

**INPES**  
**LES JOURNEES DE LA PREVENTION**  
**PROMOUVOIR LA SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES**

**2èmes Journées annuelles – 29 et 30 mars 2006**

**Mercredi 29 mars 2006**

**Session 2 – salle Jussieu**

*« Promouvoir la santé physique, mentale et sociale des jeunes enfants »*

**Danièle Sommelet**

Je me permets de souligner que trop souvent on parle de la prévention soit au sens médical, soit au sens psychosocial en les séparant et en séparant souvent les acteurs. Je me réjouis que nous parlions aujourd'hui de la santé dans sa triple définition OMS et que nous puissions, à partir d'expériences de terrain, impliquer ainsi transversalement les acteurs, les professionnels de santé de l'enfant et de l'adolescent dans toutes les dimensions du terme. Je pense qu'il y a parmi vous assez peu de pédiatres, et on peut imaginer que je les représente, mais j'estime que les pédiatres ne sont plus assez formés et ont un peu perdu parfois le sens de la santé publique pour diverses raisons et il me semble essentiel de réactiver les liens qui existaient autrefois entre les pédiatres, les médecins scolaires, et l'ensemble des professionnels de santé de l'enfant et de l'adolescent, et bien entendu tous ceux qui, dans le cadre social, psychologique et psychiatrique, travaillent également avec nous. L'introduction va vous être présentée par Nathalie Coulon, maître de conférence en psychologie du développement à l'université de Lille 3.

**Approche socio-écologique du développement et promotion de la santé de l'enfant : quelques pistes pour l'action**

**Nathalie Coulon**

L'idée est de partir d'une conception théorique pour ancrer des pratiques. Je suis donc maître de conférence en psychologie du développement et à ce titre, j'adopte une vision positive de la santé, c'est-à-dire la santé en tant qu'issue positive ou négative à un moment donné du développement, mais je ne me limite pas aux problèmes de santé. J'appartiens aussi à un groupe régional, le groupe de suivi du PRS Santé des enfants et des jeunes du Nord Pas-de-

Calais, et je suis engagée dans la réflexion politique également. C'est à travers mon travail universitaire et le travail engagé par ce groupe que je me suis rendue compte que je travaillais au niveau de la recherche sur un modèle théorique très intéressant du point de vue épistémologique, et donc qui pose des questions pour la recherche scientifique, mais très intéressant également d'un point de vue pratique et politique.

Je vais vous donner des éléments conceptuels pour défendre une stratégie systémique en m'appuyant notamment sur les travaux de Bronstein Brenner (?), souvent cité dans les politiques nord-américaines sur la promotion de la santé des enfants et des jeunes. À titre d'illustration, je vous donnerai une information sur une action que je mène avec des professionnels de la PMI du Pas-de-Calais, qui s'appuie sur ce cadre de référence théorique.

On a parlé tout à l'heure du développement de l'enfant jusqu'à 25 ans, mais j'ai une conception vie entière, sachant que ce que l'on dit sur le développement de l'enfant peut également être dit sur le développement de l'adulte. Je conçois le développement humain comme une adaptation, au sens dynamique du terme, réciproque et progressive au cours de la vie entière. C'est une adaptation entre une personne, c'est-à-dire un organisme biopsychosocial, donc un organisme dans toutes ses dimensions, et son environnement que je vais nommer sous le terme milieu de vie. Nous sommes dans une relation dialectique tout au long de la vie entre une personne qui est dans un contexte de développement qu'en général on appelle l'environnement ou son milieu de vie. Ce processus d'adaptation est affecté par les relations entre les milieux de vie les plus proches de l'individu, mais aussi les plus éloignés.

Nous pouvons imaginer le système des poupées russes, qui sont au nombre de cinq. La plus grosse et la plus petite retiendront notre attention pour commencer. Nous allons appeler la plus petite la personne en développement. Elle se développe dans un contexte social et elle devient la grosse poupée. Je vous renvoie à l'expression « les chiens ne font pas des chats ». La forme de la grosse poupée correspond aux objectifs de la société, elle va donner le schéma directeur général. Nous avons des attentes sur le développement, en matière d'insertion, donc nous allons proposer une certaine organisation écologique aux individus, et ce tout au long de la vie. Nous devons assumer des contraintes, des opportunités dans des milieux offerts par cette société.

La grosse poupée est ce que l'on appelle dans l'approche socio-écologique du développement le macro système, et la petite poupée étant la personne à un moment donné de son développement. C'est donc l'onto système. Retenez bien qu'il s'agit d'un organisme biopsychosocial. Par rapport à cette série de poupées russes, il y a des options possibles. Nous pourrions à même taille, même forme imaginer différentes options qui représenteraient les choix possibles. Les marges de manœuvre ne sont pas les mêmes en fonction de l'âge des individus. Entre cette petite poupée et la grosse poupée, nous avons trois niveaux. Le premier niveau est le niveau proximal, ce que nous appelons dans ce modèle le micro système, et qui renvoie au milieu de vie. Nous avons évoqué tout à l'heure la relation avec les parents, et la

famille constitue un micro système. Nous avons évoqué l'école qui est également un micro système. De même que le quartier avec les copains.

Ces milieux de vie ont des échanges entre eux, c'est ce que l'on appelle le méso système. Ce sont toutes les interrelations entre les milieux de vie les plus proches. Dans ces milieux, la personne en développement est actrice de son développement, elle est dans la relation directe. Cependant, dans ces milieux de vie, on propose des choses qui sont sous l'influence de milieux de vie distaux, donc le fameux macro système et ce que l'on appelle aussi les exo systèmes. Le lieu de travail des parents, par exemple, est un exo système. Nous avons évoqué le stress des parents rentrant du travail qui n'agissent peut-être pas comme il le faudrait avec leurs enfants du fait d'un ras le bol. En fait, cela renvoie à l'exo système. C'est-à-dire que les personnes en relation directe avec les enfants subissent des influences externes au milieu de vie direct de l'enfant, mais qui vont avoir des conséquences sur les activités qui seront proposées dans le milieu de vie le plus proche de l'enfant. Nous avons également dans ce modèle la conception temporelle à travers ce que l'on appelle le chrono système. Celui-ci renvoie à l'évolution de la personne avec les différentes configurations écologiques qui seront proposées en fonction de l'organisation sociale. Je renvoie au concept d'horloge sociale. A chaque âge de la vie, des choses sont prévues dans une société donnée, et elles ne seront pas les mêmes selon l'époque et les lieux. Nous avons cette idée d'évolution avec des tâches développementales proposées, des sortes de défis à relever, et dans le chrono système nous avons l'évolution historique de la société et de ses valeurs.

Le contexte familial en tant que micro système peut être conçu en termes de niche développementale. A été rappelé tout à l'heure le lien entre l'homme et l'animal, la niche développementale est un concept d'anthropologie. C'est pour dire que nous nous retrouvons dans un contexte bien particulier qui va être imprégné de certaines valeurs et pratiques. Dans cette niche développementale, nous allons proposer des rôles qui pourront évoluer au cours du développement. On ne propose pas dans la famille les mêmes rôles à des enfants de quelques mois qu'à des enfants de 3-4 ans qui seront sollicités pour d'autres activités, on va avoir une autre forme de relation sociale. Dans cette niche, on a encore une conception systémique et dynamique à partir des rôles, des activités proposées et des relations sociales qui seront possibles. Ce contexte est vraiment façonné par les milieux les plus distaux, donc les fameuses poupées plus englobantes.

Dans ce contexte, nous mettons en place ce que l'on appelle des activités réciproques et régulières qui sont les moteurs du développement. C'est parce que nous faisons des choses ensemble que nous allons aider l'enfant à se développer et que nous-mêmes nous nous développons en tant que parents. La qualité de ces activités conjointes est fortement influencée, dans le sens positif ou négatif, par les tiers, que nous pouvons situer à deux niveaux. D'une part, le niveau proche, c'est-à-dire que si nous prenons un parent qui agit avec un enfant, son comportement est influencé par le regard des autres membres de cette famille.

Si je prends les relations que la mère peut mettre en place avec son enfant, elles sont influencées par le regard du père ou sa façon de considérer les activités, etc. Mais pas seulement. Il y a d'autre part le regard de la société, des professionnels de santé par exemple. Dans la rubrique tiers, nous pouvons inclure les personnes proches ou plus extérieures, car le tiers va offrir des formes de soutien, que l'on appelle le soutien social. Le soutien social peut tout simplement consister à écouter les émotions. Il y a également le soutien d'estime, le soutien informatif sur les ressources possibles, le soutien instrumental et le soutien matériel, c'est-à-dire comment obtenir de l'aide financière, des moyens etc. Quand on parle du développement et de la promotion de la santé d'un enfant, nous devons envisager tous les collaborateurs. Chacun a une responsabilité, on ne peut pas se focaliser uniquement sur la famille. La communauté est une collaboratrice, le gouvernement également par ses choix politiques, bref la société tout entière.

Et nous retrouvons ces idées dans la charte d'Ottawa qui propose une action globale de promotion de la santé à partir de cinq stratégies. Nous pouvons les isoler, mais il me semble intéressant de les prendre toutes pour agir aux différents niveaux. Nous retrouvons ici la structure d'emboîtement que j'évoquais. Établir une politique publique saine, comme énoncé dans la charte d'Ottawa, c'est se dire qu'à tous les niveaux nous pouvons avoir des retombées sur le développement de l'individu, quel que soit son âge. Créer des environnements favorables, c'est réfléchir au niveau des micro systèmes, faire en sorte que le milieu de vie soit promoteur de santé. Renforcer l'action communautaire a à voir avec le support social, les relations sociales qui vont se créer. Développer les aptitudes personnes, c'est réfléchir à ce que l'on peut faire pour développer les ressources aussi bien du côté de l'enfant en développement que des partenaires avec lesquels il interagit. Le cinquième point concerne l'orientation des services de santé, c'est-à-dire qu'il faut une approche globale de la santé en tant que ressource afin de faire face à tous les aléas de la vie et aux fameuses tâches développementales qui font partie du parcours obligatoire.

Voilà des points d'ancrage d'une stratégie systémique. J'ai essayé de m'inspirer de cette conception pour travailler avec un groupe de la Direction de la PMI du Pas-de-Calais. Nous avons eu l'idée de mettre au point un programme d'accompagnement des parents d'un premier enfant, et de tenter d'améliorer le support social actuellement offert en essayant de travailler autrement. L'objectif général est développer et valoriser la bien traitance. Dans tous les cas, les parents font quelque chose et même si on a du mal en tant que professionnel à dire s'ils font des choses bien, il faut toujours changer son regard et partir d'éléments positifs pour construire à partir de là. L'idée est donc de mobiliser et de développer les ressources adaptatives des parents et des enfants, d'instaurer de nouvelles pratiques professionnelles. Il s'agit d'améliorer l'étayage aussi bien au sein de la famille pour le développement de l'enfant qu'au niveau professionnel pour soutenir cette famille qui va peut-être rencontrer de petites difficultés. Etre parent n'est pas facile quel que soit l'âge de l'enfant, et on est toujours

confronté à des changements, à de nouvelles contraintes, et il faut faire face. L'idée est donc d'offrir un soutien à la demande.

