'âge gestationnel) et des anomalies d'Apgar<sup>4</sup> ; et ils font des séjours en néonatalogie de durée plus élevée [13 ; 14]. De ce fait, d'emblée, ces dyades<sup>5</sup> mère-enfant sont à risques multiples : risque obstétrical, risque néonatal, risque pédiatrique, risque psychiatrique maternel, risque de distorsions interactives et donc risque pédopsychiatrique ultérieur pour l'enfant.

Il est étonnant qu'une politique systématique de repérage ne soit toujours pas mise en place pour ces pathologies, par ailleurs plus fréquentes que d'autres comme le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle gravidique, certes facilement repérables médicalement. Surtout, lorsque le repérage a pu se faire, il n'existe aucune trajectoire de soin privilégiée. Bien au contraire, de nombreux obstacles apparaissent pour ces familles avant qu'elles soient – ou non – prises en charge, même si les ressources sont disponibles. Et si des interventions sont proposées, elles le sont peu souvent à un niveau de soin correspondant aux besoins ; on retrouve ici l'enchaînement connu pour la dépression périnatale, où selon certaines études [15], seules 5 % des patientes bénéficient de soins adaptés.

Nombre de situations à risques de « dysparentalités<sup>6</sup> » ou à risques de distorsions interactives sévères sont fondées sur des clignotants sociaux, alors qu'il s'agit de risques en lien avec ce que l'on peut appeler des événements « adverses », expériences négatives dans la petite enfance, c'est-à-dire des attachements désorganisés, des ruptures multiples de lieux de vie, des parcours chaotiques (du fait de négligences, de maltraitements, de traumatismes résultant des parcours migratoires ou de situations imprévisibles : perte d'un parent, catastrophes naturelles...).

### Que faire et comment ?

Les études sur les interactions précoces sont nombreuses et répliquées. Elles montrent tout l'intérêt de développer un « attachement sécurisé » comme premier mode de protection et de prévention des troubles

mentaux, qui répond au besoin fondamental de l'enfant, c'est-à-dire la sécurité, en y incluant son appétit d'explorer le monde. Il ne faut pas attendre que les schémas de dysrégulations soient installés et visibles pour intervenir.

Les équipes spécialisées savent ce qui permet d'établir des interactions de meilleure qualité : le soutien précoce (avant 6 mois) et intensif (plusieurs heures par semaine) de modèles d'interactions sensibles aux besoins et aux signaux des enfants. Il faut aussi favoriser la synchronie entre les parents du nourrisson et la réponse parentale [16], développer la sensibilité maternelle (attachement), permettre à la prise de conscience et à la mentalisation maternelles de se construire [17], multiplier les personnes-ressources dans l'environnement immédiat du bébé afin de limiter durablement les dysrégulations émotionnelles et l'instabilité des rythmes [18 ; 19].

Cependant, ces données scientifiques connues sont peu partagées. Elles vont à l'encontre des représentations sociales d'une maternité « naturellement instinctive », dénoncée par des philosophes et des historiens comme étant un mythe [20] ; puis d'une parentalité intuitive qui s'installerait *a priori* spontanément. En conséquence, dans ces représentations sociales, l'absence de compétences parentales considérées « naturelles » peut entraîner la stigmatisation des individus concernés.

Il reste très difficile d'évaluer les interactions et leurs troubles sans les outils ni la formation nécessaire. Et même si l'on en dispose, il est difficile d'accepter d'évaluer les individus sans les ressources permettant ensuite de répondre à leurs besoins.

Un tiers des informations préoccupantes (IP) envoyées aux cellules de recueil d'informations préoccupantes (Crip) concernent les moins de 6 ans. On ne peut dire que les tout-petits ne sont pas l'objet d'attention. Pourtant, les mesures mises en place semblent souvent loin de l'investissement massif qu'il faudrait consentir. Plutôt que de soutenir insuffisamment (une fois par semaine) ou avec des professionnels moins spécialisés (comme les techniciens de l'intervention sociale

et familiale – TISF) des situations cumulant d'emblée de nombreux facteurs de risques, il faudrait proposer du soin au quotidien, voire de l'hospitalisation à domicile (passage deux fois par jour d'un soignant). Il faudrait un accompagnement au plus près des dyades et des triades pendant les douze premiers mois, avant de relâcher ensuite l'intensité. Cela éviterait une situation dégradée à l'âge de la marche ou de l'entrée en maternelle, avec un enfant agité, ayant des difficultés développementales en lien avec des troubles du comportement.

### Des outils en cours de déploiement

Une part importante des situations de grande vulnérabilité sont discutées collectivement par les professionnels au moment de la maternité, au sein du *staff* médico-psycho-social (MPS). Des centres-ressources ou des centres de psychiatrie périnatale se développent et devraient mailler le territoire dans les années à venir. Les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (Uaped) se répandent, en réponse à l'échec de la prévention, pour repérer et soigner les enfants gravement atteints.

Des outils existent donc, certains encore en cours de déploiement, mais les chiffres et les études manquent pour mieux appuyer ce que constatent les cliniciens et les acteurs de terrains (sanitaires, sociaux, éducatifs, etc.). Les statistiques longitudinales et les trajectoires de ces situations restent encore à explorer. Il s'agit de décrire qualitativement celles dans lesquelles se trouvent ces nouveau-nés et ces parents aux vulnérabilités multiples. Il faut pouvoir proposer des stratégies ciblées de repérage, d'offres de soin et de soutien conjoints, multidisciplinaires. Cet accompagnement doit s'appuyer sur les connaissances que nous avons du tout-petit et de ses interactions, du bébé et de ses parents touchés, ces derniers n'ayant eux-mêmes pas bénéficié de la protection dont ils avaient besoin.

L'enjeu est majeur, celui d'une santé publique en santé mentale pour la génération de demain. Il faut se préoccuper, avec les connaissances d'aujourd'hui, de soigner, mais aussi

de générer des données fiables et de financer des recherches longitudinales sur les mécanismes à l'œuvre chez ces populations en souffrance. Il s'agit bien entendu d'une exigence éthique, mais également de proposer un juste soin au juste coût pour la société. Il est avéré que sans soins ni prévention, les politiques publiques s'épuisent, les acteurs de terrain se découragent. C'est un enjeu pour les bébés d'aujourd'hui, les adultes de

demain et pour les professionnels qui demandent à travailler, soigner et faire de la recherche ensemble. ■

1. En référence à l'expression de « mère suffisamment bonne » de Donald Woods Winnicott.
2. Tendance constante à l'instabilité et à l'hyper-sensibilité dans les relations interpersonnelles, l'instabilité au niveau de l'image de soi, des fluctuations d'humeur extrêmes, et l'impulsivité (NDLR).
3. Forme d'activité imaginative qui permet de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui (NDLR).

4. Score qui permet une évaluation initiale de l'état du nouveau-né.
5. Couple de deux sujets, de deux éléments en interaction (NDLR).
6. Ensemble des troubles de la parentalité. La dysparentalité s'exprime par un fonctionnement par excès ou par défaut dans l'exercice de la parentalité (droits et devoirs dont est détenteur tout parent) ; l'expérience de la parentalité (qualité de la vie intrapsychique du parent dans sa relation avec l'enfant) ; la pratique de la parentalité (mise en œuvre des soins parentaux et des comportements éducatifs). (NDLR, d'après <https://arip.fr/2021/les-dysparentalites-eduquer-ou-soigner/>)

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] R. Feldman, C. W. Greenbaum, L. C. Mayes, S. H. Erlich. Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development*, 1997, vol. 20, n° 2 : p. 151-163. En ligne : <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/change-in-mother-infant-behavior.IBAD-1997.pdf>
- [2] M. Lamour, S. Lebovici. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, 1991, vol. 34, n° 1 : p. 171-275. En ligne : [https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=36759](https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=36759)
- [3] E. Z. Tronick. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 1989, vol. 44, n° 2 : p. 112-119. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/20503345\\_Emotions\\_and\\_Emotional\\_Communication\\_in\\_Infants](https://www.researchgate.net/publication/20503345_Emotions_and_Emotional_Communication_in_Infants)
- [4] E. Devouche, J. Provasi. Le Développement du bébé : de la vie fœtale à la marche. Sensoriel – Psychomoteur – Cognitif – Affectif – Social. *Elsevier Masson*, 2019 : 328 p.
- [5] C. Trevarthen. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 2011, vol. 20, n° 1 : p. 119-135. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/icd.689>
- [6] C. Trevarthen, K. J. Aitken. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, n° 1 : p. 3-48. En ligne : <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00701>
- [7] B. Beebe, J. Jaffe, S. Markese, K. Buck, H. Chen, P. Cohen *et al.* The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development*, 2010, vol. 12, n° 1-2 : p. 3-141. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616730903338985>
- [8] M. S. Ainsworth. Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 1979, vol. 34, n° 10 : p. 932-937. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/517843/>
- [9] D. W. Winnicott. Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1953, vol. 34, n° 2 : p. 89-97. En ligne : <https://pep-web.org/browse/document/ijp.034.0089a>
- [10] K. Kelly, A. Slade, J. F. Grienberger. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, septembre 2005, vol. 7, n° 3 : p. 299-311. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730500245963>
- [11] K. Lyons-Ruth, C. Yellin, S. Melnick, G. Atwood. Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, décembre 2003, vol. 5, n° 4 : p. 330-352. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616730310001633410>
- [12] N. Cattane, R. Rossi, M. Lanfredi, A. Cattaneo. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 15 juin 2017, vol. 17, n° 1 : art. 221. En ligne : <https://bmcpopsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1383-2>
- [13] V. Pare-Miron, N. Czuzoj-Shulman, L. Oddy, A. R. Spence, H. A. Abenham. Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Women's Health Issues*, mars-avril 2016, vol. 26, n° 2 : p. 190-195. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718528/>
- [14] G. Blankley, M. Galbally, M. Snellen, J. Power, A. J. Lewis. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry*, décembre 2015, vol. 23, n° 6 : p. 688-692. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26133812/>
- [15] B. W. Pence, J. K. O' Donnell, B. N. Gaynes. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Current Psychiatry Reports*, 2012, vol. 14, n° 4 : p. 328-335. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410049/>
- [16] R. Feldman. Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 2003, vol. 24, n° 1 : p. 1-23. En ligne : <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/infant-mother-and-infant-father-synchrony-IMHJ-2003.pdf>
- [17] J. L. Francis, A. Sawyer, R. Roberts, C. Yelland, P. Drioli-Phillips, A. E. Sved Williams. Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, mai 2023, vol. 79, n° 5 : p. 1245-1260. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36515397/>
- [18] A. Sved Williams, A. Osborn, C. Yelland, S. Hol-lamby. Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women's Mental Health*, août 2021, vol. 24, n° 4 : p. 641-648. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33742283/>
- [19] G. Apter, A. E. Sved Williams. Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Australian Journal of General Practice*, avril 2018, vol. 47, n° 4 : p. 200-203. En ligne : <https://www1.racgp.org.au/getattachment/3ba1253d-80d8-49a9-b8c9-c8b3644f0fd0/Borderline-personality-disordered-mothers.aspx>
- [20] E. Badinter. *L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel (xvii<sup>e</sup>-xx<sup>e</sup> siècle)*. Paris : Flammarion, coll. Essais, 2010 (nouvelle éd.), 450 p.



# Entourer les parents pour prévenir l'épuisement parental

## Rebecca Shankland,

professeure des universités en psychologie du développement, université Lumière Lyon 2, Laboratoire développement, individu, processus, handicap, éducation (DIPHE), membre de l'Institut universitaire de France.

## Aurélie Paldacci,

coordinatrice du projet de recherche Parent Burn-Out, université Grenoble-Alpes.

Devenir parent est une transition de vie importante qui implique de nombreux remaniements et impacte la relation de couple. Chaque enfant nécessite des ajustements spécifiques et continus de la part des parents, ce qui induit une disponibilité physique et mentale conséquente. En raison des multiples pressions et de la charge importante de travail ainsi que de la charge mentale, les parents, en particulier les mères, sont susceptibles de se retrouver dans des situations d'épuisement où ils ne peuvent plus prendre soin de leurs enfants comme ils le souhaiteraient. Le stress répété peut ainsi mener à un état d'épuisement. Des travaux récents ont mis en évidence qu'il peut s'agir d'un véritable *burn-out*, comme cela a été documenté dans le contexte du travail ou des études.

## Déséquilibre entre stressseurs du quotidien et ressources pour y faire face

Le stress parental se traduit par un ensemble de préoccupations parentales autour de la santé, du développement et de l'éducation de l'enfant. Comme le *burn-out* professionnel, le *burn-out* parental provient d'un déséquilibre entre les stressseurs<sup>1</sup> du quotidien et les ressources disponibles pour y faire face. Les stressseurs sont

notamment liés à un niveau élevé de perfectionnisme parental (pression interne); aux responsabilités multiples qu'implique le rôle de parent en lien avec la santé de l'enfant, son développement, ses apprentissages, ses relations sociales (pression renforcée par les informations véhiculées par les médias ou les professionnels); aux difficultés d'organisation familiale; et au manque de soutien social.

Les ressources pour y faire face passent notamment par le soutien du second parent, les compétences de gestion du stress et des émotions, ainsi que les compétences éducatives qui favorisent des comportements constructifs chez l'enfant.

Ainsi, selon le modèle de la balance risques-ressources d'Isabelle Roskam et de Moïra Mikolajczak [1], les stressseurs parentaux peuvent être contrebalancés par les ressources personnelles et par celles de l'environnement proche. La parentalité est alors davantage vécue comme une source d'épanouissement qui permet de rester engagé de manière positive dans la relation à l'enfant, et ce malgré les nombreuses difficultés que l'on rencontre. À l'inverse, l'épuisement parental survient lorsque le parent n'arrive plus à mobiliser efficacement ses ressources personnelles ou celles de son environnement proche pour faire face aux stressseurs et pour répondre aux exigences du quotidien familial [2]. Plus spécifiquement, le *burn-out* parental survient quand ce déséquilibre perdure trop longtemps. Il se manifeste par trois caractéristiques prépondérantes: l'épuisement physique et émotionnel dans le rôle de parent, une distance émotionnelle qui s'installe par rapport à l'enfant, et un sentiment d'inefficacité et d'insatisfaction dans son rôle de parent, qui contraste avec la façon dont celui-ci se percevait précédemment.

## L'ESSENTIEL

De nombreux parents peuvent être touchés par le *burn-out* parental, qui concerne aujourd'hui en France près de 6 % de personnes, principalement des femmes. Cet épuisement physique et émotionnel lié à l'excès de stress parental et au manque de soutien social a des conséquences sur la santé mentale du parent, sur la relation de couple et sur les comportements envers l'enfant, ce dernier pouvant être victime de négligence ou de maltraitance. Différents programmes voient le jour pour épauler les familles en difficulté et agir en prévention.

## Conséquences du *burn-out* parental

Le *burn-out* parental concerne actuellement environ 6 % des parents en France [3], majoritairement des femmes, bien que les conséquences puissent être plus problématiques encore chez les hommes, en termes d'idéation<sup>2</sup> suicidaire et de négligence. Il n'est pas nécessaire que toutes les dimensions soient présentes pour l'identifier. Habituellement, cela commence par un épuisement physique et émotionnel, qui entraîne une réduction de la disponibilité mentale, générant à son tour des difficultés d'empathie, ce qui crée de la distance avec l'enfant. Les comportements du parent sont alors moins adaptés aux besoins du tout-petit, ce qui nuit à la relation et entraîne une augmentation des problèmes de comportements chez l'enfant. Cela conduit alors à une réduction du sentiment de compétence parental et de satisfaction dans le rôle de parent. Ainsi, lorsque la période de stress aiguë se prolonge,

l'épuisement parental s'aggrave et entraîne un changement de comportement.

Le *burn-out* parental a des répercussions sur la santé mentale du parent, sur la relation de couple en raison d'une forte irritabilité, et sur les comportements envers l'enfant. Une recherche récente conduite auprès de 1 551 parents francophones, principalement belges [4], a montré que le *burn-out* parental a des conséquences préjudiciables sur la santé du parent (pensées suicidaires, augmentation des conduites addictives, problèmes de santé), sur le couple (augmentation de la fréquence et de l'intensité des conflits) et sur la relation entre le parent et l'enfant. Le risque de négligence et de maltraitance est multiplié par dix chez un parent en situation de *burn-out* parental. Il est à noter qu'il s'agit bien d'un changement de comportement survenant chez un parent qui n'avait aucun comportement de ce type auparavant.

Au regard de ces conséquences, le *burn-out* parental est aujourd'hui une problématique émergente en santé publique, pour laquelle il est possible d'agir en prévention. Promouvoir la santé mentale des parents passe par le renforcement de leurs ressources psychologiques et de celles de leur environnement. La reconnaissance de l'épuisement parental dans le rapport rendu par la commission des 1000 premiers jours de l'enfant [5] a permis que des interventions de prévention et de sensibilisation sur cette question soient inscrites dans le projet gouvernemental des 1000 premiers jours, et qu'elles soient déployées progressivement en France.

