

*« L'enfant et sa famille,
au cœur d'un vaste écosystème »*



**DÉVELOPPEMENT
D'UNE BASE D'HABILETÉES
DES ACTEURS DU
SOUTIEN A LA PARENTALITÉ**



"Vos enfants ne sont pas vos enfants. Ils sont fils et filles du désir de Vie en lui-même. Ils viennent par vous mais non de vous, et bien qu'ils soient avec vous, ce n'est pas à vous qu'ils appartiennent. Vous pouvez leur donner votre amour mais non vos pensées, car ils ont leurs propres pensées. Vous pouvez loger leur corps mais non leurs âmes, car leurs âmes habitent la demeure de demain, que vous ne pouvez visiter, pas même dans vos rêves. Vous pouvez vous efforcer de leur ressembler, mais n'essayez pas qu'ils vous ressemblent.

Khalil Gibran"

Lorsqu'une chose évolue, tout ce qui est autour évolue de même.

Paulo Coelho de Souza"



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Mr Adrien TACQUET pour la confiance qui nous accordée en nous confiant cette mission,

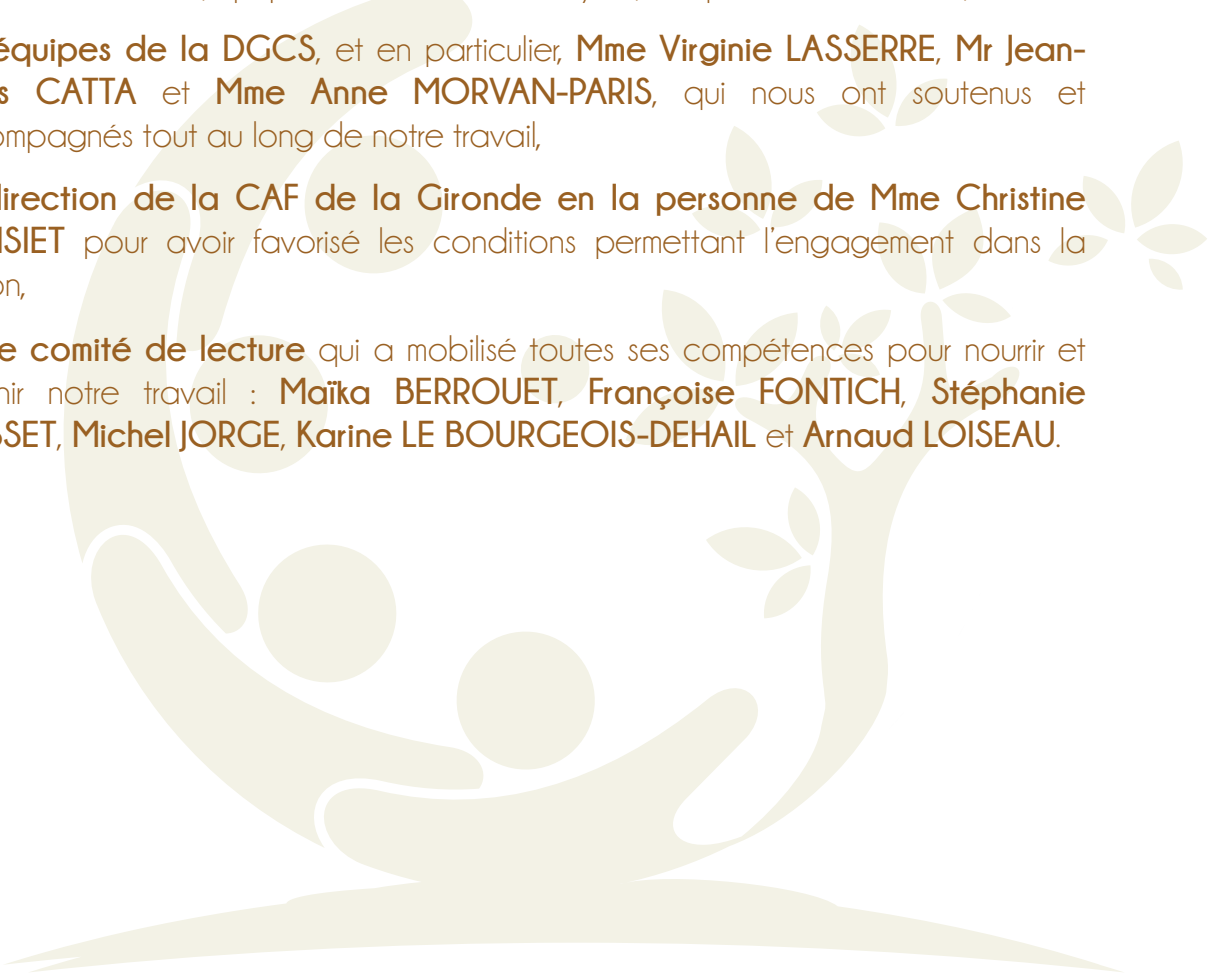
Mr David BLIN, pour son soutien inconditionnel,

Tous les contributeurs à travers les réponses apportées aux questionnaires et contributions écrites, qui par leurs idées et analyses, ont permis notre travail,

Les équipes de la DGCS, et en particulier, **Mme Virginie LASSERRE**, **Mr Jean-Régis CATA** et **Mme Anne MORVAN-PARIS**, qui nous ont soutenus et accompagnés tout au long de notre travail,

La direction de la CAF de la Gironde en la personne de Mme Christine MANSIET pour avoir favorisé les conditions permettant l'engagement dans la mission,

Notre comité de lecture qui a mobilisé toutes ses compétences pour nourrir et enrichir notre travail : **Maïka BERROUET**, **Françoise FONTICH**, **Stéphanie GOSSET**, **Michel JORGE**, **Karine LE BOURGEOIS-DEHAIL** et **Arnaud LOISEAU**.





ÉDITO

C'est avec beaucoup d'humilité et très honorés de la confiance qui nous a été accordée, que nous avons mené ce travail.

Conscients de la portée des questions soulevées par la mission, nous avons perçu d'emblée la nécessaire dimension collective que son élaboration impliquait et le caractère intégratif que devait prendre ce travail.

En effet, bien au-delà de définir à terme quels diplômes ou qualifications sont attendus dans le champ du soutien à la parentalité, il a s'agit, d'apporter, notre lecture et notre vision d'acteurs de terrain, sur la mise en œuvre des politiques publiques construites autour de l'enfant et sa famille. Notre regard a souhaité balayer largement cette question, du quotidien de l'enfant, jusqu'aux valeurs, sur lesquelles, nous, socialement, nous souhaitons, fonder nos repères, autour du prendre soin de nos enfants.

La responsabilité en est un pilier. Celle d'offrir aux enfants l'environnement dont ils ont besoin pour grandir, s'épanouir et découvrir toutes leurs potentialités. Au cœur de notre engagement quotidien, dans nos fonctions respectives, nous observons, auprès des enfants et de leurs familles ou des professionnels qui les accompagnent, l'expression d'un malaise, si ce n'est une souffrance, majorée par une crise sanitaire, dont les effets sont bien plus profonds que nous ne pouvons le mesurer actuellement.

Nous pouvons faire le choix de vivre cette situation comme une crise ou y voir l'émergence d'une opportunité, dont nous pouvons nous saisir collectivement.

C'est justement autour de cette dimension d'une responsabilité collective, que s'est organisée notre pensée. Nous estimons que ne pouvons pas faire porter à l'enfant, toutes les « incohérences » et « ambivalences » que nous observons chacun dans notre pratique. Nous ne pouvons pas attendre de l'enfant, qu'il en supporte les effets, dans l'espoir d'une éventuelle « résilience ».

S'inscrivant dans une lecture écosystémique du champ du soutien à la parentalité, nous estimons ainsi nécessaire, de construire autour de l'enfant, cet être dont aujourd'hui nous appréhendons plus la vulnérabilité, une véritable chaîne de sécurité dans la conscience d'une responsabilité partagée qui nous engage.

Dr Anne RAYNAUD & Charles INGLES



A LA DECOUVERTE DU RAPPORT

Un processus de pensée :

Nous souhaitons vous inviter à lire ce rapport, en suivant le processus de pensée qui a été le nôtre, tout au long de ces huit mois de travail.

Il s'est construit au cœur d'une rencontre entre nos deux expériences d'acteurs de terrain, nourries des nombreux retours, recueillis à travers les différents modes de consultations.

Son cheminement a nécessité de parcourir des sujets, qui pourraient vous sembler éloignés de la question initiale, mais cette large élaboration était à nos yeux incontournable, afin d'embrasser un sujet aussi vaste qu'essentiel.

Ainsi, après avoir posé les bases, définitions et concepts qui sous-tendent les politiques publiques en matière de soutien à la parentalité, nous vous inviterons dans un deuxième temps d'analyse à approfondir la nature de l'engagement des grands acteurs de ces politiques sur les territoires. Cette investigation sera l'occasion de poser les premiers constats et propositions.

Puis, dans les chapitres 3 et 4 se dessineront, plus précisément nos préconisations construites autour de l'écosystème des acteurs engagés dans le soutien à la parentalité, et de la définition des compétences socles attendues afin de mener à bien leurs missions auprès des familles.

Cinq parcours de familles illustreront enfin comment l'enfant, et sa famille, cheminent dans l'écosystème des acteurs, nous invitant à bâtir, ensemble, autour d'eux une chaîne de sécurité.

Ce travail n'est à nos yeux, qu'une modeste ébauche de ce que la politique de soutien à la parentalité doit investir à l'avenir. Il a pour intentionnalité de poser les bases d'une mise en œuvre plus opérationnelle, qu'il nous appartient collectivement de poursuivre.

Ainsi, l'appropriation de l'écosystème proposé peut constituer un outil de travail et de pensées partagées, ouvrant à la construction d'un environnement propice au développement harmonieux de nos enfants.

Des niveaux de lecture :

Pour permettre une lecture graduée du rapport, nous vous proposons plusieurs niveaux de lecture.

Le n° permet de suivre l'ordre des préconisations

0
PRÉCONISATION

Lecture transversale : permet de prendre connaissance des préconisations directement

PENSÉE

Lecture complémentaire : permet un élargissement de la vision afin de permettre un regard croisé du sujet.

EXPLORATION

Lecture approfondie : permet un approfondissement de la lecture par une exploration d'éléments connexes au sujet.

QUALIFICATIONS

Référentiel de formation : permet une information supplémentaire sur le niveau de qualification des professionnels.

QUESTIONNAIRES

Restitution des questionnaires: restitue par des graphiques les réponses collectées auprès des professionnels et de directeurs d'établissement.

Lecture du rapport : Voici le texte du rapport en lecture complète

Verbatim : « Les contributions réalisés tout le long de la mission »

Note de bas de page : Les références ou les citations d'auteurs¹¹

¹ Auteur : note de page - bibliographie du rapport

INSTALLATION DE LA MISSION

L'ordonnance du 19 mai 2019 relative aux services aux familles, inscrit le soutien à la parentalité au Code de l'Action Sociale et des Familles et est complétée par l'arrêté du 9 mars 2022 qui porte sur la **Création d'une Charte nationale de soutien à la parentalité** (dont l'annexe est modifiée par arrêté le 29 juillet 2022).