Nous avons également imaginé une maison vide. C'est ce que j'ai appelé la maison de la famille de bébé, inspirée du schéma de la « casita » de Vanistendel et Leconte (?), chercheurs qui travaillent sur la résilience. Je me suis donc inspirée de ce schéma pour discuter avec les professionnels et voir à quel niveau agir pour renforcer les compétences des parents et les valoriser. Vous avez ici une maison avec des fondations qui renvoient à la satisfaction des besoins élémentaires. Nous avons également ce qui a à voir avec les réseaux de contact informels. Nous disions tout à l'heure que nous n'existions finalement que par rapport aux autres. Les relations dans la communauté ou les relations avec des professionnels de santé permettent d'établir les fondations de la maison. Au rez-de-chaussée, nous avons le quotidien, des problèmes, des contraintes, des opportunités. Il faut donc gérer le quotidien et s'adapter, et donc trouver des solutions que l'on peut trouver dans les fondations dans la maison ou à l'étage, là où sont les ressources personnelles, celles des parents, de l'enfant. Et si on ne les trouve pas à l'étage ou à la cave, on peut ouvrir sa porte sur l'extérieur et faire en sorte que des professionnels les mettent en évidence.

L'idée que je défends s'agissant de la promotion de la santé est que l'intervention des personnes extérieures à la famille peut être simplement de mettre en lumière des choses qui existent déjà, et aider à travailler sur la construction de cette maison. Donc aider les gens à remplir cette maison sachant que ce n'est jamais définitif, qu'il faudra toujours renforcer et relever chaque défi. C'est aussi rassurer les parents sur le fait que cela fait partie des choses normales et une fois qu'ils sont rassurés, ils peuvent aller vers de nouvelles expériences et gagner ainsi en confiance et donc en ressources personnelles.

Pour conclure, je vous propose cette approche socio-écologique du développement humain comme cadre conceptuel pour donner du sens à des actions. Je me suis rendue compte que souvent nos actions portaient de bonnes intuitions mais que nous n'avions pas les concepts. Ceux qui s'inscrivent déjà dans ce type de conception peuvent donc se référer à ces théories. L'autre intérêt de cette approche est que même si l'auteur Bronstein Brenner ne travaille pas du tout sur la promotion de la santé, il nous offre un cadre permettant de faire converger des concepts que nous trouvons dans d'autres domaines, comme la promotion de la santé par milieu de vie, l'approche bio-psycho-sociale, la santé ressource etc. Ces concepts développés en santé publique ou dans le champ de la psychologie de la santé peuvent être réinjectés dans le cadre conceptuel sans problème. Je pense que l'évaluation des actions apporte en retour des éclairages sur ces concepts théoriques et sur la théorie elle-même. Je vous remercie.

### **Danièle Sommelet**

Je remercie vivement Nathalie Coulon qui a fait preuve de capacité de résilience et qui nous a fait sa présentation sans support. Je vous propose de poursuivre et de faire ré-intervenir

Nathalie dans le débat après la présentation des expériences de terrain qui ont donné lieu à évaluation et qui s'inséreront parfaitement dans le cadre qu'elle nous a tracé. Je passe la parole au docteur Bonnin, Protection maternelle et infantile, Conseil général des Hauts-de-Seine

### **Évaluation du changement de comportement vis-à-vis de la sécurité à leur domicile de parents de 9 à 12 mois, après la remise d'une trousse contenant des éléments de prévention des accidents domestiques**

#### **M.-H. Bonnin**

Je suis médecin de PMI dans les Hauts-de-Seine, et nous avons la chance à Boulogne de travailler beaucoup avec le professeur Chevalier, chef du service de pédiatrie et depuis longtemps préoccupé par la prévention des accidents domestiques. Il a constitué à Boulogne depuis 1994 un observatoire des accidents faisant intervenir l'hôpital Ambroise Paré, le Centre chirurgical de l'enfant, qui est une clinique privée, le Samu, les infirmières scolaires, la police, la Croix Rouge, les pompiers etc. Il a notamment mené une action tout à fait passionnante, à savoir que suite à des brûlures d'enfant par eau chaude, il a fait intervenir les plombiers dans toutes les familles concernées avec l'aide de la municipalité. Ceux-ci ont vérifié la température de la sortie de l'eau au chauffe-eau, ont fait des réglages et ont pu, grâce à un subventionnement de la ville, changer les chauffe-eau. En PMI, nous sommes également très préoccupés par l'attache en voiture et par les sièges conformes à la réglementation, à la fois pour les nourrissons et les enfants plus grands. Car nous constatons qu'à partir du moment où les enfants n'ont plus leur siège bébé, il est très difficile de les mettre sur des rehausseurs. Les auxiliaires de puériculture en PMI vont vérifier dans les voitures, avec les mamans, si les enfants sont bien attachés.

Je vais donc parler de la trousse. Ce travail a été réalisé avec un grand nombre d'intervenants, Marie-Pierre Janvrac à l'INPES, François Baudiller à la Caisse nationale d'assurance maladie, Bertrand Chevalier et Marc Stingeter à l'hôpital Ambroise Paré. Nous sommes partis d'une expérience réalisée au Canada sous l'influence du docteur Sylvain Leduc. Depuis 1994, une infirmière a mené beaucoup d'actions de prévention sur les familles défavorisées qu'elle visitait dans le cadre de son travail et leur faisait passer deux questionnaires. Un premier lors de la première visite, un second lors de la deuxième visite, après leur avoir donné beaucoup de conseils sur la prévention des accidents domestiques. Elle a donc repéré un certain nombre d'améliorations. Elle a ensuite eu l'idée de leur proposer une trousse contenant un certain nombre d'éléments de prévention, comme des cache prises. Après quoi, elle s'est rendue compte que les améliorations étaient bien supérieures quand on donnait des éléments de prévention.

Nous avons donc voulu faire la même chose et voir si nous pouvions adapter cette trousse en France. L'objectif principal est donc la prévention des accidents domestiques de l'enfant. Le second objectif, sachant qu'en PMI nous faisons des visites à domicile, notamment pour les familles défavorisées, était d'adapter cette trousse de sécurité et, enfin, de voir s'il était intéressant de fournir gratuitement des éléments aux familles.

Nous avons demandé à des familles ayant des enfants âgés de 6 à 9 mois si elles acceptaient de participer à cette étude. Nous les avons contactées soit par courrier, soit parce qu'elles étaient suivies à la PMI, et nous avons eu à chaque fois un consentement éclairé. Deux visites à domicile avaient lieu à six ou huit semaines d'intervalles par les puéricultrices ou les médecins de PMI ainsi que les auxiliaires de puériculture que nous avons fait participer. Nous donnions des conseils de prévention et faisons une distribution du matériel de sécurité selon la méthode suivante. Nous avons deux groupes de cinquante familles chacun. Dans le premier, nous donnions les conseils de prévention et la trousse. Dans le second, nous donnions les conseils de prévention, les dépliants d'information, mais nous ne donnions pas la trousse. Après, nous avons fait l'évaluation pour regarder ce qui se passait quand on donnait la trousse ou qu'on ne la donnait pas.

Cette trousse contenait un certain nombre d'éléments permettant de renforcer la sécurité, à savoir des bloque porte pour appareils ménagers, des cache prises, des bloque poignées de placard permettant de bloquer les placards sous l'évier, un crochet pouvant servir d'entrebâilleur de fenêtre ou pour bloquer les portes, des taquets de tiroir pour éviter qu'ils ne tombent, un protège bec de robinet de baignoire gonflable, des bandes de fermeture pour le réfrigérateur, des coins de protection pour les coins pointus des tables, un tapis de bain, un détecteur de fumée, et des brochures. La première intitulée « Avec l'enfant vivons la sécurité » sur les risques d'accident en fonction de l'âge ou du développement psychomoteur, les mesures préventives et les premiers gestes à faire en cas d'accident. La seconde intitulée « Etre parent, c'est pas si facile » qui montre que lorsqu'un enfant pleure il n'est pas facile de savoir pourquoi et ce qu'il faut faire. C'est donc surtout en prévention de la maltraitance. Et enfin un autocollant avec tous les numéros d'urgence à coller près du téléphone.

Je vous propose maintenant de passer aux résultats. Le groupe avec trousse est représenté en bleu et le groupe sans trousse en rouge. Pour le groupe avec trousse, s'agissant des chutes, le pourcentage d'amélioration est bien meilleur ; même chose pour la prévention des feux et brûlures, pour les intoxications, pour les asphyxies. En ce qui concerne les blessures, pour le groupe sans trousse, estimant que nous ne pouvions arriver sans rien, nous avons prévu au cours de la seconde visite de leur donner le tapis de bain. Mais lors de la seconde visite, une famille a dit à l'une des puéricultrices avoir acheté un tapis de bain après sa visite. Elle a donc estimé dit qu'il était inutile de leur en donner un second, et nous avons décidé de le donner aux familles sans trousse dès la première visite. C'est la raison pour laquelle toutes les familles du groupe sans trousse ont eu le tapis de bain.

Au cours de la seconde visite, nous avons regardé si les éléments fournis dans la trousse étaient installés de façon appropriée et si les produits dangereux, les médicaments, les bouteilles d'apéritif ou de vin, les produits de beauté, de nettoyage, en particulier soude caustique, eau de Javel etc., les solvants, l'alcool à brûler étaient rangés dans des endroits inaccessibles pour l'enfant ou fermés à clé. Les résultats du groupe avec trousse sont nettement supérieurs à ceux du groupe sans trousse. Si nous additionnons le tout, nous arrivons à 67,8% d'amélioration dans le groupe avec trousse contre 38% dans l'autre groupe. La différence est donc tout à fait significative.

Nous avons également posé des questions relatives à des éléments qui n'avaient pas été fournis dans la trousse. Les barrières de sécurité en haut ou en bas des escaliers pour les familles ayant des étages, ce qui est relativement rare dans nos banlieues ; les trotteurs, savoir si les tapis étaient fixés ou seulement posés, les chaises hautes, les rallonges et les fils pouvant entraîner des chutes ou des électrocutions, des risques de chute par le balcon ou la fenêtre, extincteurs, allumettes et briquets gardés hors de la portée des enfants, le système d'eau chaude, les plantes toxiques, le lit sans danger, sachant que ce dernier élément est très difficile à comprendre pour les parents qui ont du mal à imaginer que le lit peut être dangereux quand le matelas n'est pas tout à fait adapté ou quand la barrière n'est pas suffisamment haute, les petits objets dangereux hors de portée des jeunes enfants, les aliments type fruits secs, farine etc., cordons et chaînes de store et de rideaux qui peuvent provoquer des étranglements.

Le pourcentage d'amélioration concernant les éléments non fournis dans la trousse est nettement supérieur dans le groupe avec trousse. Ce qui signifie que le fait d'avoir reçu des éléments sécuritaires amène les parents à adopter ensuite une attitude beaucoup plus adaptée pour la sécurité des enfants. Ils pensent à se débarrasser des plantes toxiques, à mettre de côté les allumettes, et enlèvent les pots qui risquent de faire escaler les balcons. Dans le groupe avec trousse, nous avons 32% d'amélioration contre 24% dans le groupe sans trousse.

En termes de résultats globaux, 67% d'amélioration dans le groupe avec trousse pour les éléments fournis dans la trousse contre 38% ; et 32% pour les éléments non fournis contre 24%.