### **Des professionnels peu formés au repérage des symptômes**

À ce jour, peu de professionnels sont formés au repérage des signes de *burn-out* parental en raison de la nouveauté du concept. Au premier abord, ils peuvent être amenés à confondre ces signes avec une dépression ou avec un épuisement professionnel. Or, ce dont les mères ont besoin, c'est d'un soutien dans les tâches liées au rôle de parent et pas nécessairement d'un arrêt de travail. Aller au travail

peut même représenter un soulagement pour ces mères, car cela permet de prendre du recul.

En tant que professionnel, il est particulièrement utile d'adopter une posture d'accueil du parent de nature à développer une relation de confiance sécurisante lui permettant de partager ses difficultés sans craindre les jugements. Savoir que tous les parents peuvent être concernés par le stress chronique et par l'épuisement parental et qu'ils peuvent reconnaître le besoin d'aide et de soutien de la part de l'entourage contribue à développer ce lien de confiance. Cela peut également participer à réduire la tendance à l'autodénigrement (« *je suis une mauvaise mère* », « *je suis nul* », « *je ne mérite pas d'avoir ces enfants* ») et favoriser la possibilité d'accepter ses failles ou ses difficultés, sans baisser les bras ni fuir des émotions pénibles.

En effet, les représentations sociales de la parentalité du XXI<sup>e</sup> siècle, véhiculées par les médias, sont souvent associées à l'épanouissement parental et à tout ce que le parent devrait faire pour favoriser l'épanouissement de l'enfant. Elles risquent d'accroître la recherche du perfectionnisme parental et n'autorisent pas le parent à exprimer sa souffrance. L'épuisement parental reste encore tabou et ses conséquences, en particulier vis-à-vis de l'enfant, peuvent générer un sentiment de honte et de culpabilité important.

De son côté, la commission des 1000 premiers jours a émis des recommandations pour limiter l'isolement des parents ou le rompre et prévenir l'épuisement parental. Il s'agit de donner accès à des espaces de rencontre entre parents et entre professionnels et parents, où ces derniers puissent exprimer leurs difficultés, émotions et besoins, et qui offrent un soutien social essentiel au maintien de la santé mentale ; ou encore de proposer des espaces de répit, de même que l'appui d'associations pour une aide à domicile ou une aide à l'organisation familiale et à la garde d'enfants permettant aux parents d'avoir du temps pour prendre soin d'eux, se reposer, se ressourcer, et ce même pendant le congé maternité.

### **L'impact d'ateliers de soutien à la parentalité**

Les compétences psychosociales (CPS) ont été définies par l'Organisation mondiale de la santé [6] comme des capacités d'adaptation d'ordres cognitif, émotionnel et social, permettant de répondre aux exigences de la vie quotidienne de manière constructive et satisfaisante. Les compétences cognitives comprennent notamment la capacité à identifier ses forces et ses ressources afin d'améliorer le sentiment d'efficacité parentale, la capacité à prendre des décisions constructives et à résoudre des problèmes complexes, ainsi que la capacité à réguler ses comportements. Les compétences émotionnelles comprennent des compétences telles que l'identification des émotions et leur compréhension, la capacité à les exprimer de façon constructive, ainsi que la capacité à réguler leur intensité. Les compétences sociales regroupent les compétences de communication (écoute active, capacité à formuler des commentaires positifs à propos d'autrui) et de faculté à coopérer et à demander de l'aide.

Certains programmes de soutien à la parentalité, conçus spécifiquement pour réduire l'épuisement, ont des effets significatifs sur l'augmentation du sentiment de compétence parentale. Ils comprennent généralement une dimension psycho-éducative, avec des exercices visant à renforcer les compétences psychosociales des parents, qui sont autant de ressources pour faire face aux situations rencontrées. Plusieurs recherches ont mis en évidence leur efficacité sur la baisse du stress parental (mesuré par le cortisol capillaire), les niveaux de *burn-out* parental, ainsi que les comportements de violence et la négligence envers l'enfant [7]. Par ailleurs, d'autres travaux ont montré que lorsque les professionnels de l'éducation et du champ de la parentalité avaient accru leurs propres compétences psychosociales, l'animation d'ateliers était plus efficace [8]. Des outils, tel le référentiel de Santé publique France [9], peuvent aider à intégrer le développement des CPS dans la formation de ces professionnels.

## Des programmes qui ont fait leur preuve

En France, trois programmes fondés sur les données probantes et adaptés au contexte du soutien à la parentalité et de la réduction de l'épuisement parental, selon les recommandations de Roskam et Mikolajczak [1], ont notamment été évalués.

- Le programme *Cognitive Behavioral Stress Management – CBSM* [10] est un programme de gestion cognitivo-comportementale pour comprendre le stress et le gérer. Il s'agit de travailler sur les distorsions cognitives, le recadrage cognitif, les stratégies d'adaptation, la gestion de la colère, l'affirmation de soi, etc. en huit séances collectives hebdomadaires ; deux sessions de suivi ont lieu à un mois et à trois mois après la fin de l'intervention.

L'efficacité de ce programme en termes de réduction de l'épuisement parental a fait l'objet d'une évaluation : le CBSM a ainsi contribué, directement, à l'amélioration de la qualité de vie des parents et à la réduction des symptômes d'épuisement parental avec un résultat statistiquement significatif et un maintien des effets à trois mois. La baisse des scores d'épuisement parental a été influencée par la diminution du stress et par l'augmentation de la bienveillance inconditionnelle.

- Le programme Cohérence Attention Relation Engagement – CARE [11] est une intervention de psychologie positive visant à améliorer la résilience, la santé mentale et le bien-être des individus. Elle comprend huit séances collectives hebdomadaires et deux séances de suivi à un mois et à trois mois. Son évaluation a montré une réduction significative de l'épuisement parental dans le groupe intervention.

- Le programme Flexibilité Ouverture Expérience Attention – FOVEA [12] vise à améliorer la prise de conscience des sensations corporelles, des cognitions et des états émotionnels. Cette amélioration de l'état de présence repose sur le développement des compétences de pleine conscience par le biais de pratiques informelles. Il consiste en huit sessions hebdomadaires de groupe. L'évaluation de son efficacité a révélé un effet statistiquement significatif de l'intervention sur la gravité de l'épuisement parental dans le groupe intervention.

Ces recherches justifient la poursuite de travaux d'évaluation à plus grande échelle.

En conclusion, l'impact important de l'épuisement et du *burn-out* parental sur la santé des parents et sur le développement de leur enfant plaide pour le soutien d'actions de prévention, et ce dès la sortie de la maternité voire dès la grossesse. Cette prévention passe par une approche multifactorielle alliant des politiques publiques qui facilitent la conciliation travail-vie de famille et la mise en place d'actions visant à éviter le *burn-out* ; celles-ci nécessitent une formation préalable des professionnels. Elles peuvent prendre plusieurs formes : aide à l'organisation

familiale, proposition d'espaces de répit, accès à des programmes structurés de soutien à la parentalité, etc. En permettant de renforcer le sentiment de compétence parentale, en contribuant à développer le soutien social et le partage d'expériences, ces actions participent à la sécurisation des parents, elles les aident à repérer les ressources disponibles pour faire face aux situations qui les mettent en difficulté et à les mobiliser. ■

1. « Ce qui est à l'origine de la production d'hormones du stress est appelé stresser. Il s'agit du déclencheur de la réaction de stress. » (C. Neuville et S. Yaïch, Les stressés externes et internes, NDLR).

2. En psychologie, activité mentale (NDLR).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Mikolajczak M., Roskam I. A theoretical and clinical framework for parental burnout: The Balance between Risks and Resources (BR2). *Frontiers in Psychology*, 2018, vol. 9. En ligne : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00886/full>
- [2] Mikolajczak M., Gross J. J., Roskam I. Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 2019, vol. 7, n° 6 : p. 1319-1329. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/332402868\\_Parental\\_Burnout\\_What\\_Is\\_It\\_and\\_Why\\_Does\\_It\\_Matter](https://www.researchgate.net/publication/332402868_Parental_Burnout_What_Is_It_and_Why_Does_It_Matter)
- [3] Roskam I., Aguiar J., Akgun E., Arkan G., Artavia M., Avalosse H. et al. Parental burnout around the globe: A 42-country study. *Affective Science*, 2021, vol. 2, n° 1 : p. 58-79. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s42761-020-00028-4>
- [4] Mikolajczak M., Brianda M. E., Avalosse H., Roskam I. Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse and Neglect*, 2018, vol. 80 : p. 134-145. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29604504/>
- [5] Commission des 1000 premiers jours. *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. [Rapport] Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2020 : p. 60-63. En ligne : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- [6] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies. *Life skills education in schools*. 1993.
- [7] Brianda M. E., Roskam I., Gross J. J., Franssen A., Kappala F., Gérard F. et al. Treating parental burnout: Impact of two treatment modalities on burnout symptoms, emotions, hair cortisol, and parental neglect and violence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2020, vol. 89, n° 5 : p. 330-332. En ligne : <https://doi.org/10.1159/000506354>
- [8] Durlak J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger K. B. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 2011, vol. 82, n° 1 : p. 405-432. En ligne : <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- [9] Lamboy B., Arwidson P., du Roscoät E., Fréry N., Lecrique J.-M., Shankland R. et al. *Les Compétences psychosociales. État des connaissances scientifiques et théoriques*. [Rapport] Paris : Santé publique France, coll. État des connaissances, 2022 : 135 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>
- [10] Antoni M. H., Ironson G., Schneiderman N. *Cognitive-Behavioral Stress Management: Workbook*. Oxford, New York : Oxford University Press, 2007 : 117 p.
- [11] Shankland R., Durand J.-P., Paucik M., Kotsou I., André C. *Mettre en œuvre un programme de psychologie positive. Programme CARE (Cohérence-Attention-Relation-Engagement)*. Dunod, coll. Les Ateliers du praticien, 2020 : 256 p.
- [12] Shankland R., Tessier D., Strub L., Gauchet A., Baeyens C. Improving mental health and well-being through informal mindfulness practices: An intervention study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, février 2021, vol. 13, n° 1 : p. 63-83. En ligne : <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aphw.12216>

# Visites à domicile Panjo : un accompagnement au plus près de la famille et du nouveau-né

## Entretien avec Salima Taymi,

chargée de mission à l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne, référente santé périnatale, des enfants et des jeunes,

## Bénédicte Popineau,

médecin départemental du centre de protection maternelle et infantile (PMI) du Morbihan,

## Laure-Anne Estebanez,

puéricultrice, cadre de santé auprès des intervenantes du programme Panjo, PMI des Côtes-d'Armor.

## L'ESSENTIEL

► **Côtes-d'Armor, Finistère, Île-et-Vilaine, Morbihan : les quatre départements de la région Bretagne expérimentent l'intervention Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI (Panjo), proposant des visites à domicile pour les nouveaux parents en situation de fragilité. Il s'agit de les soutenir dans le développement des interactions avec leur bébé afin de créer un lien d'attachement de qualité. Sages-femmes, puéricultrices accompagnent la famille pendant la grossesse et jusqu'aux 6 mois du bébé, à la maison, là où sont ses repères. Elles s'appuient avant tout sur les compétences des parents et sur leurs besoins pour élargir leurs capacités psychosociales et parentales. En établissant un lien de confiance, les intervenantes ouvrent un espace d'expression sur les bouleversements que représente l'arrivée d'un enfant. Cependant, il peut s'avérer difficile de dégager du temps pour ce travail de prévention, dont les professionnelles ne verront pas tout de suite les effets, alors que les besoins immédiats en protection de l'enfance se font criants.**

*La Santé en action : Comment l'outil Panjo favorise-t-il les interactions parent-bébé et la relation famille-professionnelles ?*

*Laure-Anne Estebanez : Tout d'abord, les interventions se passent au domicile des familles, dans leur environnement, là où elles ont des*

repères sécurisants. Ensuite, Panjo (voir l'encadré Troisième phase de test pour déployer l'intervention de prévention précoce Panjo *ci-après*) est un dispositif qui part des préoccupations et des besoins des parents : avec des outils, comme les cartes de dialogue, nous leur permettons de les exprimer et aussi de les classer par priorité. S'il y a des sujets qu'ils ne souhaitent pas aborder, rien ne les y oblige. Ce n'est pas la temporalité des professionnelles qui prime, mais celle des familles. Les sages-femmes et les puéricultrices qui les accompagnent dans ce cadre spécifique créent une relation de confiance par leur posture professionnelle, centrée sur l'écoute active et la bienveillance. Elles y sont formées pendant cinq jours, comprenant deux jours sur la théorie de l'attachement et trois jours sur l'intervention à domicile.

*Bénédicte Popineau : Cette action du centre de protection maternelle et infantile (PMI) peut être proposée aux femmes vivant des situations*

particulièrement stressantes pendant la grossesse, qui peuvent les rendre vulnérables. Cela va au-delà des difficultés socio-économiques, par exemple l'isolement, des difficultés médicales, familiales ou toute autre situation de fragilité. Nous identifions l'ensemble des situations où un grain de sable peut venir enrayer la relation parent-enfant et perturber le développement harmonieux du bébé. Les visites à domicile Panjo sont plus longues que les interventions classiques à domicile et elles sont centrées sur le bébé. En début de visite, un temps est consacré aux parents pour leur permettre d'exprimer leurs besoins ou leurs préoccupations et d'être ainsi plus disponibles dans leurs échanges avec le bébé. Nous nous donnons du temps pour observer les interactions entre l'enfant et ses parents. Des activités sont proposées pour soutenir l'initiation par le parent d'interactions sensibles et positives avec le bébé : poser la main sur le ventre pendant la grossesse, chanter des comptines,







© Jérôme Brézillon, Tendances Floue

faire des jeux, etc. Cette posture professionnelle collaborative et valorisante fait que les parents se sentent entourés et vont pouvoir développer leurs capacités parentales sereinement. L'intervention Panjo comprend en moyenne six visites à domicile entre le dernier trimestre de grossesse et les six mois de l'enfant.

**S. A. : Pourquoi avoir mis en œuvre ce programme en Bretagne ?**

*Salima Taymi* : Les évaluations des autres territoires ayant mené des expérimentations Panjo étaient très positives. Ceci bat en brèche l'idée que les actions de prévention sont difficilement évaluables par une démarche scientifique. L'intervention Panjo est évaluée scientifiquement. Ce projet était donc l'occasion de

remettre la prévention au cœur de la politique périnatale qui, au niveau de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne, se centrait essentiellement sur l'organisation des maternités et des soins. Nous avons initié ce projet au bon moment, juste avant que soit annoncée la stratégie des 1000 premiers jours. Nous l'avons proposé aux quatre conseils départementaux qui ont répondu favorablement. C'est une garantie d'équité territoriale qu'il soit implanté à l'échelle d'une région, même si cela introduit un peu de complexité dans le déploiement : beaucoup de réunions, de la lenteur, la nécessité de prendre en compte les spécificités de chaque organisation départementale tout en ayant un socle commun régional. Les critères d'inclusion ont, par exemple, fait

l'objet d'un travail au niveau régional ; l'organisation régionale de la formation a évité à chaque département de devoir passer un marché public et de se retrouver avec des prestataires différents. C'est également intéressant en termes de production de statistiques et de connaissances.

*L.-A. E.* : Pour les usagers, c'est aussi un avantage : quand les familles déménagent à l'intérieur de la région, elles retrouvent le même service. En outre, c'est un projet qui apporte une nouvelle dynamique dans les équipes.

*B. P.* : Nous connaissions la théorie de l'attachement, et les professionnelles de PMI pratiquaient déjà l'observation et l'écoute bienveillante dans leur soutien aux familles. Toutefois, Panjo nous donne l'opportunité de développer notre

## Dossier

### Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant

mission de prévention en disposant d'un projet déjà construit, appuyé sur des recherches documentées qui montrent l'efficacité des interventions précoces et structurées à domicile. Cette intervention est intéressante à deux niveaux : d'un côté, l'accompagnement des familles à la mise en place d'un lien d'attachement de qualité avec leur enfant, et de l'autre, une nouvelle posture professionnelle et l'apport d'outils concrets pensés pour les professionnelles de la PMI.

**S. A. : Comment les équipes de PMI ont-elles réagi ?**

*B. P.* : La plupart des professionnelles ont bien accueilli ce projet de prévention, même si certaines pouvaient craindre qu'il n'apporte pas vraiment une démarche nouvelle. Il a fallu une certaine ténacité pour concrétiser sa mise en œuvre, d'autant

plus que celle-ci a débuté juste avant la crise de la Covid-19. Cependant, l'outil Panjo était soutenu par notre direction et par nos élus qui l'ont inscrit dans les actions prioritaires du schéma Enfance-Famille. Pour les professionnelles, il reste difficile de parvenir à dégager du temps et de la disponibilité pour le travail de prévention, dont les effets ne se mesurent pas tout de suite alors qu'apparaissent des besoins immédiats en protection de l'enfance. Cela a été un long parcours, mais l'engagement de tout le service a permis le déploiement de l'action. Au 31 décembre 2023, 94 familles bénéficiaient de Panjo dans le Morbihan et ces interventions continuent de se développer. Elles s'inscrivent dorénavant dans les actions proposées par la PMI. Les professionnelles nous disent qu'elles apprécient de pouvoir consacrer ce temps un peu plus long auprès des

familles ; c'est aussi une respiration qui leur permet de retrouver du sens et leur cœur de métier.

