

DOSSIER TECHNIQUE



Source image : Stocklib

PLACE DES PARENTS N° 8 EN PROMOTION DE LA SANTÉ



DÉCEMBRE 2016

2^{de} édition mai 2017

Réalisation

Emmanuel DELMAS

Interne en santé publique et médecine sociale

Dr Isabelle MILLOT

Directrice, médecin spécialiste en santé publique

Agathe SANDON

Chargée d'ingénierie documentaire

IREPS Bourgogne Franche-Comté

2 place des savoirs, Le Diapason, 21000 Dijon

Tél. : 03 80 66 73 48

contact@ireps-bfc.org

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
LA PARENTALITÉ	4
LE CADRE LÉGISLATIF EN FRANCE	6
LE SOUTIEN A LA PARENTALITÉ EN FRANCE.....	8
• Les acteurs.....	8
• La politique actuelle autour de la parentalité.....	12
LES ACTIONS EN MATIÈRE DE PARENTALITÉ	18
• Recensement des actions de terrain pour la parentalité afin de lutter contre les inégalités sociales de santé (Société française de santé publique - SFSP)	18
• Projet PANJO - Développer les compétences parentales et le bien être du couple mère-enfant (PMI)	19
• Impliquer les parents dans le soutien à la parentalité.....	24
➤ Un nouveau champ de possibilités : l'empowerment des parents.....	24
➤ Une action participative en parentalité : Les Universités Populaires des Parents (UPP).....	26
➤ Fédérer les acteurs en région : un espace d'échanges de pratiques pour les professionnels (Ireps Bourgogne).....	28



INTRODUCTION

Quand on parle d'éducation et du devenir des enfants, il est inévitable de penser aux parents et à la structure qui les unit, à savoir la famille. Ces derniers sont, en théorie, la première source d'affection, de contacts sociaux et d'apprentissage de ces enfants. Ils sont l'un des facteurs majeurs de leur bon développement et de leur bien-être. Le but étant qu'à terme, ces enfants deviennent de jeunes adultes épanouis et bien armés pour affronter les défis de la vie.

Cette dynamique se construit au sein d'une matrice culturelle, politique, économique et sociale qui conditionne plus ou moins le potentiel et le devenir du processus.



Coulon N. La parentalité comme système de collaboration (1)

Durant ces dernières décennies la notion de parent, de charge parentale ou de parenté, et les représentations qui y sont associées ont énormément évolué, pour aboutir à la construction de la notion de parentalité.

En parallèle la promotion de la santé, champ de la santé publique dont les principes majeurs ont été définis dans la charte d'Ottawa (OMS 1986), souligne l'importance et l'interdépendance des différents champs sociaux et environnementaux dans la prise en charge globale des problèmes de santé.

Celle-ci considère la santé comme un paramètre dynamique, dont les déterminants qui la conditionnent dépassent la sphère physiologique et épidémiologique : une action durable sur la santé des populations n'est possible qu'en agissant à plusieurs niveaux en accord avec des partenaires issus de milieux et disciplines très divers.

Un intérêt particulier est porté sur l'apport et l'acquisition non seulement de savoirs, mais aussi (et surtout) de savoir faire chez les individus ciblés, dans le but de les rendre responsables de la prise en charge de leur santé. L'objectif visé étant le bien-être des populations, idéalement construit sur la base de leur propre autonomie.





Les 5 grands axes d'intervention en promotion de la santé (Charte d'Ottawa - représentation Ireps BFC)

On voit ainsi que ces deux champs se recoupent : le bien être des enfants passe par un déterminant majeur que sont les parents, eux-mêmes intriqués dans une trame qui les intègre et les dépasse. La question est donc autant de savoir comment agir sur et avec les parents pour garantir la santé des populations futures, que de savoir comment amener les parents à occuper par eux-mêmes une place dans les actions et décisions visant à garantir ce futur.

Depuis plusieurs années bon nombre de professionnels travaillent, élaborent et agissent en vue de répondre à ces objectifs. Le présent dossier a pour but d'exposer les bases de la problématique et de faire un bref état des lieux de ce qui a été fait dans ce domaine depuis ces dernières années. Ceci en commençant par présenter brièvement quelles sont ces évolutions auxquelles les notions de famille et parents sont exposées depuis ces 60 dernières années.

LA PARENTALITÉ

Les parents sont par définition toutes les personnes adultes ayant pour responsabilité d'élever un enfant.

Traditionnellement les parents sont un couple d'individus, homme (le père) et femme (la mère). Définis par leur alliance et filiation, ils ont pour rôle d'éduquer leur enfant en accord (en théorie) avec les normes sociales et culturelles de la communauté à laquelle ils



appartiennent. Ce trépied père/mère/enfants définit la famille traditionnelle ou nucléaire (1), structure qui a une reconnaissance sociale, juridique et législative.

Cependant, en France comme ailleurs, lesdites normes et structures ont connu de grandes mutations, conduisant à la reconnaissance progressive que la fonction de parent peut être exercée selon d'autres modèles et avec d'autres individus.

Les origines de ces changements remontent à loin, mais leurs implications se sont faites apparentes durant la deuxième moitié du 20^e siècle (1). D'abord par la progressive émancipation des femmes dans les années 60, les conduisant à revendiquer plus d'indépendance dans leur choix de vie et de carrière. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ceci. Comme par exemple l'acquisition d'un meilleur bagage intellectuel pour un plus grand nombre de femmes, du à un accès facilité aux études supérieures, le gouvernement ayant repoussé la scolarisation obligatoire jusqu'au secondaire en 1933.

Ensuite vient l'adhésion dans les années 60~70 des différentes sociétés aux valeurs promouvant l'individu comme entité remarquable en conjonction d'un meilleur niveau d'éducation des populations. Cet individualisme a su se développer sur les bases de l'émergence du capitalisme et de la laïcisation des sociétés. Il a amené les individus à interroger leur rôle au sein de leur communauté et à le critiquer si celui-ci s'avérait trop intrusif vis-à-vis de la façon dont eux-mêmes envisageaient leur vie.

Enfin par le développement des techniques de procréation médicalement assistée, bouleversant les représentations standards des populations sur la notion de filiation (2).

Ceci donne lieu à une remise en cause de notions jusqu'ici peu contestées comme le caractère autoritaire des institutions ou le caractère considéré sacré et irréversible du mariage. En parallèle on constate l'émergence de nouveaux paradigmes comme l'égalité des sexes et la revendication à plus d'autonomie. Cette mutation des représentations qu'ont les individus sur la façon de mener leur existence va fortement impacter la structure familiale traditionnelle. Aujourd'hui, bien que sa fonction reste globalement la même, il n'est plus possible de la définir selon un seul cadre. Plusieurs structures coexistent (4) nommées en fonction de qui sont les garants de la charge parentale (monoparentalité, etc.), aussi appelée parenté.

La notion de **parentalité** définie par le CNSP (Comité National de Soutien à la Parentalité) comme « l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent » (3) est en fait une extension de la notion de parenté, devenue nécessaire à consolider devant la diversification soudaine des notions de familles et de parents.

Selon les études menées par le Dr Houzel (1,5) et son équipe, cette notion comporte au moins trois dimensions distinctes que sont la pratique de la parentalité, l'expérience de la parentalité et l'exercice de la parentalité.



- La première fait référence à l'ensemble des tâches domestiques qui incombent à tout individu ayant à charge un enfant et aux compétences parentales pratiques.
- La seconde renvoie aux notions subjectives et intimes d'affects et de ressentis et fait référence aux aspects psychologiques de la fonction parentale, à la construction du lien entre parent et enfant ainsi que son évolution en fonction du temps, de l'environnement et de l'état de santé des différents partis.
- Enfin la troisième dimension aborde les aspects sociaux, légaux et administratifs de la fonction parentale, au travers de ses droits et ses devoirs au sens civique. Tous ces éléments peuvent nous en dire beaucoup sur les représentations qu'ont les sociétés à propos de la famille et des parents, ainsi que sur le rôle qu'elles ont décidé d'assigner à ces derniers.

Ce terme de parentalité a l'avantage d'être polymorphe et neutre, pouvant être adapté aux nouvelles compositions familiales (monoparentalité, homoparentalité, famille recomposée) (6). De plus, en basant ses fondements sur la fonction et non sur le type et le genre de l'individu assurant cette charge, l'usage de ce terme peut être élargi et appliqué aux autres acteurs en dehors du cercle familial (animateurs/éducateurs).

Cette souplesse dans la définition rend ce mot facilement employable, utilisé de plus en plus par les médias et politiques et remplaçant le terme plus restrictif de famille au sein des milieux sociaux et juridiques, bien que sa définition exacte fasse toujours débat (7). Son caractère multidimensionnel permet, dans une certaine mesure, de fédérer des acteurs issus de champs d'études distincts ; les amenant à réfléchir ensemble autour de la question familiale, en constante mutation suite aux bouleversements de ces 60 dernières années.