Nous nous sommes ensuite intéressé à des groupes pouvant être particulièrement à risque, et notamment aux familles monoparentales. Nous en avons sept par groupe. Pour les éléments fournis dans la trousse, nous avons une différence extrêmement importante, sachant que nous sommes passés de 90% à 44% entre le groupe avec trousse et le groupe sans trousse. Pour les éléments non fournis, nous n'avons aucune différence. Nous pouvons donc penser que dans ce groupe à risque, le fait de donner une trousse gratuitement revêt une importance fondamentale. Nous avons ensuite pris le niveau d'études primaires. Pour les éléments fournis dans la trousse, nous avons une différence très importante, soit 61% contre 36%, et pas de différence pour les éléments non fournis. Pour ces deux groupes à risque, nous constatons



qu'il est important de fournir des éléments de sécurité gratuits aux familles dont nous pouvons ensuite parler avec elles.

Les intervenantes ont pensé qu'il pouvait être intéressant dans certaines familles d'arriver avec une trousse dans la mesure où elle constitue une porte d'entrée et permet de parler de la sécurité à la maison et de faire le tour de la maison. Et faire le tour de la maison leur permettait de montrer aux parents les éléments de danger dont ils n'avaient pas toujours conscience. L'aide à l'installation n'est pas toujours facile. Les détecteurs de fumée, par exemple, devaient être fixés au plafond, ce qui nécessite une perceuse. Mais il existe maintenant une bonne colle permettant de les coller au plafond. Cela nous a également permis de regarder quels étaient les éléments les plus intéressants dans la trousse et ceux qui pouvaient être modifiés dans les trousse suivantes. Les familles ont en général été tout à fait satisfaites. Elles ont fait des aménagements supplémentaires. Et 9 familles sur 10 étaient tout à fait prêtes à participer à d'autres enquêtes éventuellement. Cela nous a permis de constater qu'il y avait beaucoup de choses à changer, qu'il n'était pas inutile de faire ce genre de visite et de vérifier la sécurité au domicile.

Pour conclure, ce kit de sécurité peut être remis aux familles mais il est important d'être sur place. Suite à cette expérience nous avons estimé que se rendre au domicile des familles était très lourd, que nous pourrions donner ce kit au neuvième mois, c'est-à-dire au moment où l'enfant commence à se déplacer, à toucher à tout, et faire une visite après. Nous nous sommes aperçu que lors du premier questionnaire rempli à la PMI, il n'y avait rien de dangereux, mais lorsque nous allions au domicile, nous trouvions un grand nombre de choses qui n'allaient pas du tout. Il est donc important d'aller au domicile des familles qui ne repèrent pas forcément les dangers. La gratuité et le fait que ce soit facile à installer sont tout à fait fondamentaux. Par exemple, le crochet Butax est très compliqué à visser et les familles ne l'avaient pas installé, de même les taquets de fond de tiroir. Pour les familles défavorisées ou en difficulté, il me paraît important de pouvoir leur apporter des éléments de sécurité car nous savons que c'est dans ces familles que surviennent le plus grand nombre d'accidents.

Il s'agit ici d'une étude réalisée uniquement au Québec destinée à voir si le fait d'apporter la trousse permettait de diminuer le nombre d'accidents. Pour ce faire, il nous aurait fallu distribuer la trousse à plus de mille familles dans le département, mais nous n'avions pas le budget nécessaire. Les résultats de l'étude québécoise sont les suivants. En rouge, est indiqué le nombre d'accidents dans toute la région du Québec, qui ont peu diminué. Et dans la région du bas Saint Laurent où les trousse ont été distribuées et qui était la région la plus à risque au départ, le nombre d'accidents est maintenant inférieur à celui de la région du Québec.

### **Danièle Sommelet**

Merci pour cette présentation très pratique qui montre bien l'importance d'aller sur place dans les familles avec les outils. Bertrand Chevalier s'est beaucoup investi dans la prévention des

accidents domestiques. Un observatoire européen des accidents est d'ailleurs en train de se mettre en place. Je passe maintenant la parole à Elisabeth Vérité, médecin inspecteur de la DRASS Nord Pas-de-Calais.

### **Le projet régional « événement naissance »**

#### **Elisabeth Vérité**

Je suis maintenant inspecteur à la DRASS et je pilote le programme régional santé des enfants et des jeunes dont a parlé Nathalie Coulon qui fait partie du groupe régional. Le projet dont je vais vous parler est influencé par le même principe que celui de l'action précédente. Le programme que je vais vous présenter est un programme d'éducation pour la santé en maternité. Nous avons choisi cette action car il nous a semblé que la période autour de la naissance était une période sensible durant laquelle il était possible d'améliorer la qualité du lien entre les parents et les enfants et ainsi de diminuer, voire de prévenir des troubles relationnels ultérieurs très fréquents au niveau de notre région qui a la palme de la maltraitance.

Le second postulat de cette intervention était que l'attitude des professionnels lors de ce moment privilégié de la naissance avait un impact sur le vécu des parents. Cette formation s'intègre évidemment dans notre politique régionale. Le PRS Santé des enfants et des jeunes avait trois objectifs centrés sur la naissance. D'une part, permettre aux femmes souhaitant allaiter de réussir leur allaitement. Il était impossible dans notre région d'aborder l'allaitement de front, c'était un tabou total. Et un grand nombre de professionnels refusaient de favoriser l'allaitement du fait que cela leur paraissait très militant. Au niveau de notre région, le taux d'allaitement était le plus faible de France. Il fallait donc réussir dans un premier temps à permettre aux femmes qui le souhaitaient d'allaiter et, par ce biais, améliorer à plus long terme le taux d'allaitement. Le second objectif concernait les déficits sensoriels non pris en charge. Notre région affiche un retard important dans la prise en charge des déficits sensoriels probablement lié non seulement au manque de vigilance des parents, mais également au déficit médical. Il faut donc être très motivé à l'heure actuelle dans notre région pour accéder à une prise en charge des déficits sensoriels. Le troisième objectif et le plus important était de favoriser et d'améliorer la qualité du lien entre les parents et les enfants, sachant que même pour dépister un déficit sensoriel, il faut déjà être en interaction avec son enfant.

Pour chaque objectif, un groupe de pilotage a été mis en place. Au bout d'un certain temps, nous avons décidé de réunir les trois groupes en un seul et de ne monter qu'un seul projet, sachant que les professionnels ciblés étaient toujours les mêmes. L'objectif de ce projet était de permettre aux professionnels de prendre en compte dans leur pratique le processus d'éducation pour la santé à travers ces différents paramètres, c'est-à-dire l'allaitement, le développement sensoriel et les compétences des parents et du bébé. À partir de ces trois items,

nous avons créé un comité de pilotage qui a travaillé pendant neuf mois pour aboutir à une formation d'éducation pour la santé pour les maternités et les professionnels travaillant autour de la périnatalité. L'idée était de susciter au sein de ces équipes une réflexion sur leurs pratiques professionnelles et sur l'influence qu'elles avaient sur les parents et de favoriser une évolution prenant en compte les parents là où ils sont. Le dernier objectif était de favoriser la mise en place de référents en éducation pour la santé, mais nous n'avons réussi à le faire que dans deux ou trois maternités pour les référents allaitement.

Cette formation a été faite sur trois jours. Elle était animée par un binôme, c'est-à-dire un animateur du CRES et des experts différents en fonction des jours. Les méthodes d'animation différaient en fonction des thèmes. Le comité de pilotage avait choisi les différents thèmes et prévoyait de réunir quinze à vingt personnes, mais il y avait souvent beaucoup plus de monde. C'était donc pluri-institutionnel, pluri-catégoriel, sachant que nous souhaitions à travers cette formation mettre du lien entre les établissements, la PMI, les psychiatres et médecins libéraux. À l'issue de chaque formation, une évaluation était faite à distance, et aujourd'hui, au bout de trois ans, nous sommes en train de vérifier l'impact réel. Cette formation est donc terminée. Elle a beaucoup mobilisé les experts. 37 sessions de formation ont été réalisées, 31 maternités sur les 39 de la région se sont inscrites, toutes sur le mode du volontariat, sachant qu'il leur incombait de tout organiser. Il nous manque donc 4 maternités publiques et 4 maternités privées. 740 personnes ont été formées. Enfin, une journée de régulation à distance a eu lieu l'année dernière.

Qu'est-ce que cette formation a réellement changé au sein des équipes ? Nous avons plusieurs données. D'une part, l'évaluation à la fin de chaque journée de formation ; d'autre part, l'évaluation à un an et demi. Je suis responsable de la périnatalité, coordinatrice des réseaux et secrétaire de la CRM. Je fais systématiquement des visites de conformité dans toutes les maternités, ce qui me permet lorsqu'il y a « événement naissance » quelque part de faire remonter l'information.

Dès la première formation des maternités qui s'étaient inscrites, l'utilité de celle-ci a très vite été démontrée et certaines équipes se sont inscrites cinq fois, mais nous n'avons jamais accepté plus de trois inscriptions. Globalement, les maternités ont très bien participé. Certaines, en revanche, étaient totalement opposées à ce concept qui était pour elles à des années lumières de leur façon d'aborder la grossesse. Mais progressivement, les demandes ont augmenté et nous avons maintenant énormément de demandes alors que nous avons arrêté les formations.

Au sein des maternités, nous constatons un changement au niveau organisationnel et fonctionnel. Elle a permis de ré-interroger les pratiques professionnelles des uns et des autres, de mieux situer la place de chacun, entre l'auxiliaire de puériculture, la sage-femme, les infirmières et les médecins, ce qui n'est pas toujours très facile. Elle a permis à un certain nombre de maternités de ne plus être dans une pensée unique biomédicale et de beaucoup plus

intégrer là où sont les familles, sachant que certaines structures accueillent beaucoup de familles très défavorisées. Nous avons constaté une progression vers une approche globale de la naissance ce qui, dans certaines structures, a entraîné une véritable restructuration du projet des services, d'établir de nouveaux protocoles de soin, d'accompagnement, voire pour certaines une restructuration des locaux.

Par ailleurs, cela a entraîné une ouverture vers le partenariat. Ce qui était en quelque sorte un préliminaire aux réseaux. Nous sommes une grande région où chaque bassin de vie comprend environ un million d'habitants, soit entre 10 000 et 20 000 naissances par bassin de vie. Sur un des bassins de vie, nous avons du mal à mettre en lien la PMI et les structures hospitalières, et cette formation a participé à une mise en place des réseaux locaux dans un premier temps, et maintenant à une intégration dans le réseau périnatal du bassin de vie, sachant que des partenariats se sont mis en place en interne entre la maternité et la néonatalogie.

Au niveau individuel, un an après, ils ont l'impression que cela a totalement bousculé leur façon d'appréhender l'accouchement et les familles, et leur a permis de changer leurs représentations sur la naissance ; de reconnaître des compétences aux parents et aux enfants qu'ils pensaient incompetents pour certains ; de renforcer la cohésion d'équipes autour d'un projet commun ; d'enrichir les échanges avec les mamans.

Le résultat à distance, qui s'inscrit dans une politique plus large et à travers d'autres formations qui ont depuis été mises en place dans les maternités et dans les PMI, est un accroissement du taux d'allaitement dans la région, surtout dans le Pas-de-Calais où le taux est passé de 26% à 42%. Nous sommes en train de re-questionner les personnes par téléphone et nous constatons que, dans un premier temps, elles ne se souviennent pas de la formation en elle-même, mais de ce qu'elle a changé dans leur façon d'aborder l'accouchement et la situation « événement naissance ».