*L.-A. E.* : Dans les Côtes-d'Armor, 74 familles étaient suivies fin 2023. Toutefois, même s'il est impulsé, il faut continuer à faire vivre ce programme sur le terrain en étant très présent au côté des équipes, en organisant le travail pour donner de la place à cette action, en étant force de proposition, etc. Si nous voulons que cet outil soit efficace, il faut un accompagnement soutenu et dans la durée des familles et des équipes.

*S. T.* : Les conseils départementaux ont sécurisé le projet en l'inscrivant comme un axe stratégique de leur politique. Au-delà, le fait que Panjo soit porté par des partenaires extérieurs – Santé publique France et l'agence régionale de santé Bretagne – a donné une envergure particulière à cette intervention.

## TROISIÈME PHASE DE TEST POUR DÉPLOYER L'INTERVENTION DE PRÉVENTION PRÉCOCE PANJO

Le besoin de sécurité affective du tout-petit est un besoin fondamental, au même titre que se nourrir ou dormir. La qualité des liens d'attachement du bébé envers son parent a un impact sur son développement psycho-affectif, sa santé et son autonomie à court et long termes. En fonction de leur histoire familiale et de leurs conditions de vie, tous les parents n'ont pas la même capacité à être disponibles et accessibles pour leur bébé, à être sensibles à ses signaux, ou à être cohérents dans leurs réponses aux situations de détresse.

C'est pourquoi Santé publique France, en collaboration avec 24 services de protection maternelle et infantile (PMI), a élaboré l'intervention de prévention précoce Panjo, centrée sur le développement des liens d'attachement sécurisants au sein des familles vivant dans un contexte moins favorable. Cette intervention est proposée par les centres de PMI aux femmes enceintes cumulant deux des trois fragilités suivantes : la fragilité psychologique en lien avec la parentalité, le manque de soutien social ou la fragilité économique-financière. Sages-femmes et/ou

puéricultrices réalisent au moins six visites au domicile, de la grossesse aux six mois de l'enfant. La particularité de ces visites réside dans le « temps précieux avec bébé », 20 minutes d'observation et d'interaction avec le bébé visant à développer la sensibilité, la proximité, l'engagement et la réciprocité du parent. Les professionnelles de PMI intervenant à domicile sont spécialement formées, supervisées et bénéficient d'ateliers pratiques en suivi de formation.

### Recherche de partenariats efficaces

Les résultats de l'étude d'efficacité Panjo 2, menée en partenariat avec l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (Aniss) et 11 départements, montrent notamment des effets favorables sur les interactions parent-bébé : moins de réactions hostiles envers le bébé, moins d'interactions dysfonctionnelles aux six mois de l'enfant. Des effets positifs concernant l'accès aux services de soins et de prévention sont également constatés à six mois et à un an. Cependant, tous les effets recherchés n'ayant pas été obtenus

et certaines équipes ayant rencontré des difficultés lors de la mise en place de l'intervention, une troisième phase de projet a été lancée en 2020 : le test de déploiement. Il a pour objectif de trouver des modalités de partenariats entre départements, agences régionales de santé (ARS) et Santé publique France, de nature à déployer à grande échelle et de façon durable une intervention Panjo optimisée.

Cette troisième phase s'appuie sur des partenariats forts, en particulier avec les ARS Bretagne et Nouvelle-Aquitaine, qui ont proposé aux conseils départementaux de leur région de mettre en place le programme. Les enseignements de cette phase de test permettront de définir les lignes directrices d'une stratégie de déploiement pour le reste de la France.

**Sandie Sempé,**  
chargée d'expertise scientifique  
en promotion de la santé,  
Unité interactions précoces –  
1000 premiers jours,  
Département de la prévention  
et promotion de la santé,  
Santé publique France.

**S. A. : Comment les parents accueillent-ils cette intervention ?**

*L.-A. E. :* Il se révèle assez complexe d'expliquer aux parents la nature particulière de cette intervention, afin qu'ils en prennent la mesure. Il faut beaucoup de subtilité pour dire que ce sera long, intense, mais que ce sera une réelle plus-value pour eux. Les intervenantes ont mis beaucoup de temps à trouver le vocabulaire juste pour donner les informations essentielles sans les inquiéter. Ce point est important si on veut éviter que des familles abandonnent parce qu'elles n'ont pas compris que la puéricultrice viendrait en visite jusqu'aux 6 mois de l'enfant, voire plus. Ensuite, la relation fonctionne, parce que les intervenantes s'appuient sur ce que les parents font déjà de positif et qu'elles partent de cet existant pour élargir leurs compétences psychosociales et parentales.

*B. P. :* La posture professionnelle des intervenantes fait beaucoup pour créer un lien sécurisant entre elles et les familles. Pour les sages-femmes comme pour les puéricultrices, les visites Panjo diffèrent du suivi classique de PMI, au cours duquel elles accompagnent le bon développement et la santé de la femme enceinte, puis de l'enfant. Là, elles font un pas de côté et ne viennent pas en position de « sachante ». À l'écoute des parents, elles ouvrent un espace pour qu'ils expriment leur ressenti par rapport aux bouleversements que représente l'arrivée de ce nouveau-né. *De facto*, il y a moins de distance et le partage des émotions y est plus fort. Grâce à la supervision, les professionnelles peuvent en parler entre elles et mettre des mots sur ce qui les trouble dans ces rencontres avec les familles.

*L.-A. E. :* La supervision est un maillon essentiel de Panjo. Les interventions peuvent être de qualité, car les professionnelles ont un endroit où elles peuvent exprimer leurs émotions, leurs questionnements, et ainsi accompagner au mieux les parents. La supervision, au même titre que la formation, c'est l'une des bases

scientifiquement étayées de l'efficacité des interventions de prévention précoces à domicile.

**S. A. : Avez-vous identifié des freins et des leviers au fil de cette collaboration entre les PMI, l'ARS et Santé publique France ?**

*S. T. :* L'agence régionale de santé (ARS) a intégré Panjo à la liste de ses vingt actions prioritaires, ce qui assure un engagement dans la durée, accompagné de moyens. Ainsi, l'agence finance la coordination de projet dans chaque département à hauteur de 0,20 équivalent temps plein (ETP). Elle finance aussi la formation des professionnelles de PMI ainsi que leur supervision. Le pilotage régional du programme, dans sa phase d'implantation, n'a pas toujours été évident, car chaque département possède son fonctionnement propre. Certains élus étaient très pressés, d'autres se montraient plus compréhensifs. Ceci étant, cette expérience devrait faciliter d'autres projets, maintenant que la coopération avec les professionnelles de PMI est établie.

*B. P. :* Le cadre de l'intervention Panjo était clairement posé, mais les modalités de déploiement départemental étaient à inventer en fonction de chacune des organisations de PMI. Nous avons passé beaucoup de temps à la construction de procédures, d'outils de suivi et de modalités pratiques afin de permettre une mise en œuvre de Panjo facilitée pour les équipes, et qui soit harmonisée sur l'ensemble de nos territoires. Il a fallu aussi faire entrer dans notre système d'information des données relatives aux visites Panjo, selon un protocole permettant ensuite à Santé publique France de les exploiter pour pouvoir évaluer l'action. Tout cela au moment où nous procédions à l'informatisation de tous nos dossiers... Cela n'a pas été simple ! L'ARS et Santé publique France ont soutenu les initiatives que chaque département pouvait proposer dans le cadre de la mise en œuvre de Panjo. Par exemple, dans le Morbihan, nous avons choisi

de faire suivre à tout le personnel, y compris administratif, la formation de deux jours sur la théorie de l'attachement, afin que Panjo devienne un projet de service fédérant tous les acteurs de la PMI. Nous ne le regrettons pas puisqu'aujourd'hui, les secrétaires sont très impliquées dans l'organisation et dans le suivi des commissions qui déterminent quelles familles vont être incluses dans le programme.

*L.-A. E. :* L'accompagnement des équipes au quotidien par les encadrants permet de garder une ligne de conduite et de conserver la posture professionnelle qui correspond à la définition d'une intervention précoce. Nous nous appuyons sur les retours des référents-territoires. Par exemple, en nous inspirant du Finistère, nous avons mis en place des ateliers de pratique professionnelle : comment j'organise ma visite à domicile ? Comment je tiens les 20 minutes consacrées à l'attachement ? C'est l'intérêt de la coordination régionale : pouvoir s'inspirer des bonnes idées des uns et des autres pour faire vivre le programme au plus près de son cadre scientifique. C'est un travail de longue haleine, qui demande de se réinventer à chaque instant.

**S. A. : Quel est selon vous l'atout majeur de votre fonctionnement ?**

*B. P. :* La coopération interdépartementale est capitale et doit se poursuivre. Les rencontres que nous avons avec les autres services de PMI qui déploient Panjo sont très enrichissantes. D'abord, c'est l'occasion de partages d'expériences, mais aussi de mises en commun d'outils ou de procédures facilitantes, en espérant qu'ils seront utiles aux départements qui voudront également se lancer dans l'aventure. Au-delà de tous les atouts déjà évoqués, Panjo est un formidable vecteur de prévention qui peut contribuer à donner une image plus positive de la PMI. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

## « L'arrivée d'un enfant bouscule l'organisation familiale »

### Entretien avec

**Géraldine Rentmeister,**

chargée de mission prévention,

**Alexia Charpentier,**

cheffe de projet Maison des 1000 premiers jours,

pôle des Solidarités, conseil départemental de l'Aube,

**Marie Quintin,**

directrice,

**Franceline Berlot,**

technicienne d'intervention sociale et familiale,

association départementale d'aide familiale à domicile (Adad) de l'Aube.

### L'ESSENTIEL

► **Bien des parents appréhendent le retour à domicile avec leur nouveau-né. Le conseil départemental de l'Aube leur propose d'être accompagnés par une technicienne d'intervention sociale et familiale. Ce soutien gratuit, de 20 heures maximum, ménage une transition pour les familles notamment monoparentales le temps qu'elles se sentent prêtes.**

*La Santé en action : Pourquoi proposer l'aide d'une technicienne d'intervention sociale et familiale aux familles avec un nouveau-né ?*

Géraldine Rentmeister, Alexia Charpentier, Marie Quintin, Franceline Berlot : Nous avons commencé notre réflexion sur les interventions précoces en octobre 2020, en partant du constat que la sortie de la maternité et les premières semaines du retour à la maison sont une source de stress pour les parents. Le projet a été inspiré à la fois par le rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours et par l'expérience de certaines associations d'aide familiale en France. Dans les Bouches-du-Rhône, par exemple, le conseil départemental finance intégralement l'intervention d'un-e technicien-ne d'intervention sociale et familiale (TISF) pour une durée de 20 heures, auprès de parents fragilisés par une pathologie de la mère ou de l'enfant, ou vivant une situation sociale difficile. Nous

souhaitons toutefois proposer une intervention qui ne soit pas uniquement ciblée sur les familles en difficulté socio-économique ; notamment parce qu'on ne parvient pas à repérer toutes les situations de vulnérabilité, qui ne se limitent pas aux seuls critères socio-économiques. Cela a été une volonté de notre part de proposer une intervention ouverte à tous, car dans toutes les familles l'arrivée d'un enfant est potentiellement source d'épuisement parental ou de dépression du post-partum.

**S. A. : Comment s'est déroulée la mise en œuvre du projet ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Cette réflexion a été confortée par le diagnostic territorial réalisé de juillet 2022 à mars 2023 dans le cadre du projet de la Maison des 1000 premiers jours. Il a mobilisé de nombreux acteur-trice-s, les professionnel-le-s et les intervenant-e-s au sein du département, les partenaires associatifs et institutionnels, les assistantes maternelles, les familles, etc. Ce diagnostic a été nourri par un questionnaire et par des groupes de discussion organisés avec des volontaires, parents et futurs parents. Le questionnaire d'enquête à destination des (futurs) parents a été construit afin que chacun puisse y répondre individuellement. 82 % des répondants étaient des mères, dont certaines répondaient également pour leur conjoint notamment sur des questions liées à l'expérience du congé de paternité. Toutes les catégories de répondants ont été représentées, car 10 % de futures mères et 0,7 % de futurs pères ont également participé à cette enquête. C'est un fait avéré : le retour à domicile après l'accouchement est source d'anxiété. Par exemple, une mère de jumeaux de sept mois disait s'être sentie « lâchée dans le grand bain » ;

une autre racontait que « la maternité [l']avait beaucoup remuée », qu'elle avait l'impression d'être « devenue une autre personne » ; d'autres supportent mal les réflexions de leurs proches. Cela a fait apparaître l'importance du soutien à domicile, en particulier auprès des parents isolés. Dans l'Aube, le taux de monoparentalité est de 17 %, un peu supérieur à la moyenne nationale (15,9 %). De plus, pour la majorité des familles auboises, l'entourage familial n'est pas très présent autour du noyau parent-enfant. Il faut également prendre en compte le parcours de soins de la mère et de l'enfant après la naissance : si de nombreux examens de santé sont prévus pour le bébé lors des premiers mois<sup>1</sup>, pour la mère, les séjours à la maternité sont de plus en plus courts et elle ne bénéficie que d'une consultation postnatale, essentiellement pour faire le point sur son état de santé physique. Et rien n'est prévu pour le second parent.

**S. A. : Que propose le dispositif ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Il s'agit d'un soutien, et le ou la TISF va adapter la forme de ce soutien à la demande particulière de chaque famille. C'est une aide prenant des formes diverses. Il peut s'agir de compléter les informations données à la maternité sur les soins du nourrisson, l'allaitement, la dépression du post-partum ; le ou la professionnelle peut aussi réorienter les familles ayant des besoins spécifiques vers d'autres structures (centre de protection maternelle et infantile – PMI, associations locales, etc.). L'intervenant-e peut également prendre en charge le bébé pendant un moment pour permettre à la maman de faire d'autres activités (prendre une douche, se rendre à un cours de rééducation du périnée, s'occuper de ses autres enfants, se reposer, etc.). Il



ou elle peut aussi s'occuper de tâches du quotidien (linge, rangement), et donner ainsi aux familles un moment pour souffler et passer du temps avec leur bébé. Les parents savent faire leur travail de parents, ils ont des compétences, c'est ce que nous leur disons. Cependant, l'arrivée d'un enfant bouscule l'organisation familiale et il faut du temps pour trouver un rythme différent qui fonctionne. Nous les rassurons. C'est pourquoi il est important que le ou la TISF entre en action le plus tôt possible après l'accouchement et le retour à domicile.

**S. A. : Quelles démarches permettent aux parents d'en bénéficier ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Les parents disposent d'un délai de deux mois à la sortie de la maternité pour demander cet accompagnement de 20 heures pouvant être réparties sur six mois maximum. Les formalités administratives sont simples : il leur suffit de donner leur numéro d'assuré social (de la Caisse d'allocations familiales – CAF ou de la Mutualité sociale agricole – MSA) quand ils appellent le service d'aide familiale à domicile. En moyenne trois jours et demi plus tard, un-e intervenant.e est prêt-e à se rendre auprès d'eux. Il n'y a pas de condition d'accès à la prestation, ni financière, ni sociale : l'arrivée de l'enfant suffit à justifier le déplacement. Encore faut-il que les personnes concernées aient connaissance de ce dispositif qui est soutenu par des financements de la CAF et de la MSA, avec un complément de budget du département. L'information est relayée par les maternités de Troyes et de Romilly-sur-Seine, la PMI, la CAF. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la MSA présentent la prestation lors de réunions destinées aux futurs parents ou par SMS. Les sages-femmes libérales, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux sont aussi invité-e-s à faire passer le message.

**S. A. : Quel bilan faites-vous ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Nous avons mis en place un suivi statistique et une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, dont les derniers résultats ont été présentés au comité de pilotage le 1<sup>er</sup> octobre dernier. À cette date, 167 familles, dont 22 % de

femmes seules, ont sollicité l'intervention. Dans 71 % des cas, ce n'était pas le premier enfant. La moyenne est d'environ 12,45 heures d'intervention par famille, ce qui montre la souplesse de l'accompagnement qui s'arrête quand les parents se sentent prêts. Quant à la satisfaction des utilisateurs, elle est élevée parmi les répondants : 30 personnes sur les 39 personnes ayant répondu au questionnaire se sont dites rassurées par la présence de la TISF ; 32 répondants se sentent désormais en capacité d'agir seuls ; et 28 personnes estiment que ce soutien leur a permis de mieux appréhender leur nouvelle organisation familiale<sup>2</sup>. Ces résultats seront à confirmer en poursuivant cette enquête de satisfaction. Au-delà de ces points positifs, nous notons que l'objectif de 300 familles potentiellement bénéficiaires des 20 heures de TISF n'a pas été atteint. Ceci nous invite à intensifier les efforts de communication pour faire connaître le dispositif. Il faut sans cesse remobiliser les partenaires pour que le message soit bien délivré aux nouveaux parents, et peut-être employer d'autres canaux d'information, telles que les communes que nous pourrions solliciter par le biais d'un courrier aux maires.