LE CADRE LÉGISLATIF EN FRANCE

Afin de palier l'émergence de ces nouvelles problématiques, les législateurs ont dû retravailler en profondeur l'ensemble des lois associées à l'enfant et la famille. Le présent tableau tend à résumer les principales innovations qui ont été faites. Il se découpe en trois grands axes (1):

- Le droit des familles
- Éthique et procréation
- Aide au parent et protection de l'enfant



Droit des familles	<ul style="list-style-type: none"> • 1987 (8): Reconnaissance du caractère conjoint de l'autorité parentale, qu'il y ait divorce ou non – première reconnaissance de la notion de Coparentalité. • 2002 (8): Loi sur l'autorité parentale autorisant et légiférant sur la garde en alternance. Reconnaissance de la coparentalité même chez les familles désunies. • Le Pacte Civil de Solidarité (PACS) créé en 1999 et revu en 2005 permet la reconnaissance au plan législatif de l'homoparentalité et des unions libres. • Loi du 17 mai 2013 (9) dit du "mariage pour tous", permettant au couple de même sexe d'avoir accès à tous les avantages de cette institution.
Éthique et procréation	<ul style="list-style-type: none"> • 1987 : Création du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), en réaction à la naissance du premier enfant issu de FIV en 1984 (10). Sa mission initiale était d'apporter des recommandations aux questions sur l'aide médicale à la procréation (AMP), avant d'être élargie à d'autres thèmes à mi-chemin entre santé et éthique. • Les lois bioéthiques de 1999 apportent les premiers fondements d'une législation claire sur ces thèmes. Un texte relatif aux données nominatives. Un deuxième sur le respect du corps. Un troisième traitant de l'usage des produits issu du corps humain et de la réglementation de l'AMP/du diagnostic prénatal. • 2004 : Première révision des lois bioéthiques. Ajout de nouvelles prérogatives associées au troisième texte avec l'interdiction du clonage, de la recherche sur embryon et la création de l'Agence de la biomédecine. • 2011 : Deuxième révision de ces lois (11). De nouvelles modalités sur l'usage des techniques d'AMP et l'encadrement de leur évolution.
Aide aux parents et protection de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • La Sécurité sociale, créée en 1945 et régie par le code du même nom est le plus ancien pourvoyeur d'aide aux parents et à la famille via la Caisse Nationale des Allocations Familiales (Cnaf). • 1989 : Date de la mise en place par l'ONU de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). Fondée sur quatre principes que sont la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à la vie/au développement et le respect de l'opinion de l'enfant ; elle a pour but de protéger les droits spécifiques à ces



	<p>derniers. Cette convention va influencer les réflexions futures sur les textes en rapport avec ce thème.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création en 1999 des Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap). Il s'agit d'un réseau transversal impliquant plusieurs institutions, visant à mettre en valeur les compétences parentales et à conforter les parents sur ces dernières en cas de nécessité. • Loi de protection de l'enfant en 2007 (12). Première loi française faisant de la prévention (des situations de violence et de maltraitance) son principal axe de législation sur ce thème. Son application passe principalement par des dispositifs déjà bien ancrés tels que les services d'Aide Sociale à l'Enfance (Ase) et les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). • Réforme de la loi protection de l'enfant en 2016 (13) : Élargissement des perspectives sur le principe de la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant. Renforcement de l'action de prévention autour de l'enfant, à tout âge, et de l'accompagnement de son autonomisation en particulier. Création d'un Conseil National de la Protection de l'Enfant pour une meilleure collaboration entre les différents acteurs.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LE SOUTIEN A LA PARENTALITÉ EN FRANCE

- Les acteurs

En France, la politique familiale s'articule autour de trois grands échelons : le niveau national, le niveau régional/interrégional et le niveau local.

Pour un rapide aperçu des acteurs, voir le tableau récapitulatif produit par l'Inpes dans son dossier « Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité » paru en 2013 (1).

Au niveau national, c'est le gouvernement qui définit les politiques de santé publique. Ce dernier, via le ministère des Affaires sociales et de la Santé définit l'orientation des politiques familiales et du financement de la branche famille de la sécurité sociale. Il fait cela en concertation avec le Haut Conseil des Familles, aujourd'hui partie intégrante du Haut Conseil des Familles de l'Enfant et des Âges (HCFEA) (14). Ce conseil travaille en étroite collaboration avec les représentants et les acteurs du milieu familial dans l'élaboration de ces recommandations auprès de l'État.



Parmi les autres acteurs se trouve le CNSP, créé le 2 novembre 2010 (3), dont le rôle est de contribuer précisément à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures en faveur du soutien à la parentalité. Au sein du comité figure la majorité des acteurs nationaux sur la parentalité.

Les différentes instances siégeant au CSNP
Le ministère des Affaires sociales et de la Santé , via les membres de la Direction Générale de Santé (DGS), la Direction Général de L'offre de Soins (DGSO) et la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGSC , sous l'autorité conjointe de plusieurs ministères).
Les autres ministères ayant un rapport avec la parentalité tel que le ministère du Travail et de l'Emploi, de la Justice, du Sport et de la Jeunesse, et celui de l'Éducation Nationale .
La Caisse Nationale d'Allocations Familiales (Cnaf) , en charge de la branche famille de la sécurité sociale. C'est elle qui assure le versement des prestations familiales, ainsi qu'une bonne part des financements de l'équipement collectif des crèches, garderies et centres de loisirs des jeunes. Elle assure aussi le financement de beaucoup de projets en rapport avec le soutien à la parentalité.
Les représentants des principales associations agissant en faveur de la parentalité. Nous en citerons quelques unes telles que l'Union Nationale des Associations Familiales (Unaf), l'Association des collectifs enfants, parents, professionnels (Acepp), le Centre national d'information sur le droit des femmes et des familles (Cnidiff).
L' Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) qui est chargée de renforcer la cohésion sociale des territoires et des villes. Elle assure de ce fait la gestion et le financement des programmes d'action de développement social des quartiers prioritaires tels que les écoles de la deuxième chance (E2C) et les ateliers santé ville (ASV) .

D'autres acteurs peuvent être cités tels que :

- Le **Conseil National de Pilotage (CNP)** supervisant les **Agences Régionales de Santé (ARS)**.
- L'**Observatoire National de la Protection de l'Enfant (ONPE)**, qui a vu son importance grandir avec la dernière loi sur la protection de l'enfant. Il a pour rôle d'appuyer les politiques de protection de l'enfance, travaillant ainsi avec les acteurs du champ de l'enfance.



- **Santé publique France**, qui fédère les instances de l'Inpes, de l'InVS et de l'Eprus. L'agence prend en charge l'ensemble des champs de la santé publique sur le territoire national, de la recherche clinique à la promotion de la santé. Ces missions incluent celles de l'ex-Inpes. Ceci comprend la mise en œuvre des politiques de promotion et d'éducation à la santé sur le territoire national. Cela se fait par l'élaboration de projets, de formations et la fourniture de guides et ressources documentaires promouvant cette démarche.

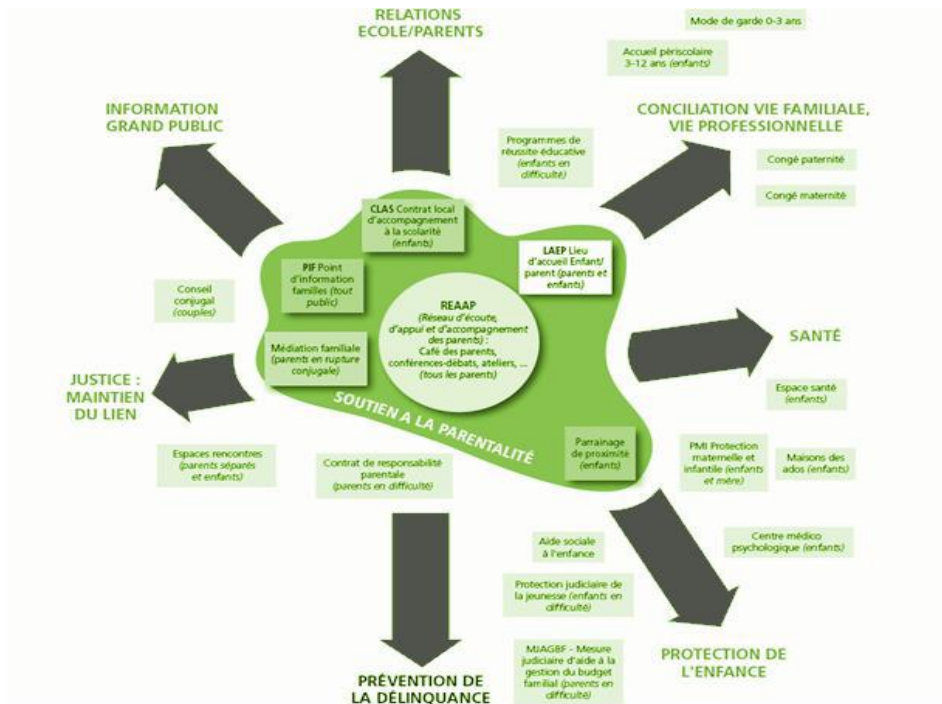
Au niveau régional et interrégional se trouvent toutes les instances relayant et appliquant les décisions prises en amont.

Les **ARS** sont les pilotes du système de santé au niveau régional. Elles ont pour mission la mise en œuvre des politiques de santé définies au niveau national. Leur tâche est d'adapter ces politiques au territoire qu'elles administrent, en finançant, entreprenant et promouvant toute initiative allant dans le sens de ces politiques. Elles constituent un acteur majeur dans toute action en lien avec la santé sur une région.