Les 8 principes de la Charte nationale de soutien à la parentalité (Annexe 1) :

1. **Reconnaître** et valoriser prioritairement les rôles, le projet et les compétences des parents.
2. **S'adresser** à toutes les familles quels que soient la situation familiale, le milieu social, l'environnement, le lieu de résidence, la présence d'un handicap ou les références culturelles
3. **Accompagner** les parents en intégrant dans cette démarche toutes les dimensions et l'ensemble du contexte de la vie familiale
4. **Proposer** un accompagnement et un soutien dès avant l'arrivée de l'enfant et jusqu'à son entrée dans la vie adulte
5. **Respecter** les principes d'égalité entre les femmes et les hommes dans la parentalité et au sein de la sphère familiale
6. Quelles que soient les configurations familiales, **permettre** à chaque parent d'occuper, dans la mesure du possible, sa place dans le développement de l'enfant.
7. **Proposer** des interventions diverses (collectives ou individuelles, dans des lieux dédiés, itinérants ou au domicile...) accessibles à toutes les familles sur l'ensemble du territoire et respectueuses des principes de neutralité politique, philosophique, et confessionnelle.
8. **Garantir** aux personnes qui recourent à une action de soutien à la parentalité que les bénévoles ou professionnels qui interviennent dans ce cadre ont une compétence ou bénéficient d'une formation dans ce domaine ; et disposent de temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques.

Ce faisant, la France affirme que la politique publique de soutien à la parentalité constitue **un investissement social**, autrement dit un investissement de ressources publiques en vue non seulement d'améliorer le présent des familles mais aussi de les accompagner pour mieux prévenir les difficultés auxquelles elles pourraient être confrontées dans le futur.

Elle reconnaît comme participant de la politique publique de soutien à la parentalité **toute action consistant à titre principal à accompagner les parents dans leur rôle de premier éducateur de leur enfant** respectant les principes établis par la Charte du soutien à la parentalité.

EXPLORATION

Le **Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA)**, consulté sur la proposition de texte de cette Charte, a rendu son avis le **1 février 2022**.

Le HCFEA a « *salué la volonté affichée d'une double implication de l'État dans le présent et le futur des familles, à travers une définition de l'investissement social tournée vers l'amélioration du présent et la prévention des difficultés des familles. D'un point de vue global, le Haut Conseil relève que les principes sont en réalité à considérer en fonction du type de dispositif proposé aux familles : aucun ne saurait les réunir tous les huit* ».

Le HCFEA s'est aussi prononcé pour retirer l'article 8 de la charte : « *La formulation de l'article 8 est très générale et ne permet pas de saisir ce que seraient les compétences fondamentales des bénévoles, des professionnels, comment se former, et « garantir » un tel socle* »

Le Haut Conseil avait alors proposé de la supprimer et d'introduire plutôt la notion de formation dès le préambule de la Charte, proposant plutôt d'inscrire : « *faciliter la nécessaire formation au soutien à la parentalité et le partage de compétences et d'expérience entre les acteurs, professionnels, associations et bénévoles* ».

Le huitième principe a finalement été maintenu dans la Charte, s'agissant dès lors de garantir sa mise en application.

Le **30 mars 2022**, **Adrien TAQUET**, secrétaire d'état en charge de la petite enfance, a souhaité répondre aux enjeux posés dans le 8^{ème} principe et a mandaté **Virginie LASSERRE**, **Directrice Générale de la Cohésion Sociale (ANNEXE 2)** afin de nommer des **experts issus du terrain**.

Le **15 avril 2022** la **Direction de la Cohésion Sociale** définit une **lettre de mission (ANNEXE 3)**, mandatant **Charles Inglés** et le **Dr Anne Raynaud** afin de « **définir les compétences socles et formations des acteurs du soutien à la parentalité** ». La date de rendu des conclusions de cette mission est posée pour le mois de décembre 2022.

Selon la lettre de mission de la DGCS, il est précisé que :

« Le travail débutera par l'élaboration d'un **état des lieux** comprenant les différentes modalités d'intervention auprès des familles, associé à une cartographie du nombre de professionnels et de bénévoles concernés (lorsque les données sont disponibles) permettant d'avoir une vision d'ensemble des différents profils de professionnels (diplôme ou qualification) présents par service ou activité de soutien à la parentalité.

S'appuyant sur cette première étape, il est souhaité l'**établissement de recommandations en matière de compétences socles communes à l'ensemble des actions de soutien à la parentalité**. Il sera également attendu de préciser leur déclinaison par type de service de soutien à la parentalité, ainsi que d'élaborer des recommandations pour déployer ces compétences auprès des professionnels et bénévoles dans les territoires.

La mission s'élargira également aux actions mises en place au sein des établissements et services de soutien à la parentalité pour soutenir les professionnels et bénévoles dans leur pratique telles que le partage d'expérience ou l'analyse des pratiques professionnelles. . . ».

L'installation de cette mission a pu être réalisée lors de la présentation du bilan de la Stratégie Nationale de Soutien à la Parentalité **« dessine-moi un parent » le 7 juillet 2022** en présence des fédérations travaillant de concert avec la DGCS. Les deux experts nommés sont alors présentés et les enjeux de la mission sont évoqués ainsi que sa méthodologie ajustée au calendrier resserré.

L'accompagnement par les services de la DGCS a permis de traduire, progressivement, la mission en **objectifs atteignables**.

En effet, d'emblée il a été convenu que la l'élaboration d'un état des lieux des services de soutien à la parentalité, associé à une cartographie du nombre de professionnels et bénévoles concernés, n'était pas réalisable.

Premièrement pour réaliser cet état des lieux il faut en premier lieu convenir du périmètre des services concernés.

Secondairement, les bases de données actuelles ne permettent pas de recueillir de façon exhaustive certains critères comme, par exemple, le nombre de professionnels et bénévoles concernés.

Par conséquent, la méthodologie choisie pour réaliser la mission tient compte de ces contraintes et apporte une réponse qui pourrait permettre à terme de répondre à l'objectif de la commande initiale.

Il a ainsi été admis que les travaux réalisés dans le cadre de cette mission ne pourraient qu'ouvrir la voie à des chantiers futurs.

En **juillet 2022**, le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées, en la personne de Monsieur le Ministre **Jean-Christophe COMBE**, a approuvé la redéfinition des objectifs de la lettre de mission.

La mission est dorénavant de constituer une aide à la construction d'une feuille de route sur la mandature du soutien à la parentalité (et dans la continuité de la Stratégie Nationale de Soutien à la parentalité). Il y est notamment annoncé un projet de création d'un comité de filière parentalité (chargé de développer le versant formation des professionnels notamment).

EXPLORATION

Monsieur le ministre Jean Christophe Combe précise :

« Cette feuille de route s'appuiera sur les conclusions de la mission « compétences socles » et se déroulera dans le cadre d'une **filière du soutien à la parentalité** rassemblée.

Cette filière sera amenée à **élaborer** des propositions en vue de finaliser la liste des **diplômes et certifications** requis en fonction du service ou de l'action concernée, d'identifier les modalités d'accompagnement des bénévoles et de définir l'offre de formation continue des salariés ». (ANNEXE 4)

Ainsi, les objectifs de la mission se recentrent sur « **la définition des compétences socles dans le champ du soutien à la parentalité** ».

Afin d'engager les travaux d'un état des lieux associé à une cartographie des acteurs, les experts proposent une modélisation de l'écosystème du soutien à la parentalité, dans une vision intégrative qui croise différentes politiques publiques et détermine le périmètre des services relevant du soutien à la parentalité.

1 PRÉCONISATION

La mise en œuvre de la mission et son déroulement ont été l'occasion, par **la compréhension des enjeux croisés** tant sur un plan politique qu'idéologique, d'appréhender la complexité du point 8 de la Charte. Ainsi, la réponse ne peut être établie par la seule mission et appelle à proposer la création d'un comité de filière « parentalité ».

MÉTHODOLOGIE

Définis dans la lettre de mission initiale de la DGCS, les objectifs de la mission sont de :

- **Définir les compétences socles** attendues pour les professionnels et bénévoles du secteur du soutien à la parentalité,
- **Élaborer un état des lieux** comprenant les différentes modalités d'intervention auprès des familles,
- **Élaborer des recommandations** pour déployer ces compétences auprès des professionnels et bénévoles dans les territoires,
- **S'intéresser aux actions mises en place** au sein des établissements et services de soutien à la parentalité pour soutenir les professionnels et bénévoles dans leur pratique telles que le partage d'expérience ou l'analyse des pratiques professionnelles.

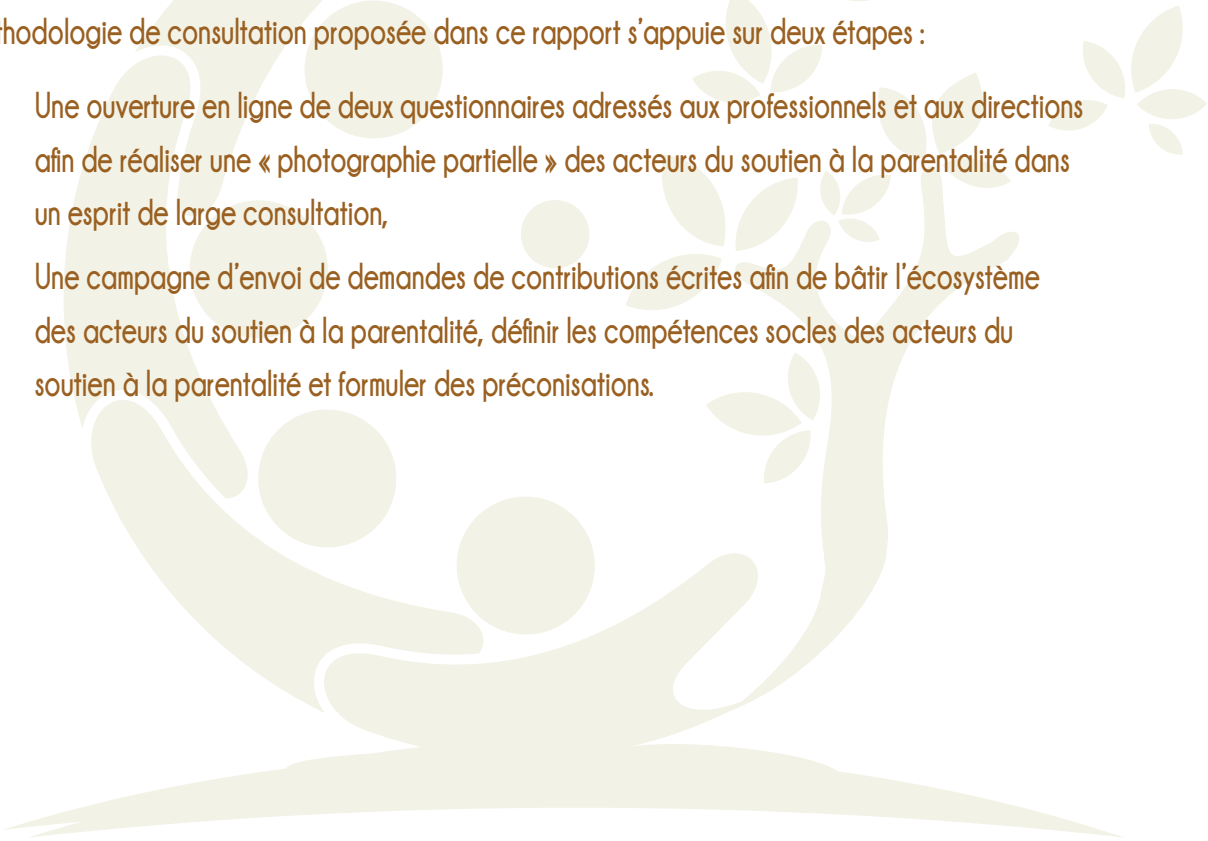
Pour remplir ces objectifs, la lettre de mission préconise de :

- Réaliser des auditions avec des chercheurs et des instituts ou organismes de recherche,
- Réaliser des auditions avec des gestionnaires de services de soutien à la parentalité et différents profils de professionnels intervenant dans ce champ sur un panel de territoires reflétant leur diversité (urbain, rural...),
- Réaliser des auditions au sein de comités départementaux de services aux familles.