### **Danièle Sommelet**

Je vous remercie de cette présentation extrêmement intéressante. Nous sommes vraiment dans la prévention. Je vais maintenant passer la parole à Bernard Topuz, médecin, Chef du service de PMI de la Seine-Saint-Denis. La mission que m'a confiée le ministre de la Santé sur l'organisation de la santé de l'enfant et de l'adolescent m'a amenée à voir de près les services de PMI, notamment ceux qui sont particulièrement actifs, et je salue la Seine-Saint-Denis qui revient en permanence dans tous les rapports que j'ai à lire. Le Nord Pas-de-Calais également d'ailleurs.

### **Un nouvel espace institutionnel**

### **Bernard Topuz**

Le titre exact de mon intervention est « les accueils parents/enfants dans la PMI du 93 : un nouvel espace institutionnel qui s'affine ». Pour vous parler de ces accueils parents/enfants, je vais dans un premier temps reprendre le cadre général de la PMI dans lequel nous travaillons, les raisons qui nous ont amenés à créer ces accueils parents/enfants, leur fonctionnement. Et nous verrons ensuite plus précisément, à partir d'une étude que nous avons réalisée sur ces accueils parents/enfants, la population accueillie, le type de problèmes posés. Et nous terminerons sur les effets perceptibles et les perspectives de cette politique.

Quel est le fondement de la PMI ? Sa finalité est à la fois médico, psycho, socio-éducative. Dans la PMI, il y a également un lien fort avec les modes d'accueil. La PMI est à la fois un cabinet de consultation dont on pousse la porte, mais ce sont également des puéricultrices, des sages-femmes qui peuvent aller au-devant des familles. C'est également la prévention de la mortalité, de la morbidité, des accidents de la vie courante, de la désinsertion sociale et des dysfonctionnements de la relation parents/enfants dont la maltraitance est la forme la plus grave.

Nous avons en Seine-Saint-Denis une PMI assez exceptionnelle en termes quantitatifs du fait d'une longue histoire et d'un engagement du conseil général et des élus pour développer un système public. Ce qui donne 110 centres de quartier, soit environ un sixième des centres des PMI en France, ouverts toute la semaine, avec des équipes pluridisciplinaires, un personnel fixe dans chaque centre composé de puéricultrices et d'auxiliaires de puériculture, ainsi que du personnel sur plusieurs centres à la fois, dont des éducatrices de jeunes enfants, sachant que les accueils parents/enfants fonctionnent beaucoup avec ces éducatrices. S'agissant de la population que nous touchons à travers les centres de PMI, environ un enfant sur deux est suivi en PMI en Seine-Saint-Denis.

Pourquoi avons-nous mis en place des accueils parents/enfants ? Cela a démarré au début des années 1980, époque à laquelle il y avait un déficit massif des modes d'accueil. Le responsable de la PMI ayant constaté que le centre de PMI n'était utilisé que certaines demi-journées pour la consultation, il y avait donc un espace que nous pouvions occuper. À partir de là, décision a été prise d'ouvrir des accueils dans lesquels il y avait à la fois des accueils type « halte jeux » où les parents pouvaient déposer leurs enfants, et des accueils parents/enfants dont l'objectif était une préparation à la séparation mère/enfant et à l'entrée à l'école. Vers 1995, nous avons revisité l'ensemble de cette politique d'accueil dans les centres de PMI et nous avons donné la priorité aux accueils parents/enfants dans le cadre du soutien à la parentalité et de l'intégration sociale des familles isolées.

Pour mettre en place cette priorité, nous avons organisé un groupe de travail avec la mémoire du service. L'association « Enfance et musique », en tant qu'expert, a animé ce groupe de travail. Nous avons élaboré des recommandations et un cadre pour faire en sorte que ces accueils parents/enfants répondent à une politique volontariste dont les fondements étaient clairement affirmés. Il y a eu un processus d'appropriation par les équipes de ces

recommandations, et surtout une formation externe qui a été montée, de quinze accueillants par an sous forme de groupes de parole et d'apport conceptuel. Nous avons fait appel à des psychanalystes parisiens qui animent un accueil parents/enfants. Cet accueil s'appelle l'IRAEP (?) et il est situé dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement. Sachant qu'ils avaient déjà une longue pratique d'un accueil parents/enfant de type particulier, puisqu'il s'agit d'un accueil « maison verte », avec des règles d'anonymat, donc un cadre très différent de celui de nos accueils parents/enfants en Seine-Saint-Denis.

Pour monter ces accueils parents/enfants, nous avons fait des plaquettes de présentation. Par exemple, dans le centre de PMI où j'ai ma consultation, cet accueil s'appelle « la Coccinelle », avec un joli dessin de coccinelle dessus et expliquant l'accueil parents/enfants. Dans nos équipes pluridisciplinaires, nous avons fait appel à la psychologue pour qu'elle puisse reprendre avec les accueillants ce qui s'est passé lors de l'accueil. Et nous avons fait plus récemment une évaluation sur l'approche descriptive du fonctionnement des accueils et un relevé de la perception des accueillants sur les difficultés et les richesses de ces accueils. En termes de fonctionnement concret, plus d'un centre sur deux possède un centre d'accueil parents/enfants. Ce qui représente globalement une demie journée par semaine. Les équipes d'accueillants sont composés de deux ou trois professionnels et 80% sont des binômes éducatrices de jeunes enfants et auxiliaires. Le média principal de l'éducatrice de jeunes enfants est le jeu qui va jouer un grand rôle dans ces accueils parents/enfants.

S'agissant des règles de fonctionnement, la présence du parent avec l'enfant est indispensable. L'âge des enfants accueillis est de zéro à 4 ans. Il n'est pas nécessaire d'être suivi au centre de PMI pour fréquenter l'accueil parents/enfants. Dans les petits bulletins municipaux, par exemple, il y a une annonce sur les accueils parents/enfants existants sur la ville. Au niveau de l'éthique, les valeurs fortes sont le respect d'autrui et la garantie de la confidentialité, élément qui a été très central dans l'organisation de ces accueils, mais avec les contingences parfois de locaux pas toujours adaptés. Et surtout l'idée que la PMI, dans la mémoire collective, c'est aussi la police des familles. Le fait que ces accueils parents/enfants ne soient pas comme dans une maison verte des espaces où l'on vient de façon anonyme mais des espaces insérés dans la vie du quartier pose nécessairement question, et souvent, les familles les plus en difficulté ne viennent pas dans les accueils parents/enfants.

Concernant le positionnement des accueillants, une grande disponibilité pour accueillir et écouter, une éthique du non jugement – hors des situations extrêmes, bien sûr. Les outils des accueillants sont la médiation par le jeu et par la parole, la réflexion entre accueillants après la séance. La population qui s'inscrit et fréquente ces accueils parents/enfants est comme la dominante de la Seine-Saint-Denis, c'est-à-dire une population avec une forte précarité socio-économique, une représentation importante de familles monoparentales, une multiplicité des origines culturelles. Dans l'étude que nous avons réalisée, nous nous sommes rendu compte que certaines ethnies ne venaient pas. Les familles chinoises, par exemple, viennent assez peu

alors que les familles maghrébines ou d'Afrique sub-saharienne viennent beaucoup plus facilement. Ce sont surtout les mères qui viennent, nous avons très peu de pères. Le pic de fréquentation se situe entre la première et la deuxième année de l'enfant. Et ouverture de l'accueil parents/enfants à des enfants porteurs de handicap avec un dispositif au sein de la PMI pour accompagner les professionnels accueillant ces familles.

Nous avons récemment réalisé une étude auprès des équipes d'accueillants. En 2003, nous avons lancé un questionnaire auprès de tous les centres. En 2004, nous avons tiré au sort 12 centres de PMI parmi les 60 qui organisent des accueils parents/enfants. L'objectif de ces entretiens semi-directifs était de dégager les principes fédérateurs qui sous-tendent ces accueils et d'identifier les facteurs permettant d'expliquer la diversité des accueils parents/enfants.

Par rapport à ce que nous ont dit les accueillants, les premiers objectifs exprimés étaient être un lieu de sociabilité, donc renforcement du lien social sur le quartier, lieu de rencontre et d'échange entre parents ; offrir un espace de jeu collectif et de socialisation aux enfants ; aider à la séparation mère/enfant ; et développer un soutien à la parentalité. Si nous développons cette notion de soutien à la parentalité exprimée de façon plus simple, les professionnels disent plutôt que cet accueil permet aux parents de souffler, aide les mères en difficulté relationnelle avec leur enfant, parfois soutient des mères déprimées ou des mères qui doutent fortement de leurs capacités, et valorise les compétences du jeune enfant. Autre élément très important dans la parole des accueillants, l'évolution par rapport aux autres demi-journées de la semaine où ils accueillent des parents pour des consultations et où ce sont eux qui savent quand la vaccination doit être faite ou pas etc. Là, ils se retrouvent sur un registre humble, où ils n'ont pas de recette éducative, où ils sont professionnels mais parfois parents face à d'autres parents. Il s'agit donc d'adopter une attitude d'écouter et de dialoguer sans s'appuyer sur un savoir qui permettrait de tout solutionner. Les accueillants ont également mentionné l'importance forte des échanges entre parents, des partages de difficulté, des manières de faire entre parents.

Les facteurs de fragilité et les limites de ces accueils parents/enfants sont les difficultés liées à l'organisation, parfois le manque ou le renouvellement de personnel. Et lorsque le projet n'a pas été beaucoup discuté dans l'équipe, sachant que seules deux personnes de l'équipe en général font partie de l'accueil parents/enfants, il peut y avoir des interventions inopinées pendant l'accueil, donc un non respect de l'espace. Et une tendance de certains professionnels à faire de l'accueil parents/enfants un lieu d'observation. Par rapport à ce dernier point, une des principales recommandations à la fin des années 1990 était de dire clairement que l'accueil parents/enfants n'est pas un lieu de dépistage, qu'il est ouvert à toute la population. Si durant la consultation, on ressent une attitude un peu fusionnelle entre un parent et son enfant, par exemple, on va un peu plus dire à ce parent qu'il peut venir le mercredi après-midi

à la Coccinelle pour rencontrer d'autres parents et ainsi prendre sa place vis-à-vis de son enfant au sein d'un groupe.

Le deuxième type de difficulté est lié à un manque de confidentialité. Nous avons établi dans la PMI de Seine-Saint-Denis un dossier technique, de recommandations sur la confidentialité, qui présente à la fois le cadre du secret professionnel, les lois, mais également l'éthique que nous avons souhaité développer au sein du service. Ce qui pose des questions pratiques, c'est-à-dire est-ce que ce que l'on va voir pendant l'accueil parents/enfants pourra être abordé ensuite en réunion d'équipe et est-ce que l'on pourra s'en servir. Nous sommes partis du principe que c'est un espace où ce qui se passe est confidentiel. Tout cela est, bien entendu, à relativiser. Si nous sommes confrontés à des situations de maltraitance, nous avons nécessité, comme tout professionnel, de rompre le secret, mais les situations les plus courantes restent dans un espace de confidentialité.

La dernière limite est la très faible fréquentation des accueils parents/enfants. Sur les cinq cents ou mille familles fréquentant le centre de PMI, il y a quelques dizaines de familles qui donnent lieu à des échanges dans le cadre de réunions « familles en difficulté », où les professionnels affinent leur regard et les mesures à prendre en matière de protection de l'enfance. Nous nous sommes rendu compte que, le plus souvent, les familles dont nous discutons dans ces réunions « familles en difficulté » ne venaient pas dans les accueils parents/enfants, sans doute parce qu'elles vivent la PMI toujours avec une image de surveillance, et c'est vrai qu'il y a bien un moment où nous sommes dans cette relation de surveillance.