Les **Reaap** sont des dispositifs conçus en 1999, en réaction au bouleversement qu'a connu le milieu familial durant les dernières décennies, dans le but d'aider les parents. Leurs missions consistent à valoriser et encourager les parents sur leurs compétences tout en favorisant leur développement (15). L'objectif étant de prévenir les difficultés des familles, pouvant compromettre le bien-être et la sécurité de l'enfant. Ceci passe par l'élaboration, la mise en œuvre et la promotion de toute initiative en faveur de la parentalité.

Un tel mode opératoire a poussé ces réseaux à multiplier les partenariats de tous bords dans le champ de la parentalité, des instances locales aux structures nationales. Ces réseaux constituent une interface fondamentale mettant en lien quasiment tous les acteurs travaillant dans le soutien à la parentalité.





Les dispositifs nationaux d'accompagnement à la parentalité (source UNAF)

An niveau local se trouve une multitude de petites et moyennes structures, agissant en fonction de leurs objectifs et de leurs moyens.

Les **communes** n'ont pas d'obligation spécifique vis-à-vis du soutien à la parentalité, leur implication directe dans ce domaine se fait donc à leur discrétion. Elles ont toutefois un impact indirect fort dans le domaine car elles sont pourvoyeuses de locaux et participent aux financements des centres d'animations et des associations œuvrant sur leur territoire.

Les services de **PMI** (Protection Maternelle et Infantile), créés en 1945 initialement pour lutter contre la mortalité infantile, sont des structures locales sous la gouvernance des conseils départementaux et dirigés par un médecin référent. Au fil des années, leurs prérogatives ont été élargies à toutes les actions de prévention et de promotion de la santé axées autour de la mère, des jeunes enfants et des futurs parents (12). Leurs 5 principaux champs d'action sont aujourd'hui la protection maternelle en période de grossesse, le suivi et la prévention en santé des enfants de moins de 6 ans, la mise en œuvre des activités de planification familiale, le contrôle des services et établissements d'accueil des jeunes enfants, ainsi qu'une activité épidémiologique de collecte et d'analyse des données en rapport avec leur champ d'action. Leurs priorités sont définies au cas par cas, suivant les besoins identifiés par les différents départements.

Ces services implantés dans tous les territoires mettent en contact les parents avec des professionnels de santé à même de répondre à leurs difficultés. Ils sont reconnu comme un



acteur majeur dans le soutien aux nouveaux parents et dans la prévention durant la période de la petite enfance. Leur travail à la frontière de la santé et du social a été conforté et renforcé par la loi de protection de l'enfant en 2007, faisant d'eux des acteurs de proximité de choix dans la protection de l'enfant et le soutien à la parentalité au niveau local (1).

Les **Lieux d'accueils Enfant/Parents** (Laep) sont des structures fondées dans les années 90 (16,17) sous la tutelle de la Cnaf. Ce sont des espaces de rencontre réservés à l'accueil des enfants de moins de 6 ans accompagnés de leurs parents, en présence de personnes chargées de les écouter et d'animer les lieux. L'objectif est de favoriser le lien parent-enfant et le bien-être de ces enfants via la sociabilisation des familles.

Dispositifs référencés en 2002 et revalorisés récemment en 2015, ils ont jusqu'ici répondu à leurs objectifs (18).

Les **Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité** (CLAS) sont des dispositifs créés en 2000 et destinés principalement aux familles avec enfants en difficulté scolaire. Ils ont pour objectif d'apporter un soutien scolaire et un support culturel auprès des enfants en difficulté tout en aidant à l'établissement d'une relation durable entre l'école et les parents. Ceci pour inciter ces derniers à suivre l'évolution scolaire de leurs enfants. Le dispositif est en cour d'évaluation (18).

La **médiation familiale** est un dispositif apparu en 2002. Inspiré de ce qui est fait au Canada, elle a pour but d'apporter une solution alternative au recours judiciaire dans la résolution des conflits autour de la famille (divorce/succession conflictuelle) (19). Le principe consiste à envoyer, si les parties sont consentantes, un tiers indépendant et qualifié (le médiateur) dont l'objectif est d'aider à renouer le dialogue pour résoudre le conflit. Il est aujourd'hui l'un des dispositifs les mieux structurés d'un point de vue législatif et fonctionnel, bien qu'il y ait encore de fortes disparités par territoire (18).

Les **Espaces de rencontre** sont des structures offrant aux familles un lieu de rencontre en cas de grave crise (20). Entretenus et encadrés par des psychologues, des thérapeutes et des travailleurs sociaux, ces lieux ont pour objectif de maintenir ou rétablir le lien parent-enfant au sein d'un cadre neutre et accueillant. Organisé depuis 2012 sur le modèle de la médiation familiale, le dispositif s'est réellement structuré depuis 2014 avec une homogénéisation claire des objectifs entre structures et un recensement des différents établissements existants (18).

- **La politique actuelle autour de la parentalité**

La politique en matière de famille en France a la particularité d'être construite en fort partenariat avec les professionnels et les associations familiales (21).



Selon le Pr Messu (sociologue et Professeur à l'université de Nantes) que ce rapprochement est avant tout pour l'État un moyen de légitimer d'autres politiques publiques au regard de la population, en les associant de fait aux notions respectueuses que véhicule le terme « famille » (21). Citons par exemple la réforme et revalorisation des allocations auprès des familles nombreuses en difficulté, avant et après la 2^{de} guerre mondiale pour supporter une politique nataliste, ou encore la dimension familiale dans le calcul des prestations sociales et sanitaires (21).

Jusqu'à récemment l'État a mené une politique interventionniste axée sur l'assistance principalement financière et médicale de l'unité familiale. Les bouleversements sociétaux depuis 60 ans l'ont amené à adapter la réglementation et à se doter de nouvelles instances auxquels le gouvernement délègue de plus en plus de prérogatives (22). L'émergence et le caractère polymorphe du terme parentalité (6) ont permis aux gouvernements d'élargir le champ des politiques publiques (21) tout en augmentant le nombre de partenaires potentiels avec qui partager et déléguer la charge de la bonne conduite de ces politiques. Beaucoup d'approches gardent un caractère contraignant ou autoritaire, comme la protection de l'enfant envisagée sous l'angle de la lutte contre la délinquance (1).

C'est en 1999 que le soutien à la parentalité entre officiellement dans le domaine des politiques de santé publique avec la création des Reaap (22). Viendront ensuite s'y associer un ensemble de nouvelles et d'anciennes structures, constituant un vaste dispositif dont le bon fonctionnement nécessite une collaboration étroite entre les professionnels du champ de la santé avec ceux du domaine politique, social et associatif (1).

Mettant en avant la valorisation des compétences parentales plutôt que la notion de famille et de responsabilité parentale, cette approche moins autoritaire et plus transversale va gagner en importance. Elle s'inspire de ce qui est fait dans d'autres pays d'Europe, notamment en matière de promotion des compétences parentales et de « Positive Parenting » (23) (voir encadré).

Encadré n°1 : Compétences parentales et parentalité positive – les concepts

La notion de compétences parentales, bien que fréquemment mobilisée par les instances du soutien à la parentalité, n'est pas facile à définir.

La notion de compétence (24) fait avant tout référence aux savoir-faire qui doivent être acquis (ici par les parents) pour remplir une fonction ou un rôle. Mais ce savoir-faire doit reposer sur des connaissances utiles et un processus décisionnel adapté à leur bon usage, en prenant en compte le contexte.

Différentes approches sociologiques et psychologiques cherchent à mieux cerner leur



fondement et leurs applications (24).

- Selon une approche cognitiviste, les compétences sont un ensemble de ressources et démarches intellectuelles mises en œuvre pour mener à bien une action. Les chercheurs s'intéressent plus au processus amenant à une action donnée plutôt qu'aux conséquences de cette dernière dans un contexte donné. Une approche cognitiviste des compétences parentales chercherait plutôt à élaborer des programmes visant au développement d'une meilleure autonomie dans l'appropriation de nouvelles connaissances. Les individus sont ainsi mieux armés face à de nouvelles situations, rejoignant ici la notion d'empowerment.
- Selon une approche behaviouriste ou comportementaliste, les compétences sont définies comme des savoir-faire pratiques, dont l'évaluation se fait selon les résultats obtenus sur le terrain. Une approche comportementaliste des compétences parentales reviendrait à réaliser des programmes d'acquisition de savoir-faire. Ou encore à la mise en place de référentiel pouvant indiquer ce qu'il faut faire en fonction du développement de l'enfant ou des difficultés rencontrées par la famille.

En Europe comme dans de nombreux pays développés, c'est le concept de "positive parenting" (parentalité positive) qui fait référence.

Les bases du concept reposent sur un programme australien, le "Triple P" ou "Positive Parenting Programme" (25,26). Inspiré de travaux réalisés au Canada ou aux USA, il a pour but de réduire la prévalence des problèmes comportementaux et émotionnels des enfants en améliorant les compétences et la confiance des parents. L'atteinte de ces objectifs repose sur les 5 principes suivants (27) :

- Créer un milieu familial stable, harmonieux et propice au soutien.
- Créer un environnement positif et stimulant propice à l'apprentissage.
- Avoir recours à une discipline positive (valorisation des acquisitions de l'enfant tout en critiquant raisonnablement et précisément les lacunes et erreurs qu'il commet, éviter si possible les mesures coercitives).
- Avoir des attentes réalistes.
- Prendre soin de soi en tant que parent.