La lettre de mission ouvre aussi la possibilité de s'entretenir avec des usagers ayant des profils différents (parents de jeunes enfants, parents d'adolescents, parents en situation de handicap ou de pauvreté...)

La méthodologie de consultation proposée dans ce rapport s'appuie sur deux étapes :

- Une ouverture en ligne de deux questionnaires adressés aux professionnels et aux directions afin de réaliser une « photographie partielle » des acteurs du soutien à la parentalité dans un esprit de large consultation,
- Une campagne d'envoi de demandes de contributions écrites afin de bâtir l'écosystème des acteurs du soutien à la parentalité, définir les compétences socles des acteurs du soutien à la parentalité et formuler des préconisations.



1. VERS UNE « PHOTOGRAPHIE PARTIELLE » DES ACTEURS DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ DANS UN ESPRIT DE LARGE CONSULTATION

Une première phase de consultation large a été adressée à l'attention de **directeurs de structures et de professionnels accompagnant les parents** : structurés et traités en partie par la DGCS, ces questionnaires ont été mis en ligne le 20 juillet 2022.

En amont de la mise en ligne du questionnaire, 4 territoires représentatifs ont été définis par la DGCS et la CNAF¹ : Ardèche, Gironde, Seine-Saint-Denis, La Réunion.

Les CAF ont été mobilisées pour solliciter leurs acteurs de terrain via leurs bases de données partenaires, dans un principe de liberté de participation.

Les services de la DGCS ont également impliqué leurs réseaux en sollicitant la participation des fédérations.

Afin de favoriser la représentativité (ou mobilisation) du plus grand nombre d'acteurs, il a également été décidé d'utiliser les réseaux sociaux (linkedin) pour diffuser plus largement le questionnaire.

284 réponses ont été recueillies de la part de **directeurs** de structures et **460 réponses** des **professionnels** investis dans des actions de soutien à la parentalité.

Les réponses aux deux questionnaires sont anonymisées et répondent aux critères RGPD²

1 Caisse Nationale d'Allocations Familiales

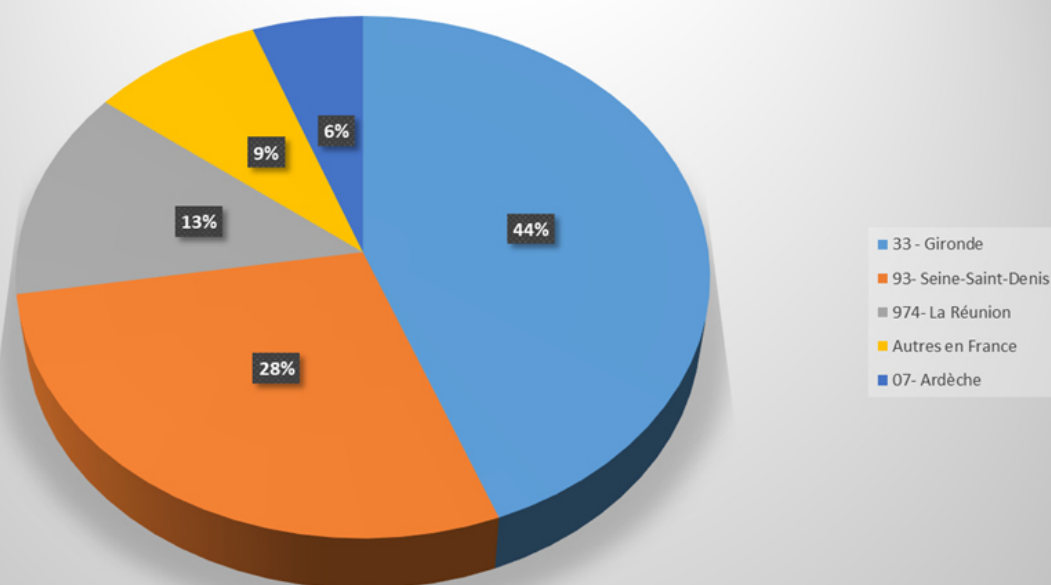
2 Règlement général sur la protection des données



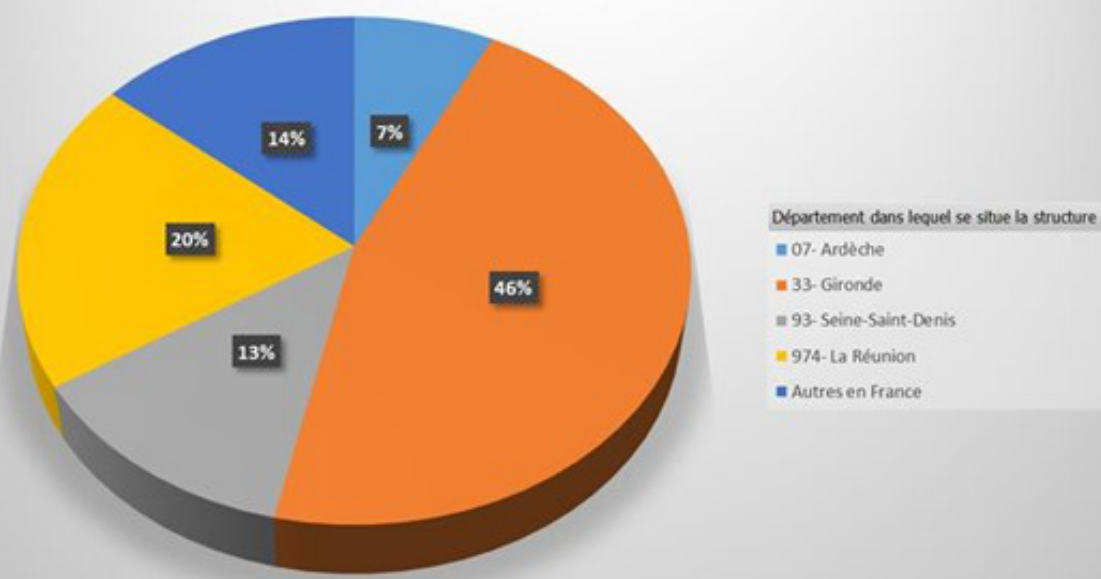
Apport des questionnaires :

Les graphiques indiquent en pourcentage la répartition des directeurs et professionnels répondants sur les 4 territoires désignés, avec une cinquième partie (répondants via réseaux sociaux et autres professionnels) rassemblant les répondants d'autres territoires.

Réponses par territoires - Directeurs



Réponses par territoires des professionnels



Le questionnaire en ligne à l'attention des professionnels a été élaboré en 7 parties (ANNEXE 5) :

- Une présentation du service dans lequel les professionnels exercent leur activité,
- Une présentation du parcours professionnel et des missions du professionnel répondant,
- Les collaborations avec les partenaires ou autres services de soutien à la parentalité, quand elles existent,
- La présentation du public accompagné,
- Les connaissances et compétences permettant d'exercer les missions estimées nécessaires par les professionnels,
- Les accompagnements proposés dans le cadre des missions permettant de soutenir les pratiques et la professionnalisation,
- Les propositions pour accompagner davantage les professionnels du soutien à la parentalité comme par exemple des formations.

Le questionnaire en ligne à l'attention des directions été élaboré en 7 parties (ANNEXE 6) et suit une architecture similaire :

- Une présentation du service,
- Une présentation de l'équipe de la structure,
- Les collaborations avec les partenaires ou autres services de soutien à la parentalité, quand elles existent,
- La présentation du public accompagné,
- Les connaissances et compétences permettant d'exercer les missions des professionnels estimées par les directions,
- Les accompagnements proposés dans le cadre des missions permettant de soutenir les pratiques et la professionnalisation,
- Les propositions pour accompagner davantage les professionnels du soutien à la parentalité comme des formations.

Cette première étape a permis de fournir une « photographie partielle » des acteurs du soutien à la parentalité répondant en partie à la lettre de mission.

Ces résultats ont servi d'appui à l'analyse exposée dans ce rapport mais ce rapport ne rentrera pas dans le détail du résultat d'enquête, certaines extractions seront toutefois présentés.

Les résultats de cette enquête serviront de base de travail aux futurs travaux à venir, notamment ceux du Comité de filière.

2. VERS LA MODÉLISATION DE L'ÉCOSYSTÈME DES ACTEURS DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ, DANS UNE DÉMARCHE DE CONSENSUS

Une **deuxième étape** a consisté à solliciter plus largement des professionnels, des représentants de fédérations et des institutions **engagés** dans l'écosystème construit autour de l'enfant. La liste détaillée des contributeurs est présentée en **ANNEXE 7** et les contributions écrites en **ANNEXE 8**.

Pour recueillir les contributions écrites, une grille de questions constituée de **7 items** a été élaborée :

- **Question préliminaire** : définition du champ du soutien à la parentalité,
- **Question 1** : Les Réseaux d'écoute d'Appuis et d'Accompagnement des Parents : réussites - les écueils - les ambitions,
- **Question 2** : les compétences socles indispensables à toutes missions de soutien à la parentalité ?
- **Question 3** : les types de formation qualifiantes : contenus et connaissances et les compléments à la formation ?
- **Question 4** : les temps de partage d'expériences; et d'analyse des pratiques et les pratiques innovantes,
- **Question facultative** : comment penser une perspective graduée conditionnée à l'activité de soutien proposée aux familles ?
- **Proposition de contribution libre.**

Ce travail, qui a débuté au mois d'août 2022, a été pensé comme un prolongement des questionnaires mis en ligne. Cette grille de questions, plus ciblées, a été constituée sur la base des premiers retours des questionnaires et de notre travail de métacognition. Une consultation à l'attention des ministères porteurs de politiques publiques a aussi été menée à partir du 18 octobre 2022.

104 demandes ont été envoyées à des auteurs ou chercheurs reconnus du soutien à la parentalité, chercheurs et des instituts ou organismes de recherche, des fédérations qui collaborent étroitement avec les services de la DGCS, des fédérations de professionnels du champ social ou de la santé, des représentants des ministères, des gestionnaires de services de soutien à la parentalité et différents profils de professionnels intervenant dans ce champ sur un panel de territoires reflétant leur diversité. Le taux de réponse est de **52 %**.

L'apport des contributions est intégré dans le corps du rapport.

La consultation d'un **panel d'usagers** n'a pu être intégrée au cahier des charges de la mission. Cependant, à l'aune des constats et des hypothèses posés, une consultation des familles aurait la capacité de venir approfondir les préconisations de ce rapport.

Cette **large consultation** s'inscrit dans une volonté de permettre aux différents acteurs du soutien à la parentalité, quel que soit leur champ d'intervention, de participer à ce vaste processus réflexif.

La **constitution d'un écosystème intégratif** des acteurs du soutien à la parentalité est une base pour parvenir à une reconnaissance d'acteurs divers menant des actions plurielles et bien souvent complémentaires.

Cette lecture s'inscrit dans la perception d'une **responsabilité partagée** et l'aspiration à construire une **chaîne de sécurité** autour de l'enfant et sa famille.



SYNTHESE



L'attention portée **à l'enfant** et à son développement constitue aujourd'hui une **préoccupation majeure** de notre société.

Parmi les facteurs majeurs participant à son développement, **son environnement** prend une place plus importante que nous ne l'imaginions et constitue aujourd'hui une réelle révolution dans notre lecture de l'enfance. Et parmi les **facteurs environnementaux** majeurs, les études mettent en exergue, le rôle des **facteurs parentaux**.

Ainsi, ceux qui « **prennent soin de l'enfant** » dans la proximité de son quotidien, la plupart du temps les parents biologiques, portent une **responsabilité** qui les engage.