**S. A. : Les familles exprimant encore des besoins au terme des 20 heures ont-elles une solution ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Les parents ont la possibilité de demander les prestations naissance proposées par la CAF et par la MSA, mais ils doivent financièrement assumer le reste à charge, dont le coût peut s'avérer important. Parmi les ménages suivis, au 1<sup>er</sup> août 2023, 14 ont poursuivi un accompagnement avec la CAF et deux autres ont disposé d'une prise en charge totale du centre de protection maternelle et infantile (PMI). Ces chiffres ne sont pas négligeables. La gratuité et l'accès à tous dédramatisent la situation pour les familles qui culpabilisent de ne pas « bien faire » ou qui se sentent jugées par leurs proches. Être débordé par l'arrivée d'un nouveau-né, ça arrive à tout le monde. Ce n'est pas le seul lot des ménages précarisés. D'ailleurs, nous constatons plus de diversité sociale dans les premiers bénéficiaires du dispositif, avec des profils d'employés et

de professions intermédiaires. De par son approche universelle, notre projet enlève l'étiquette un peu stigmatisante qui pourrait être associée à l'aide. Par ailleurs, cette première marche dans le soutien parental initie une relation de confiance parents-professionnel-le-s. Et comme les parents peuvent se dire : « je connais les personnes qui interviennent, elles sont rassurantes », ils seront moins réticents à demander la poursuite d'un suivi, s'ils en éprouvent encore la nécessité. Même si le reste à charge s'avère être un coût.

**S. A. : Comment envisagez-vous de prolonger ce dispositif ?**

G. R., A. C., M. Q., F. B. : Nous avons monté un premier groupe de parents-pairs, animé par une médiatrice familiale, pour faciliter la prise de parole sur l'expérience de la parentalité. Cela est déjà pratiqué dans d'autres pays, ainsi que l'a signalé le rapport des 1000 premiers jours. Nous avons l'objectif de les rassembler une fois par an. L'idée générale est de diversifier les modes d'intervention et le rôle des TISF – qui gardent les bébés pendant la réunion –, de proposer un travail collectif. C'est un volet expérimental, nous verrons au fil du temps si cela répond à un réel besoin. De plus, nous envisageons de nous rapprocher d'une université afin qu'elle nous accompagne dans une évaluation scientifique des projets 1000 premiers jours sur notre territoire. En outre, nous réfléchissons à l'intervention d'une puéricultrice, dans le cadre du dispositif des 20 heures, en complément du travail des TISF ; elle répondrait davantage à des questions sur l'allaitement ou sur la santé. L'objectif est de faire connaître les professionnel-le-s de la petite enfance, qui pourraient être sollicité-e-s plus tard pour d'autres formes d'accompagnement. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

1. Un examen dans les huit jours suivant la naissance, un au cours de la deuxième semaine, un avant la fin du premier mois et un examen par mois jusqu'au sixième mois inclus.  
2. Le faible taux de participation à cette enquête (moins de 25 %) incite à lire ces résultats avec précaution, la proportion de satisfaits pouvant être surreprésentée parmi les personnes ayant fait l'effort de répondre (NDLR).

## « L'enjeu est de créer une relation de confiance entre la professionnelle et la famille »

### Entretien avec Jean-Louis Gerhard,

médecin, directeur du service de protection maternelle et infantile (PMI), direction Solidarité – Enfance, Famille, Insertion du conseil départemental de la Moselle.

#### L'ESSENTIEL

► **Le service de protection maternelle et infantile (PMI) du département de la Moselle accorde une attention particulière aux mères qui traversent des difficultés psychiques, pesant sur la qualité de la relation avec leur enfant. Deux dispositifs peuvent être mobilisés pour leur venir en aide : l'observation conjointe et la guidance interactive reposant sur un enregistrement vidéo, qui permettent de renforcer les compétences parentales.**

à limiter les effets de la dépression. Nous avons voulu proposer une offre structurée et coordonnée, qui mette la mère au centre du parcours de soins et de santé, sans oublier le conjoint quand il est présent.

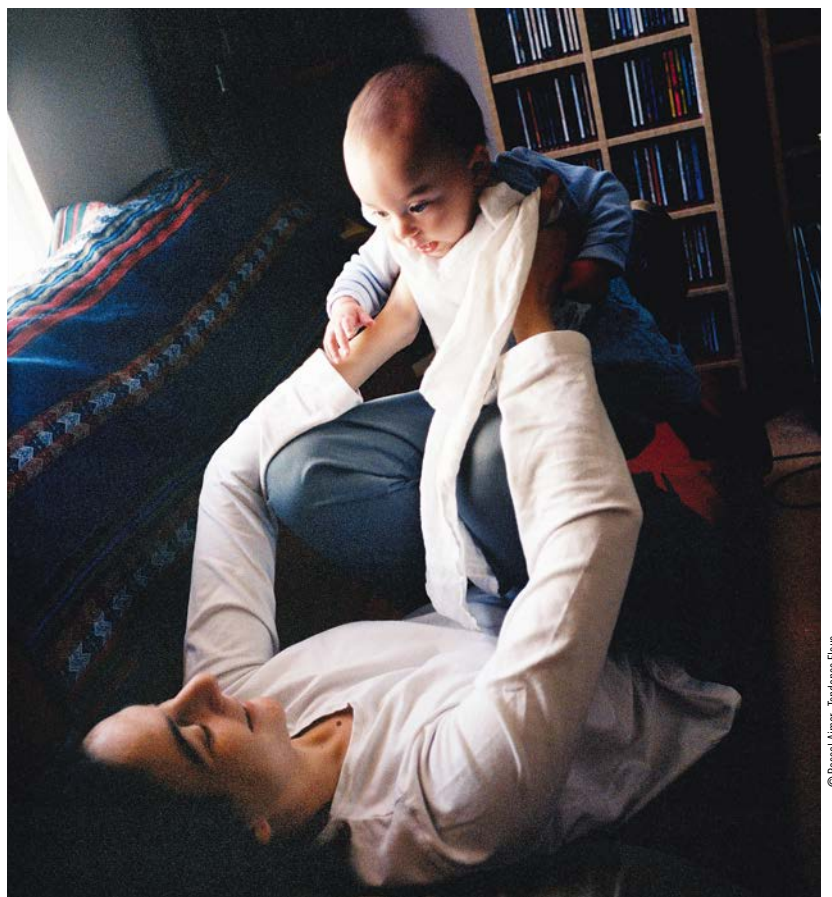
S. A. : **Comment repérez-vous les risques de DPP ?**

J.-L. G. : Nous avons commencé par informer le public que cette entité clinique existait en insérant dans les carnets de santé de la femme enceinte et de l'enfant un document présentant le sujet et incitant à ne pas rester seule avec ses troubles ou son ressenti. Pour soutenir les femmes se reconnaissant en difficulté

(émotionnelle, psychique, physique, etc.), nous avons pensé ouvrir une ligne téléphonique dédiée, mais nous savons que les bouffées d'émotions et d'interrogations ont souvent lieu en soirée ou la nuit. Or, à ces moments-là, les femmes n'osent pas joindre les référentes par téléphone ou elles ne peuvent pas le faire, c'est pourquoi nous avons préféré créer une adresse de messagerie pour les parents, disponible à toute heure et qui est consultée tous les jours par un groupe de professionnelles référentes (infirmière, puéricultrices et sages-femmes). Elles sont chargées de répondre aux questions reçues en évoquant avec les familles le contenu

### La Santé en action : Pourquoi la PMI de la Moselle s'investit-elle dans les interactions précoces mère-enfant ?

Jean-Louis Gerhard : Nous avons conscience de passer à côté d'un sujet, celui de l'accompagnement des familles dont la mère traverse des difficultés psychiques, parmi lesquelles la dépression du post-partum (DPP). Nous disposons désormais de larges connaissances scientifiques sur ses effets : elle crée une indisponibilité psychique de la mère, qui a un impact sur la qualité de ses interactions avec son enfant, ainsi que sur sa capacité à répondre de façon adéquate aux besoins fondamentaux de celui-ci. Pour repérer ces femmes en amont et les prendre en charge, nous avons cherché une solution qui nous permettrait de mieux apprécier les risques de dépression, de proposer un meilleur accompagnement de nature





© Fflore-Nel Surun...Tendance Fflore

des messages et notamment des émotions qui y sont explicitées ou qui sont sous-jacentes, soit directement par messagerie, soit en sollicitant un entretien téléphonique, voire en proposant une rencontre physique avec un professionnel de protection maternelle et infantile (PMI). Pour compléter ces dispositifs s'adressant à tous, nous avons ensuite systématisé l'utilisation de l'échelle de dépression post-natale d'Édimbourg (EPDS<sup>1</sup>) lors de toute rencontre avec les familles, et particulièrement lorsque l'on observe une diminution de l'attention, un accordage<sup>2</sup> moindre ou un manque de communication de la mère avec son enfant. Le score obtenu avec l'EPDS permet un dépistage des éléments préoccupants.

**S. A. : Comment soutenez-vous les interactions précoces ?**

*J.-L. G. :* Le premier niveau de soutien consiste en l'accompagnement des parents et du bébé par la puéricultrice. Celle-ci peut, par l'observation conjointe, renforcer le sentiment de compétence parentale en permettant l'ajustement du parent au besoin de l'enfant. Si cela s'avère

nécessaire, les professionnelles proposent un soutien plus appuyé des interactions avec l'enfant avec un dispositif de guidance interactive par *feedback* vidéo. Nous nous servons de ces outils quand des signes cliniques ont été observés, révélateurs de la dégradation de la qualité de la relation. Souvent, ils passent par la symptomatologie fonctionnelle de l'enfant : un enfant qui pleure beaucoup, qui dort tout le temps ou qui régurgite souvent... Dans ces cas, les parents sont non seulement démunis, mais ils ont en outre l'impression de mal faire.

L'observation conjointe est une observation directe professionnelle-parents. Il s'agit d'un outil fondé sur la mobilisation des capacités que possède le parent pour mentaliser la relation avec son enfant. On essaie de lui faire éprouver ce que le bébé ressent et de le faire s'exprimer sur sa projection de ce qui se joue là, avec son enfant. La professionnelle utilise les observations du bébé (pleurs, vocalises, cris, grimaces, mimiques, etc.) pour amener le parent à dire ce qu'il comprend des signaux de son enfant, ce qu'il ressent dans ces

situations, et elle l'interroge sur la façon d'y répondre. Nous mettons ainsi en lumière les théories implicites du parent, qui se confrontent à celles de la professionnelle afin de mesurer les écarts entre ce qui se passe (observation par la professionnelle) et ce que le parent pense qu'il se passe. Nous mettons en œuvre cette observation aussi bien à domicile qu'en consultation ou en atelier. La guidance interactive par *feedback* vidéo est un dispositif de soutien à la parentalité qui utilise le visionnage et l'échange sur une courte séquence vidéo pour renforcer les compétences parentales. Ce dispositif répond aux garanties éthiques, avec notamment l'accord des parents (gestion de la conservation des données selon les standards applicables aux données personnelles et de santé, la sensibilité au renvoi de sa propre image). Il s'agit d'enregistrer des séquences vidéo de moments interactifs de la vie quotidienne (un jeu, le bain, le repas, etc.). Ces séquences de quelques minutes – ce qui est assez long – sont revues conjointement par la professionnelle observatrice (qui a réalisé la vidéo) et par la famille. L'enjeu est, parmi les

## Dossier

### Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant



points d'ombre de la relation, d'identifier des éléments positifs dans les moments délicats, des moments de bonne interaction qui servent ensuite dans l'échange avec les parents. La guidance interactive, qui s'appuie sur le renforcement positif, favorise le développement du sentiment de compétence parentale (et donc la réduction du stress parental) et la qualité de l'interaction. Les parents ont ensuite plus de facilité à repérer quand leur réponse n'est pas adaptée au besoin de l'enfant et ils peuvent alors la réajuster. Il faut toutefois une vigilance sur l'utilisation de cet outil dans certaines situations ; il peut y avoir des effets iatrogènes<sup>3</sup>. Le parent doit être en mesure d'accueillir les vidéos émotionnellement. Enfin, si les femmes ont besoin d'un soutien plus important, si des difficultés psychologiques plus profondes sont constatées et que l'accompagnement préventif n'est plus suffisant, nous agissons en réseau. Parmi le groupe de professionnelles référentes, deux ont une fonction de coordination de parcours en soins psychiques ; à ce titre, elles orientent la famille vers la psychiatrie hospitalière ou vers des psychologues libéraux. Elles organisent le parcours de soins jusqu'au retour à domicile, lorsque l'hospitalisation en unité de soins conjoints parent-nourrisson est nécessaire.

**S. A. : Pourquoi avoir choisi ces outils ?**

J.-L. G. : Notre expérience avec l'implantation du dispositif Panjo dans le service (voir l'article Visites à domicile Panjo : un accompagnement au plus près de la famille et du nouveau-né dans ce dossier) nous a permis d'initier une nouvelle méthode d'intervention et nous a fait appréhender des prolongations possibles. Nous avons pris contact avec une équipe spécialisée de l'université de Genève pour repérer l'outil le plus efficace à utiliser dans les interventions visant à soutenir la relation parent-enfant. Par ailleurs, la littérature scientifique internationale avait identifié l'observation commentée, et notamment le *feedback* vidéo, comme très performante. Nous avons donc décidé de les tester au sein de la PMI.

**S. A. : Qui sont les professionnelles mobilisant ces dispositifs au sein de la PMI ?**

J.-L. G. : Nous avons monté, au sein de la PMI, un groupe de douze puéricultrices référentes. Ces professionnelles de santé ont, de par leur formation initiale et leur pratique professionnelle, un socle minimum de connaissances et de compétences dans le domaine de la petite enfance. Elles sont enrichies par des formations spécifiques aux outils d'intervention : *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*<sup>4</sup>, observation selon Ester Bick, selon la *Tavistock Clinic*, utilisation de l'échelle de Brazelton, de l'échelle Alarme détresse bébé (ADBB), etc. Ces modules permettent de développer les compétences spécifiques d'observation, d'écoute active et de bienveillance, mais aussi des compétences relationnelles notamment dans le cadre de situations particulièrement complexes. L'enjeu dans ce type d'intervention est de créer une relation de confiance entre la professionnelle et la famille, ce qui dépend des compétences relationnelles de la première. Ces compétences permettent d'ajuster finement l'accompagnement qui doit respecter les besoins des parents : ceux que ces derniers parviennent à exprimer de prime abord, mais aussi ceux dont ils n'ont pas immédiatement conscience et que l'on peut faire émerger grâce à des outils d'investigation. Ces compétences sont particulièrement importantes, car travailler de manière préventive sur les interactions précoces nécessite de passer d'une démarche de soin, d'habitude verticale et prescriptive à un fonctionnement plus horizontal, qui donne aux parents la main sur ce qui se passe. Le projet repose sur la construction d'une alliance fondée sur un diagnostic des besoins et des demandes, partagé avec les familles. Ensuite, des objectifs sont fixés, dans le respect de ce qu'elles peuvent et veulent faire.

**S. A. : Avez-vous évalué l'apport de ces outils dans vos pratiques ?**

J.-L. G. : Nous avons prévu, en collaboration avec l'établissement public de Ville-Évrard, spécialisé en santé mentale, une étude d'efficacité qui sera réalisée sur trois ou quatre ans.

Cette étude a pour objectifs d'évaluer ce que la guidance interactive produit chez les parents et dans la relation parent-enfant, et de déterminer en quoi et comment un service de PMI peut-il être un support dans la prévention des dépressions du post-partum et dans le soutien aux interactions précoces adaptées au besoin de l'enfant. L'hypothèse est que lorsque l'on met en œuvre ce type de dispositifs préventifs, on diminue le recours aux soins, qui sont beaucoup plus coûteux pour les patients et pour la société en termes financiers, mais aussi et surtout en termes de qualité de vie et de bien-être.

**S. A. : Comment le service gère-t-il les difficultés que peut générer la relation parents-professionnelles ?**

J.-L. G. : L'institution doit effectivement constituer pour les professionnelles une base de sécurité. Aussi, un dispositif de supervision a été mis en place, à raison de trois séances par an, menées par une pédopsychiatre en périnatalité et par une psychologue spécialisée dans le développement de l'enfant. La supervision a pour objectif de réassurer les professionnelles dans leur pratique de guidance, d'évoquer les situations dans lesquelles elles ne se sont pas senties à l'aise. Il y a alors un travail sur la compréhension de ce qui s'est joué à ce moment-là, en elles et dans la relation avec la patiente ou la famille. Les superviseuses les guident dans ce questionnement et dans l'identification de solutions. S'y ajoutent des temps collectifs d'interaction<sup>5</sup> sur l'analyse et l'échange de pratiques, qui sont très appréciés. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef, et Justine Trompette, chargée d'études scientifiques, Santé publique France.