Il s'organise en 5 niveaux d'interventions d'intensité croissant, appliqués suivant les difficultés rencontrées par les parents (26).

- Niveau 1 : campagne de communication visant à diffuser des informations sur la parentalité sur les grands média que sont la télévision, les sites internet et les journaux.



- Niveau 2 : interventions d'une ou deux sessions auprès de parents d'enfant présentant des troubles comportementaux mineurs.
- Niveau 3 : augmentation du nombre de sessions (4 ou 5) pour des problèmes plus importants (problèmes durables pour le coucher, malgré de précédentes tentatives pour trouver des solutions).
- Niveau 4 : destiné aux parents d'enfant ayant des problèmes importants (agressivité...), il repose sur des programmes de formation poussés, basés sur l'acquisition par les parents de compétences précises tout en travaillant avec la famille sur le lien parent-enfant.
- Niveau 5 : quant les problèmes de parentalité sont couplés à d'autres difficultés (problème psychiatrique, conflit conjugaux ...), interventions soutenues, parfois au domicile, pour l'apprentissage de nouveaux savoir-faire pour les parents et les enfants, associées à l'acquisition de techniques de gestion du stress et des conflits.

Appliqué avec succès dans différents pays (26), le programme a été présenté au conseil de l'Europe en 2006 (28) qui s'interrogeait sur les implications de la CIDE sur la parentalité. Les 5 principes du programme "triple-P" ont fortement influencé la définition par le conseil de ce qu'est la parentalité positive (28,29) : il s'agit d'une parentalité qui respecte les droits de l'enfant tels qu'ils ont été définis en 1989 par l'ONU, en encourageant la création de relation positive entre parents et enfants pour permettre aux enfants de développer leur plein potentiel. Cela passe par la valorisation de l'autonomie des parents, des décisions prises, et des compétences qu'ils ont développées ainsi que de la reconnaissance des intérêts supérieurs de l'enfant et de ses droits. Les instances doivent soutenir les individus en leur apportant les outils et compétences nécessaires à l'accomplissement de cet objectif.

Le programme n'est pas exempt de critiques. La principale est de reporter toute la responsabilité de la réussite éducative sur les parents, risquant paradoxalement de soumettre ces derniers à une plus grande pression qu'auparavant (24). Mais les principes d'application de la parentalité positive, basés sur l'usage poussé d'actions transversales et globales, reposant autant sur les actions de terrain que sur les politiques plus globales constitue la base de travail de nombreux acteurs intervenant dans le champ de la parentalité.

Malgré les évolutions positives dans le domaine, on relève 3 principales difficultés en France.

- L'absence d'une politique unique en matière de soutien à la parentalité rendant peu lisible le dispositif, de part la multiplicité des instances existantes. Ce qui rend difficile toute coordination (22).
- Les différentes instances en charge de la déclinaison des politiques déplorent le manque de moyens à disposition pour mener à bien leurs projets (22).



- On observe une disparité très importante entre les territoires d'implantation des dispositifs (18) à mettre en lien avec le manque de pilotage national.

Ce constat est d'autant plus problématique si l'on considère le problème posé par les inégalités sociales dans les domaines de la santé et de la parentalité (30). Ces inégalités jouent une part non négligeable dans la mise en échec des politiques publiques. Toutefois, l'importance de leur impact et la nécessité de leur prise en compte dans les actions de santé publique est aujourd'hui de mieux en mieux admis par les différents acteurs (31) (voir encadré).

Encadré n°2 : Les inégalités sociales de santé – leur définition et leur impact

Les inégalités sociales de santé correspondent à « un écart d'état de santé socialement stratifié. Elle touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé [...] reproduisant dans le domaine de la santé les inégalités existant dans les groupes sociaux » (30).

On observe un gradient social de santé, avec une relation robuste entre position sociale et état de santé (32).

Ces disparités en matière de santé ne peuvent s'expliquer par la seule biologie. Elles nécessitent d'inclure les déterminants sociaux tels que les politiques en matière d'emploi, d'éducation, les conditions de vie dans l'enfance ou la qualité du logement familial. Pour plus de détail sur les inégalités sociales de santé, se référer au dossier technique de l'IREPS n°7 (33).



Schéma des déterminants sociaux de la santé par Dahlgren et Whitehead

Sur le plan de la parentalité, plusieurs déterminants et leurs conséquences ont été étudiés.



Par exemple la structure familiale, la classe socioculturelle des parents, la disponibilité des parents et les effets de l'attitude des institutions en rapport avec les parents. Il a été montré que le décès d'un des parents au cours de l'enfance avait de réelles conséquences sur la santé physique et le parcours professionnel ultérieur (34).

Avant l'âge de 3 ans, la plupart de ce que l'enfant apprend provient de sa famille : le vocabulaire, le type d'interactions, etc. Une seconde étude américaine a ainsi révélé un écart d'environ 19 millions de mots entendus à l'âge de 3 ans entre les enfants issus de parents de classes aisées et ceux des classes ouvrières, et de 30 millions de mots avec ceux issus de parents bénéficiant de l'aide sociale (35). Quant au vocabulaire acquis par ces enfants, l'étude révèle un écart de 600 mots entre les enfants appartenant aux classes les plus aisées et ceux des classes les plus défavorisées.

La situation de la France, si l'on se réfère au rapport IGAS 2011, est paradoxale par rapport aux inégalités. Si elle investit beaucoup en faveur de la santé des enfants et des petits enfants, les résultats obtenus s'avèrent inégaux : le rapport cite comme exemple un bon rang européen en matière de pauvreté matérielle mais une qualité de vie scolaire qui laisse à désirer. De même, bien que tous soient d'accord pour reconnaître et déplorer de telles inégalités, ces dernières ne font pas l'objet de décisions politiques claires. La recherche est peu développée, la majorité des résultats et recommandations étant issue de l'étranger.

Le même paradoxe est constaté avec le soutien à la parentalité. Même si la France possède un dispositif bien fourni, le manque de ressources, de direction et de structure du réseau actuel limite l'efficacité de toute action contre ces inégalités. Pourtant le pays n'est pas dénué d'atouts. Ainsi les PMI assurent déjà des entretiens précoces et des visites au domicile auprès des familles demandeuses (31). Un tel dispositif permet de déceler les familles en difficulté, ceci pour mieux les accompagner plus tard et permettre aux enfants un meilleur développement. Jusqu'à récemment ces dispositifs ont été peu suivis ou pas évalués rendant difficile l'élaboration d'une ligne de conduite claire sur les objectifs à atteindre, au-delà de la simple prévention des maladies.

Cependant il existe actuellement un consensus sur le fait que des actions précoces sont nécessaires. Mais on manque encore en France de référentiel.

Le dernier rapport du HCFEA (18) précise qu'il y a eu des améliorations. On constate une meilleure gestion des financements et une structuration progressive des différentes



instances, notamment au niveau local avec un développement de l'offre et une meilleure répartition territoriale. Des évaluations ont aussi été mises en place pour mieux connaître les différentes structures, en vue d'avoir une politique plus cohérente en matière de parentalité. Le secteur est donc en voie de restructuration et de modernisation.

La question du manque de financement n'est pas encore réglée : bien que la Cnaf ait ajouté plus de crédits à sa branche familiale, une bonne part de ces derniers ont été utilisés pour compenser les baisses de ceux issus de l'État. Malgré la réorganisation, une politique clairement définie de soutien à la parentalité ne s'est pas encore dégagée. Ceci limite toute réelle coordination sur le long terme, empêchant les différentes instances de combiner leur savoir-faire avec un maximum d'efficacité (18).

LES ACTIONS EN MATIÈRE DE PARENTALITÉ

Le dossier n'a pas pour objectif de référencer toutes les actions innovantes qui se font dans le domaine de la parentalité, en France comme à l'étranger. Mais il présente quelques actions ou projets phares mis en place en France.

- **Recensement des actions de terrain pour la parentalité afin de lutter contre les inégalités sociales de santé (Société française de santé publique - SFSP)**

Une bonne part des interventions sont des actions "de terrain" portées par des intervenants du champ social. Malgré l'importance de l'enjeu, la diffusion de ces actions, de leur mise en œuvre et de leurs résultats auprès des autres acteurs en santé publique est limitée. Une des raisons est le manque de recensement de ces actions, rendant difficile toute promotion auprès d'un public plus large.

C'est dans cette optique que la Sfsp (36) a mis en place en un projet intitulé « Accompagnement de la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions ! ». Basant sa démarche sur une capitalisation des savoirs recueillis sur le thème de la parentalité et des inégalités sociales de santé, l'action vise non seulement à identifier et recenser mais aussi à analyser d'un point de vue méthodologique les actions de terrain en rapport avec l'accompagnement de la parentalité. L'objectif étant aussi bien de promouvoir ces actions et les structures les soutenant auprès d'un public plus vaste, que d'identifier et promouvoir les stratégies qui ont prouvé leur efficacité sur le terrain. Ceci dans le but de potentiellement les réutiliser dans d'autres domaines travaillant sur les mêmes questions.