Aujourd'hui, les parents ou ceux qui endossent ce rôle dans le quotidien des enfants, ne sont dorénavant plus les seuls à porter cette responsabilité d'éduquer l'enfant et répondre à ses besoins.

En effet, des **actions de soutien à la parentalité** se développent ces dernières années sous l'impulsion des politiques publiques multiples et en premier lieu celles d'actions sociales.

Prérequis

Conscients de la pluralité de ces enjeux, nous avons accepté de nous engager dans cette mission portant « **sur le socle de compétences et formations des acteurs du soutien à la parentalité** ». Nous avons mené nos travaux, dans l'esprit de contribuer à élaborer un environnement favorable au développement harmonieux des enfants et participer ainsi à la construction d'un monde soucieux de ces êtres vulnérables en devenir.

Dès la présentation de la mission et le début de notre travail, nous avons acté la nécessité d'inscrire la construction de ces préconisations, dans un processus réflexif et décisionnel plus large que le périmètre de cette mission.

En effet, il incombe à l'ensemble des acteurs de s'engager dans cette réflexion autour de ce point 8 de la Charte du soutien à la Parentalité et de l'inscrire dans un engagement collectif.

1

La mise en œuvre de la mission et son déroulement ont été l'occasion, par **la compréhension des enjeux croisés** tant sur un plan politique qu'idéologique, d'appréhender la complexité du point 8 de la Charte. Ainsi, la réponse ne peut être établie par la seule mission et appelle à proposer la **création d'un comité de filière « parentalité »**.

2

Une **large consultation** a été mise en œuvre pour mener cette mission. Elle s'inscrit dans une volonté de permettre aux différents acteurs du soutien à la parentalité, quel que soit leur champ d'intervention, de participer à ce vaste processus réflexif.

La constitution d'un **écosystème intégratif** des acteurs du soutien à la parentalité est une base pour parvenir à une reconnaissance d'acteurs divers menant des actions plurielles et bien souvent complémentaires.

Cette lecture s'inscrit dans la perception d'une **responsabilité partagée** et l'aspiration à construire une **chaîne de sécurité** autour de l'enfant et de sa famille.

I. L'ENFANT AU COEUR D'UN SYSTÈME

C'est par celui qui est au centre de notre attention, et sur le prérequis qui a guidé l'ensemble de notre réflexion, pour mener cette mission que nous souhaitons débiter ce rapport. En effet, **l'enfant doit être au cœur des préoccupations** de toutes les politiques publiques de soutien à la parentalité.

C'est par sa naissance et sa présence, que « *l'enfant fait naître le parent* »¹.

Notre réflexion nous a ainsi guidés de la place centrale que tient l'enfant et les connaissances actualisées sur **ses besoins fondamentaux**, vers l'émergence conceptuelle de **la notion de parentalité**, jusqu'à la mise en œuvre concrète du **soutien à la parentalité**.

3

Considérant les connaissances actualisées sur le développement de l'enfant, **nous postulons que les besoins fondamentaux de l'enfant, et le méta-besoin de sécurité, constituent un principe universel en prévention comme en protection de l'enfance.**

¹ <https://www.mpedia.fr/art-accueillir-son-premier-enfant/>

4
PRÉCON_SATION

Nous proposons que la définition de la parentalité selon 3 axes, issue des travaux de **Didier HOUZEL** constitue un **référentiel partageable** entre tous les acteurs de la parentalité.

5
PRÉCON_SATION

Le soutien à la parentalité s'inscrit dans le **besoin des parents** d'être accompagnés dans leur **responsabilité** première d'éducation et de soin envers l'enfant, et s'articule autour de **trois axes** :

- Le **développement de l'enfant**, et la considération de son méta-besoin de sécurité
- Le **devenir parent**, et ses capacités et compétences à répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant.
- La **nature de l'environnement**, qu'il soit relationnel, affectif, physique, chimique et l'attention à porter sur son **impact sur le bien-être et la santé de l'enfant**.

6
PRÉCON_SATION

Nous proposons de penser le soutien à la parentalité comme s'inscrivant dans une double approche :

- L'**investissement social**, accompagnant les individus tout au long de leur **parcours de vie**.
- La **promotion de la santé** donnant à tous les individus les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de **santé, comme un état de complet bien-être physique, mental et social**.

7
PRÉCON_SATION

Il nous apparaît nécessaire pour toute **action de soutien à la parentalité** de s'interroger sur :

- L'**objectif** principal des actions, qui doit être avant tout l'**enfant**,
- Le **but** de ces actions proposées, en **cohérence** avec l'objectif principal qui concerne l'**enfant**
- Les **moyens** mis en œuvre pour les mener, toujours dans le respect de l'**intérêt de l'enfant** et de la réponse à ses **besoins fondamentaux**.

La propension à focaliser le regard sur le parent, dans le champ du soutien à la parentalité plutôt que sur l'enfant, est grande. Réaliser **sa fragilité** constitue souvent comme un effort et justifie une **attention constante**.

Afin que l'**enfant** ne constitue pas un angle mort des politiques publiques, nous préconisons qu'il soit **au centre du vaste écosystème** de tous ceux qui prennent soin de lui, de près ou de loin.

II. UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE : UN RÉSEAU À INVESTIR

Conscients de la **multiplicité des acteurs responsables de la mise en œuvre des politiques publiques**, en matière de soutien à la parentalité, nous avons souhaité pour poursuivre notre travail et fonder nos préconisations sur des **hypothèses systémiques**, les inventorier.

Attentifs à poser un **regard intégratif** sur le champ du soutien à la parentalité, nous avons ainsi fait le choix de détailler les missions de grands acteurs de la parentalité sur les territoires que sont la branche Famille et la branche Maladie, les collectivités territoriales en distinguant le bloc communal et le Conseil départemental.

Soucieux de relayer les réponses obtenues à travers notre large processus consultatif, et nous appuyant sur notre expérience d'acteurs de terrain, nous avons pu percevoir et comprendre, que, de cette diversité d'acteurs clés, pouvait naître un **sentiment de morcellement**, voire de compétition. Cette impression de cloisonnement s'inscrit en opposition aux profondes aspirations des acteurs de terrain, qui appellent à un **travail collaboratif**, dans une lecture **synergique et complémentaire**, où la place de chacun est connue et respectée.

Passant par une **analyse catégorielle** des institutions porteuses des actions de soutien à la parentalité, nous élargissons cette lecture de la politique de soutien à la parentalité, **vers un modèle intégratif**, afin d'offrir aux enfants et leurs familles la cohérence et la stabilité dont ils ont besoin.

Prévention, promotion de la santé, prendre soin, « **care** » et « **cure** » sont autant de concepts à inscrire dans une **synergie** afin de pouvoir répondre à la définition intégrative et globale de la santé (un état de complet bien-être physique, mental et social).

Le point 8 de la charte du soutien à la parentalité devra concerner **tous les professionnels** investis autour du **prendre soin de l'enfant et de sa famille**.

De nombreuses institutions mettent en œuvre des politiques de soutien à la parentalité. Cette multiplicité génère des fonctionnements cloisonnés, pouvant être source d'incompréhension.

Un **travail d'articulation** de ces différentes formes de contractualisations menées par les partenaires institutionnels, doit être réalisée afin de bâtir un projet global de territoire.

Nous estimons que c'est à travers un socle commun de connaissances que l'ensemble de ces acteurs, pourrons construire des politiques publiques cohérentes centrées sur l'enfant et ses besoins fondamentaux.

La formation continue de l'ensemble des professionnels qui animent ses services, sur les besoins fondamentaux de l'enfant et des enjeux actualisés de la parentalité doit constituer un **investissement fort de ces institutions**.

Les **REAAP sur les territoires semblent inégalement investis et parfois méconnus**.

C'est donc, dans leur globalité, que les **REAAP** mériteraient d'**être repensés** et pourraient être refondus par la branche Famille.

Revenant à leur ambition première de « faire réseau » autour des familles, en fédérant les dynamiques locales, afin de les articuler dans un principe de complémentarité et d'échanges, il nous semble important de :

- **Clarifier l'articulation entre la Charte des REAAP et la Charte du soutien à la parentalité.**
- **Investir** massivement la question de l'**évaluation** des actions portées par les REAAP
- Définir un **cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse** pluridisciplinaire, centré sur les **besoins fondamentaux de l'enfant**

Dans un souci de déclouonnement et de réorganisation, les acteurs du domaine de la santé, créent des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

L'implication de ces réseaux s'inscrit **au-delà du secteur de la santé** vers des acteurs fournissant des prestations d'aide à domicile, d'accès aux droits sociaux, de réinsertion sociale ou professionnelle.

Afin d'**optimiser l'impact des réseaux** tout en évitant la redondance des actes, nous proposons que les deux réseaux que sont les **REAAP et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé soient articulés**, ouvrant à une **lecture écosystémique** en adéquation avec les parcours de l'enfant et de sa famille.

Les familles sont un des **publics cible** que **partagent les CAF, les ARS, les départements et les communes sur leur territoire.**

La réponse aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'enrichirait d'un **renforcement de la coopération.**

Une mutualisation de l'**utilisation des bases de données**, par exemple, permettrait dans le respect des règles du RGPD, de toucher des publics allocataires potentiellement fragilisés par des **campagnes de prévention**, ou encore d'impliquer les partenaires des organismes de sécurité sociale, considérant qu'ils peuvent être des acteurs relais de ces campagnes de prévention.

Une **nouvelle forme de réseau intégré de services** incluant des prestations de services diverses complémentaires à celles de soins doit émerger, impliquant de formaliser un **groupement de coopération sanitaire, social et médico-social.**

Le déploiement de la politique des **1000 jours** encourage le **décloisonnement**, considérant ainsi le soutien à la parentalité comme un enjeu transverse des politiques publiques, bien au-delà d'une lecture duelle, opposant social et santé.

Nous proposons que les 1000 premiers jours soient le terrain d'expérimentation de **modèles de financements hybrides** permettant de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et des services de soutien aux familles.

Ainsi, l'enjeu est souvent moins la création de nouveaux services que **l'articulation de l'existant dans un nouveau modèle de financements hybrides** afin d'en assurer la **pérennité**.

Ces expérimentations de modèles de financement hybrides pourraient **s'inspirer de l'article 51 développé par les ARS**, afin de déroger à des règles de financement de droit commun et d'organisation, qui rendent actuellement inapplicables des modalités de coopération entre professionnels de santé et services de soutien à la parentalité.

De **l'expérience des acteurs de terrains**, dont la richesse constitue une ressource afin d'innover et mieux répondre aux besoins des familles, à **l'état qui impulse les politiques** publiques, les **maillons sont nombreux**.

L'enjeu véritable est que de toutes ces volontés et engagements se mettent en œuvre sur les territoires, des actions au service de l'enfant et de sa famille.

Afin de ne pas majorer un morcellement déjà important, nous estimons qu'il **ne s'agit pas de « démultiplier » de nouveaux services**, mais bien de **capitaliser les ressources existantes** pour réajuster les services à l'identification des besoins.

Nous estimons que cette impulsion collaborative doit s'appuyer sur l'existence d'un **socle de connaissances** ouvrant à une **culture commune partagée**, à travers **la formation de l'ensemble des acteurs du soutien à la parentalité**.

A l'instar du schéma départemental du service aux familles, la politique de soutien à la parentalité s'inscrit dans la **pluralité de ses institutions** et témoigne de la volonté d'ancrer le soutien à la parentalité dans une **perspective large** qui vient rassembler des **politiques publiques ambitieuses** et de les articuler.