Concernant les effets perceptibles de ces accueils parents/enfants, nous avons vu la fréquentation augmenter de 12,5% entre 2004 et 2005. À l'heure actuelle, ce sont plus de mille familles en Seine-Saint-Denis qui viennent régulièrement. Et parmi les effets perceptibles également, des équipes qui investissent très fortement ce temps d'accueil parents/enfants qu'elles considèrent utile à la fois pour favoriser la parentalité, mais également valorisant sur un plan personnel. Dans les échanges que nous avons eus au sein de la PMI, nous avons constaté que l'attitude plus distanciée vis-à-vis des parents, jugeant moins, pouvait déteindre sur l'ensemble des activités de la PMI, sur l'accueil dans les consultations etc. c'est-à-dire que cela aide les professionnels à adopter une attitude intérieure, une posture dans leur relation avec les familles beaucoup plus tolérante, plus dans l'écoute, avec plus d'observation et moins de jugement.

Concernant les perspectives, nous avons déjà organisé deux forums des accueillants et nous allons en organiser un troisième qui sera élargi à l'ensemble des autres initiatives d'accueil parents/enfants en Seine-Saint-Denis, comme des associations loi 1901, des caisses d'Allocations familiales, des centres sociaux qui organisent eux-mêmes des accueils parents/enfants. Et, enfin, nous allons réaliser une étude en direction des usagers fréquentant les accueils parents/enfants.



Pour conclure, être accueillant dans un accueil parents/enfants exige une ouverture. Ce n'est pas une fonction facile. Le paradoxe central des accueils parents/enfants, c'est qu'a priori rien n'est plus facile que d'accueillir des parents et leurs enfants avec des jouets, un peu de jus d'orange, donc une ambiance conviviale, mais nous sommes sans cesse confrontés à l'imprévu. J'ai le souvenir d'un accueil parents/enfants à la Courneuve où une mère s'est posée dans un coin et a lu le Coran durant tout l'accueil parents/enfants. Que faire dans ce type de situation ? Il n'y a pas de mode d'emploi tout fait, si ce n'est avoir un processus exigeant de formation des accueillants sous forme de groupe de parole où ils peuvent reprendre les situations qu'ils ont vécu et, peu à peu, se forger une posture, une attitude intérieure qui va leur permettre d'être plus à l'aise dans ce travail d'accueillant. Donc faire preuve d'empathie, de disponibilité, d'une distance suffisante pour mener à bien ce projet institutionnel. Et avoir ce temps de formation et de supervision. Je vous remercie.

### **Danièle Sommelet**

Je vous félicite et vous remercie vivement de cette présentation. Je rappelle que l'organisation de ces points d'accueils est maintenant recommandée dans tous les plans, programmes, et par tous les groupes de travail. Il reste néanmoins à les mettre en place, à les faire fonctionner et avoir les moyens financiers et humains, ce qui n'est pas simple. La dernière présentation concerne le programme triple P présenté par Éléonor Prieto et Laure Melin de l'Association Parasole de Marseille.

### **Le programme triple P**

#### **Éléonor Prieto**

Je dois excuser ma collègue Laure Melin qui, du fait d'une laryngite, ne sera pas en mesure de co-animer cette présentation avec moi. Je suis psychologue de formation. J'ai travaillé en entreprise, j'ai notamment animé un bon nombre de formations, et j'ai également travaillé comme thérapeute. Laure a essentiellement une expérience dans l'accompagnement de familles atteintes du Sida à l'Association « Sol en Si ».

Je vais vous parler de prévention par l'éducation parentale. Par prévention, il faut entendre ici prévention des problèmes de comportement au sens large. Je vais également vous dire quelques mots de la création de notre association Parasole, qui signifie parents aidés par des solutions éducatives. Et je vais surtout vous parler de l'approche triple P, qui est Programme Parentalité Positive.

Comme pour bon nombre d'associations, la création de notre association est issue d'une rencontre entre Laure et moi-même et d'une rencontre avec la méthode triple P. Suite à nos diverses expériences professionnelles, Laure et moi-même nous sommes dit que nous aimerions bien pouvoir aider les parents. Nous avons dans l'idée de trouver une solution

entre se débrouiller seul, ce que font la plupart des parents, et aller voir un psy ou un thérapeute, ce qui n'est pas donné à beaucoup de gens de par la culture, la mentalité. Nous avons également envie de travailler sur la prévention, mais plutôt en direction de parents avec des enfants jeunes, tout simplement parce que de par nos expériences, les parents qui ont des problèmes avec des enfants un peu plus grands avaient, dans la plupart des cas, déjà des problèmes lorsque les enfants étaient plus petits. Je suis d'origine anglo-saxonne et l'un de nos soucis majeurs était de pouvoir proposer des méthodes concrètes. L'idée étant que si les parents viennent nous voir, ils puissent sortir en se disant qu'ils sauront quoi faire et dire quand leur enfant piquera une colère dans le supermarché, par exemple.

Et nous avons rencontré Triple P par le biais d'un ami qui vit en Suisse, a deux petits enfants, et qui s'est formé à la parentalité à travers la méthode Triple P. Nous sommes allées sur place faire des investigations, nous avons contacté Triple P International en Australie et nous avons trouvé un grand nombre de réponses à nos questions et à nos envies. Ce qui nous a particulièrement séduit chez Triple P, c'est qu'ils proposent de multiples formations à la parentalité. Il ne s'agit pas simplement d'un modèle qui peut être collé à tous les parents, ils proposent différents types de formation. Ce qui m'a paru important, c'est le fait que ces programmes d'éducation parentale proposés par Triple P sont validés scientifiquement. Autre point important et tout à fait intéressant, leurs programmes d'éducation parentale ont une large portée au sein de la communauté. On se dit souvent que l'on peut travailler en tant que thérapeute et recevoir une maman, par exemple, mais Triple P propose également des formations de groupe, c'est-à-dire qu'il est possible de recevoir les parents en groupe. Mais l'objectif de Triple P est également de former des professionnels, des assistantes sociales, des assistantes maternelles, des instituteurs, pourquoi pas des médecins généralistes etc. Et donc ainsi d'essaimer l'éducation parentale plus largement.

Ce qui nous a également paru dans l'approche Triple P, c'est le fait de viser l'autonomie des parents. Le but est de donner les moyens et les outils aux parents pour qu'ils puissent eux-mêmes ensuite trouver les solutions, mettre en place des choses concrètement au sein de leur famille, de telle sorte que si d'autres problèmes surviennent plus tard soit avec le même enfant, soit avec d'autres, ils soient à même de retrouver des méthodes pour y répondre.

L'objectif général du programme Triple P est de prévenir les problèmes comportementaux, émotionnels et de développement chez les enfants en améliorant les connaissances, les capacités, la confiance en soi et l'indépendance des parents. Triple P est un programme d'éducation parentale qui a été développé pendant les années 1980 par le professeur Mat Sandoz du Centre de soutien familial du Queensland en Australie. Ils ont d'ailleurs obtenu en 1995 et 1997 le prix de la Prévention de la Violence en Australie. Ils ont derrière eux vingt-cinq ans de recherche clinique, de solides bases théoriques et de validité empirique. À ma connaissance, ils ont conduit plus d'une cinquantaine d'études qui ont été publiées et qui démontrent l'efficacité de Triple P quelles que soient les catégories socioprofessionnelles et

les cultures. Ils ont surtout effectué des études au sein des populations à risque, notamment dans les familles où il y a de la dépression maternelle, des enfants handicapés, les familles monoparentales, les familles à très faible niveau de ressources financières. Ils ont également effectué un certain nombre d'études de rentabilité.

En termes de cibles, il s'agit essentiellement de familles avec des enfants de 1 à 12 ans. Triple P propose également un programme à la parentalité pour les adolescents, mais nous ne la proposons pas encore au sein de notre association. Il est intéressant de noter que lorsque l'on parle d'enfant de 1 à 12 ans, il s'agit plutôt d'enfant de dix-huit mois à 2 ans. Nous avons beaucoup débattu pour savoir s'il était intéressant de former à la parentalité des parents lorsque la femme est encore enceinte ou que l'enfant vient de naître. Triple P estime que ce n'est pas très intéressant, c'est un peu un coup d'épée dans l'eau, ce serait comme apprendre une langue étrangère que l'on utilisera que dans dix-huit mois ou deux ans quand on ira dans le pays. L'idée est donc de former les parents au moment où les problématiques commencent à se poser ou pourraient se poser, ce qui leur permet de mettre directement en pratique un certain nombre de méthodes ou d'outils proposés.

Enfin, ce programme a été implanté avec énormément de succès dans de nombreux pays et des pays aussi hétéroclites que le Japon, la Chine, l'Iran, le Canada, la Pologne. En Europe, il est surtout implanté en Angleterre, en Allemagne, en Suisse germanique. À ma connaissance, Triple P n'est absolument pas implanté en France. Nous serions donc les précurseurs. Je ne peux pas dire qu'il n'existe pas d'autres programmes d'éducation parentale, mais il semblerait qu'il y en ait tout de même très peu en France. Laure et moi-même avons donc dû aller en Angleterre pour nous former.

Comme je le disais tout à l'heure, ce qui nous a intéressé dans le programme d'éducation parentale de Triple P, c'est le fait qu'il s'adapte aux divers besoins des parents. Ils ont cinq niveaux d'intervention, ce qui leur permet de ratisser large et d'avoir une large portée au sein d'une communauté. Leur premier niveau d'intervention, ce sont des campagnes d'information parentale. Ce peut être des programmes à la télévision, des interventions à la radio ou dans la presse écrite. Leur deuxième niveau d'intervention est un conseil parental ponctuel. Le troisième niveau est une formation à la parentalité ciblée sur une problématique. Elle est en général destinée aux parents ayant une problématique simple, unique et assez récente. Le quatrième niveau d'intervention est une formation globale à la parentalité destinée à des familles avec de multiples problèmes, des problèmes plus sérieux, voire des problèmes qui perdurent depuis assez longtemps. Ce quatrième niveau s'adresse également aux parents qui souhaitent simplement développer leur rôle parental. Un cinquième niveau est proposé par Triple P. Il s'agit d'une intervention familiale avancée au sein de familles rencontrant d'autres problèmes que ceux liés aux enfants, comme du stress, de la dépression, des handicaps etc. Au sein de Parasole, nous proposons pour l'instant les niveaux 3 et 4.

Les modalités sont au nombre de quatre. La possibilité d'intervenir en face à face, d'intervenir en groupe, en auto-formation, et très souvent nous proposons un accompagnement téléphonique. Un accompagnement téléphonique est également proposé dans la formation de groupe. Il s'agit de huit séances, dont quatre premières séances de deux heures en groupe, puis trois séances individualisées par téléphone, la dernière séance de deux heures étant en groupe. Les méthodes pédagogiques sont assez variées, sachant que nous avons aussi bien des supports écrits, des supports vidéos, de nombreux exercices et nous proposons également des jeux de rôle.