L'action tend ainsi à interroger et documenter les acteurs et les décideurs, afin de faire émerger de nouvelles politiques plus adaptées pour affronter le double défi posé par les inégalités et la parentalité.



L'action a débuté en 2013 par une première recherche documentaire pour recueillir un premier corpus d'actions et d'identifier les acteurs et structures. Ensuite sur la base de cette recherche préliminaire, un comité d'experts a élaboré la grille de recueil d'action, identifié des cibles potentielles et assuré le suivi du projet.

La grille de recueil comprend 30 questions permettant de décrire l'action et d'analyser la portée et les limites perçues de la démarche proposée.

Cette autoévaluation insiste particulièrement sur le niveau de participation du public visé, les effets perçus sur la santé et la contribution perçue du projet à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les résultats ont été publiés sur le site en 2016 (36). Au total 123 actions ont été recensées, portées par les acteurs de la petite enfance, du social, de la promotion de la santé et du médico-social.

Le rapport présente une analyse globale du type d'acteurs mobilisés, des méthodes utilisées, de l'impact perçu de ces actions sur la problématique des inégalités et de la transférabilité de ces démarches à d'autres thèmes et domaines.

LAURENT-BEQ A., DROUOT N., MAFFEIS L. Bilan de la consultation accompagnement à la parentalité. Rennes : SFSP, 05/2016. Disponible en ligne <http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/1626-bilan-de-la-consultation-accompagnement-a-la-parentalite>

Sur la base de cette étude, la Sfsp et ses partenaires envisagent d'approfondir leur réflexion à travers un programme de formation et d'échange organisé en 3 séminaires. Un premier pour poser un cadre de réflexion commun sur les questions de la parentalité et des inégalités sociales de santé. Un autre pour présenter certains outils pertinents pour mener à bien des actions sur ces thèmes. Un dernier pour parler des questions de droit et d'éthique en matière de parentalité et d'inégalité.

- **Projet PANJO - Développer les compétences parentales et le bien être du couple mère-enfant (PMI)**

Les services de PMI assurent déjà sur le territoire la mission importante de la prévention périnatale, via un service d'accueil et des visites à domicile. Pour ces dernières, chaque famille bénéficie en moyenne de 1,5 visites (37), assurées généralement par des puéricultrices rompues aux pratiques de prévention en santé et de soin auprès des jeunes enfants.

Toutefois, la façon dont sont menées systématiquement ces visites, sans réelle évaluation globale pose problème : des études ont constaté une forte disparité au niveau du nombre de visites, entre certaines familles considérées comme préoccupantes et les autres familles vues une seule fois. Trop souvent les familles en difficultés n'ont pas accès aux services de PMI, soit par manque d'information, soit par méfiance envers les institutions. Les familles les plus nécessiteuses sont aussi souvent les plus fragiles sur le plan économique et social. Enfin



les puéricultrices elles-mêmes affirment se sentir parfois démunies et peu préparées pour assurer une mission dont les objectifs sont trop flous, trop généraux pour un travail de qualité. Elles sont souvent confrontées à des problèmes d'ordre psychologique chez les parents et les enfants, pour lesquelles elles se sentent peu formées.

Les rares études épidémiologiques menées en France sur ce sujet (38) montrent qu'au moins 13% d'entre eux présentent un trouble de santé mentale. Or de tels troubles ont de réelles conséquences sur la santé future des enfants. Ces troubles sont une fois de plus associés à des déterminants environnementaux et sociaux (30) amenant, là encore, la problématique des inégalités sociales de santé sur la question de la parentalité.

Conçu par l'Inpes (désormais Santé publique France), le dispositif « Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des PMI » ou PANJO a vu le jour en 2012. Le projet a été conçu en se basant sur les résultats d'une étude pilote menée entre 2005 et 2011 en Île-de-France : le protocole de recherche CAPEDP (Compétences Parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience) (39).

Cette étude visait à évaluer l'efficacité de multiples visites à domicile menées par des psychologues cliniciens chez des familles en situation de vulnérabilité psychosociale, du 2^e trimestre de la grossesse au 2^e anniversaire de l'enfant ; dans le but de prévenir la dépression post natale (critère de jugement principal), de s'assurer de la mise en place d'un lien mère-enfant solide et de les aider à acquérir les compétences nécessaires à leur autonomie future.

Construit sur la base d'un essai randomisé en deux groupes, l'étude a montré que ce mode opératoire basé sur de multiples visites était surtout efficace chez les femmes les moins fragiles mais en difficulté. Elle a aussi révélé l'importance des interventions centrées sur l'attachement, en intégration avec d'autres thématiques de santé en lien avec la petite enfance. Aucun résultat négatif n'a été retrouvé.

Le but de PANJO est d'étendre ce programme, en adaptant et intégrant la démarche au sein du travail régulier mené par les PMI en matière de suivi et surveillance. Il a déjà été testé sur trois territoires (pays nantais, Hauts-de-Seine, Vaulx-en-Velin).

Le projet se place dans la perspective assez récente d'universalisme proportionné. Le programme général de surveillance initiale s'applique certes à tous les parents, mais l'intensité de son application va varier en fonction des difficultés rencontrées. Le dispositif PANJO se place donc en deuxième ligne et se destine surtout à des familles en situation d'isolement social mais déterminées à s'en sortir.

Il se base sur quatre volets (37,40) :

- Un support d'intervention sur les visites à domicile. Conçu à partir des travaux antérieurs de l'Inpes et du manuel des Sippe (Service intégré en périnatalité et



pour la petite enfance), ce guide repose sur la théorie de l'attachement. Il fournit aux acteurs de PMI une introduction théorique, des informations sur la prévention de la dépression post natale, sur les compétences et comportements adaptés en période périnatale et des aides au mode d'intervention possible suivant la situation familiale.

Encadré n°3 : La théorie de l'attachement (41)

Née des travaux du psychiatre John Bowlby (1907-1990), la théorie repose sur la notion que l'enfant né au monde est prédisposé pour participer à des interactions sociales. Le bébé a besoin d'un lien d'attachement précoce, durable et continu, pour compenser son immaturité physiologique et affective. Ce besoin d'amour et de proximité ne rend pas dépendant. Il donne in fine plus d'assurance et plus d'ouverture au monde extérieur.

L'absence d'assouvissement de ce besoin précoce peut être la source de difficulté majeure dans l'élaboration future des rapports sociaux (allant d'une hypervigilance émotionnelle à un renfermement complet sur soi), ces difficultés se répercutant inévitablement dans d'autres domaines comme l'apprentissage et l'estime de soi.

Les études ultérieures apportées par ses successeurs ont permis une optimisation des grands principes de la théorie, ainsi que l'élaboration de repères méthodologiques et pratiques dans sa mise en application que ce soit en clinique comme en sociologie.

- La formation du personnel de PMI à ces concepts. Elle dure deux jours pour l'ensemble du personnel et trois jours supplémentaires pour les intervenants au domicile. Elle insiste sur les enjeux des visites à domicile, donnant aux intervenants un cadre de référence sur lequel se baser, en insistant sur la nécessité de parvenir à un partenariat avec la famille. Cette dernière doit devenir acteur de son bien-être, l'intervenant étant là pour fournir outils et informations nécessaires à cet objectif. Elle apporte enfin des notions théoriques et des applications pratiques de la théorie de l'attachement en lien avec l'activité des puéricultrices.
- Les visites à domicile. L'un des objectifs annexes du projet consiste à démontrer auprès des décideurs l'importance de ces visites dans la prévention précoce des troubles psychiques chez le nouveau né. Leur efficacité est déjà démontrée par des études antérieures (42), mais leur promotion est encore très limitée en France. Le programme consiste en 2 visites prénatales où l'intervenant recueille et répond aux préoccupations des futurs parents, construit un partenariat et enseigne des comportements à adopter durant la grossesse. Ensuite, 4 visites



post natales sont réalisées où l'intervenant travaille à la surveillance de la bonne santé physique et mentale du nouveau né et de la famille, à la promotion du lien mère-enfant, et au développement chez les parents connaissances et compétences selon leurs besoins. L'ensemble du programme a aussi un objectif de promotion des services de PMI auprès de ces familles.

- L'évaluation et la supervision. Le travail des puéricultrices sur le terrain est régulièrement évalué par divers professionnels de pédopsychiatrie. L'un des grands objectifs du dispositif est de faciliter aux familles l'accès au soin psychique nécessaire, et ce le plus précocement possible.

Une première évaluation qualitative du dispositif a été réalisée par l'Ifop (37). Depuis son implantation, le dispositif a reçu des retours positifs de la part des acteurs qui apprécient d'avoir un cadre clair et des outils pour leur mission. Les retours positifs proviennent aussi des familles qui apprécient beaucoup que la démarche se fasse en co-construction avec les institutions, prenant en compte leur avis, leurs besoins et leur savoir faire. Un autre constat est un renforcement des collaborations entre les différents acteurs travaillant sur la question.

Ce projet, novateur en France, améliore donc la coordination des structures locales et régionales, tout en valorisant la contribution de tous, acteurs comme familles. Il responsabilise les acteurs comme les cibles du projet, permettant à chacun d'acquérir plus d'assurance et d'indépendance dans leur rôle joué au quotidien.

Le projet est en cours de diffusion avec l'appui de l'ODAS à d'autres territoires en France afin de pouvoir l'évaluer sur une population plus vaste.