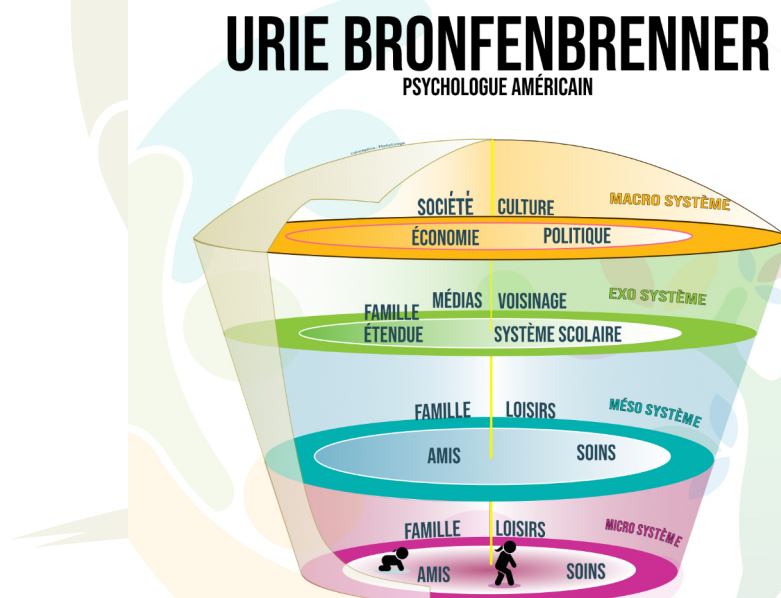
Nous souhaitons ici questionner le niveau au sein duquel sera situé le **pilotage national**, d'une telle aspiration. Il s'agirait de passer d'un soutien à la parentalité porté par **UNE politique de l'enfance et de la famille**, organisée sur un modèle écosystémique.

III. L'ÉLABORATION DE L'ÉCOSYSTÈME DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Le parti pris d'une **lecture écosystémique** vient en résonance avec le **besoin de reconnaissance** exprimé par les professionnels intervenants auprès des familles. Il s'agit que chacun puisse **se reconnaître, de sa place, comme légitime et légitimé dans cet écosystème**.

En **son centre, il y a l'enfant et sa famille** d'où s'étend le maillage d'acteurs qui construisent un réseau interrelié, de modalités complémentaires d'actions de soutien à la parentalité. Elles répondent de manière **graduée et ajustée** aux besoins du public soutenu dans cette étape initiatique qu'est l'accès à la parentalité.

La référence théorique écosystémique, modélisée par **Urie BRONFENBRENNER**, retient cinq niveaux systémiques qui se placent dans une perspective transactionnelle prônant une **réciprocité individu et environnement très forte**. Selon **ce modèle**, le développement d'une personne doit être entendu dans un **système environnemental interdépendant**, allant du micro-système au macrosystème.



Le microsystème est constitué de l'environnement immédiat de l'individu. Nous avons donc considéré dans notre travail les dispositifs qui concernent les services œuvrant directement auprès de l'enfant et de sa famille et majoritairement catégorisés comme relevant des « services aux familles » selon le CASF.

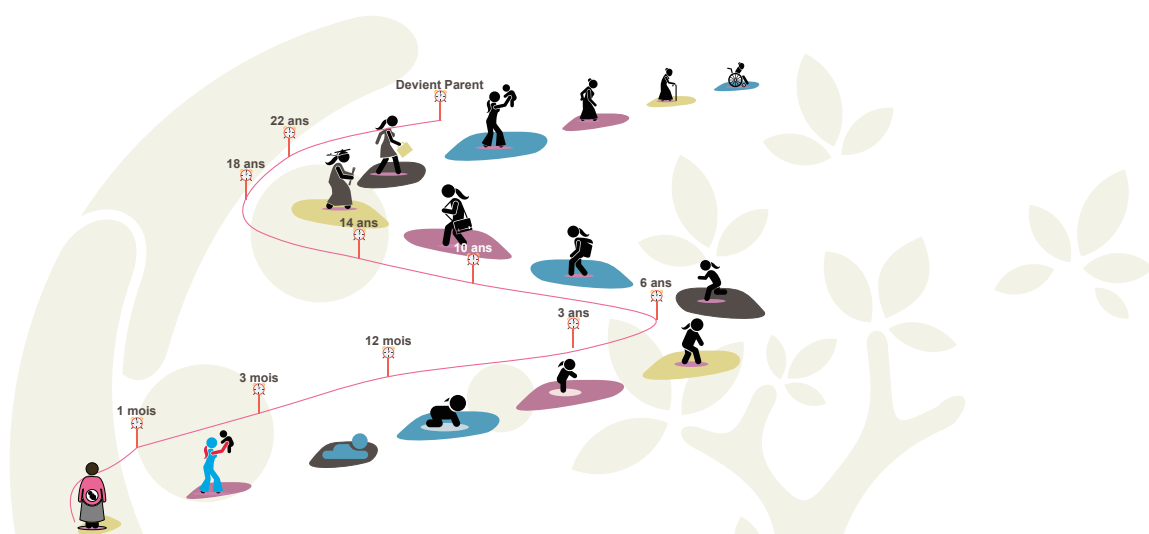
Le mésosystème, au sein duquel, avons intégré les services qui s'appuient sur le champ de compétence du microsystème, et déploient des actions de soutien à la parentalité complémentaires.

L'exosystème questionne les politiques publiques, contribuant au déploiement de la pluralité de l'offre de soutien à la parentalité.

Le macrosystème, s'appuie quant à lui, sur les valeurs sociales et culturelles qui gouvernent le soutien à la fonction parentale.

L'ensemble de cet environnement est lui-même soumis au **chronosystème**, c'est-à-dire à la temporalité des événements de vie, comme à celle du développement de l'enfant lui-même et à tous les âges de sa vie.

CHRONO-SYSTÈME



Appréhender, avec le plus d'exhaustivité, l'**ensemble de ces professionnels et bénévoles engagés**, a constitué pour nous, une **étape incontournable** à la définition des **compétences socles**.

Témoin de la **richesse de ce large et pluriel éventail**, il constitue à nos yeux, outre un prérequis comme une reconnaissance de cette diversité, mais également une **composante indispensable** du contenu même des connaissances nécessaires à l'exercice des actions de soutien à la parentalité.

Reconnaitre la **diversité des dispositifs** de soutien à la parentalité, dans une **lecture écologique** du développement humain, au service de **l'enfant et de sa famille**, constitue un **prérequis incontournable** à l'élaboration de propositions coordonnées et complémentaires en matière de compétences socles.

La finalité de l'intérêt supérieur de l'enfant et de la réponse à ses besoins fondamentaux est une valeur de ce système.

Ce modèle écosystémique permet la reconnaissance de :

- La diversité des **besoins des familles**,
- La pluralité des **actions**,
- La pluralité des **acteurs**,
- Les nombreux **croisements** des **politiques publiques**.

Cette **multiplicité et hétérogénéité**, des modalités de soutien à la parentalité, s'inscrit dans une approche d'une épistémologie **complexe**, considérant que :

- **Les structures sont non hiérarchiques**, aucun niveau n'étant plus fondamental que les autres
- La **reconnaissance des compétences de TOUS les acteurs** est une des conditions sine qua non de son fonctionnement
- Son efficacité est **dépendante de son interconnexion**.

Nous considérons que la méconnaissance et la non-considération de cette lecture écosystémique peut induire des fonctionnements compartimentés.

Ceux-ci entraînent, pour l'enfant et sa famille, mais aussi les acteurs du champ du soutien à la parentalité, beaucoup d'incompréhension.

Ils peuvent générer un découragement, **peu propices à l'expression de la demande d'aide**, désactivant la motivation à solliciter ce soutien, chez un public ayant une représentation de l'aide la plupart du temps, marquée par **l'inutilité, l'insatisfaction ou la menace**.

La connaissance de l'écosystème du soutien à la parentalité doit être, de manière impérative, inscrite dans le contenu des compétences socles, de tous acteurs de soutien à la parentalité.

Il a pour objectifs :

- La **connaissance et reconnaissance** de autres acteurs du territoire en matière de soutien à la parentalité.
- La **communication et l'interconnexion** entre les modalités d'interventions auprès du public.
- La **construction d'une confiance mutuelle**, base essentielle de la coopération.

Le **microsystème** est inscrit dans le **quotidien de la vie de l'enfant** et de sa famille.

Des LAEP, aux ludothèques en passant par les modes d'accueil du jeune enfant, les SAAD, mais également les espaces rencontres ou de médiation, ce système va aussi intégrer de manière plus large, les offres proposées par les employeurs (équilibre vie personnelle-vie professionnelle), ou de nouveaux acteurs du soutien à la parentalité.

Les familles sont exposées à une **multiplicité et une hétérogénéité** d'offre de services. Le manque de cohérence dans les réponses qu'elles peuvent y trouver, peut les **insécuriser**.

Un travail doit être mené, afin de gagner en cohérence et aider les familles à se repérer dans leur parcours de parent.

Il est donc nécessaire de :

- **Etablir des cahiers des charges** encadrant l'exercice de tout service de soutien à la parentalité, qui soit un modèle commun à l'ensemble des dits services et participe à l'appropriation commune des missions attendues de tels services.
- **Inscrire l'interconnaissance de tous les acteurs de l'écosystème** dès la formation initiale et au **cœur des programmes de formation continue**.
- Mettre en place des **temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques professionnelles** rassemblant plusieurs types d'intervenants, dans une organisation interinstitutionnelle.

De nombreuses études ont montré que le **soutien à la parentalité** constitue un **facteur protecteur** en matière de santé pour l'enfant, qui peut alors s'inscrire sur la construction d'une trajectoire développementale harmonieuse.

Nous considérons donc, que des acteurs qui déploient des **actions de soutien à la parentalité dites complémentaires** à leur activité principale, doivent être **intégrés, A PART ENTIÈRE**, dans l'écosystème du soutien à la parentalité.

Leur inscription dans le mésosystème permet de **reconnaitre le soutien à la parentalité comme variable d'ajustement, faisant partie intégrante des missions portées par les acteurs du mésosystème, en synergie avec ceux du microsystème**

L'**exclusion** et la non-reconnaissance de la place des professionnels de la santé, en matière de soutien à la fonction parentale constituent une **perte de chance pour l'enfant**.

Dans un contexte sociétal marqué par une **majoration des difficultés**, tant du côté :

- Des **enfants** - dégradation de leur état de santé physique et mentale
- Des **parents** - isolement, burn-out, Violence éducatives ordinaires, santé mentale...
- Des **professionnels** - épuisement, perte de sens, pénurie...

La place de chacun est primordiale.

Dans cette conscience d'une responsabilité partagée, et de la richesse de tous ces professionnels formés à soutenir l'enfant et sa famille, l'**intégration des professionnels du domaine de la santé est une nécessité**.

Pour se faire, ces acteurs, doivent **bénéficier de formations** dans le cadre des **compétences socles** attendues dans le domaine du soutien à la Parentalité.

La meilleure compréhension des enjeux traversés par la **co-éducation** engage une **responsabilité partagée** en particulier avec tous les acteurs du champ éducatif.

Ce constat implique que ces acteurs, en particulier **tous ceux qui animent**

la **scolarité de l'enfant** (enseignants, ATSEM, AESH, périscolaires, infirmiers et médecins scolaires...), bénéficient de **formations** dans le cadre des **compétences socles** attendues dans le domaine du **soutien à la Parentalité**.

24
PRÉCONISATION

La **politique publique de soutien à la parentalité** ne peut rester centrée sur un volet universaliste et préventif, excluant notamment de son champ les interventions menées dans le cadre de la **protection de l'enfance**.