Quelles que soient les formations, qu'elles soient individuelles ou en groupe, et quel que soit le niveau de formation, Triple P essaie de promouvoir un certain nombre de principes, appelés les principes de la parentalité positive, à savoir garantir un cadre de vie sûr, sécurisé et stimulant ; créer un climat d'apprentissage positif ; appliquer une discipline ferme ; avoir des attentes réalistes ; s'occuper de soi en tant que parent. Autre élément que l'on retrouve à travers toutes les formations, qu'elles soient individuelles ou en groupe et l'auto-formation, il s'agit toujours de la même structure qui évolue délibérément. C'est-à-dire que dans un premier temps nous donnons toujours aux parents des outils et des moyens afin qu'ils puissent observer de façon plus objective et concrète ce qui se passe chez eux. Ce qui leur permet de prendre un certain recul par rapport à ce qui se passe chez nous et ce qui nous donne des bases pour ensuite évaluer l'impact de nos formations et avoir des résultats. Dans cette première phase, nous les faisons également réfléchir aux causes des problèmes de comportement chez les enfants, ce qui les sort un peu du schéma stéréotypé consistant à dire, par exemple, que l'enfant est exactement comme son père, qu'il ne s'en sortira jamais. Nous leur donnons des outils pour réfléchir aux causes des problèmes de comportement chez les enfants, notamment pour qu'ils puissent constater par eux-mêmes petit à petit à quel point leur comportement, leur façon de faire avec les enfants a un impact sur eux.

Dans un second temps, nous leur proposons des stratégies parentales positives, c'est-à-dire des méthodes pour développer les comportements que l'on apprécie, que l'on attend chez les enfants. Ce n'est, bien sûr, pas nous qui les déterminons, chaque parent décide de ce qu'il apprécie et de ce qu'il attend chez son enfant, mais nous leur donnons des techniques pour apprendre des choses aux enfants directement en situation, comment féliciter, comment remercier, ce que les parents souvent oublient de faire. Donc des méthodes très positives. Et c'est seulement dans un troisième temps que nous allons leur donner des stratégies pour « discipliner » les enfants. Sachant qu'à partir du moment où nous leur avons bien donné, en amont, des techniques de parentalité positive, très souvent nous avons moins besoin de mettre en place des techniques plus rigoureuses. Et non seulement nous avons moins besoin de les utiliser, mais c'est plus efficace. Quand on met en place une stratégie de mise à l'écart de l'enfant, à partir du moment où les parents ont appris comment montrer une attention positive sur les comportements qu'ils apprécient, cela a bien plus de chance de fonctionner.

Nous ne pouvons pas encore vraiment parler de résultat, car nous n'avons créé notre association qu'en juillet 2005, et nous n'avons commencé nos formations qu'en novembre, et surtout à partir de janvier. Les mamans que nous avons reçues sont très contentes. Une maman hier soir a même crié au miracle, ce qui fait du bien. Diverses études ont été menées par Triple P pour connaître l'impact de leurs formations, les résultats vont d'un travail sur 80 ou 100 familles jusqu'à 4 500 familles dans certaines régions de l'Australie. Ils ont notamment réalisé des études entre huit et dix ans pour mesurer l'impact réel entre une éducation parentale sur des jeunes enfants et l'impact sur la communauté en termes de délinquance et de violence, et ils arrivent à une réduction de 36-37% des troubles des conduites chez les populations adolescentes.

En termes d'objectif, nous travaillons pour l'instant avec les mamans et c'est le bouche-à-oreille qui fonctionne. Nous espérons pouvoir travailler petit à petit avec les autres associations qui peuvent prendre en charge les parents et les enfants, ainsi qu'avec les professionnels. Nous avons un contact intéressant avec le conseil général des Bouches-du-Rhône pour former toutes leurs assistantes familiales, les familles d'accueil qui recueillent les enfants placés par le juge, sachant que le département en emploie 550. Ce sont des enfants souvent difficiles étant donné les conditions dans lesquelles ils arrivent dans ces familles. Notre interlocutrice au conseil général semble très intéressée par les formations de Triple P, ce qui nous permettrait de bénéficier de subvention, de nous faire connaître et de pouvoir mesurer l'impact de notre travail. Je vous remercie.

### **Danièle Sommelet**

Je vous remercie de cette expérience innovante qui, je l'espère, va pouvoir non seulement se poursuivre mais s'étendre. J'ai lu un certain nombre de documents et de rapports sur plusieurs travaux de ce type en Australie, pays très avancé en la matière. Je vous propose maintenant de débattre avec nos différents intervenants. Nathalie Coulon interviendra de façon transversale au travers des discussions qui seront menées successivement sur les différentes expériences présentées. Je vous propose d'ouvrir la discussion sur la première présentation, celle de Mme Bonnin sur la prévention des accidents. Je rappelle que le problème des accidents chez l'enfant, et surtout le très jeune enfant, est un problème majeur en pédiatrie pour lequel des recommandations sont régulièrement faites à l'occasion des diverses consultations par le pédiatre, le généraliste, le médecin de PMI. Mais il faut souvent aller vite au cours de ces consultations et parfois malheureusement, ce type de recommandation n'est pas toujours suivi et en tout cas retenu. C'est la répétition et le fait de mener des études ciblées sur de tels problèmes qui permettent peu à peu d'aboutir à un résultat.

Vous nous avez dit que vous envoyez à domicile du personnel de PMI. J'ai cru comprendre que non seulement des infirmières, mais également des médecins de PMI se rendent au

domicile. Permettre à des médecins de PMI d'aller à domicile est peut-être une expérience propre à l'Ile-de-France. À ma connaissance, cela ne se pratique guère ailleurs.

### **M.-H. Bonnin**

Les médecins sont allés à domicile dans le cadre de l'enquête, mais habituellement ils n'y vont que lorsqu'il y a un problème particulier posé par la puéricultrice qui demande au médecin de l'accompagner. Sinon, les puéricultrices allaient jusqu'à présent, et encore un peu maintenant, au domicile des assistantes maternelles où est fait depuis très longtemps un travail de prévention des accidents domestiques, sachant que l'assistante maternelle doit assurer la sécurité à son domicile, c'est une des conditions de l'agrément qui sont santé, sécurité, épanouissement de l'enfant.

### **Échanges avec la salle**

#### **Brigitte Chevalier**

Je suis coordinatrice petite enfance de la ville de Cannes. Dans le cadre de mes missions auprès des établissements petite enfance, crèches, haltes-garderies, je fais passer des messages depuis de nombreuses années auprès des familles notamment. En tant que directrice d'établissement multi accueil, j'ai également mené des actions de prévention des accidents domestiques auprès des enfants. Avez-vous mené une action auprès des parents, des professionnels et des enfants et quels outils et moyens avez-vous mis en place ? Avez-vous fait un relevé des accidents avant et après votre action ?

#### **M.-H. Bonnin**

Nous avons à Boulogne un observatoire de relevé des accidents domestiques et des accidents de la route, mais cela n'existe pas sur tout le département. Cet observatoire a permis de bien repérer la nature des accidents, et même les quartiers où il y avait le plus d'accidents. Concernant l'éducation des adultes, nous travaillons avec les crèches, les haltes-garderies, les crèches parentales et toutes les structures d'accueil petite enfance. En PMI et en école maternelle, nous avons mené un certain nombre d'actions d'éducation qui s'adressent plutôt aux enfants. L'an dernier notamment, nous avons organisé une « semaine santé » sur les dangers de l'été avec les petits enfants de l'école d'à côté, c'est-à-dire les coups de soleil, les noyades, les piqûres d'insecte, la nécessité de mettre des brassards, de se protéger de la chaleur. Nous avons diffusé des films dans les écoles également sur la conduite à l'école, la façon de traverser la rue et sur la nécessité de s'attacher en voiture.

**Françoise Gallon**, Association Sparadrap

J'ai l'impression qu'il y avait énormément de choses dans la trousse et je me demande si les familles pouvaient s'investir sur toutes les propositions que vous leur faisiez. N'avez-vous pas eu envie à un moment donné de sélectionner et avez-vous repéré dans l'enquête les éléments qui fonctionnent le mieux et sur lesquels il faudrait davantage cibler ?

**M.-H. Bonnin**

C'est toute la difficulté d'avoir une trousse comme celle-ci remplie de choses différentes. Il y a, par exemple, dans cette trousse des cache prises, qui sont très bien pour les logements vétustes, mais tous les logements récents ont des prises sécurité, il n'est donc pas nécessaire de leur donner des cache prises. Toutes les rallonges sont également faites maintenant avec des prises sécurité. C'est la même chose avec les coins de protection des tables. Certains ont des tables aux coins pointus et d'autres non. Les entrebâilleurs de fenêtre sont très importants, et nous n'en avons pas donnés dans les premières trousse, ou il n'y avait que le crochet Butac qui était tellement compliqué à installer que personne n'a pu le faire. Il faut donc que ce soit à la fois simple à installer et adapté à l'appartement que nous visitons. Nous avons un certain nombre d'éléments à notre disposition, et il faut ensuite choisir ceux que l'on donne et ceux que l'on ne donne pas. Mais gérer tout cela est compliqué, car il faut un endroit pour les ranger, savoir où les trouver etc. Parmi les dix éléments de la trousse, nous en avons très vite éliminés, comme des autocollants permettant la fermeture du réfrigérateur qui se décollaient au bout de deux mois.

**Danièle Sommelet**

Avez-vous connaissance d'autres enquêtes de ce type menées notamment par des PMI et, si oui, où ? D'autre part, qui a payé cette enquête ? Enfin, lorsqu'une telle enquête est menée, vous préoccupez-vous d'informer autour de vous non seulement les personnes que vous connaissez, mais également, par le biais d'Internet, ceux qui ont une partie privée et une partie publique, la population et les autres professionnels, de votre action et de vos résultats ? Je pense notamment à la Société française de Pédiatrie, mais également à tous les professionnels de santé de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, prévenez-vous l'Institut national de Veille Sanitaire qui fait régulièrement le relevé d'un certain nombre d'accidents et qui serait sans doute très intéressé de publier vos résultats dans son Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire ?

**M.-H. Bonnin**

Les résultats n'ont pas été publiés dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Nous avons prévenu les maires que nous allions mener cette action, et nous avons fait passer un papier dans les journaux municipaux.

**Danièle Sommelet**

Ce n'est pas suffisant. Quand on mène de telles actions, que l'on se donne du mal, et qu'une évaluation est faite qui montre des progrès, notamment dans les familles défavorisées, il faut que cela se sache.

**M.-H. Bonnin**

Un article est paru dans les Archives françaises de Pédiatrie, dans Engineering (?), et nous avons présenté notre action au congrès de Beyrouth.

**Danièle Sommelet**

J'insiste sur l'INVS et le BEH car c'est, à mon avis, un bon relais, repris de plus toujours par les communiqués de l'APM. Ce qui vous fait de la publicité, et c'est utile à tous dans la mesure où cela peut leur donner l'idée d'étendre ce type d'action.

**M.-H. Bonnin**

Concernant la prise en charge financière, ce projet était soutenu par beaucoup d'intervenants, à savoir la Caisse nationale d'assurance maladie qui nous a aidé financièrement, l'INPES qui a fourni pas mal de travail, l'unité Inserm d'Ambroise Paré. Et l'Institut des Hauts-de-Seine nous a financés un peu également. Les trousse suivantes ont été financées par la Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine. Les premières trousse coûtaient 400 francs, dont 300 francs de détecteur de fumée aux normes françaises, ce qui était très cher, et les autres éléments coûtaient moins de 100 francs. À l'époque, on trouvait des détecteurs de fumée beaucoup moins chers mais dangereux pour les pompiers. J'ai rappelé les pompiers qui m'ont dit que tous les détecteurs optiques sans radioactivité aux normes européennes pouvaient être utilisés même s'ils sont moins bien que ceux aux normes françaises. On en trouve maintenant à 5 euros dans les supermarchés. Nous avons eu des cas d'enfants morts dans des incendies.