- **Développer les compétences parentales : le programme SFP**

Strengthening Families Program (SFP) est un programme de renforcement des compétences parentales créé au début des années 1980 par le Dr Karol Kumpfer dans une optique de prévention de l'usage de drogues. Ce programme vise le renforcement des facteurs de protection des enfants face aux comportements à risque qu'ils pourraient développer à l'adolescence, et prend en compte tous les critères d'efficacité des programmes sur la parentalité aujourd'hui reconnus : faire travailler ensemble les parents et les enfants, être axé sur la communication, l'établissement de relations chaleureuses et positives, la capacité à résoudre les problèmes et les conflits, la régulation des comportements, la mise en œuvre d'une discipline efficace et d'un niveau de contrôle adapté (43). Le programme SFP a été rapidement déployé à travers les U.S.A ; en 1998, il se décline en trois versions pour des âges différents : SFP 3-5, SFP 6-11 et SFP 12-16. Le programme peut être utilisé dans une



perspective universelle (toutes les familles), sélective (familles présentant des facteurs de risque) et indiquée (familles dont des membres souffrent d'addictions).

Le programme, se compose de 14 séances hebdomadaires de 2h30, débutant par un goûter pris en commun, suivi d'une heure où les parents et les enfants travaillent séparément, avant de se retrouver pour une heure en groupes rassemblant les familles. Les séances sont conduites par 4 animateurs ayant bénéficié d'une formation spécifique. Pour faciliter la participation, les enfants plus jeunes sont gardés pendant les séances.

Le programme s'est peu à peu disséminé à travers le monde et est aujourd'hui utilisé dans plus de 35 pays. SFP a montré qu'il était acceptable, transférable et efficace dans des contextes sociaux et culturels très différents, à commencer par les U.S.A. où existent des versions en plusieurs langues et adaptées à différents milieux. SFP est un des rares programmes standardisés dont la duplication a montré des résultats positifs auprès de différents groupes culturels et d'enfants de différentes tranches d'âge, dans le cadre d'études menées par des chercheurs indépendants (44).

Plus de 150 études évaluatives ont permis de démontrer l'efficacité de SFP à différents niveaux : réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) chez les jeunes et les parents, diminution des problèmes psychiques (trouble des conduites, dépression, anxiété, trouble de personnalité, phobies) et des problèmes de comportements (violence, délinquance), diminution des plaintes somatiques, amélioration du climat et de la communication familiale, augmentation de la confiance et du sentiment d'efficacité en matière de parentalité, amélioration des résultats scolaires...

Les effets de SFP « passent la barrière du temps ». C'est le résultat d'une étude de suivi à 7 ans réalisée en Irlande (45), qui démontre que malgré le délai entre l'action et l'étude, l'ensemble des familles interrogées gardent un souvenir très positif de leur expérience, la majorité se souvient des pratiques expérimentées et continuent de les utiliser.

Le rapport coût efficacité de SFP a été évalué à 1/11 \$ (46). 1 dollar investi aujourd'hui permet d'en économiser 11 à moyen et long terme. 20 % de ces gains reviennent aux bénéficiaires des programmes (meilleure santé, meilleurs salaires, etc.) et 80 % de ces gains constituent des externalités positives pour la société (diminution de la criminalité et de l'intervention sociale, augmentation de la productivité et de la qualification de la main-d'œuvre).

SFP est adapté aujourd'hui dans 10 pays européens, dont la France. L'expérimentation et l'adaptation du programme SFP 6/11 ans à la France ont été confiées par l'INPES (ANSP) au Comité Départemental d'Éducation pour la santé des Alpes Maritimes (Dr Corinne ROEHRIG - CODES 06) (47). Une première phase d'implantation du programme SFP a eu lieu en 2011-2012, une seconde en 2013-2014 et le déploiement national est prévu entre 2015 et 2017. A ce jour, plus de 16 villes ont déjà implanté le programme, dont 2 en Outre-mer. L'expérimentation du programme SFP 12-16 ans est portée quant à lui par des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) qui sont des lieux de prévention, d'écoute, d'information et de



soutien destinés aux jeunes et aux familles faisant face à une conduite addictive. L'expérimentation est déployée sur 3 sites (Bordeaux, 33, Armentières, 59, et Chalon-sur-Saône, 71). Elle est coordonnée par la Fédération Addiction et financé par la Fondation de France, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Santé Publique France est associée à son évaluation.

- **Impliquer les parents dans le soutien à la parentalité**

- Un nouveau champ de possibilités : l'empowerment des parents.

La précédente action présente l'exemple d'un partenariat réussi entre professionnels et parents. D'autres actions montrent que l'on peut aller encore plus loin dans cette démarche : en impliquant les parents directement dans le processus de soutien de la parentalité.

L'idée de faire participer directement la cible d'une action à la mise en œuvre de cette dernière n'est pas nouvelle. La charte d'Ottawa en 1986, et notamment son volet sur les compétences individuelles et les interventions communautaires orientait déjà vers ce type de processus d'élaboration.

La recherche interventionnelle (48) en santé publique permet de faire émerger cet axe d'intervention. Le constat est fait qu'une simple connaissance des déterminants d'un problème complexe (tels les problèmes environnementaux, urbains, ou de santé publique), aussi poussée soit elle, ne suffit pas pour élaborer des interventions durables (48). Les systèmes complexes sur lesquels s'appliquent ces programmes sont en constante évolution, rendant impossible l'élaboration a priori de toute action adaptée sur la durée. Il faut nécessairement évaluer régulièrement ces dispositifs pour les ajuster à tout changement.

L'une des méthodes proposées est d'associer les acteurs sur le terrain à la démarche de recherche. Ces derniers, habitués à interagir directement avec l'objet de l'action dans le cadre de leur activité, sont les mieux à même d'agir sur les mécanismes permettant de produire les effets escomptés. Les chercheurs peuvent apporter à ces acteurs des connaissances et une expertise éprouvée par les études scientifiques, pour enrichir et peaufiner les actions construites à l'issue du travail initial de recherche. Un tel modèle est très favorable à la transdisciplinarité, nécessitant une collaboration de différents champs afin d'élaborer et évaluer des solutions sur un même problème documenté. Il permet de pouvoir prendre en compte plus efficacement tout déterminant pouvant être source d'inégalité en santé, ceci pour prévenir de possibles effets négatifs de l'action menée.

Deux autres facteurs plus récents favorisant l'apparition de méthodes basées sur une participation plus directe sont la démocratisation de l'internet et l'émergence des réseaux sociaux. En médecine, une étude américaine (49) a montré le fort usage de ces plateformes par les parents d'enfants nécessitant des soins particuliers (maladie génétique, cancer ...)



que ce soit pour s'informer comme pour recevoir réconfort, support et encouragement de la part d'autres parents. L'étude souligne l'intérêt pour le milieu de la santé d'invertir ces champs pour mieux assurer leurs missions de soins et de prévention. Une telle démarche favorise un meilleur relationnel entre instances et particuliers tout en valorisant ces derniers, participant à leur empowerment.

Encadré n°4 : Définition de l'empowerment (50)

Terme difficilement traduisible en français, ce mot très utilisé à partir des années 70 dans les domaines psychologique et social peut s'apparenter à la notion d'autonomisation ou de pouvoir agir. Les principaux jalons théoriques à ce sujet ont été posés par Yann Le Bossé et William Ninacs dans les pays francophones (51). L'empowerment se définit comme le processus via lequel les individus s'octroient davantage de capacité d'action. Ceci leur permet de bâtir leur confiance en soi, pour ensuite prendre des décisions réfléchies. Idéalement, les actions qui en découlent permettent d'apporter des solutions à leurs problèmes, engendrant ainsi un cercle vertueux.

Notion fondamentale en promotion de la santé, l'enclenchement de ce processus de prise d'assurance et d'émancipation est idéalement recherché auprès des cibles de toute action menée.

En France, cette idée d'une implication plus grande des intéressés est portée par plusieurs instances. Dans le domaine de la scolarité d'abord. Tout comme le soutien à la parentalité, le problème posé par l'échec scolaire nécessite des interventions transversales impliquant fortement les acteurs de terrain (professeurs, éducateurs et parents) (31). Depuis les années 2000, le gouvernement en partenariat avec différentes instances, développe de plus en plus ce type de stratégies d'intervention (exemple des CLAS, cf. supra). Le Programme de Réussite Éducative, dispositif porté par l'Acse depuis 2005 dans le cadre du plan de cohésion sociale, a pour but d'aider les enfants issus de familles défavorisées via un parcours éducatif élaboré via la concertation entre l'enfant, les éducateurs et les parents (52). L'action est adaptée et coordonnée au niveau local, prenant en compte les particularités propres à chaque localité dans l'élaboration du parcours éducatif. Il cherche aussi à fortement impliquer les parents dans la démarche, les considérant simultanément comme bénéficiaire de l'action et éducateur premier de l'enfant (1,52). Le but premier des instances et éducateurs impliqués dans le programme est d'aider ces derniers à renouer le lien avec les



institutions, rétablir la confiance en soi et les conseiller dans leurs décisions concernant la direction que doit prendre le parcours éducatif, en concertation avec l'enfant.