Les **compétences socles** doivent également concerner les acteurs du milieu de la **protection de l'enfance**, en particulier en matière de compréhension du **méta besoin de sécurité**.

Cette préconisation s'inscrit dans l'évolution des **lois en matière de protection de l'enfance**, promulguées en 2016 et 2022, fondées sur la considération des **besoins fondamentaux** et rejoint ainsi les préconisations rendues dans le **rapport de consensus dirigé en par le Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS**.

25
PRÉCONISATION

Le niveau de l'exosystème est porté par de **nombreux ministères**, tous engagés de manière **responsable** dans des politiques publiques en matière de soutien à la parentalité. Comme **autant de parties d'un tout**, qui ont pour vocation à couvrir l'intégralité du champ du soutien à la parentalité, les **différents plans** portés par ces institutions se veulent garantes d'une **préoccupation partagée** autour du soutien à la parentalité.

Nous préconisons, à l'échelle de l'exosystème :

- Une **connaissance mutuelle des ambitions** menées par chacun des différents ministères. Le **maillage territorial** ne peut se mettre en œuvre qu'à l'image des **impulsions des politiques publiques**, qui par leur synergie et décloisonnement permettront une mise en œuvre cohérente et intégrative sur les territoires et au plus proche de l'enfant et de sa famille.
- La **formation aux besoins fondamentaux de l'enfant des acteurs ministériels**, en charge de définir les axes politiques développés par chaque ministère
- La définition d'un **pilotage national coordonné** de toutes ces actions menées à l'attention de l'enfant et de sa famille.

Un modèle à transposer sur les territoires :

Cette utilisation des théories écosystémique permet d'appréhender le système des acteurs du soutien à la parentalité.

La proposition présentée dans ce rapport est plus qu'un livrable. Il s'agit surtout d'un **travail d'élaboration conceptuel**.

Nous proposons que cet **outil opérationnel** soit :

- **Élaborer collégialement à l'échelle des territoires**, afin de constituer un **modèle de collaboration intégratif**, soucieux de d'identifier TOUS les acteurs engagés dans le champ du soutien à la parentalité

- Un **outil de coordination et d'ajustement des développements de services** en lien direct avec les besoins des habitants et l'histoire des acteurs impliqués mais surtout en **complémentarité des acteurs déjà engagés** sur les territoires. Il peut venir nourrir la construction d'un projet global de territoire.

- Intégrer comme **module obligatoire dans les formations initiales et continues** proposées à tous les acteurs engagés dans le champ du soutien à la parentalité.

C'est par l'**interconnaissance des acteurs** que pourra se construire une **confiance mutuelle et une chaîne de sécurité** à l'attention de l'enfant et de sa famille.

IV DU SOCLE DE COMPÉTENCES À UNE BASE D'HABILITÉS - AU SERVICE D'UNE CULTURE COMMUNE PARTAGÉE

Le **processus de pensée** que nous vous avons partagé sur les chapitres précédents, nous a semblé **incontournable** afin de pouvoir livrer une **série de propositions**, ajustées à la complexité, précédemment visitée, du champ de soutien à la parentalité.

En effet, nous estimons, que ces préconisations **ne peuvent se réduire, à une liste de thématiques ou de diplômes**, et doivent respecter la **pluralité** des actions et des acteurs engagés auprès de l'enfant et sa famille. Une approche uniformisée aurait eu pour effet, un appauvrissement de la richesse et de la diversité des interventions proposées.

Nous avons fait le choix d'aborder la question plus précise des **compétences socles** sous l'angle de la **construction d'une culture commune**, qui permette à **l'ensemble des professionnels du soutien à la parentalité** œuvrant dans les champs de la **promotion de la santé**, de **l'éducation**, ou encore de la **protection de l'enfance**, engagés dans l'écosystème de **coopérer** et d'articuler leurs interventions.

Le terme de « **compétences socles** », nous a semblé, à l'image de certains contributeurs, à réinterroger, afin de ne pas réduire les attendus de la mission, à une **lecture trop normative et uniforme**.

Afin de considérer le soutien à la parentalité comme :

- Une **pratique individuelle et partagée qui s'étaye sur une expérience relationnelle et humaine** tout autant que sur une professionnalisation et l'acquisition de connaissances techniques.
- S'inscrivant dans la **singularité et la dynamique de l'interaction**, à l'image de l'intrication de l'enfant avec ses figures d'attachement.

Nous avons fait le choix de considérer, dans notre travail, que les compétences socles, permettent le **développement d'une base d'habiletés** pour les professionnels du soutien à la parentalité.

Les connaissances qui sous-tendent les actions de soutien à la parentalité sont récentes et **soumises de manière constante à de nouveaux apports scientifiques, cliniques et théoriques**.

La seule expérience d'une parentalité ou une appropriation trop superficielle des concepts clés, ne sont pas suffisantes pour s'engager dans des actions de soutien à la parentalité.

Il est important de **ne pas banaliser les actes de soutien à la parentalité**, qui vont avoir un **impact indéniable sur la trajectoire développementale** de l'enfant et engagent la responsabilité de ceux qui les mettent en œuvre.

Nous préconisons donc que tous les acteurs investis auprès de l'enfant et de sa famille :

- Bénéficient d'une **appropriation rigoureuse des connaissances actualisées** en matière de développement de l'enfant et de la compréhension de la fonction parentale.
- Doivent être sensibilisés aux **enjeux d'un travail personnel**, afin de ne pas entrer dans une **lecture projective et interprétative**, peu objectivable, dont l'évaluation et la reproductibilité peuvent être interrogées ou encore une application pratique sans processus réflexif de ces « nouveaux » champs théoriques.
- Soient soumis à une **évaluation de l'actualisation de leurs connaissances**, dont les modalités restent à définir.

L'enfant étant au cœur des politiques publiques de soutien à la parentalité, **les connaissances** sur ses **besoins fondamentaux** doivent constituer la **base commune** des acteurs du soutien à la parentalité.

- **TOUS les acteurs engagés dans l'écosystème** défini précédemment, doivent être formés et ainsi s'approprier la compréhension des besoins fondamentaux de l'enfant et en particulier le **méta-besoin de sécurité**.

- Cette base théorique fait référence à la **théorie de l'attachement**, à l'**approche développementale**, et aux **neurosciences affectives et sociales**.

- Elles vont constituer la base et les fondements sur lesquels les acteurs de l'écosystème vont pouvoir construire une **culture commune partagée**, dans une lecture intégrative.

Nous proposons que les **savoirs fondamentaux attendus** s'organisent autour de **trois axes** :

- **Le développement de l'enfant et ses besoins fondamentaux** : Théorie de l'attachement, neurosciences, approche développementale,

- **Les processus de parentalité** : évolution des formes familiales, pratiques éducatives, les axes de la parentalité selon **Didier HOUZEL**, Caregiving et postures parentales,

- **Le système familial** : les différents systèmes familiaux, impact des contextes environnementaux (y compris vulnérabilité), clinique des maltraitances, systémie familiale et santé environnementale.

Afin de développer un **accueil ajusté et gradué** aux besoins des enfants et de leurs familles : santé mentale, handicap physique et mental, violences, psycho traumatisme...

Nous proposons que les **connaissances fondamentales** soient :

- **Complétées** en fonction du parcours du professionnel et de sa **place dans l'écosystème** par des **modules spécifiques** abordant des thématiques plus spécialisées.

- Ces apports **spécifiques et approfondissements** devront être pensés pour s'ajuster à la **gradation des actions** et la spécificité des interventions des acteurs du soutien à la parentalité.

- Les modalités de ces spécialisations pourront être penser dès la **formation initiale** ou pourront s'inscrire dans de la **formation continue**.

La **base d'habiletés**, inscrite dans une lecture interactionnelle doit investir de manière incontournable la question de la **posture professionnelle**.

En effet, toute action de soutien à la parentalité appelle à :

■ S'inscrire dans une réflexion de la demande d'aide ou d'accompagnement, considérant que l'**orientation vers un service de soutien à la parentalité**, en particulier pour les **publics vulnérables**, peut parfois s'avérer « **menaçante** ».

■ Être soucieux de la **qualité de la première rencontre** et de l'accueil, qui va sous-tendre la **construction de l'alliance et de la confiance**, ainsi que la **fréquentation** des dispositifs mis à la disposition du public.

■ S'inscrire dans une **relation d'aide**, témoin d'un **savoir-être** mais aussi de techniques particulières d'écoute, associant disponibilité psychique, attention, acceptation, non-jugement, empathie et congruence.

Nous proposons que pour établir cette base d'habiletés soit **systématiquement** prévue une formation dédiée aux **techniques d'écoute active**.

Accueillir la singularité des familles interroge la **posture professionnelle**, mais également, les **pratiques professionnelles réflexives**.

Celles-ci aident à développer les capacités d'analyse issues de l'**observation clinique**, du **repérage**, de l'**élaboration participative et collective** et de la **réflexion pluriprofessionnelle** qui croisent les regards de différents champs de compétences.

Une attention particulière doit être portée dans la construction des actions de **formations**, sur les **compétences psychosociales des professionnels**.

La **formation initiale** constitue une **base généraliste** mais ne peut être considérée comme suffisante pour permettre l'engagement dans des actions de soutien à la parentalité.

Les formations initiales et référentiels métiers devront faire l'objet :

- d'une réflexion quant à l'**actualisation des connaissances**,
- d'une inscription dans un **processus continu de « remise à niveaux »**,
- d'un **complément** par des **modules** spécifiques.

Nous souhaitons insister sur la **place de la formation continue** dans le champ du soutien à la parentalité.

- Elle constitue un élément essentiel pour **maintenir ou renforcer** un **niveau de connaissances** optimales sur le long terme.
- Elle peut prendre **différentes formes** : colloques, conférences, actions de sensibilisation, modules complémentaires...
- Elle peut être animée par des **professionnels partenaires de l'écosystème** qui vont constituer des ressources sur les territoires et permettre également de travailler sur l'**interdépendance** des pratiques et des institutions.

Quelle que soit leur forme, les « **espaces à penser ensemble** » doivent être mis en œuvre pour tous les acteurs du soutien à la parentalité : analyse des pratiques, supervision, régulation, espaces de partage d'expérience...

- Ils constituent un **maillon indissociable de la formation** des professionnels du champ du soutien à la parentalité.
- **Ils ne peuvent être désolidarisés d'un plan de formation.**
- Ils devront s'appuyer sur des **référentiels déjà existants** ou passer par des **techniques innovantes**, incluant l'**intelligence collective** et les connaissances fondamentales actualisées.
- Ils pourront être l'occasion de **réunir des acteurs de différents dispositifs**, faisant ainsi **vivre sur le territoire l'écosystème**.

L'**interconnaissance** est au cœur de nos préconisations. Elle est incontournable afin que les professionnels puissent **interagir avec efficacité et puisse informer et orienter vers les ressources** ajustées aux besoins de l'enfant et de ses figures d'attachement.

Nous préconisons que la **formation des acteurs du soutien à la parentalité comporte un module propre à ce point spécifique, avec la connaissance de l'écosystème des acteurs et leurs missions de soutien à la parentalité.**

Afin d'éviter toute **perte de chance pour l'enfant**, les professionnels, s'appuyant sur la connaissance de l'écosystème, devront être capables :

- D'appréhender **le sens d'une orientation la plus précoce** possible.
- De percevoir **l'importance de passer le relais** vers les services plus spécialisés pouvant accompagner les familles.
- De **traiter les signes d'alerte** et éventuellement savoir quand engager une **information préoccupante**.
- D'**alerter** sur les situations de danger.

38

PRÉCONISATION

Afin de **garantir à l'enfant**, qu'il obtienne, **la réponse à ses besoins fondamentaux**, les acteurs du soutien à la parentalité doivent construire une **chaîne de sécurité** autour de lui.