**Nathalie Coulon**

Vous offrez une trousse qui est donc un support matériel. Ce que je trouve intéressant dans la démarche, et qui dépasse la prévention des risques domestiques, c'est le fait que vous ayez un contact avec les familles qui leur permet de faire connaissance avec une équipe qui agit autour de la prévention. Ces familles qui ont accepté la visite de leur domicile, les voyez-vous plus à la PMI par la suite ?

**M.-H. Bonnin**

Lors de l'enquête, nous avons contacté des personnes que nous ne connaissions pas du tout. Certaines ont été très contentes de la PMI. Et nous accueillons maintenant beaucoup de



familles que nous ne voyions pas autrefois. Maintenant, les enfants sortent de la maternité à trois jours, et dans la mesure où nous travaillons beaucoup avec les maternités, les médecins nous les envoient à la PMI pour les peser. Nous avons donc des séances de pesée conseil et les mamans viennent pour peser leur enfant, même si l'enfant est suivi par un pédiatre privé à côté. L'autre problème étant les BCG. Beaucoup de pédiatres en ville ou de médecins généralistes ne veulent plus faire les BCG, et nous avons des enfants qui viennent en PMI pour le BCG, qui est obligatoire pour les admissions en crèche, et quand les parents voient la consultation, ils trouvent que c'est très bien et souhaitent continuer.

### **Bernard Topuz**

Une alternative serait de se servir des différents endroits où vont les parents pour exposer le matériel en démonstration. C'est du matériel qui ne coûte pas très cher, mais les parents n'ont pas forcément l'information sur l'entrebâilleur ou le cache prise. En Seine-Saint-Denis nous avons essayé de les mettre en démonstration dans tous les centres de PMI pour motiver les parents.

### **M.-H. Bonnin**

Nous les exposons en démonstration, mais nous avons constaté que lorsque nous n'allions pas à domicile, les personnes ne se rendaient pas compte des dangers de l'appartement. Pour les familles les plus en difficulté, mieux vaut aller à domicile.

### **Marianne Pallard**

Je suis médecin de PMI sur Beaumont-sur-Oise dans le Val d'Oise. Dans la mesure où vous avez des résultats convaincants et positifs, quelle suite envisagez-vous, sachant que malheureusement la France est très mal placée en termes de taux de mortalité par accident domestique ?

### **M.-H. Bonnin**

Nous essayons de faire ce petit travail, il y en a sans doute d'autres à faire. Nous le faisons également pour les accidents de la route, du moins nous essayons.

### **Danièle Sommelet**

Je vous remercie. J'espère que cette expérience donnera des idées à d'autres, sera enrichie et s'étendra à toute la France. Nous passons à la discussion sur la seconde présentation faite par Elisabeth Vérité sur le projet régional « événement naissance ». Vous avez dit que vous aviez plusieurs casquettes, ce qui permet parfois de passer d'un cercle à un autre et de progresser plus vite en évitant les cloisons. Vous avez parlé de pensée unique. Il faut quand même donner une certaine ouverture démocratique à l'expression de toutes les pensées pour aboutir

à une décision unique. Quand vous avez démarré votre projet, étiez-vous d'emblée incluse dans le réseau périnatalité ?

**Elisabeth Vérité**

Comme je l'ai dit, nous avons quatre réseaux périnatalité, mais ces réseaux n'avaient pas encore été mis en place quand nous avons démarré le PRS. C'est-à-dire que les différents réseaux périnatalité ont été autorisés par l'ARH, sachant qu'ils étaient dans un premier temps exclusivement inter-établissements au niveau de notre région, entre fin 2001 et début 2002. C'est la mise en lien, à travers cette action, des différents partenaires qui a permis dans certains secteurs d'améliorer et d'accélérer la mise en réseau des personnes. Nous ne nous sommes pas superposés avec les réseaux.

**M.-H. Bonnin**

Vous avez donc anticipé et ainsi favorisé la mise en place de réseaux de périnatalité, ce qui est tout à fait intéressant. Par la suite, vous avez donc été intégrés dans ce réseau périnatalité que vous avez initialement boosté.

**Elisabeth Vérité**

Je tiens à rester à l'extérieur des réseaux. Au niveau de notre région, je ne fais pas partie des conseils d'administration des associations de chaque réseau. Je suis systématiquement invitée, mais je reste une invitée, je souhaite garder cette extériorité par rapport au réseau afin de ne pas tout mélanger justement.

**Danièle Sommelet**

Comment vous situez-vous dans le cadre de la fameuse préparation à la naissance dont il est question dans tous les plans, commissions etc. actuellement ?

**Elisabeth Vérité**

Pour nous, la préparation à la naissance était l'un des objectifs du PRS, mais non de la formation. Cette formation avait pour objectif de garder une continuité entre la grossesse et le post-partum en se centrant malgré tout sur la naissance. Ce projet s'intitule « événement naissance », ce qui inclut donc les neuf mois de la grossesse et l'accueil du bébé. La préparation à la naissance était un autre sujet que nous avons travaillé parallèlement.

**Danièle Sommelet**

Pour moi, la préparation à la naissance est une sorte de slogan, qui doit correspondre à une réalité bien entendu, mais qui doit s'étendre au-delà de la naissance.

**Hélène Bordesol, INPES**

Savons-nous pourquoi il y a un faible taux d'allaitement dans cette région ?

**Élisabeth Vérité**

C'est multi factoriel. Il y a tout d'abord l'aspect social, sachant que le Pas-de-Calais est un département très défavorisé sur certains plans. Les secteurs les plus en difficulté par rapport à l'allaitement étant ceux des anciennes mines. D'autre part, depuis un certain temps, les maternités n'avaient pas de politique d'allaitement. En revanche, la PMI est bien consciente de ce problème. Un travail a été mené au niveau de notre région par une socio-anthropologue, Bernadette Thiard, qui a d'ailleurs fait son doctorat d'anthropologie sur la naissance dans notre région, et le vécu des femmes par rapport à l'allaitement était un des éléments clés de son travail. Il est ressorti que dans les milieux très défavorisés, on ne pouvait pas anticiper l'allaitement. En revanche, acheter un biberon, du lait en poudre permet de visualiser et de conceptualiser quelque chose que les personnes avaient du mal à imaginer. Mais il y a probablement d'autres éléments.

**Hélène Bordesol**

Comptez-vous lancer une évaluation auprès de ce public par rapport au travail que vous avez mis en place ? Vous avez évoqué les changements constatés en termes de pratiques professionnelles, et peut-être plus dans la relation avec le public, donc je me demandais si vous aviez l'intention dans l'avenir de mettre en place une étude sur l'impact de ces modifications sur le public.

**Elisabeth Vérité**

Nous y avons pensé dès le départ, mais le problème est très délicat. Je vous ai présenté une action que nous menons, mais c'est loin d'être la seule.

**Nathalie Coulon**

J'ai tout à l'heure cité une action que je mène à titre expérimental avec la DPPI du Pas-de-Calais. Dès la déclaration de la naissance, un accompagnement est proposé sur certains secteurs à titre expérimental. Un travail de promotion de l'allaitement est également mené à travers une brochure. Si nous faisons une évaluation de l'impact, il devient difficile d'attribuer les effets à telle ou telle action. L'élément intéressant est qu'il y a une convergence dans notre région. J'ai également participé au comité de pilotage du projet « événement naissance » dans lequel il y avait une responsable petite enfance et puériculture du Pas-de-Calais qui travaille avec moi sur le programme. Donc nous constituons en quelque sorte une force de frappe sur la région.

### **Elisabeth Vérité**

En effet, nous avons du mal à évaluer réellement l'impact car nous avons mis en place à travers les réseaux d'autres formations qui vont dans le même sens, avec des psychiatres, des pédopsychiatres. C'est une sorte d'empilement.

De la salle

Il a été question au moins de trois PMI dans les expériences évoquées et je me demande si la circulation entre les initiatives et les expériences est facile et quels moyens de circulation de cette information faudrait-il mettre en place ? Sachant que la décentralisation est passée par là.

### **Elisabeth Vérité**

Les évaluations et les différentes étapes du projet « Événement naissance » ont fait l'objet d'articles au fur et à mesure, mais ce n'est jamais rapporté à une personne ou à un contact. Cela reste un peu anonyme.

### **Danièle Sommelet**

J'ai tenté personnellement d'avoir une vue transversale des actions menées sur le terrain par les PMI ou les médecins scolaires, or c'est totalement impossible. Le gouvernement doit vraiment mener une réflexion car les actions sont théoriquement connues des conseils généraux, mais elles ne sont pas transmises. Il y a une méconnaissance totale de toutes vos actions. J'en connaissais quelques-unes parce que je suis allée les chercher pour mon rapport de mission. Malgré la loi de décentralisation sur laquelle nous ne reviendrons pas, il faut tout de même un pilote qui soit au courant de tout ce qui est fait au niveau local.

Je vous propose de passer à la discussion sur la troisième présentation de Bernard Topuz relative au nouvel espace institutionnel de la Seine-Saint-Denis D'une part, avez-vous un cahier des charges, qui pourrait d'ailleurs être éventuellement transmis à ceux qui pourraient avoir des idées identiques aux vôtres ? D'autre part, quels sont vos rapports avec les familles qui vont en PMI ou pas, mais qui iraient dans votre espace et chez qui vous êtes forcément amené à repérer des facteurs de vulnérabilité et qui vont obligatoirement vous amener à en discuter avec votre entourage, à savoir les médecins de PMI et l'Aide sociale à l'enfance ? Vous avez évoqué les problèmes de confidentialité, mais on peut imaginer quand même que par le biais de votre espace il peut y avoir apport à ce repérage des situations de vulnérabilité. Enfin, vous avez dit que vous aviez favorisé le rôle du jeu. Que pouvez-vous nous dire sur le développement des activités ludiques ?

### **Bernard Topuz**

Concernant votre question à propos du cahier des charges, nous avons rédigé un dossier technique d'une trentaine de pages, donnant le cadre général de l'organisation des accueils par

enfant en Seine-Saint-Denis. S'agissant de l'observation des vulnérabilités, c'est vrai que le groupe de travail et les recommandations finales ont opté pour dire très fortement que ce n'était pas un lieu de dépistage. Dans la PMI de Seine-Saint-Denis, nous sommes très sensibles au fait que la vie privée des personnes qui rentrent dans le centre doit être respectée. Ce n'est pas parce qu'une femme qui a été violée quand elle était jeune se confie à untel que toute l'équipe doit le savoir. Nous avons une option assez pro-confidentialité. Nous avons également un cahier des charges sur la confidentialité que nous avons fait circuler dans le service. Nous avons, par exemple, les réunions « familles en difficulté » où le pivot sont le médecin de PMI, la psychologue et la puéricultrice, parfois les auxiliaires de puériculture y participent, mais nous sentons bien que cela va les encombrer d'une certaine façon d'entendre des histoires de grande vulnérabilité, et nous préférons opter pour le clivage entre ce lieu accueil parents/enfants et les lieux de protection de l'enfance, et donc annoncer et mettre en place une confidentialité.