Dans le domaine de la santé, c'est le concept de démocratie en santé (53) qui supporte ce modèle. L'idée d'une participation plus grande des citoyens dans les décisions en santé remonte aux années 2000 avec l'avènement de ladite « loi Kouchner » (54) relative au droit des malades et à la qualité des systèmes de santé : elle instaure une meilleure représentativité des usagers au sein des hôpitaux et instances de la santé tout en renforçant la maîtrise qu'a l'utilisateur sur ses informations médicales et son parcours de soin. Ce texte a servi de base dans les années suivantes à l'élaboration d'un corpus législatif favorisant l'implication des individus et des communautés dans le parcours de soin et de prévention. De telles mesures sont renforcées par l'émergence de l'internet et de l'évolution des représentations du rôle jouée par les systèmes de santé.

En 2015, l'État reconnaît officiellement cette participation par la création d'un Institut Pour la Démocratie en Santé, dont le but est de promouvoir la recherche participative, la formation des nouveaux cadres de santé à ces thématiques et crée une base documentaire sur ce thème.

➤ Une action participative en parentalité : Les Universités Populaires des Parents (UPP)

Les UPP sont des structures mises en place et promues par l'Acepp (Association des collectifs enfants parents professionnels), depuis 2005 et sur tout le territoire national. L'idée est née de la volonté d'offrir aux parents une meilleure représentativité dans les décisions prises en matière de soutien à la parentalité, ainsi que de promouvoir leurs compétences auprès des institutions (55,56). La démarche repose sur un processus s'apparentant à ce qui est développé en recherche interventionnelle.

Chaque UPP est constituée de plusieurs parents, souvent de quartiers populaires, qui travaillent en collaboration avec un animateur et en correspondance avec un universitaire sur un thème de recherche en lien avec la parentalité. Ce travail est à terme présenté à des professionnels de la parentalité et aux institutions publiques ; ceci pour permettre aux parents de débattre, croiser les points de vue et de participer à la mise en œuvre des actions en matière de parentalité. Le poids de leurs arguments étant étayé par les recherches qu'ils ont menées.

La démarche UPP invite les parents intéressés à s'engager sur trois ans (55) :

- La première année est consacrée à faire connaissance avec le groupe constitué et à se familiariser avec le concept de l'UPP. Le groupe réalise ensuite un travail exploratoire pour trouver un sujet de recherche et élaborer ensuite la méthodologie pour y répondre. La phase exploratoire consiste en un remue-méninge entre parents



pour discuter de leurs problèmes, de leurs constats et de leurs centres d'intérêts. Le compte-rendu de ces réunions est ensuite discuté avec l'universitaire pour en dégager une question de recherche, élaborer les hypothèses appropriées et choisir les méthodes adaptées pour y répondre.

- Les deux années suivantes consistent en la réalisation de la recherche à proprement parler. Au vu des questions abordées, elle se fait généralement à base d'entretiens, de questionnaires et d'analyse documentaire. Le groupe est supervisé par l'animateur, chargé de la coordination de l'ensemble et du bon déroulé de la démarche. Ce dernier assure aussi le lien avec l'universitaire référent qui est là pour apporter un appui méthodologique. Mais le travail de recueil, de traitement et d'analyse des données est effectué par les parents eux-mêmes.
- Le travail de recherche finalisé est utilisé comme base pour discuter avec les instances et les élus locaux. Le but est de promouvoir sur la base des expériences vécues et des résultats obtenus des actions en faveur de la parentalité.

Depuis son implantation initiale sur 5 territoires en 2005 (le Nord, le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Atlantiques, le Rhône à deux reprises) le dispositif a gagné en importance. Son expansion s'est réalisée en plusieurs phases nommées générations (actuellement à la 3^e génération).

Réparti sur une trentaine de territoires français et un certain nombre en Allemagne et en Belgique, le réseau des UPP s'organise autour de colloques et de réunions où les différents intervenants présentent leurs projets, leurs réalisations, et décident des orientations.

Le réseau est souvent sollicité par les instances officielles pour évaluer au niveau local des actions de politique publique telles que les Reaap ou le programme de réussite éducative. En 2012 les intervenants de la 2^e génération d'UPP ont même pu présenter les résultats de leurs recherches au parlement européen de Bruxelles.

Au-delà de la recherche cette initiative aboutit aussi à des actions concrètes. Par exemple les UPP de Rhône-Alpes (de Pierre-Bénite et Saint Genis-Laval), à l'issue d'une recherche sur les causes de décrochage scolaire entre 2005 et 2008, sont parvenus à élaborer un partenariat avec un groupe d'enseignants pour travailler sur la question en région. Les résultats ont été transmis aux représentants de l'Éducation nationale au cours d'un forum où enseignants et parents ont pu échanger leurs résultats, leurs constats et leurs points de vue. Depuis les parents sont régulièrement sollicités par l'ex-IUFM (désormais ESPE) pour contribuer à la formation des maîtres (57,58).

Souvent ces UPP ont même donné naissance à des associations de parents, poursuivant ainsi leur action au niveau local. C'est le cas des UPP cités ci-dessus.

Le dispositif a été évalué par un groupe constitué d'animateurs d'UPP et de personnes chargées de la coordination avec les universitaires (59). Il n'y a pas (à notre connaissance) d'évaluation menée sur le dispositif par un organisme tiers.

Si on s'en tient aux témoignages recueillis (60), le dispositif a permis aux parents ayant participé à la démarche de prendre ou de reprendre confiance en eux-mêmes, de les aider à



mieux comprendre le fonctionnement des institutions qu'ils côtoient et de développer de nouvelles compétences dans de nombreux domaines. Mais c'est surtout la possibilité de devenir acteur de leur parentalité qui est soulignée. Pour beaucoup la démarche, très valorisante, leur permet d'acquérir les ressources nécessaires pour poursuivre leur action débutée durant l'UPP en partenariat avec les institutions pour monter des dispositifs en commun.

Il s'agit d'un grand pas pour les parents en matière d'empowerment.

Ces politiques publiques ont alors l'avantage de prendre en compte l'avis et le travail de ceux-là mêmes qui remplissent leur devoir en matière de parentalité. Elles sont donc plus à même de maintenir leur efficacité sur la durée.

Les témoignages des professionnels et institutions (60) insistent sur le changement de posture et de relation qu'a entraîné cette expérience. Le dispositif par sa nature promeut des relations horizontales où l'importance des rapports hiérarchiques se retrouve atténuée. Les professionnels sont alors obligés de considérer aussi bien leur cadre de référence comme celui de leur partenaire. Cela les amène à envisager de nouvelles façons de concevoir leur activité, tout en multipliant les sources de partenariat et d'idées potentielles.

Ainsi le dispositif constitue, selon les retours d'expérience et la confiance acquise au fur et à mesure auprès des institutions et professionnels, un exemple de projet réussi en matière de démarche participative et communautaire.

- Fédérer les acteurs en région : un espace d'échanges de pratiques pour les professionnels (Ireps Bourgogne)

Dans un contexte où les systèmes familiaux et les pratiques éducatives prennent des formes diverses, les professionnels s'interrogent de plus en plus quant à leur rôle et à leur posture vis à vis des familles qu'ils côtoient. Avec ses partenaires du pôle régional de compétences, l'association Acodège, la CAF de Côte-d'Or, les Maisons des adolescents, l'Ireps a organisé une journée afin de permettre aux professionnels d'échanger autour de leurs pratiques, de leur singularité, de leurs richesses et de leurs limites : "*Parents, professionnels, co-acteurs du développement et de la santé de l'enfant et de l'adolescent*" (Quetigny, 10 décembre 2015).

Plusieurs exemples d'actions locales ont été présentés au cours de cette journée et des ateliers thématiques ont permis aux professionnels d'échanger plus spécifiquement autour de leurs références théoriques et de leurs modalités d'intervention.



Encadré n°5 : Trois ouvrages pédagogiques de référence

Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité (1) : Ce dossier réalisé par l'Inpes en 2013 présente les déterminants, les enjeux, les acteurs et les recours possibles pour mener une action en matière de soutien à la parentalité en France.

Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité (29) : Ce document publié par la Fnars en 2009, se destine aux professionnels du domaine. Il présente aussi en détail les tenants et les aboutissants de la notion de parentalité, en insistant plus particulièrement sur les aspects méthodologiques d'une bonne action en la matière. Ce guide s'attarde en particulier sur l'évaluation d'une action portant sur le soutien à la parentalité.

Parentalité positive : Catalogue des outils de prévention (61) : Ce document réalisé par l'Ireps Pays-de-la-Loire en 2016 recense plus de 170 références, ouvrages et outils portant sur la parentalité. Il constitue une bonne ressource pour inspirer, produire ou perfectionner une action en la matière.