1. *Edinburgh Postpartum Depression Scale*.

2. Processus dynamique par lequel la mère se synchronise à son enfant afin de constituer avec lui un espace intersubjectif. L'accordage affectif consiste à « imiter » quelqu'un d'autre pour lui faire sentir qu'il est en accord avec nous, tout en introduisant un décalage dans la réflexion (NDLR).

3. Indésirables.

4. Thérapie comportementale dialectique (NDLR).

5. Groupe de pairs autogérés qui se réunissent pour réfléchir sur leur pratique professionnelle (NDLR).



# « Prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres »

**Entretien avec Thierry Cardoso,** médecin, responsable de l'unité Interactions précoces – 1000 premiers jours, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

## *La Santé en action : Qu'en est-il de la souffrance mentale des professionnels de la petite enfance ?*

Thierry Cardoso : Depuis une quinzaine d'années, il y a une prise de conscience, également documentée par des études, du mal-être vécu par des personnels de soin, que ce soient les professions médicales (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) ou paramédicales, comme les infirmier-ère-s puériculteur-ric-e-s. Une forme d'*a priori* est en train d'être levé, à savoir que lorsqu'on pratique un métier engagé au service des autres, on devrait forcément aller bien. Nous observons depuis quelque temps déjà une dissonance entre ces professions dites « à vocation », et la difficulté de plus en plus grande à les exercer. Et ce pour différentes raisons : les changements importants d'organisation dans les institutions, le manque de ressources humaines, l'augmentation de tâches éloignées du soin ou de l'accompagnement, etc. Dans ce contexte, les professionnel-le-s éprouvent plus de mal à endiguer la pression inhérente à la réalisation de leurs tâches. Pourtant, dans les formations initiales de ces métiers, on n'enseigne pas – ou encore très peu – la façon d'établir une relation de soin, de gérer ses émotions ou de faire face dans son travail à des situations de vulnérabilité. C'est pourtant le cas lorsqu'on suit un bébé

et des parents qui découvrent l'exercice de la parentalité. Or, quand on s'intéresse aux études sur les effets du stress chronique, on mesure à quel point celui-ci peut entraver la relation entre soignant et soigné.

### *S. A. : Comment se traduit ce mal-être psychique dans le travail ?*

T. C. : Beaucoup de déterminants jouent un rôle : le manque de formation, l'absence de connaissance sur les effets de cette souffrance dans la relation thérapeutique ou d'accompagnement, le défaut de compréhension de l'entourage, des collègues et/ou le défaut de soutien de la hiérarchie, etc. En pratique, cela prend des formes différentes selon les personnes. Il y a celles qui se sentent submergées, qui ne tiennent plus ; elles manifestent des troubles psychiques allant de l'anxiété à la dépression, avec des sentiments de dévalorisation de soi, de perte de sens dans son travail ; ce sont des signes qui peuvent révéler l'émergence d'un *burn-out*<sup>1</sup>. En miroir, il y a celles qui se protègent en réaction à la vulnérabilité de l'autre, pour éviter, par empathie, d'« entrer en contact » avec sa propre vulnérabilité. Cela se traduit par une attitude plus distante, voire de la froideur dans la relation à autrui ; le risque est de développer une attitude plus agressive voire dévalorisante envers les patients accompagnés. Chez les parents, cette attitude peut renforcer un sentiment d'auto-dépréciation – comme se sentir inefficace dans sa fonction parentale. Enfin, il y a celles qui au contraire ont parfois du mal à poser des limites dans la relation, à se préserver, y compris dans l'équilibre vie privée – vie professionnelle. Ce type de relation plus fusionnelle peut générer un surcroît de souffrance chez le ou la

## **L'ESSENTIEL**

▣ **Les métiers de la petite enfance exposent à une souffrance psychique qui peut retentir sur les personnes suivies. Il est possible de prévenir ce risque en développant d'autres compétences permettant une approche moins descendante dans la relation avec les parents, au profit d'un travail plus collaboratif. Ce changement de posture, qui sécurise les bénéficiaires et améliore le quotidien des professionnels, doit être accompagné par les structures.**

soignant-e et cela peut également entraver le retour à l'autonomie chez la personne prise en charge dans un moment de vulnérabilité. Si ces situations ne sont pas rares, rappelons néanmoins que les professionnel-le-s arrivent globalement à y faire face notamment grâce à leur expérience. Toutefois, pour prévenir ces risques, il est possible de développer des compétences particulières. Celles-ci contribuent par ailleurs à une plus grande efficacité dans l'intervention notamment en soutenant des interactions de meilleure qualité.

### *S. A. : Quelles compétences professionnelles faudrait-il renforcer ?*

T. C. : Nous savons que l'enfant se construit dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux par une figure d'attachement principale, mère ou père, en tout cas un adulte qui s'occupe de lui au quotidien. Pour cela, celui-ci doit se sentir en sécurité. Les puéricultrices, les sages-femmes ou les médecins auront à cœur de créer cet espace de sécurité nécessaire aux parents pour jouer leur rôle. Cela implique un changement de posture

des métiers de la petite enfance : en adoptant une attitude qui invite à l'expression des besoins des parents (pas toujours facile quand on est en difficulté), une alliance de confiance et un travail collaboratif. Cela suppose de donner moins de conseils et de davantage valoriser les parents et les encourager dans tout ce qu'ils font déjà au quotidien par eux-mêmes. L'espace sécurisé qui va en découler permettra de désactiver leur réactivité au stress ou leur manque de confiance en eux, et de développer ainsi leur possibilité de découvrir ce qu'ils sont en capacité de faire. Or, pour que les professionnel-le-s déploient cette approche sécurisante, dont les effets ne sont plus à démontrer, eux-mêmes doivent se sentir en sécurité.

**S. A. : Comment faire évoluer les pratiques de ces métiers ?**

T. C. : Le concept de bienveillance dans les interactions parents-professionnel-le-s nécessite une remise en question individuelle, mais aussi collective. La première ne peut suffire, et si elle n'est pas soutenue dans le cadre d'un projet de service, elle risque d'accroître l'inconfort déjà ressenti par les professionnel-le-s. Pour qu'ils se sentent sécurisés et légitimés dans leur posture, ces approches doivent être portées par la hiérarchie à la fois dans les structures et au niveau national en devenant une priorité de santé publique, ce qui est un des enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Le partage des nouvelles connaissances sur la qualité de l'interaction – ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) appelle le *nurturing care*<sup>2</sup> et qui fait l'objet de recommandations internationales et de guides pratiques pour les professionnel-le-s – est primordial. Il s'agit d'un enseignement à la fois théorique et pratique : qu'est-ce que l'attachement chez l'enfant et quelles sont ses conséquences sur son futur d'adulte ? Comment créer les conditions de la sécurité dans la relation professionnel-le-s-parent(s)-enfant ? De quelle façon passe-t-on d'une posture descendante à une posture collaborative ? Il est possible d'y travailler avec des jeux de rôle, à partir des situations concrètes que vivent les intéressés. Les temps d'analyse

de pratiques et de supervision, qui sont des facteurs de réussite, doivent être prévus par l'organisation des structures. En effet, la posture professionnelle n'est pas figée, elle se peaufine au quotidien, par une remise en question bienveillante, au service de la qualité du soin et de la santé des individus et du couple soigné-e-s/soignant-e-s.

**S. A. : Quels sont les impacts d'une telle approche pour le parent et son enfant ?**

T. C. : Le *Center on the developing child* de l'université d'Harvard a produit de nombreux travaux et modèles sur les mécanismes du stress toxique, sur son impact potentiel à long terme dans la survenue de maladies ou de troubles dès l'enfance. Donc, pour diminuer le stress toxique des parents qui vivent des difficultés intenses et durables (par exemple, la précarité, la violence), il faut pouvoir agir de façon à réduire la pression de ces déterminants extérieurs. Pour les soignant-e-s qui les accompagnent, cela signifie aussi la possibilité de travailler dans une sécurité émotionnelle suffisante pour qu'ils ou elles se sentent en capacité de faire face aux situations auxquelles sont soumises les personnes dont ils ou elles ont la charge. Pour cette raison, il est important de consacrer des efforts à diffuser les connaissances, à former les professionnel-le-s au regard de ces connaissances et de ces aptitudes. Cela participe à la création d'environnements d'intervention sécurisants pour les bénéficiaires.

**S. A. : Y a-t-il des freins à la mise en place de cette pratique ?**

T. C. : La remise en question de pratiques installées depuis longtemps est toujours un défi et peut s'avérer être un véritable challenge pour certaines personnes. Toutefois, globalement, dans les différentes rencontres ou les formations que nous avons avec les professionnel-le-s de la petite enfance, nous constatons plutôt une réelle prise de conscience de la nécessité de prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres. Ce qui me frappe néanmoins, c'est que beaucoup semblent découvrir à quel point cela est transformateur et améliore la qualité de leur vécu au travail. Voilà qui

illustre sans doute l'écart entre l'évolution des connaissances sur le stress et de ses effets dans la relation, et son appropriation dans les pratiques professionnelles. Compte tenu des difficultés d'exercice de ces métiers, souvent par manque de temps et en raison de la surcharge de travail liée au manque d'effectifs, certain-e-s professionnel-le-s peuvent s'enfermer dans des représentations sur l'impossibilité de changer de façon de faire, même s'ils ou si elles en ont la volonté. Certes, cela prend du temps de créer un espace de confiance qui mette en sécurité la famille accompagnée. Cependant, ce qui peut-être avant tout chronophage, c'est de réaliser l'importance d'installer une relation de confiance avec les personnes accompagnées et d'en faire une priorité dans son activité au quotidien ? Cela passe sans doute par la prise de conscience que l'on s'inclut dans cette démarche bienveillante et que l'on n'est pas à distance de la situation. Il faut aussi de l'entraînement pour l'inscrire dans sa propre pratique. Cela demande d'interroger la formation initiale et les habitudes prises au cours des études pour prendre soin des personnes. Il ne s'agit pas de remettre en cause les compétences des soignant-e-s, mais de les aider à prendre conscience que cette intégration des concepts autour de la relation sécurisante est un préalable à l'exercice quotidien de leurs compétences, qui va soutenir le déploiement de leur talent et de leur créativité, au bénéfice des familles et de leur propre confort de soignant-e. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

1. Épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel (NDLR).

2. Soins attentifs – pour le développement de la petite enfance (NDLR).

**Pour en savoir plus**

- <https://nurturing-care.org/>
- <https://developingchild.harvard.edu/>
- <https://pediatrics.harvard.edu/>

# Des repères solides pour déployer les interventions de prévention précoce à domicile

**Justine Trompette,**  
chargée d'études scientifiques  
en santé publique,  
unité Interactions précoces –  
1000 premiers jours,  
Direction de la prévention  
et de la promotion de la santé,  
Santé publique France.

**D**urant les 1000 premiers jours, période sensible allant de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant, l'environnement affectif et social est vital pour son développement, avec des conséquences sur son état de santé immédiat, mais aussi futur. Les connaissances actuelles invitent à penser la prévention en vue d'atténuer les effets que peuvent avoir des événements délétères précoces tels qu'une interaction insatisfaisante entre le parent et le bébé. Ainsi, la capacité des adultes à répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant de façon adaptée est l'un des enjeux majeurs pour son développement (*voir l'article Soins attentifs pour la petite enfance : ce que préconise l'Organisation mondiale de la santé dans ce dossier*). Dès lors, il peut s'avérer nécessaire de soutenir cette capacité par des activités de prévention et de promotion de la santé physique et mentale, de développement des compétences psychosociales ou de soins, telles que les interventions de prévention précoce à domicile (IPPAD).

La littérature scientifique sur les IPPAD est abondante, et leur efficacité est reconnue notamment auprès des familles vulnérables, difficilement accessibles parce qu'elles utilisent peu les réseaux de soins et d'aide communautaire auxquelles elles font peu

confiance. Malgré l'intérêt porté à ces interventions qui comprennent un large éventail de possibilités, les raisons de la qualité des IPPAD ont été peu explorées. Aussi, Santé publique France a mené un travail, sur la base d'une revue de la littérature, pour identifier et caractériser les éléments décrits comme ayant un impact sur le résultat de ce type d'intervention ou sur sa qualité. Ainsi, 13 critères ont été retenus, listés ci-après.

## Une base scientifique indispensable

Pour être de qualité, l'intervention doit s'appuyer sur un socle théorique et méthodologique. En premier lieu, une IPPAD doit être construite sur la base de données probantes – entendues ici comme l'intégration de la preuve scientifique à l'expérience des professionnels, aux préférences des populations et aux caractéristiques du contexte. Elle doit également mobiliser un cadrage théorique : celui-ci a pour vocation d'explicitier les objectifs et les stratégies d'intervention, d'identifier et de définir les mécanismes qui sous-tendent son fonctionnement et ses résultats, et de reconnaître les principes éthiques et de les prendre en compte.

Ensuite, la pratique des professionnels intervenants doit être guidée par des référentiels, manuels, outils recensant les recommandations de mise en œuvre de l'intervention. Ces derniers permettent d'assurer une construction et un déploiement fidèle à ce qui était initialement prévu dans l'IPPAD, et reconnu comme efficace. Ils ont aussi pour but d'anticiper les problèmes ou difficultés repérés lors de la mise en œuvre et de les corriger.

## L'ESSENTIEL

▣ **La pertinence des interventions de prévention précoce à domicile, proposant aux parents des activités pour développer leurs compétences psychosociales et de soins, est reconnue par la littérature scientifique, notamment les interventions auprès des familles cumulant des facteurs de risques médico-psycho-sociaux de vulnérabilité. Toutefois, la qualité de ces interventions est-elle garantie ? Sur la base d'une revue de la littérature, Santé publique France a identifié 13 critères de nature à favoriser le déploiement d'interventions de qualité, allant de la prise en compte des attentes du public concerné à l'accompagnement des professionnels.**

Enfin, les attentes de la population ciblée doivent être prises en compte pour que les personnes acceptent le dispositif et y adhèrent suffisamment longtemps, afin de pouvoir en tirer des bénéfices de santé. La forme et le contenu de l'intervention doivent être adaptés aux besoins des bénéficiaires, ressentis à chaque visite à domicile, afin qu'ils en perçoivent l'utilité.

## Des caractéristiques spécifiques

Le fait de combiner l'objectif principal de soutien à la relation parent-enfant avec un ou plusieurs autres objectifs d'intervention, notamment un objectif de soins et de connaissances scientifiquement validées et actualisées sur le développement de

Dossier

Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant



L'INTERVENTION EST CONSTRuite SUR LA BASE DE DONNEES PROBANTES



UN CADRAGE THEORIQUE EN SANTE PUBLIQUE ET/OU EN PARENTALITE STRUCTURE LA STRATEGIE D'INTERVENTION



L'OBJECTIF DE SOUTIEN A LA RELATION PARENT-ENFANT N'EST PAS LE SEUL OBJECTIF DE L'INTERVENTION



LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION SONT CONNUS ET FONT CONSENSUS AU SEIN DES ENCADRANTS ET DES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE



L'INTERVENTION EST PROPOSEE A UN PUBLIC EN SITUATION DE VULNERABILITE



L'INTERVENTION COMMENCE EN PRENATAL



LA DUREE DE L'INTERVENTION DURE AU MOINS JUSQU'AUX 6 MOIS DE L'ENFANT



L'INTERVENTION COMPREND UN MINIMUM DE 6 VISITES



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE ONT SUIVI UNE FORMATION SPECIFIQUE POUR POUVOIR DELIVRER L'INTERVENTION



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT BENEFICIENT D'UNE SUPERVISION OU D'UNE ANALYSE DE PRATIQUES POUR LES AIDER A METTRE EN ŒUVRE L'INTERVENTION



LE MAINTIEN DU (OU DES) MEME(S) VISITEUR(S) TOUT AU LONG DU PROGRAMME PERMET D'ETABLIR UN LIEN DE CONFIANCE DURABLE AVEC LA FAMILLE



UN REFERENTIEL, UN MANUEL ET DES OUTILS EXISTENT POUR GUIDER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION



UNE EVALUATION REGULIERE DE L'INTERVENTION PERMET DE SAVOIR SI LES OBJECTIFS SONT ATTEINTS

Résumé des 13 critères essentiels pour assurer la qualité des interventions de prévention précoce, recensées par le guide qui a été publié par Santé publique France en novembre 2023.



l'enfant, est un élément-clé pour obtenir un résultat positif. De plus, l'IPPAD est de meilleure qualité quand :

- elle s'adresse à des familles cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité – les critères de sélection de ce public sont à déterminer en fonction des besoins et des priorités de santé du territoire ;
- elle débute en période prénatale, pendant laquelle les premiers liens affectifs, interactions, représentations se forment ; les futurs parents sont plus vulnérables, émotionnellement et physiquement ouverts à la possibilité de nouvelles façons de penser et d'agir et acceptent le soutien ; la relation intervenant-parent se développe alors sereinement et le climat de confiance se crée ;
- elle dure au moins six mois, allant ainsi jusqu'à la période nécessaire à l'enfant pour qu'il adopte une figure d'attachement principale ;
- elle comprend au moins six visites.