S'agissant de votre question à propos du jeu, je préfère laisser la parole à Annie Baquelet, éducatrice jeune enfant et éducatrice référente dans le service de PMI. En tout cas, de façon générale, dans l'accueil parents/enfants, nous avons beaucoup hésité entre le meublé, le construire, dire qu'il faut telle activité, et le laisser comme un espace ouvert, mais aussi ouvert à la créativité des professionnels. Sur Saint-Denis, par exemple, je me souviens d'équipes d'accueillants qui organisait des visites dans la ville et conviait les parents, ils avaient fait une sortie au zoo également avec des parents. C'est donc également ouvert à l'imprévu, au désir, à l'envie de faire des choses ensemble. Nous avons préféré ne pas donner de consigne tout en créant un environnement où le jeu est tout de même très présent au sein de l'espace où les parents viennent avec leur enfant.

### **Annie Baquelet**

Les accueils parents/enfants sont essentiellement impulsés et animés par des éducatrices de jeunes enfants et leur formation les incite à travailler à partir du jeu. Dans le cadre de l'accueil parents/enfants, le jeu est vraiment la situation médiatrice qui va permettre la relation entre le parent, le professionnel et l'enfant. Nous ne sommes pas dans l'activisme, nous sommes dans des propositions, et selon l'observation que l'éducatrice peut faire des intérêts manifestés par les enfants, elle va stimuler, inciter, proposer de s'intéresser à tel jeu et faire ensuite remarquer au parent combien son enfant peut faire ceci ou cela. C'est donc mettre les compétences de l'enfant en exergue au regard du parent tout en respectant le développement psychomoteur de l'enfant. C'est la raison pour laquelle les propositions sont riches et variées pour pouvoir répondre aux différents centres d'intérêt. Et c'est également parce que, bien souvent, elles se sentent un peu à l'étroit dans l'accueil que certaines équipes sortent et conjuguent à la fois la découverte du quartier ou du théâtre avec le groupe de parents, tout en faisant découvrir le square pour les bienfaits moteurs pour les enfants. C'est donc très

diversifié. En tout cas, le jeu est vraiment le principe médiateur entre parents, professionnels et enfants.

**Suzanne Congo, INPES**

Comptez-vous étendre ce projet à toutes les PMI de la Seine-Saint-Denis ?

**Bernard Topuz**

Non, pas vraiment. Le principe du volontariat pour ce travail d'accueillant nous a semblé important. Au début de ma présentation, j'ai dit que nous avons utilisé un espace temps qui n'était pas utilisé. Donc, les accueils parents/enfants en PMI ont commencé à travers la récupération d'un espace temps disponible. Ce qui n'est pas forcément possible dans tous les centres de PMI, sachant que certains ont neuf ou dix consultations par semaine et que la demie journée sans consultation est dédiée à leur réunion d'équipe. Il n'y a donc pas de volonté d'un accueil parents/enfants systématique. La politiques des accueils parents/enfants en PMI s'articule avec le REAAP, le Réseau d'Écoute et d'Appui et d'Accompagnement des Parents départemental qui soutient des initiatives, et nous avons à travers le REAAP mutualisé ces accueils parents/enfants et essayé de connaître les autres initiatives de ce type. Nous avons fait un répertoire des aides aux parents qui présente l'ensemble des différents accueils parents/enfants en PMI ou hors PMI. Donc une volonté de mutualiser et de ne pas tout faire seuls.

De la salle

Dans quel cadre ont lieu ces accueils parents/enfants ? Vous avez dit qu'ils étaient plutôt orientés sur le jeu. En ce qui nous concerne, nous avons un accueil parents/enfants dans un ancien appartement de fonction, et nous nous sommes rendu compte que nous pouvions aborder des sujets variés parce que le local s'y prête. Comment avez-vous aménagé ce lieu d'accueil ?

**Bernard Topuz**

Ce sont les salles d'attente des centres de PMI, mais le fait que cet accueil ait lieu à l'extérieur de la PMI me paraît très bien également. Le fait qu'il ait lieu en PMI a un inconvénient, c'est que la PMI est connotée. Je disais que les familles qui rentrent dans le circuit protection de l'enfance viennent très peu. Les accueils parents/enfants sont un moyen de soutien. Dans ma consultation, il m'arrive d'inciter des parents, que je sens très isolés, très collés à leur enfant, de venir à cet accueil parents/enfants. Donc cela élargit la palette des moyens possibles.

**Danièle Sommelet**

Nous allons terminer la discussion sur le programme Triple P qui a été présenté par l'équipe de Marseille.

**Nathalie Coulon**

J'ai été très intéressée par la méthode puisqu'elle vise l'autonomie des parents. Nous essayons dans notre région de mettre au point des techniques qui ne ressemblent en rien à ce que vous avez présenté. Vous avez parlé plusieurs fois de techniques et de stratégies apprises aux parents pour les rendre autonomes. Par exemple, dans le cadre du programme mis en place à titre expérimental dans le Pas-de-Calais, nous avons des situations identifiées dès la période prénatale. Vous dites que cela se fait à partir de l'âge de dix-huit mois, ce qui m'étonne. Nous avons estimé qu'il fallait apprendre à résoudre ces problèmes dès la période prénatale, sachant que nous avons mis au point un petit outil visuel sous forme de bande dessinée à partir des interrogations des professionnels et des parents. Nous avons essayé d'identifier les problèmes dans différents domaines, par exemple autour de la grossesse, comme le sommeil, les émotions parentales etc. Et nous avons mis au point une stratégie avec, d'un côté, les situations qui posent problème et doivent alerter et, de l'autre, des exemples de solutions, en expliquant bien qu'il n'existe pas de solution toute faite, que c'est aux parents d'en inventer et de nous les transmettre pour que nous les transmettions à d'autres parents. Donc, nous visons le même objectif. Vous avez cité un exemple de stratégie qui me rappelle des stratégies comportementales que nous évoquons nous aussi par rapport à la valorisation d'un comportement positif de l'enfant. Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de stratégies enseignées aux parents ? Et pourquoi laissez-vous de côté la période du prénatal ?

**Éléonor Prieto**

S'agissant de la période à laquelle nous intervenons, l'objectif de Triple P est vraiment la prévention de comportements qui vont ensuite être problématiques, comme la violence, l'agressivité, l'hyperactivité. Or, si vous prenez un parent dont l'enfant vient de naître et que vous lui parlez de ce qu'il peut mettre en place par rapport à un enfant qui refuse d'aller se coucher, qui se lève vingt fois, qui termine dans le lit des parents, ce n'est pas forcément très parlant pour lui, et d'autre part il ne peut pas forcément le mettre en pratique immédiatement.

**Nathalie Coulon**

Mais les problèmes de sommeil, par exemple, se posent dès l'arrivée de l'enfant et nous essayons d'expliquer aux parents que synchroniser le sommeil de l'enfant à leur emploi du temps est impossible physiologiquement, qu'il faudra attendre quelques mois, etc. Nous sommes déjà en train de travailler sur le rapport à l'enfant en termes de limites, de ce qui est gérable et comment éviter cela. Donc cela ne concerne pas que les enfants de dix-huit mois.

### **Éléonor Prieto**

Il n'y a pas qu'à dix-huit mois qu'il y a des problèmes. Nous avons d'ailleurs reçu une maman l'autre jour qui avait des problèmes pour faire coucher son enfant, et cela depuis la naissance. Il y a sans aucun doute des choses à faire avant. Mais le programme Triple P va s'adresser aux enfants de 1 à 12 ans. Il ne dit pas qu'il n'y a rien à faire avant, mais le type de méthode que nous proposons ne va pas forcément s'adresser aux femmes enceintes ou aux parents qui viennent d'avoir un enfant. Nous sommes sur des méthodes anglo-saxonnes, donc sur du comportemental. Si une mère arrive avec ses angoisses, nous n'allons pas traiter ses angoisses pour qu'elle cesse de les transférer sur son enfant, nous sommes vraiment sur du comportemental. L'une des bases, par exemple, est comment apprendre aux parents à établir un certain nombre de règles simples au sein de la maison, des choses que les enfants peuvent faire et ne pas faire. L'une des méthodes de base est apprendre aux parents comment donner une instruction à leur enfant pour qu'il obéisse, donc s'approcher de l'enfant, se mettre à son niveau, obtenir son regard, donner une instruction simple, comment la formuler positivement mais de façon ferme ; on attend que l'enfant réagisse et s'il ne réagit pas on peut éventuellement reformuler ; et si l'enfant obéit on apprend aux parents comment le féliciter, donc apporter une attention positive sur le comportement que le parent attend. Et si l'enfant n'obéit pas, il peut y avoir une conséquence logique, et si l'enfant réagit de façon plus violente, il peut y avoir une mise à l'écart soit dans la même pièce, soit dans une autre pièce. Sachant que par rapport à la technique de la mise à l'écart, par exemple, chacun peut l'adapter à sa façon. Après vingt-cinq ans de pratique, de recherche et de travail en clinique, Triple P démontre que lorsque l'on met un enfant à l'écart dans un coin, dans un escalier ou dans la salle de bains, il y a une façon de faire pour que ce soit efficace. Après, chaque parent peut adapter le temps, le lieu, et le moment qu'il choisit pour mettre en place cette méthode, mais il y a en tout cas une façon de le faire. Le but de nos méthodes, c'est d'éviter les cris, les hurlements, les énervements, les fessées, et de trouver des moyens de se faire respecter en évitant la violence physique.

### **Yves Géry, INPES**

En vous écoutant, on a l'impression qu'il n'y a pas d'opposants et pas de débat par rapport à cette méthode. Alors que l'autorité suscite de nombreux débats entre les différentes écoles. J'ai relevé la notion de coin, la notion d'appliquer une discipline ferme, de discipliner les enfants. Cette méthode est-elle débattue par la communauté scientifique et y a-t-il des opposants à la méthode que vous préconisez ?



**Éléonor Prieto**

Je ne vois pas pourquoi il n'y aurait pas des opposants, il y en a forcément. De plus, nous sommes sur un domaine très comportemental, et à ma connaissance les Français ne sont pas des fanatiques du comportemental, en France on adore encore la psychanalyse qui est considérée comme extrêmement désuète dans beaucoup d'autres pays. Je suis donc certaine qu'il y a des opposants. C'est ensuite la question de savoir ce qui me convient, quels sont les bons résultats au sein des familles, et de choisir une méthode validée scientifiquement. Il y a énormément de façons de faire en matière de parentalité, la littérature traitant de ce sujet est abondante, et il y a certainement des méthodes tout à fait efficaces, mais si je choisis cette méthode-là, c'est parce qu'il y a une super documentation à l'appui, que des études extrêmement sérieuses ont été réalisées, et étant une méthode australienne, nous avons vu qu'elle fonctionne, qu'elle est efficace dans plein d'autres pays.

De la salle

Vous avez parlé de prévention et d'éducation par la parentalité. Vous avez dit qu'il n'était pas nécessaire de former les parents avant dix-huit mois, ce qui renvoie à un débat. Ce n'est pas ce que dit, par exemple, le professeur Titran (?) en France ou Richard Tremblay au Québec qui, au contraire, insiste sur la notion d'intervenir en amont, le plus possible, avant, pendant et après. Est-ce que ce n'est pas un peu un catalogue de recettes avec une pensée anglo-saxonne ? Avez-vous pris en compte cette sensibilité différente qui constitue le creuset culturel de la France ?

**Éléonor Prieto**

J'aimerais découvrir que si cette méthode fonctionne en Iran, au Japon, au Canada, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en Australie, la France n'est pas un pays unique où les parents fonctionnent d'une manière totalement différente des autres pays.

**Danièle Sommelet**

Je vous propose de clore cette réunion. Merci à tous.