La structuration et l'animation d'un réseau efficient passe par la **confiance mutuelle entre tous les partenaires**.

Ainsi, la **cohérence, la stabilité et la prévisibilité d'un travail collaboratif** passe par :

- **La garantie proposée par le point 8** de la Charte du soutien à la parentalité, **sécurisant les acteurs** qui œuvrent au quotidien auprès de l'enfant et de sa famille.
- **La perception d'un réseau gradué**, où chaque partenaire est informé et respectueux de la place que chacun occupe.
- **La définition d'une graduation dans la formation**. Elle devra, à l'issue de nos préconisations, s'élaborer au cœur d'une réflexion à mener sur les formations plus spécifiques. Elles seront à définir par professions et référentiel métier et pourront s'adosser aux 3 axes de la parentalité, référentiel partagé.

39

PRÉCONISATION

Les actions de soutien à la parentalité font l'objet de recherches scientifiques internationales.

Les compétences socles et base d'habiletés devront s'enrichir des avancées issues des **pratiques fondées sur les preuves**, tout en s'appliquant à porter une **attention** particulière sur :

- La considération de la **singularité de la relation**, au cœur de la construction de la relation parent-enfant.
- La synergie entre les données scientifiques et les savoirs et **savoir-faire du terrain**.
- La préservation du **processus réflexif et de mentalisation** du public soutenu.

Devront être considérées par ces pratiques :

- **Les compétences psychosociales**, dont le **rôle est primordial** est le développement chez les individus des comportements favorables à leur santé.
- Les **programmes** internationaux de soutien aux **habiletés parentales**.
- Les dispositifs de **pair-aidance**.

40
PRÉCON-
SATION

Nous proposons de faire un **cas particulier des bénévoles**.

En effet, les actions de soutien à la parentalité **impactent la trajectoire développementale de l'enfant**. Cette responsabilité implique un questionnement à approfondir sur la question de la place et des missions portées par les bénévoles dans le cadre d'actions de soutien à l'enfant et sa famille.

Dans ce contexte, il nous semble important de :

- Reconnaître l'**importance de l'engagement bénévole** et altruiste de ceux qui décident de consacrer du temps aux autres et à la société.
- Préciser dans un **travail complémentaire à notre mission, les places et modalités d'intervention des bénévoles** dans le domaine du soutien à la parentalité
- **Cibler les missions** portées par les bénévoles, au sein des dispositifs, en considérant la responsabilité que les actions de soutien à la parentalité peuvent avoir sur la trajectoire développementale de l'enfant.

41
PRÉCON-
SATION

Les actions de soutien à la parentalité appellent à s'inscrire dans une **temporalité et une disponibilité** ajustées aux besoins des enfants et de leurs figures d'attachement.

La considération de ces conditions indispensables à un accompagnement ajusté passe par :

- Une **reconnaissance de la spécificité des actions de soutien à la parentalité** et la considération du temps psychique incontournable et nécessaire à toutes modalités de soutien à la parentalité.
- Une **valorisation des actions et des actes de nomenclature** pour les professionnels entrant dans le cadre de conventionnements avec la CPAM.

V CONCLUSION ET PERSPECTIVES

C'est autour de l'enfant que s'est construit l'ensemble de notre pensée. **Notre responsabilité est grande**, qu'elle soit parentale et plus largement sociétale, dans notre manière de lui façonner l'environnement dans lequel il va grandir.

La **souffrance** que certains enfants témoignent aujourd'hui, qui a été majorée par la **crise sanitaire** et dont les effets sont profonds, justifie un **engagement collectif fort** autour de la reconnaissance de leurs besoins fondamentaux.

La clé de voûte de l'écosystème du soutien à la parentalité est la **synergie des acteurs** qui le constituent, visant ainsi l'efficacité et devenant le garant à terme d'une **chaîne de sécurité**.

Nous faisons le rêve qu'à l'issue de ce travail nous puissions ensemble construire le « mode d'après » :

Un écosystème efficient des acteurs du soutien à la parentalité...

- Associant tous les professionnels du microsystème et du mésosystème, soutenus par ceux engagés dans l'exosystème.
- Construisant ensemble les modalités de la mise en œuvre de l'interconnaissance.
- Organisant ensemble de nouvelles formes de réseaux intégrés dans lesquels la place de chacun est reconnue comme essentielle.
- Articulant les niveaux de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé et de la protection de l'enfant.

... Réunis par une culture commune partagée...

- Fondée sur les besoins fondamentaux de l'enfant.
- Établie par tous, comme le référentiel sur lequel construire les actions de soutien à la parentalité.
- Adossée à une base d'habiletés des acteurs qui serait constituée de savoirs fondamentaux, de techniques d'écoute et de relation d'aide, et d'une connaissance de l'écosystème.

... Partageant un sens donné à l'action...

- Le sens de l'accueil et d'une pratique fondée sur l'expérience et la rencontre humaine, et des espaces communs où penser ces pratiques et les faire évoluer.
- Le sens de la complémentarité de dispositifs qui s'organisent dans des parcours intégratifs où santé et social ne sont plus clivés mais permettent une approche globale du sujet.
- Le sens d'une orientation qui s'ajuste à une graduation de l'intervention.
- Et enfin un sens partagé entre les professionnels, les familles et l'enfant où les objectifs et enjeux de ces orientations sont clarifiés et transparents.

... Et construisant une chaîne de sécurité autour de l'enfant.

- Comme la garantie de la cohérence, de la prévisibilité et de la stabilité dont l'enfant et sa famille

ont besoin pour s'épanouir.

- Comme la boussole sur laquelle l'enfant et sa famille vont pouvoir s'appuyer pour explorer ensemble.
- Comme l'engagement de tous de participer à la construction d'un environnement sécurisant pour l'enfant et sa famille.



SOMMAIRE

ÉDITO	Page 7
A LA DÉCOUVERTE DU RAPPORT	Page 9
DES NIVEAUX DE LECTURE	Page 10
INSTALLATION DE LA MISSION	Page 11
MÉTHODOLOGIE	Page 15
Vers une « photographie partielle » des acteurs du soutien à la parentalité dans un esprit de large consultation	Page 16
Vers la modélisation de l'écosystème des acteurs du soutien à la parentalité, dans une démarche de consensus	Page 19
SYNTHÈSE	Page 21
SOMMAIRE	Page 44
INTRODUCTION	Page 51
I L'ENFANT AU CŒUR D'UN SYSTÈME	Page 53
1. Définitions et contexte sociétal de la mission	Page 54
1.1 Les besoins fondamentaux de l'enfant :	Page 54
1-2 Le devenir parent :	Page 58
1.3 Environnement et épigénétique	Page 60
1.4 Le soutien à la parentalité	Page 62
1.4.1 Un investissement social	Page 62
1.4.2 La promotion de la santé	Page 63
1.4.3 L'institutionnalisation des Réseaux d'Ecoute, d'Appuis et d'Accompagnement des Parents (REAAP)	Page 65
1.4.4 Une ou des politiques de soutien à la parentalité ?	Page 67
1.4.5 Des piliers institutionnels pour la mise en œuvre du soutien à la parentalité sur les territoires	Page 69
1.5 La Charte de soutien à la parentalité	Page 71
2. Vers un écosystème de la politique de soutien à la parentalité	Page 73
2.1 La multitude des missions de soutien à la parentalité	Page 73
2.2 La reconnaissance de tous les acteurs du soutien à la parentalité	Page 74

SOMMAIRE

II : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE – UN RÉSEAU À INVESTIR

Page 77

1- La pluralité des acteurs de mise en œuvre des politiques de soutien à la parentalité sur les territoires	Page 78
1-1 La branche Famille de la sécurité sociale	Page 78
1-1-1 A l'échelle nationale, la CNAF, et à l'échelle locale, la CAF	Page 79
1-1-2 Des parcours de soutien à la parentalité	Page 82
1-1-3 La CAF et ses partenaires	Page 83
1-2 La branche Maladie de la sécurité sociale	Page 84
1-2-1 De la définition de la santé et du « prendre soin »	Page 84
1-2-2 L'ARS, un acteur engagé dans la prévention	Page 85
1-2-3 Le Projet Régional de Santé (PRS)	Page 87
1-2-4 Un acteur engagé dans l'innovation : l'article 51	Page 88
1-3 Les collectivités territoriales	Page 89
1-3-1 Le Conseil Départemental : zoom sur la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	Page 89
1-3-2 A l'échelle des territoires, le bloc communal	Page 93
1-3-3 Contractualisations des collaborations	Page 94
2- L'interconnaissance des acteurs, le travail en réseau	Page 97
2-1 Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) et le Fond National Parentalité	Page 97
2-2 Un bilan des REAAP contrasté, des pistes évoquées	Page 99
2-2-1 Un cadre soumis aux interprétations, et à des « dérives »	Page 99
2-2-2 Une méconnaissance par les acteurs de l'écosystème du soutien à la parentalité	Page 101
2-2-3 Une exclusion préjudiciable des acteurs du champ médico-social	Page 103
2-3 Vers des réseaux de services intégrés ?	Page 104
2-3-1 Inspiration de modèles internationaux	Page 104
2-3-2 La place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans les réseaux de soutien à la parentalité	Page 106
2-3-3 Articulation des réseaux préexistants vers un système élargi	Page 108
3- Un incontournable : la coopération	Page 111
3-1 Des politiques intégratives	Page 111
3-1-1 La politique des 1000 premiers jours, une volonté de décloisonnement et d'articulation de politiques publiques autour de l'enfant et de sa famille	Page 111
3-1-2 Les cités éducatives	Page 113
3-2 Les Schémas Directeurs : les Schémas Départementaux de Service aux Familles.	Page 116

SOMMAIRE

III L'ÉLABORATION DE L'ÉCOSYSTÈME DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

1- Le modèle écosystémique	Page 122
1-1 Le choix d'un modèle écosystémique	Page 122
1-2 L'écosystème du soutien à la parentalité, un système complexe	Page 123
1-3 La connectivité des systèmes	Page 124
2- Le microsystème	Page 127
2-1 Le soutien à la parentalité comme activité première	Page 128
2-1-1 Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) :	Page 129
2-1-2 Lieux d'Accueil Enfant Parent (LAEP)	Page 130
2-1-3 La médiation familiale	Page 131
2-1-4 Les espaces rencontres	Page 133
2-1-5 Les vacances	Page 134
2-1-6 Les Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS)	Page 134
2-2 Les acteurs des services aux familles	Page 136
2-2-1 Les modes d'accueil du jeune enfant : assistantes maternelles et EAJE	Page 136
2-2-2 Les ALSH (Accueils de Loisirs Sans Hébergement)	Page 141
2-2-3 Le parrainage	Page 142
2-2-4 Les ludothèques	Page 143
2-3 Dispositifs de l'Animation de la Vie Sociale et en direction de la jeunesse	Page 144
2-3-1 Centres sociaux et Espaces de Vie Sociale (EVS)	Page 144
2-3-2 Le soutien à la jeunesse ou l'accès à l'autonomie	Page 145
2-4 Des acteurs institutionnels et associatifs	Page 147
2-5 Les acteurs privés	Page 148
2-5-1 Les services liés à l'employeur :	Page 148
2-5-1 Cas particulier des accompagnants en parentalité	Page 149
2-6 Vers le mésosystème :	Page 152
2-6-1 Inclusion des particularités, handicap et adoption	Page 152
2-6-2 Les plateformes d'écoute	Page 155

SOMMAIRE

III L'ÉLABORATION DE L'ÉCOSYSTÈME DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