### Le soutien aux professionnels

Une formation spécifique des intervenants à domicile est nécessaire pour déployer l'intervention. Il leur faut des compétences pour établir la relation avec les familles, maîtriser les contenus et les outils, gérer les crises familiales, résoudre les problèmes de la famille au moment où ils se présentent.

Il est également primordial que les professionnels bénéficient d'une supervision ou d'une analyse de pratique. Celle-ci les aide à faire face au stress émotionnel du travail et à maintenir leur objectivité, à prévenir les dérives par rapport aux protocoles du programme et à fournir des services de soutien aux familles. Elle peut être réalisée soit par un superviseur senior, soit par un professionnel spécifiquement formé aux pratiques de supervision dans le cadre précis de l'intervention. Il est important que ces temps de supervision contribuent aussi à développer le sentiment de compétence professionnelle pour permettre à l'intervenant de mobiliser ses ressources au mieux afin de faire face aux situations rencontrées au sein des familles.

Dans la majorité des dispositifs étudiés, les visites à domicile sont menées par un unique intervenant. La confiance et une alliance



© Denis Bourgas, Tendence Fleure

de travail positive sont identifiées comme déterminantes pour l'efficacité de l'IPPAD, car elles facilitent une adhésion des bénéficiaires dans la durée. Il apparaît ainsi fondamental de maintenir un professionnel ou un groupe de professionnels identique pendant toute l'intervention, ceci afin que la relation de confiance s'établisse, assurant le maintien des participants dans le programme.

### L'étape incontournable de l'évaluation

L'évaluation régulière de l'intervention est essentielle, dans le but de porter un jugement et de réajuster le dispositif si nécessaire. Elle permet : de rechercher la pertinence et la cohérence de l'IPPAD au regard des bénéficiaires et de leurs objectifs, du contexte, etc. ; de comparer les plans opérationnels réalisés par rapport à ceux prévus ; de comparer les indicateurs de résultats aux objectifs et aux résultats à atteindre ; de rechercher des effets non prévus pendant ou après l'intervention et de proposer des adaptations.

### Pour une science des solutions

Le paysage de la promotion de la santé et des IPPAD a fortement évolué au cours des dernières décennies avec d'importantes transformations dans la façon de concevoir ces dispositifs, de les développer et de les évaluer. Aussi, dans la perspective de dispenser des interventions de qualité, un soutien des structures souhaitant implanter des IPPAD ou les évaluer peut être un levier. Celui-ci permettrait : de mobiliser – et de créer, si besoin – des modalités de déploiement et de financement

incluant des conseils scientifiques et méthodologiques ; de renforcer la coordination des interventions proposées et d'encourager l'utilisation des 13 critères de qualité. En complément, un accompagnement des porteurs dans la capitalisation de leurs interventions paraît primordial pour faire connaître ces dernières, et pour en obtenir une description la plus précise et la plus fine possible, reprenant chacune de leurs dimensions. Ce descriptif détaillé favoriserait une réelle réflexion sur la nature des éléments constitutifs des interventions et le dynamisme de chacune d'elles, la compréhension de leur fonctionnement et de la façon dont elles agissent sur les individus selon le contexte de leur déploiement.

Enfin, approfondir l'évaluation coût-efficacité des IPPAD en menant des recherches interventionnelles sur les interventions existantes permettrait d'intégrer le savoir expérientiel acquis, et de l'intégrer dans la production de la preuve. En effet, la planification des interventions ne peut plus reposer uniquement sur une science des problèmes : elle doit également inclure une science des solutions ou de l'action. ■

### Pour en savoir plus

Trompette J., Sempé S. *Repères pour l'implantation d'interventions de prévention précoce à domicile soutenant la relation parents-enfants. Feuille de route 1000 premiers jours 2020-2022*. Paris : Santé publique France, coll. État des connaissances, novembre 2023 : 102 p.  
En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-pour-l-implantation-d-interventions-de-prevention-precoce-a-domicile-soutenant-la-relation-parents-enfants-plan-gouvernemental-1-000-premi>

Afin d'enrichir ce numéro spécial consacré aux interactions précoces parent-enfant, la présente bibliographie rassemble des documents de cadrage – rapports, résultats d'enquêtes – et ouvrages traitant des enjeux liés à la parentalité et aux besoins fondamentaux de l'enfant. Elle explore également les vulnérabilités sociales auxquelles peuvent être confrontées les familles et leur impact sur la parentalité. Les programmes de soutien à la parentalité y sont abordés en mettant l'accent sur le rôle des professionnel.le.s de l'enfance et de l'importance des interactions précoces. Cette compilation offre également des ressources et des outils pratiques destinés aux intervenant.e.s de la petite enfance.

Les liens Internet mentionnés ont été consultés le 21/07/2023.

**Laetitia Haroutunian,**

documentaliste,  
Direction scientifique et international,  
Santé publique France.

## DOCUMENTS DE CADRAGE

### RAPPORTS ET TEXTES JURIDIQUES

- Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge. Les « besoins » fondamentaux du jeune enfant : le primat d'un milieu propice à son développement. In : *Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans*. Paris : HCFEA, 2023 : 72 p. En ligne : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/289296\\_0.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/289296_0.pdf)
- Hédon C., Delemar É. *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*. Paris : Défenseur des droits, 2021 : 63 p. En ligne : [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21\\_01access.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. *Les 1000 premiers jours : là ou tout commence. Rapport de la commission 1000 premiers jours*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2020 : 125 p. En ligne : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/276114\\_0.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/276114_0.pdf)
- Brunner S., Meierhofer M. *Recommandations pour les professionnel-le-s de la santé et de l'action sociale : la promotion de la santé psychique dans la petite enfance*. Promotion Santé Suisse, 2019 : 11 p. En ligne : [https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Fiche\\_d\\_information\\_PSCH\\_2019-03\\_-\\_La\\_promotion\\_de\\_la\\_sante\\_psychique\\_dans\\_la\\_petite\\_enfance.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Fiche_d_information_PSCH_2019-03_-_La_promotion_de_la_sante_psychique_dans_la_petite_enfance.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain*. Genève : OMS, 2019 : 44 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325724/9789242514063-fre.pdf?sequence>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2019 : 46 p. En ligne : [https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l\\_enfance\\_vf.pdf](https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf)
- Martin-Blachais M.-P., Séverac N. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Rapport]*. Paris : ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017 : 110 p. En ligne : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/174000173.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/174000173.pdf)
- Fondation des Nations Unies pour l'enfance (Unicef). *Les premiers moments comptent pour chaque enfant*. New-York : Unicef, 2017 : 75 p. En ligne : [https://www.unicef.org/media/48891/file/UNICEF\\_Early\\_Moments\\_Matter\\_for\\_Every\\_Child\\_FR.pdf](https://www.unicef.org/media/48891/file/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_FR.pdf)
- Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [Rapport]*. Paris : IGAS, 2011 : 83 p. En ligne : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/114000581.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/114000581.pdf)
- Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. *JORF n° 0063 du 15 mars 2016*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>

### RÉSULTATS D'ENQUÊTES

- Rosine J., Lebreton É., Daudens-Vaysse É., Ruster L., Demiguel V., Regnault N. *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023 : 142 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/enquetes-etudes/2023/sante-perinatale-en-martinique.-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-dans-les-drom-enp-drom-2021>
- Pioche C.-V., Lebreton É., Farouil M., Gustave J., Yacou C., Ayhan-Kancel G., et al. *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023 : 200 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/enquetes-etudes/2023/sante-perinatale-en-guadeloupe-et-a-saint-martin.-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-dans-les-drom-enp-drom-2021>
- Doncarli A., Gorza M., Gomes E., Cardoso T., Vacheron M.-N., Regnault N., et al. *Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 3-4, 2023 : p. 68-76. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/pdf/2023\\_3-4.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/pdf/2023_3-4.pdf)
- Caliez F., Nguyen A.-D., Ali Oicheih L., Demiguel V., Lebreton É., Regnault N., et al. *Santé périnatale à La Réunion. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*. Saint-Maurice : Santé publique France, ARS La Réunion, 2023 : 89 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/sante-perinatale-a-la-reunion.-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-dans-les-drom-enp-drom-2021>

# Les 1000 premiers jours

Là où tout commence

Rapport de la commission  
des 1000 premiers jours  
SEPTEMBRE 2020

Dossier

Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant

- Gomes E., Menguy C., Cahour L. *Rapport de surveillance de la santé périnatale en France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022 : 161 p.
- Cinelli H., Lelong N., Le Ray C., Demiguel V., Lebreton É., Deroyon T., et al. *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*. Paris : Inserm, 2022 : 101 p. En ligne : <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
- Parenton F., Youssouf H., Mariotti É., Barbail A. La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'Enquête nationale périnatale (ENP) et de son extension. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 1, 2020 : p. 17-27. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-janvier-2020-n-1>
- Buzaud J., Perron Z., Diter K., Martin C. Les mesures du bien-être des enfants. *Revue de littérature sur les grandes enquêtes*



internationales. *Revue des politiques sociales et familiales*, 2019, n° 131-132 : p. 127-35.

• Saïas T., Clavel C., Dugravier R., Bonnard A., Bodard J. Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. *Santé publique*, 2018, vol. 30, n° 4 : p. 477-87.

## BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT

• Sow M., Melançon A., Pouliot L. Développement socioaffectif de l'enfant entre 0 et 5 ans et facteurs associés. Québec : INSPQ, 2022 : 51 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2865-developpement-socioaffectif-enfant-0-5-ans.pdf>

• Poissant J., Tarabulsky G.M., Saïs T. Prévention et intervention précoce en période périnatale. Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. d'Enfance, 2022 : 528 p.

• Genet M.-C., Devouche E. Prématurité et lien d'attachement. *Contraste*, 2022, vol. 55, n° 1 : p. 123-42.

• Martin C., Buzaud J., Diter K., Perron Z. *Enfance, bien-être, parentalité : Synthèse des travaux de la Chaire Cnaf de 2017 à 2020. Dossier d'étude 216*. Cnaf-EHESP, 2020 : 35 p.

• Gorza M., Bolter F. Les besoins fondamentaux des enfants [Dossier]. *La Santé en action*, n° 447, 2019 : 51 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2019-n-447-les-besoins-fondamentaux-des-enfants>

• Hirn F. Bienveillance, un idéal à atteindre. *Journal des professionnels de l'enfance*, 2018, n° 112 : p. 22-53.

## PARENTALITÉ ET VULNÉRABILITÉS SOCIALES

• Gorza M., Cardoso T. L'impact de la pauvreté sur le développement et la santé des jeunes enfants : Un rapide état de l'art au service de l'action. *Empan*, 2023, vol. 1, n° 129 : p. 28-34.

• Dominjon L., Skendi M., Ibanez G., Chastang J. Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d'un mal-être psychologique. *Santé publique*, 2021, vol. 33, n° 2 : p. 233-43.

• Einaudi M.-A., Bernard O., Tardieu S. Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. *Santé publique*, 2019, vol. 31, n° 3 : p. 347-55.

• David A., Contard A., Blanc-Pernin A., Yailian A. Parentalité chez les personnes souffrant d'un trouble du développement intellectuel : état de la situation en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019 : vol. 67, n° 8 : p. 391-6.

• Société française de santé publique (SFSP). *Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. Actes du séminaire du 12 septembre 2016 « Poser le cadre »*. Paris : SFSP, 2016 : 56 p. En ligne : <https://www.sfsp.fr/images/SFSP-Rapport-ISS1-web.pdf>

• Société française de santé publique (SFSP). *Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. Actes du séminaire du 19 janvier 2018 « Agir »*. Paris : SFSP, 2018 : 40 p. En ligne : [https://www.sfsp.fr/images/docs/lire\\_et\\_ecrire/les\\_actes\\_des\\_evenements\\_de\\_la\\_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf](https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf)

• Pinel-Jacquemin S., Koliouli F., Kelly-Irving M. Devenir et être parent en situation de précarité. *Bulletin de psychologie*, 2018, vol. 71, n° 554-2 : p. 593-607.

• Tereno S., Guedeney N., Dugravier R., Greacen T., Saïas T., Tubach F., et al. Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale*, 2017, vol. 43, n° 2 : p. 99-103.

• De Spiegelaere M., Racapé J., Sow M.M. *Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2017 : 39 p.

• Saïas T., David M., Guédeney A., Tereno S., Tubach F., Greacen T., et al. Enjeux cliniques de la prévention des dépressions périnatales chez des familles en situation de grande vulnérabilité. *Pratiques Psychologiques*, 2016, Tome 22, n° 2 : p. 159-75.

• Van Der Waerden J., Sutter-Dallay AL., Dugravier R., Bales M., Barandon S., Charles MA., et al. Dépression maternelle : facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention. *European Psychiatry*, 2015, vol. 30, n° S2 : p. S33-S4.

## PROGRAMMES DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

• Sempé S., Saïas T., Bodard J., Bonnard A. Prévention précoce : résultats de l'étude d'efficacité portant sur l'intervention PANJO expérimentée par onze PMI. *Santé publique*, 2022, vol. 34, n° HS1 : p. 23c.

• Michaud R., Gagné M.-H., Clément M.-È., Brunet C., Gill K., Charrest É. Conditions d'exercice de la parentalité, violence familiale et demande d'aide chez les mères de jeunes enfants. *Revue de psychoéducation*, 2022, vol. 51, n° 3 : p. 33-54.

• Filion F. *Soutien à la parentalité : valeur ajoutée d'un programme enrichi sur le comportement des enfants [Mémoire]*. Québec : Université Laval, 2022 : 60 p.

• Decroix C., Buchheit S., Colombo M.-C., Ligier F., Kabuth B., Kivits J. *Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL*. *Santé publique*, 2022, vol. 34, n° 3 : p. 391-404.

• Cardoso T., Gorza M., Le Masne A. Les « 1000 premiers jours », de la connaissance à l'action en santé publique. *Cahiers de la puéricultrice*, 2022, vol. 59, n° 355 : p. 12-8.

• Unterreiner A. Familles issues de l'immigration et actions de soutien à la parentalité : typologie des formes d'agentivité parentale. *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 2 : p. 275-95.

• Saïas T., Mörch C.-M., Comtois J., Girard I., Bodard J., Gerhard J.-L. Évaluer les besoins des femmes enceintes : une étude-pilote du dispositif Ariane. *Santé publique*, 2021, vol. 33, n° 4 : p. 483-92.

• Rivière M.-S. *L'efficacité des programmes de soutien à la parentalité du point de vue des pères [Thèse]*. Québec : Université Laval, 2021 : 51 p.

• Leroy-Rivierre O., El Ouazzani H., Raynaud A. Évaluation du programme d'accompagnement de la parentalité « Ateliers Parents : la sécurité affective dans la relation Parent-Enfant ». *Devenir*, 2021, vol. 33, n° 1 : p. 69-88.



• De Chaisemartin C., Daviot Q., Gurgand M., Kern S. *Lutter contre les inégalités dès la petite enfance : évaluation à grande échelle du programme Parler Bambin*. Paris : Institut des politiques publiques, 2021, note IPP n° 72 : 9 p.

• Shankland R., Durand J.-P., Paucsik M., Kotsou I., André C., et al. *Mettre en œuvre un programme de psychologie positive : programme CARE*. Paris : Dunod, coll. Les Ateliers du praticien, 2020 : 256 p.

• Tarabulsky G.M., Poissant J., Saïas T., Delawarde C. *Programmes de prévention et développement de l'enfant. 50 ans d'expérimentation*. Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. d'Enfance, 2019 : 344 p.

• Gorza M., Houzelle N., Sempé S., Lasbeur L., Hamsany M., Du Roscoët E., et al. *Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France*. *Enfances & Psy*, 2018, vol. 77, n° 1 : p. 37-48.

## SOUTIEN À LA PARENTALITÉ ET RÔLE DES PROFESSIONNEL·LE·S DE L'ENFANCE

• Violon M., Wendland J. *Les enjeux de la référence en crèche selon les professionnelles de la petite enfance et les parents : éclairage de la théorie de l'attachement*. *La psychiatrie de l'enfant*, 2021, vol. 64, n° 1 : p. 97-117.

• Mercerat C., Saïas T., Dugravier R., Gorza M., Sempé S., Bonnard A., Bodard J. *Le dispositif Panjo en France : évaluation qualitative de l'implantation et des changements dans les pratiques professionnelles*. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2021, vol. 7, n° 3 : Article 100245.

• Saïas T., Kargakos S., Bodard J., Dugravier R., Bonnard A., du Roscoët E., et al. *Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif Panjo*. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2019, vol. 5, n° 3 : Article 100165.

• Neyrand G., Coum D., Wilpert M.-D. *Malaise dans le soutien à la parentalité. Pour une éthique d'intervention*. Toulouse : Érès : 2018 : 144 p.