BIBLIOGRAPHIE

1. Houzelle N, Rebillon M. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 2013 : 192 pages [Internet]. 2013 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>
2. Neyrand G. L'évolution du regard sur la relation parentale : l'exemple de la France [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/evolution_regard_sur_la_relation_parentale_Neyrand.pdf
3. CNSP. Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011 [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://www.mediation-familiale.org/images/pdf/soutiens-parentalite/definition_parentalite_2011.pdf
4. INSEE. Couple, famille, parentalité, travail des femmes | Les modèles évoluent avec les générations [Internet] [cité 20 févr 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281216>
5. Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Toulouse : Érès, 2010. 200 p.
6. Martin C. La parentalité en question. Perspectives sociologiques - Rapport pour le Haut Conseil de la population et de la Famille [Internet]. 2003 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Claude_Martin2/publication/32230499_La_parentalite_en_question_Perspectives_sociologiques/links/00463530c53007d26a000000/La-parentalite-en-question-Perspectives-sociologiques.pdf
7. Doumont D., Renard F. Parentalité : nouveau concept, nouveaux enjeux. Louvain :UCL - RESO, 2004,17 p (Dossier technique, n°31). [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos31.pdf>
8. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.
9. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. 9. Comité Consultatif National d'Éthique. Historique [Internet]. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/pages/historique#.WLVaQPKNOcE>
11. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.
12. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
13. ONPE. Protection de l'enfant, les nouvelles dispositions en 2016 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf
14. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et des âges . Présentation [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.hcfea.fr/spip.php?article10>



15. Soutien Parentalite- Les Reaap [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Parents_eleves/04/6/SoutienParentalite-FicheREAAP_159046.pdf
16. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers-famille/dispositif-daides-aux-familles/lieux-daccueil-enfants-parents-laep/>
17. CAF du Calvados. Les LAEP dans le Calvados [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.parents-toujours.info/IMG/pdf/-46.pdf>
18. HCFEA. Note sur les politiques de soutien à la parentalité 2016 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2016_10_03_Notes_parentalite.pdf
19. Ministère de la Justice. Médiation familiale : un autre mode de règlement des conflits [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-civile-11861/mediation-familiale-un-autre-mode-de-reglement-des-conflits-19814.html>
20. Ministère de la Justice Familles : les espaces de rencontre [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/actualite-du-ministere-10030/les-editions-11230/familles-les-espaces-de-rencontre-17364.html>
21. Messu M. Du familialisme au parentalisme- Colloque le nouveau contrat familial - INRS [Internet]. 2008 [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://partenariat-familles.ucs.inrs.ca/DocsPDF/DuFamiliarismeT.pdf>
22. Bénédicte JV, Raymond M, Sitruk P. Évaluation de la politique de soutien à la parentalité. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 02-2013 [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000110.pdf>
23. Hamel M, Lemoine S. Aider les parents à être parents. Paris : La Documentation française [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>
24. Sellenet C. Approche critique de la notion de « compétences parentales ». Revue Internationale de l'éducation familiale, 10/2011, n°26, pp. 95-116.
25. Sanders MR. Triple P. Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clinical Child and Family Psychology Review, 06/1999, vol. 2, n°2, pp. 71-90.
26. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir. 03/2009, vol. 21, n°1, pp.31-60.
27. Harting U. INPES. Présentation 10e journées de la prévention et de la santé publique. Triple P : un programme de soutien à la parentalité efficace sur internet [Internet]. [cité



3 mars 2017]. Disponible sur:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Hartig%20.pdf>

28. Conseil de l'Europe. Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales de Mai 2016. Évolution de la parentalité : enfant aujourd'hui, parent demain [Internet]. 2006 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/2006PositiveParentingMDrep_fr.pdf
29. FNARS. Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité [Internet]. [cité 28 mars 2017]. Disponible sur:
<http://www.federationsolidarite.org/images/stories/publics/enfance-famille/publications/00-Guide-parentalite-complet.pdf>
30. Potvin L, Moquet M-J, M.Jones C. - Réduire les inégalités sociales en santé Saint Denis : Inpes, 2011 [Internet][cité 7 mars 2017]. Disponible sur:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
31. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Rapport IGAS 2011 - Les inégalités sociales de santé dans l'enfance [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>
32. Chauvel L, Leist AK. Socioeconomic hierarchy and health gradient in Europe: the role of income inequality and of social origins. International Journal for Equity in Health [Internet],11/2015 [cité 7 mars 2017];14. Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647815/>
33. SANDON A. . Dossier technique : Les inégalités sociales de santé et promotion de la santé. [Internet]. Dijon : IREPS BFC, 2015 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur:
http://episante-bourgogne.org/sites/episante-bourgogne.org/files/document_synthese/pdf/dossier_technique_iss_complet.pdf
34. Blanpain N. Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? Études et résultats [Internet]. 2008 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/perdre-un-parent-pendant-l-enfance-quels-effets-sur-le-parcours-scolaire>
35. Hart B, Risley T. The Early Catastrophe - The 30 million word gap by age 3. American Educational Research Journal,2003, pp. 4-9.
36. SFSP. Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : Faites connaître vos actions ! [Internet]. Rennes : SFSP. [cité 14 mars 2017]. Disponible sur:
<http://www.sfsp.fr/activites/detail.php?cid=288>
37. Dugravier R, Saïas T. Les enseignements du projet Panjo. Cahiers de la puéricultrice. 10/2015, n°291, pp. 19-23.
38. Fombonne E. The Chartres Study : Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. The British Journal of Psychiatry,01/1994, vol.164, n°1, pp. 69-79.



39. Dugravier R. CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risques psychosociaux [Internet] Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 2014 [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127646/document>
40. Saïas T., INPES9e Journée de la prévention - De la recherche au développement d'une intervention de droit commun : le projet PANJO [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2014/9-SAIAS.pdf>
41. Pillet V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. Dialogue,04/2007, n°175, pp. 7-14.
42. Olds DL. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. Infant Mental Health Journal 01/2006, vol.27, n°1, pp. 5-25.
43. Lamboy B. Soutenir la parentalité, pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept, en Devenir, 2009/1 vol 21 Voir particulièrement la partie sur l'approche psycho-éducative : prévenir les problèmes psycho-sociaux et promouvoir la santé (mentale) par l'apprentissage de nouvelles pratiques éducatives.
44. Allen D., Coombes L., Foxcroft D., Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14, Health Education Research 22, pp. 547-560; 2007; Spoth R., Greenberg M. and Turrisi R., Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. Pediatrics 121(Suppl 4):S311-S336, 2008; Orte C. et al., the Spanish Adaptation of The Strengthening Families Program, Procedia - Social and Behavioral Sciences 84 pp. 269 - 273, 2013.
45. A 7 year Follow-Up Study (2008-2014) with Graduates of the Ballymun Strengthening Families Programme (SFP 12-16 years)
46. Aos& al. Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth. September 17, 2004 . Washington State Institute for Public Policy
47. Nock.F. Expérimentation de l'implantation en France du programme américain de soutien à la parentalité Strengthening Families Program (6-11 ans). Rapport d'évaluation externe. Francis Nock Consultants ; Roehrig.C. Expérimentation du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité. Cahiers de puériculture, nov 2015, n°291
48. INPES. La santé en action ,n° 42509/2013 [Internet]. [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>
49. DeHoff BA, Staten LK, Rodgers RC, Denne SC. The role of online social support in supporting and educating parents of young children with special health care needs in the United States: a scoping review. Journal of Medical Internet Research [Internet]12/2016 [cité 25 janv 2017];18(12). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5216258/>



50. NINACS W.A. Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec : Presses de l'Université de Laval, 2008, 140p.
51. LE BOSSE Y. De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment In : Nouvelles pratiques sociales, Vol 16, n°2, 2003, pp. 30-51. Disponible en ligne <http://www.erudit.org/revue/nps/2003/v16/n2/009841ar.pdf>
52. École des parents et éducateurs. Le programme de réussite éducative [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: http://www.ecoledesparents.org/ups/assets/publication/PRE_V6_impression.pdf_1346660014.pdf
53. CISS - Collectif Interassociatif Sur la Santé. Création de l'Institut Pour la Démocratie en Santé [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/espace-presse/actualit%C3%A9s/creation-institut-pour-la-democratie-en-sante>
54. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
55. ACEPP. Les Universités populaires des parents - présentation [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.acepp.asso.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=1936&cle=4a3a780945f79b60c9b7461efcfd07119ad972e3&file=pdf%2Fpresentation_upp_-_acepp_2016.pdf
56. Universités Populaires des Parents. Les UPP : Une utopie concrète. [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.upp-acepp.com/2016/04/22/emmanuelle-murcier/>
57. Universités Populaires de Parents. Paroles de femmes [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://upp-acepp.eu/projets/uppfr/parolesfemmes>
58. ACEPP. Les actions autour de la parentalité à l'ACEPP [Internet] 2013. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: http://www.acepp.asso.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=951&cle=4492221a56950bb626a0aa1cc7bc09799c7198f5&file=pdf%2Ffacepp_dossierparentalite_dec2013.pdf
59. Éducation nationale. Les universités populaires de parents : Soutien Parentalité [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Parents_eleves/03/8/SoutienParentalite-FichedispositifUPP_159038.pdf
60. Universités Populaires des Parents. La démarche des UPP de 2009 à 2012 [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.upp-acepp.com/Recherches/methodologie-de-la-recherche/>
61. IREPS Pays-de-la-Loire. Parentalité positive : catalogue des outils de prévention [Internet]. Nantes : Ireps PDL, 2016 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2017/5-170302010919.pdf





Le Diapason
2, place des Savoirs
21000 DIJON
Tél. : 03 80 66 73 48
Courriel : contact@ireps-bfc.org

© IREPS Bourgogne Franche-Comté / Mai 2017 (2^{nde} édition)
www.ireps-bfc.org