• Lagarde C. *L'éprouvé de contenance dans un travail de supervision auprès de puéricultrices de PMI dans le cadre du dispositif PANJO*. *Enfances & Psy*, 2018, vol. 1, n° 77 : p. 81-93.

• Ganne C., Thiery N. *Les interactions parents-enfants-professionnel·le·s en centre parental : contextes institutionnels, processus et effets*. CREF (EA 1589), Observatoire national de la protection de l'enfance, 2017 : 106 p.

• Welniarz B., Saïas T., Excoffon E., Purper-Ouakil D., Wendland J., Tereno S., et al. *La supervision individuelle des intervenants à domicile dans le programme CAPEDP de prévention en périnatalité : le point de vue des intervenantes supervisées sur les recommandations de bonnes pratiques de leurs superviseurs*. *Devenir*, 2016, vol. 28, n° 2 : p. 73-90.

• Vander Borgh C., Tortolano S. *Accompagner les situations de vulnérabilité : clés pour une posture professionnelle*. Lyon : Chronique Sociale, 2016 : 144 p.

• Pirard F., Dethier A., François N., Pools É. *Les formations initiales des professionnel·le·s de l'enfance (0-12 ans) et des équipes d'encadrement : enjeux et perspectives*. Université de Liège, ONE, 2015 : 193 p.

• Lebœuf M. *Pratiques de communication parent-éducatrice et soutien à la parentalité. Étude de cas exploratoire en centre de la petite enfance [Mémoire]*. Québec : Université Laval, 2015 : 86 p.

## OUTILS ET RESSOURCES

• Santé publique France. *1000 premiers jours.fr [site web]*.

Le site 1000 premiers jours est le site d'information institutionnel sur la période des 1000 premiers jours (la grossesse et les deux premières années de l'enfant). L'objectif du site 1000 premiers jours est d'informer les futurs parents et parents d'enfants de moins de deux ans sur l'influence des environnements (entendus dans toutes leurs dimensions : physico-chimiques, affectifs et sociaux) sur leur santé et celle de leur enfant. [Source : 1000 premiersjours.fr]

En ligne : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/a-propos-du-site>

• CNAPE. *Fiches pratiques « les besoins fondamentaux des enfants »*. Paris : CNAPE, 2023.

Outils d'aide à la réflexion et à la pratique, les fiches réalisées par la CNAPE sont une base minimum à partager au sein des équipes pour favoriser une culture commune, amener un changement de regard, une prise en compte accrue des besoins fondamentaux de l'enfant, quel que soit son âge, son parcours ou son accompagnement. [Source : CNAPE.fr]

En ligne : [https://www.cnape.fr/documents/cnape\\_-fiches-pratiques-sur-les-besoins-fondamentaux-de-lenfant/](https://www.cnape.fr/documents/cnape_-fiches-pratiques-sur-les-besoins-fondamentaux-de-lenfant/)

• *Accompagner les parents en 2022 [Dossier]*. *L'école des parents*, hors-série n° 6, 2022 : p. 66.

• Shankland R. *La psychologie positive : développer le bien-être durable*. *Journal des professionnels de l'enfance*, 2018, n° 110 : p. 30-3.

• Gassier J., Beliah Nappes M., Allègre E., Montenot Wagner C. *Guide de la petite enfance : Accompagner l'enfant de 0 à 6 ans*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 3<sup>e</sup> éd., 2018 : 600 p.

• Giampino S. *Refonder l'accueil des jeunes enfants*. Toulouse : Érès, 2017 : 288 p.

• Vander Borgh C., Tortolano S. *Accompagner les situations de vulnérabilité : clés pour une posture professionnelle*. Lyon : *Chronique Sociale*, 2016 : 144 p.

• Houzelle N., Rebillon M. *Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) 2013 : 189 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/234672/2522668?version=1>

• Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). *Des images pour accompagner les parents au quotidien, 2010*.

Fiches thématiques destinées aux parents peu familiarisés avec la lecture en langue française (analphabètes fonctionnels, primo-arrivants, etc.). Les fiches reprennent les messages identifiés comme prioritaires sous forme de dessins et schémas explicites, avec un support écrit minimum : des titres, des sous-titres et quelques mots-clés. Ces messages sont à utiliser par les professionnels en lien avec le public visé. [Source : Pipsa]

En ligne : <https://www.pipsa.be/outils/detail-2139613830/des-images-pour-accompagner-les-parents-au-quotidien.html>

• Heiniger J.-P., Meuwly M. *Comment travailler avec les enfants et leur environnement. Manuel de compétences psychosociales*. Lausanne : Terre des hommes ; 2011 : 192 p.

En ligne : <https://tdh.rokka.io/dynamic/noop/11c4b6ec2173837e230e4b0dd14348448dc18b46/tdh-manuel-competences-fr-0.pdf>

# L'entretien motivationnel, un outil efficace pour améliorer la confiance des parents en la vaccination infantile

**Chloé Cogordan,**

chargée d'étude en prévention, observatoire régional de la santé (ORS)

Provence-Alpes-Côte d'Azur,

**Lauriane Ramalli,**

épidémiologiste à Santé publique France

en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur

et Corse.

## L'ESSENTIEL

► **L'entretien motivationnel est une technique efficace dans de nombreux domaines de la prévention pour inciter les individus à changer de comportement (tabagisme, nutrition, exercice physique). Au Québec, il a été testé avec succès auprès de jeunes parents pour combattre l'hésitation vaccinale, avant d'être généralisé dans toutes les maternités. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, une étude intitulée Motivac-Mater a été réalisée pour évaluer l'efficacité d'un tel dispositif, dans le contexte français de forte défiance à l'égard des vaccins et des obligations vaccinales pour les enfants. Les résultats montrent que l'entretien motivationnel, mené par des sages-femmes formées, permet d'améliorer significativement la confiance dans la vaccination.**

Dans une étude de 2015, parmi 67 pays, la France était celui dans lequel les doutes vis-à-vis de la sécurité des vaccins étaient les plus fréquents [1]. Cette défiance a contribué à limiter les couvertures vaccinales, entraînant la réémergence d'épidémies. Les pouvoirs publics ont donc décidé d'élargir les obligations vaccinales de la petite enfance (diphthérie, tétanos et poliomyélite) à huit nouveaux vaccins pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018<sup>1</sup>.

Des résultats, publiés en novembre 2022 par le ministère de la Santé et de la Prévention, indiquaient

un effet positif de cette mesure sur les niveaux de couverture vaccinale à 24 mois [2]. Selon les données de remboursement des vaccins de l'Assurance maladie, les taux de couverture ont progressé pour les deux premières doses du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). Cependant, d'après le Baromètre santé 2021 de Santé publique France, 17 % de la population française restaient défavorables à la vaccination (contre 26 % en 2019 [3]), et 41 % s'opposaient aux obligations vaccinales pour les enfants, la raison la plus souvent évoquée étant « la liberté de choix individuel face à la vaccination [2] ». Par ailleurs, les analyses montrent, dans la cohorte des enfants nés en 2019, qu'à l'âge de 3 ans, 7 enfants sur 10 avaient reçu leur schéma ROR complet à la date recommandée, 2 enfants sur 10 avaient reçu leur schéma complet, mais avec un retard moyen de 5,2 mois par rapport à la date recommandée et 1 sur 10 n'était

pas encore vacciné. La sous-vaccination et les retards vaccinaux étaient plus importants parmi les familles plus défavorisées et les améliorations des dernières années étaient également moins marquées chez ces publics, creusant ainsi les inégalités sociales de santé. Ces résultats montrent que le régime des obligations vaccinales n'a pas encore permis de retrouver une situation optimale, puisque les retards de vaccination favorisent la diffusion des maladies, notamment en ce qui concerne la rougeole, très contagieuse, qui a déjà donné lieu à plusieurs épidémies en France [4].

Par ailleurs, des disparités régionales persistent : par exemple, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), les couvertures vaccinales sont inférieures à la moyenne française et celles qui sont complètes à 24 mois ne dépassent pas 89 % pour les vaccins contre l'hépatite B, le pneumocoque et le ROR [2]. La défiance de la population et les doutes des médecins

## LE POINT DE VUE DE DEUX SAGES-FEMMES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE

« De cette expérience, je retire une grande satisfaction tant sur le plan professionnel que personnel. Une approche différente des parents pour un accompagnement et non un enseignement ; une approche humaniste, une autre écoute et du coup, un sentiment du devoir accompli dans la bienveillance. L'impression d'être inscrite dans la chaîne de la vie, d'en être un maillon et de permettre aux parents d'en faire partie aussi. La plé-

nitude de mon travail de sage-femme aussi s'est inscrite en moi et m'a transformée. »  
Isabelle (juillet 2023).

« L'entretien motivationnel fut pour moi une expérience précieuse, une révélation dans la relation professionnel-patient, un vrai plus, une aide au changement et en même temps une évidence. Nous devrions intégrer cette formation dans tous les métiers du soin. »  
Magali (décembre 2023).

généralistes vis-à-vis des vaccins y sont aussi plus importants que dans le reste de la France [5]. C'est pourquoi il a été proposé à l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'une étude soit menée pour tester l'adaptation d'un programme probant québécois, reposant sur un entretien motivationnel (EM) auprès de parents de nouveau-nés<sup>2</sup> [6]. L'objectif de ce projet, intitulé Motivac-Mater, était d'apporter la preuve de concept, dans le contexte français des obligations vaccinales et de taux élevés d'hésitation vaccinale, qu'un tel entretien mené avec les mères ou les couples au moment du séjour à la maternité permettait de réduire leur hésitation vaccinale.

### L'intérêt de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est un style de conversation collaborative qui renforce la motivation et l'engagement d'une personne à changer de comportement. Développé par les psychologues Miller et Rollnick dans les années 1990 [7], il a été testé avec succès dans de nombreux domaines de prévention (alcool, nutrition, activité physique, tabagisme, etc. [8]).

La littérature sur les autres stratégies éducatives de promotion de la vaccination montre le plus souvent leur faible efficacité pour modifier les croyances et les comportements. Une méta-analyse récente sur la communication souhaitée par les parents conclut que ceux-ci souhaitent à la fois plus d'information sur la vaccination, et que celle-ci soit claire, simple, équilibrée entre risques et bénéfices, adaptée à leurs besoins et fournie en temps opportun [9]. La question est donc : Quelle information est nécessaire et comment la délivrer aux parents ?

C'est ici que le recours à l'EM prend tout son sens. C'est une approche personnalisée qui implique une relation de partenariat : le professionnel de santé recueille les préoccupations d'une personne avec empathie et bienveillance afin de l'aider à résoudre son ambivalence et de la guider vers l'objectif d'un changement de comportement. L'EM applique les principes suivants : établir une relation de confiance en écoutant attentivement et sans jugement les préoccupations de la personne, sans chercher à corriger ses déclarations ou

à contre-argumenter ; comprendre les raisons spécifiques de ses préoccupations pour vérifier quelles informations pourraient augmenter sa perception de l'importance du comportement de santé ; délivrer ces informations avec son accord et en collaboration avec elle pour soutenir son choix personnel ; tenter d'orienter la conversation vers une position plus favorable au comportement de santé, tout en respectant son autonomie personnelle, en favorisant un partenariat et en évitant la discorde.

### Une intervention menée par des sages-femmes formées

L'étude conduite entre fin 2021 et fin 2022 dans deux maternités de la région Paca (Saint-Joseph à Marseille et Sainte-Musse à Toulon) a comparé

l'impact de l'entretien motivationnel (EM), dont a bénéficié le « groupe intervention », à celui de la remise d'une brochure sur la vaccination, dont a bénéficié le « groupe témoin », sur les attitudes des mères (ou des couples) concernant la vaccination. Des auto-questionnaires ont été complétés par les participants avant l'entretien ou avant la remise de la brochure (T0), après l'entretien ou après la lecture de la brochure avant la sortie de la maternité (T1) ; environ sept mois plus tard (T2), un questionnaire a été réalisé en ligne ou par téléphone.

Les entretiens, d'une durée moyenne de 15 minutes, ont été conduits par trois sages-femmes, formées aux principes et aux techniques de l'EM adapté à la vaccination. Cette

## L'EXPÉRIMENTATION DU QUÉBEC

Dans le domaine de la vaccination, l'efficacité de l'entretien motivationnel a été démontrée au Québec auprès des parents de nouveau-nés. Celui-ci a été réalisé lors de l'hospitalisation post-partum en maternité pour leur permettre de se préparer à la vaccination de leur nourrisson, avant la consultation de prescription de vaccins deux mois plus tard. Cette stratégie d'intervention intitulée Promovac a permis d'atteindre la majorité des parents dans un laps de temps compatible avec la tenue de cet échange. Trois études (une étude de cohorte régionale, deux essais clinique randomisés) ont démontré son efficacité, avec les meilleurs résultats de toute la littérature sur la promotion de la vaccination [1,2]. Elles ont constaté une augmentation de l'intention de vaccination des parents de 12 % à 17 %, une diminution de 40 % d'un score mesurant le degré d'hésitation vaccinale et une progression des couvertures vaccinales de 9 % entre la naissance et l'âge de 2 ans. La satisfaction des parents vis-à-vis de l'entretien était excellente (97 %). Suite à ces résultats probants, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Agence canadienne de santé publique ont généralisé la stratégie éducative fondée sur l'entretien motivationnel (EM) à l'ensemble des maternités du Québec depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, avec le programme Entretien motivationnel en

maternité pour l'immunisation des enfants (Emmie) [3].

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Briss P. A., Rodewald L. E., Hinman A. R., Shefer A. M., Strikas R. A., Bernier R. R. *et al.* Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, janvier 2000, vol. 18, suppl. 1 : p. 97-140. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10806982/>
- [2] Gagneur A., Battista M.C., Boucher F.D., Tapiero B., Quach C., De Wals P., *et al.* *Promoting vaccination in maternity wards – motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre- and post-intervention RCT-nested study*, Québec, March 2014 to February 2015. *Euro Surveill.* 2019 Sep;24(36). En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31507265/>
- [3] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. *Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE)*. Québec : MSSS, mis à jour le 2 août 2019. En ligne : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/programme-d-entretien-motivationnel-en-maternite-pour-l-immunisation-des-enfants-emmie>

formation s'est déroulée en deux temps : pour renforcer leurs connaissances sur la vaccination, elles ont suivi le module de e-learning<sup>3</sup> proposé en accès libre par le comité régional d'éducation à la santé (Cres) Paca d'une durée de 5 h 30 sur les principes de la vaccination, la politique vaccinale française, les spécificités de chaque vaccin infantile, etc. ; un guide de 66 pages leur a été remis, rassemblant des informations sur les vaccinations pour répondre aux questions des parents. Puis, une formation à l'EM adapté à la vaccination leur a été dispensée par l'équipe ayant mené le projet au Québec. Un atelier de deux jours et demi en présentiel a été mené pour s'initier aux savoir-être et savoir-faire de cette approche, comprendre les mécanismes de l'entretien motivationnel dans le contexte de l'hésitation vaccinale, réaliser les interventions éducatives, et expérimenter cette méthode. Après une mise en pratique pendant un mois, une séance collective de 2 h 30 en visioconférence et deux séances de coaching individuel de 2 heures ont eu lieu pour renforcer les compétences.

### L'évaluation du projet apporte des résultats probants

Plus de 700 mères ou couples ont participé à l'étude, sachant qu'un quart des mères approchées et éligibles ont refusé, invoquant majoritairement un état de fatigue. Les analyses ont montré qu'en immédiat (T1), l'entretien motivationnel (EM) réduisait le score d'hésitation vaccinale des mères de 33 % (- 17 % dans le groupe témoin) et augmentait la certitude de faire vacciner son enfant à 2 mois de 8 % (+ 1 % dans le groupe témoin)<sup>4</sup>. Ces effets se maintenaient à 7 mois. Par ailleurs, ceux-ci ont été également observés parmi les personnes les moins diplômées et disposant de moins de ressources financières, soulignant ainsi l'efficacité de l'intervention pour les publics défavorisés.

Plus de 95 % des participantes ayant bénéficié de l'EM ont déclaré l'avoir apprécié, l'avoir trouvé utile, et ont recommandé son extension à d'autres maternités. La quasi-totalité des personnes (96 %) ont déclaré que l'entretien avait respecté leur opinion sur la vaccination, reflétant que les

sages-femmes ont su respecter l'autonomie des patientes, une compétence essentielle de l'EM pour établir la relation de confiance et qui contribue grandement à la satisfaction des mères ainsi qu'au maintien des effets de l'intervention dans le temps. En effet, en laissant la patiente faire elle-même, en autonomie, son chemin vers le changement, l'impact n'en est que plus fort et plus ancré. Par ailleurs, 95 % d'entre elles ont estimé que l'intervention avait été réalisée à un moment opportun et 95 % ont trouvé sa durée appropriée, malgré les nombreuses sollicitations des mères pendant cette période.

L'impact de l'entretien motivationnel sur l'hésitation vaccinale des mères et sur leurs intentions de vaccination à court et moyen termes, ses effets auprès des populations plus défavorisées et la satisfaction des parents à l'égard de plusieurs aspects du programme sont autant d'éléments qui montrent l'efficacité et la faisabilité de cette intervention à la maternité et qui

plaident en faveur d'un déploiement à plus grande échelle pour augmenter la confiance vaccinale. Des réflexions sont en cours, en région Paca, pour cibler prioritairement les maternités où la sous-vaccination et les retards vaccinaux des enfants sont les plus importants et pour tester l'efficacité de l'EM sur la vaccination des femmes enceintes, ainsi que sur d'autres thématiques de la périnatalité. ■

1. Article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

2. Le projet Motivac-Mater a été réalisé par l'observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca), en partenariat avec la cellule Paca-Corse de Santé publique France, l'université de Sherbrooke au Québec, Les formations Perspective santé Inc. et le comité régional d'éducation pour la santé (Cres Paca). Il a été financé par l'agence régionale de santé (ARS Paca) et Santé publique France.

3. Formation à distance et en ligne (NDLR).

4. Début 2024, cette expérimentation a été inscrite dans le Registre des interventions efficaces/prometteuses en prévention et promotion de la santé, piloté par Santé publique France.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Larson H. J., de Figueiredo A., Xiaohong Z., Schulz W. S., Verger P, Johnston I. G. *et al.* The State of vaccine confidence 2016: Global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*, oct. 2016, vol. 12 : p. 295-301. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078590/>
- [2] Ministère de la Santé et de la Prévention, Santé publique France, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Assurance maladie. *Troisième bilan annuel des obligations vaccinales du nourrisson*. Paris : Direction générale de la santé, novembre 2022 : 44 p. En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_3eme\\_annee\\_obligations\\_vaccinales.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_3eme_annee_obligations_vaccinales.pdf)
- [3] Vaux S., Gautier A., Nassany O., Bonmarin I. Vaccination acceptability in the French general population and related determinants, 2000-2021. *Vaccine*, 6 octobre 2023, vol. 41, n° 42 : p. 6281-6290. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X23010186>
- [4] Santé publique France. *La rougeole : Données* [Internet]. mis à jour le 26 janvier 2024. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/donnees/#tabs>
- [5] Collange F., Zaytseva A., Pulcini C., Bocquier A., Verger P. Unexplained variations in general practitioners' perceptions and practices regarding vaccination in France. *European Journal of Public Health*, 1<sup>er</sup> février 2019, vol. 29, n° 1 : p. 2-8. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085024/>
- [6] Gagneur A., Lemaître T., Gosselin V., Farrands A., Carrier N., Petit G., *et al.* A postpartum vaccination promotion intervention using motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study. *BMC Public Health*. 2018 Jun 28; 18(1):811. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5724-y>.
- [7] Rollnick S., Miller W. R., Butler C. *Motivational Interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York : Guilford Press, 2007 : 210 p.
- [8] Fortini C., Daepfen J. B. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*, 2011, vol. 31, n° 3 : p. 159-165. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2011-3-page-159.htm>
- [9] Ames H. M., Glenton C., Lewin S. Une synthèse des preuves qualitatives portant sur les expériences et points de vue des parents et des proches aidants concernant la communication sur la vaccination systématique des enfants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 7 février 2017. En ligne : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011787.pub2>



# Une boîte à idées pour s'adapter aux fortes chaleurs

## Agnès Verrier,

chargée d'expertise en santé-environnement, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Dans le cadre du Plan national canicule<sup>1</sup> [1], destiné à anticiper les risques sanitaires en lien avec la canicule et à les prévenir, des outils de prévention ont été élaborés par Santé publique France pour sensibiliser la population en amont d'un épisode caniculaire et pour rappeler les gestes à adopter pendant un tel moment. En parallèle, des études ont régulièrement fait le point sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population générale vis-à-vis de la canicule [2 ; 3]. Elles ont mis en évidence un défaut persistant de perception du risque sanitaire pour soi, y compris parmi les personnes âgées. En outre, en dépit d'un bon sentiment d'information, la population générale a toujours une connaissance parcellaire des gestes à adopter, des populations vulnérables à la chaleur et des signes d'hyperthermie ou de déshydratation.

Le dispositif de prévention, proposé depuis 2021, tient compte de ces résultats, et a mis en scène pour la première fois des populations vulnérables moins bien identifiées, comme les sportifs ou les travailleurs, en complément des personnes âgées et des jeunes enfants. Il a renforcé la communication sur les signes d'alerte et a aussi rappelé les gestes à adopter en cas de canicule.

L'évaluation de ce dispositif, menée en 2022, a confirmé un sentiment de bonne connaissance des messages des personnes interrogées, même s'ils ne sont toujours que partiellement compris et appliqués. À titre d'exemple, à partir d'une liste préétablie, 99 % des personnes interrogées savent qu'il faut boire régulièrement de l'eau et rester au frais en période de canicule. Ces proportions, extrêmement élevées, sont probablement à mettre en lien avec l'augmentation des épisodes caniculaires depuis 2015, qui exposent de plus en plus fréquemment la population aux messages de prévention. À travers les études, les personnes interrogées font aussi part de difficultés quant à la façon d'appliquer certains gestes de prévention : quel est le meilleur moment pour ouvrir les fenêtres ? Quels lieux publics fréquenter pour rester quelques heures au frais ? Elles identifient toujours aussi rarement les sportifs comme des personnes vulnérables à la chaleur. L'ensemble de ces constats a conduit Santé publique France à mettre en place un nouveau dispositif, en complément du dispositif de prévention canicule actuel. Il prend la forme d'un mini-site Internet, intitulé vivre-avec-la-chaueur.fr, qui propose des articles et des vidéos-tutorielles s'appuyant sur de nouveaux axes stratégiques centrés sur l'adaptation aux fortes chaleurs.

## Un dispositif orienté « bien-être et confort »

En premier lieu, pour prendre en considération le manque de perception d'un risque pour soi, un changement de paradigme a été opéré dans la communication : celle-ci met désormais en avant le bien-être ou le bénéfice des gestes à adopter plutôt que la notion de risque pour sa propre santé. En amont de sa mise en œuvre, l'impact potentiel de

## L'ESSENTIEL

Chacun a le sentiment de connaître les bons gestes pour se protéger des vagues de chaleur. Or, les études montrent que les recommandations des pouvoirs publics ne sont que partiellement comprises et appliquées. De même, le risque perçu pour sa propre santé est souvent minimisé, voire ignoré. C'est pourquoi le dispositif d'adaptation aux fortes chaleurs, qui complète le dispositif de prévention canicule, axe ses messages sur les notions de bien-être et de confort qui parlent à tous. Le mini-site Internet vivre-avec-la-chaueur.fr propose des articles et des vidéos pédagogiques rassemblant des conseils pratiques. Dans un premier temps, les contenus mis en ligne visent les personnes qui souffrent dans leur logement quand le thermomètre grimpe, ainsi que les sportifs.

cette nouvelle approche a été évalué : une expérimentation reposant sur les sciences comportementales a été mise en place, sous la forme d'un essai randomisé. Celui-ci a consisté à proposer à un échantillon de la population générale, réparti en quatre groupes aléatoires, les messages suivants : un message de prévention des risques pour « alerte canicule » (groupe contrôle), et trois messages de conseils. Le premier, de tonalité négative, est axé sur « un été gâché » ; le second, sur une tonalité positive, oriente l'internaute vers le bénéfice d'un « confort », et le dernier lui indique des « astuces » sur un ton positif. Les résultats de cet essai ont confirmé que les conseils, avec une tonalité positive et orientés vers le « confort » et vers les « astuces », étaient

Vagues de chaleur  
Des solutions simples pour s'en protéger





© Meyer\_Influence Floue

largement préférés par la population à l'approche plus didactique de la prévention des risques. Ce nouvel axe de communication ayant été retenu, le site Internet [vivre-avec-la-chaueur.fr](http://vivre-avec-la-chaueur.fr) offre des contenus concrets, rassemblant conseils pratiques et astuces.

À terme, ce dispositif a vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes vulnérables à la chaleur, en raison d'un état (âge, pathologie, grossesse) ou de conditions de surexposition (logements mal isolés, pratique sportive...), pour qui des mesures individuelles de prévention sont possibles. Dans un premier temps, il s'adresse plus particulièrement à deux populations spécifiques : les personnes souffrant de la chaleur dans leur logement et les « sportifs ». Le choix de ces cibles a été guidé par les études qui ont montré qu'un individu sur cinq déclarait souffrir de la chaleur dans son habitation et que les sportifs surestimaient leur capacité à pratiquer un sport en période de fortes chaleurs [2 ; 3]. Par ailleurs, ces deux cibles ont déjà fait l'objet de recommandations détaillées émises par le Haut Conseil de la santé publique [4]. Le site [vivre-avec-la-chaueur.fr](http://vivre-avec-la-chaueur.fr) leur propose des mesures concrètes, sous forme de contenus écrits et de vidéos pédagogiques reprenant les messages essentiels et pouvant être visionnées indépendamment.

### **Des solutions pratiques, accessibles au plus grand nombre**

Les solutions pour garder une température confortable dans le logement tiennent compte à la fois de la possibilité d'effectuer des travaux, des ressources financières et du délai de mise en œuvre. Six textes courts et accessibles au plus grand nombre détaillent ce qui peut être fait : du meilleur moment pour ouvrir ses fenêtres à la réalisation de travaux d'isolation, en passant par des astuces pour optimiser l'utilisation d'un ventilateur ou par des conseils, comme avoir des plantes à l'extérieur de son logement en raison de leur pouvoir rafraîchissant. Si toutes les solutions décrites ne sont pas applicables par tous, elles peuvent fournir à chacun des opportunités pour adapter son logement dès que les températures augmentent. S'il n'est pas possible de maintenir une température confortable chez soi, un article liste des options pour passer quelques heures dans un lieu « frais ». Le site recommande également, en se basant sur la littérature scientifique, de ne pas recourir à la climatisation individuelle, à cause de ses effets délétères en termes de consommation d'énergie, d'émission de gaz à effet de serre et d'accroissement des inégalités sociales [5]. Ces contenus

ont été élaborés en s'appuyant sur les travaux de l'Agence de la transition écologique (Ademe<sup>2</sup>).

Pour ce qui est des sportifs, il ne s'agit pas de leur conseiller de renoncer à leur pratique, mais de présenter des solutions pour qu'ils puissent l'adapter dès que les températures augmentent, en privilégiant, par exemple, une tenue adéquate ou en ajustant son hydratation. D'autres moyens permettent aussi de conserver une activité sportive : profiter de la fraîcheur du matin ou de salles rafraîchies, etc. Ces articles ont été rédigés en collaboration avec un spécialiste de physiopathologie de l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (Insep).

### **Ancrer les gestes de prévention dans le quotidien**

Le dispositif d'adaptation aux fortes chaleurs s'est imposé en raison de l'évolution des canicules, de plus en plus précoces, intenses, longues et nombreuses, mais aussi à cause des températures élevées sur de longues périodes estivales notamment dans la partie sud de l'Hexagone [6]. Ces conditions météorologiques, présentes depuis quelques années, combinées à la persistance d'impacts sanitaires en lien avec la chaleur tout au long de l'été [7], justifient pleinement la promotion



d'actions dès que les températures augmentent. Par ailleurs, puisque les personnes se déclarant en bonne santé [3] n'adoptent des gestes de prévention qu'en fonction de leur ressenti et non par anticipation, le dispositif d'adaptation aux fortes chaleurs vise à ancrer dans le quotidien de nouvelles habitudes de vie. C'est pourquoi la campagne de promotion à grande échelle du site à visée pédagogique se déroule en mai 2024, avec des actions ponctuelles au cours de l'été : des spots radio et des animations sont diffusés sur les réseaux sociaux à destination de la population générale et en particulier des adultes résidant dans les zones (péri)urbaines, issus des classes sociales défavorisées ou des étudiants. Elle encourage déjà de nouveaux gestes de protection afin que les habitants les adoptent en amont des fortes chaleurs. En période de canicule, le dispositif de prévention canicule prend le relais pour sensibiliser et promouvoir les gestes adaptés. Lors d'une première campagne de communication, au printemps 2023, trois spots radio [8-10] avaient été diffusés, qui mettaient en avant des conseils pratiques pour adapter son logement ou son activité physique quand les températures augmentent.



© Pascal Almar, Tendresse Fleur

Pour que les contenus du site vivre-avec-la-chaueur.fr soient portés à la connaissance du plus grand nombre, il est prévu de mobiliser un réseau de partenaires de proximité afin de mettre en place une démarche d'« aller-vers ». Ces collaborations assureront leur diffusion auprès des deux premières populations-cibles.

Compte tenu du caractère innovant de ce dispositif, une évaluation va accompagner son déploiement. En fonction des résultats, des ajustements pourront être envisagés dans l'année. Par la suite, d'autres populations

vulnérables à la chaleur devraient entrer dans son périmètre, et des contenus supplémentaires enrichiront alors le site. ■

1. Le Plan national canicule, proposé pour la première fois en 2004, a été transformé en une disposition spécifique de l'Organisation de la réponse de sécurité civile – Orsec : gestion sanitaire des vagues de chaleur, en 2021.

2. <https://www.ademe.fr/>

#### Pour en savoir plus

● <https://vivre-avec-la-chaueur.fr>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Guide ORSEC gestion sanitaire des vagues de chaleur*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 10 juin 2021. En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_orsec\\_vagues\\_de\\_chaleur\\_2021\\_05\\_18.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsec_vagues_de_chaleur_2021_05_18.pdf)

[2] Laaidi K., Perrey C., Léon C., Mazzoni M., Beaudou P. Connaissances et comportements des Français face à la canicule. *La Santé en action*, 2019, n° 448 : p. 47-48. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaueurs-canicule/documents/article/connaissances-et-comportements-des-francais-face-a-la-canicule>

[3] Verrier A., Rey J., Salvaing L., Gorza M., Bonmarin I. Freins à l'adoption des gestes de prévention en période de canicule. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22 mars 2022, n° 6 : p. 116-121. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/2022\\_6\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/2022_6_1.html)

[4] Haut Conseil de la santé publique. *Recommandations sanitaires du Plan national canicule 2014*. Paris : HCSP, coll. Rapport, 2014 : 156 p. En ligne :

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=418>.

[5] Jay O., Capon A., Berry P., Broderick C., De Dear R., Havenith G *et al.* Reducing the health effects of hot weather and heat extremes: from personal cooling strategies to green cities. *The Lancet*, 2021, vol. 398, n° 10301 : p. 709-724. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34419206/>

[6] Météo-France. 2023 : *Les bilans climatiques*. 29 janvier 2024. En ligne : <https://meteofrance.fr/actualite/publications/2023-les-bilans-climatiques>.

[7] Santé publique France. *Bulletin de santé publique canicule. Bilan été 2022*. 22 novembre 2022. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaueurs-canicule/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-canicule-bilan-ete-2022>

[8] Verrier A. *Prévention fortes chaleurs : adapter son logement*. Santé publique France, 22 juin 2023. En ligne : [https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaueurs-canicule/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-canicule-bilan-ete-2022](https://soundcloud.com/user-511896662/interview-dexpert-prevention-1?utm_source=www.santepubliquefrance.fr&utm_campaign=wtshare&utm_medium=widget&utm_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterview-dexpert-prevention-1)

[www.santepubliquefrance.fr&utm\\_campaign=wtshare&utm\\_medium=widget&utm\\_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterview-dexpert-prevention-1](https://www.santepubliquefrance.fr&utm_campaign=wtshare&utm_medium=widget&utm_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterview-dexpert-prevention-1).

[9] Verrier A. *Prévention fortes chaleurs : mieux supporter les fortes chaleurs chez soi*. 22 juin 2023. En ligne : [https://soundcloud.com/user-511896662/interviews-dexpert-pr-1?utm\\_source=www.santepubliquefrance.fr&utm\\_campaign=wtshare&utm\\_medium=widget&utm\\_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterviews-dexpert-pr-1](https://soundcloud.com/user-511896662/interviews-dexpert-pr-1?utm_source=www.santepubliquefrance.fr&utm_campaign=wtshare&utm_medium=widget&utm_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterviews-dexpert-pr-1).

[10] Brocherie F. *Prévention fortes chaleurs : adapter son activité physique*. 22 juin 2023. En ligne : [https://soundcloud.com/user-511896662/interviews-dexpert-pr-vention?utm\\_source=www.santepubliquefrance.fr&utm\\_campaign=wtshare&utm\\_medium=widget&utm\\_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterviews-dexpert-pr-vention](https://soundcloud.com/user-511896662/interviews-dexpert-pr-vention?utm_source=www.santepubliquefrance.fr&utm_campaign=wtshare&utm_medium=widget&utm_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fuser-511896662%252Finterviews-dexpert-pr-vention).

Vagues de chaleur

Des solutions simples pour s'en protéger

**Avant  
les fortes chaleurs,  
préparez  
votre logement.**

**Tous les gestes simples sur  
[vivre-avec-la-chaueur.fr](http://vivre-avec-la-chaueur.fr)**