3- Le mésosystème :	
3-1 Le soutien à la parentalité comme variable d'ajustement	Page 158
3-2 Une représentativité large, diversifiée et non exhaustive	Page 160
3-3 Vers une cartographie à co-construire	Page 160
3-3-1 La santé	Page 160
3-3-2 L'école et la co-éducation	Page 171
3-3-3 La protection de l'enfance	Page 174
3-3-4 Couple et parentalité	Page 178
4- L'exosystème, des ambitions politiques	Page 180
4-1 Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des personnes handicapées :	Page 181
4-2 Ministère de la santé et de la prévention	Page 182
4-3 Ministères délégués et secrétariats d'états	Page 184
4-4 Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports	Page 185
4-5 Ministère de l'Intérieur	Page 187
4-6 Ministère de la justice	Page 188
4-7 Ministère de la culture	Page 189
4-8 Ministère de la défense	Page 189
4-9 Ministère travail, plein emploi et insertion	Page 190
5- Le macrosystème	Page 192
5-1 Les valeurs de la république	Page 192
5-2 L'universalité et la laïcité	Page 193
5-3 Une lecture des actions de soutien à la parentalité aux regards des droits des enfants	Page 193
6- Le chronosystème	Page 194
6-1 Retour sur les 1000 premiers jours :	Page 195
6-2 La période des 6-12 ans	Page 195
6-3 L'Adolescence	Page 196
6-4 Vers le grand âge	Page 197

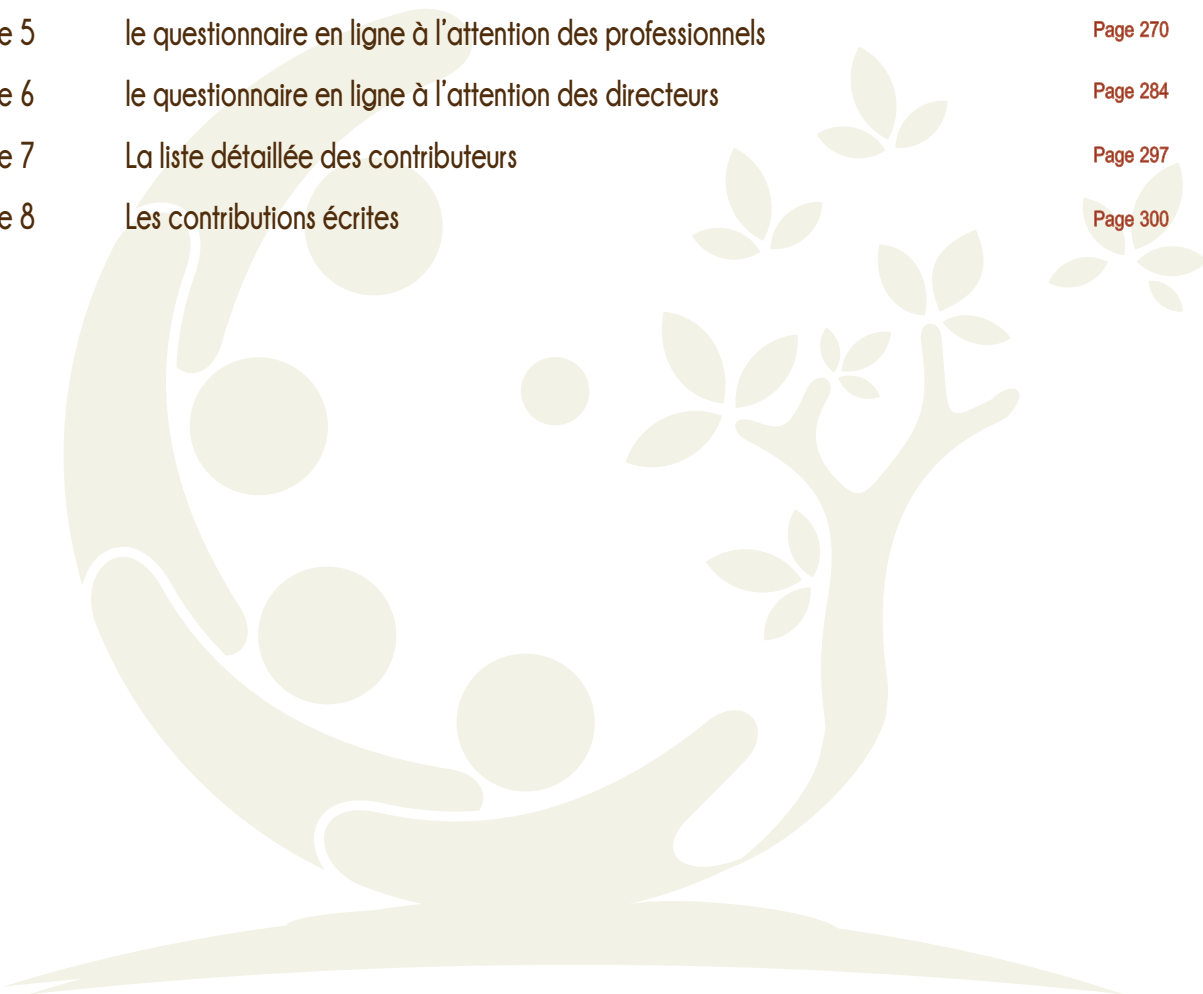
SOMMAIRE

IV DU SOCLE DE COMPÉTENCES À UNE BASE D'HABILITÉS – AU SERVICE D'UNE CULTURE COMMUNE PARTAGÉE

1. Une base de connaissances pour une culture commune partagée	Page 202
1.1 De la notion de « socle » vers la proposition de « base »	Page 202
1.2 De la notion de « compétences » vers une réflexion sur les « habiletés »	Page 203
1.3 Des connaissances théoriques	Page 207
1.3.1 Une science en développement constant	Page 207
1.3.2 Des savoirs fondamentaux	Page 208
1.3.3 Des thématiques plus spécifiques	Page 211
2. Habiletés et postures professionnelles	Page 213
2.1 Le premier accueil des familles	Page 213
2.2 Confiance et alliance	Page 214
2.3 Écoute et relation d'aide	Page 215
2.4 Compétences psychosociales des professionnels	Page 216
3. Les modalités de la formation	Page 218
3.1 De la formation initiale	Page 218
3.2 A la formation continue	Page 219
3.3 En passant par des temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques.	Page 220
4. La mise en œuvre des actions de soutien à la parentalité	Page 223
4.1 Ecosystème et interconnaissance	Page 223
4.1.1 L'interconnaissance, source de continuité	Page 224
4.1.2 Informer et orienter	Page 225
4.1.3 La graduation dans le soutien à la parentalité	Page 226
4.2 Modalités d'intervention	Page 228
4.2.1 Les compétences psychosociales parentales	Page 228
4.2.2 Des programmes de soutien à la parentalité	Page 230
4.2.3 La pair.aidance	Page 233
4.3 Limites et précautions	Page 234
4.3.1 La place des bénévoles	Page 234
4.3.2 Temps et disponibilité	Page 236
4.3.3 Les limites de la mission de dépistage	Page 237
4.3.4 Éthique et soutien à la parentalité	Page 239

SOMMAIRE

V DES EXEMPLES DE PARCOURS POUR PENSER ENSEMBLE	Page 241
1 Les 1000 jours d'Eva	Page 242
2 Enzo au cœur du conflit de ses parents	Page 245
3 Le handicap de Gabriel	Page 248
4 Et puis, tant d'autres parcours...	Page 251
4.1 Mélissa et sa fille Rose suivie par les services de l'A.S.E.	Page 251
4.2 Théo, 15 ans, en décrochage scolaire	Page 252
VI CONCLUSION ET PERSPECTIVES	Page 255
VII ANNEXES	
Annexe 1 La charte du soutien à la parentalité	Page 260
Annexe 2 La lettre de mission du ministère (Adrien TAQUET) en charge des solidarités à la directrice générale de la cohésion sociale (Virginie LASSERRE)	Page 262
Annexe 3 La lettre de mission de la directrice générale de la cohésion sociale à Anne Raynaud et Charles INGLES.	Page 264
Annexe 4 Réponse de Monsieur le Ministre Jean-Christophe COMBE	Page 267
Annexe 5 le questionnaire en ligne à l'attention des professionnels	Page 270
Annexe 6 le questionnaire en ligne à l'attention des directeurs	Page 284
Annexe 7 La liste détaillée des contributeurs	Page 297
Annexe 8 Les contributions écrites	Page 300





INTRODUCTION



INTRODUCTION

L'attention portée **à l'enfant** et à son développement constitue aujourd'hui une **préoccupation majeure** de notre société.

Longtemps négligés du fait de leur grande fragilité et d'une mortalité massive, inscrite dans une lecture fataliste, les enfants incarnent aujourd'hui une véritable richesse de nos sociétés, sur laquelle il est essentiel « d'investir ». Cependant, le chemin a été long avant de pouvoir placer l'enfant au cœur des préoccupations des politiques publiques.

Les connaissances actualisées, et notamment l'apport des neurosciences, nourrissent une meilleure compréhension du développement de l'enfant, et mettent en évidence trois piliers fondamentaux, sur lesquels l'enfant s'appuie pour construire sa trajectoire développementale.

Son bagage génétique, empreint de son histoire transgénérationnelle, **les expériences répétées du quotidien**, qui modèlent sa construction psychique et neurodéveloppementale et enfin, pilier majeur, **l'environnement dans lequel il évolue**.

Ce dernier prend une place plus importante que nous ne l'imaginions et constitue une réelle révolution dans notre lecture de l'enfance. Les études mettent en exergue, le rôle majeur des **facteurs parentaux**.

Ainsi, ceux qui **« prennent soin de l'enfant »**, la plupart du temps les parents biologiques, portent une **responsabilité**, des actions visent à les soutenir et les accompagner.

Ces **actions de soutien à la parentalité** s'enracinent dans un long processus, au départ inscrites dans une perspective sanitaire, dans « un modèle biomédical hygiéniste », elles avaient pour objectif de lutter contre la mortalité infantile. Elles se sont développées ces dernières années sous l'impulsion des politiques publiques multiples, et en particuliers des politique d'action sociale.

Aujourd'hui, il apparaît pertinent de questionner l'articulation des politiques publiques, rompre les cloisonnements, pour s'engager dans une réflexion intégrative.

Les familles ne sont dorénavant plus les seules à porter cette responsabilité d'éduquer l'enfant et répondre à ses besoins. L'environnement autour de l'enfant est large, s'inscrivant ainsi dans un vaste **écosystème**³. C'est donc dans une **responsabilité partagée** que s'inscrit le **« prendre soin »** de l'enfant et de sa famille.

Conscients de la pluralité des déclinaisons du soutien à la parentalité, de la pluralité des politiques publiques investissant ce champ, nous avons accepté de nous engager dans cette mission portant **« sur le socle de compétences des acteurs du soutien à la parentalité »**.

³ Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.

I. L'ENFANT AU COEUR D'UN SYSTÈME



C'est par celui qui est au centre de notre attention, et sur le prérequis qui a guidé l'ensemble de notre réflexion, pour mener cette mission que nous souhaitons débiter ce rapport. En effet, **l'enfant doit être au cœur des préoccupations** de toutes les politiques publiques de soutien à la parentalité. C'est par sa naissance et sa présence, que « **l'enfant fait naître le parent** »¹. Notre réflexion nous a ainsi guidés de la place centrale que tient l'enfant et les connaissances actualisées sur ses **besoins fondamentaux**, vers l'émergence conceptuelle de la **notion de parentalité**, jusqu'à la mise en œuvre concrète du soutien à la parentalité.

1. DÉFINITIONS ET CONTEXTE SOCIÉTAL DE LA MISSION

1.1 LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT :

Les travaux de la mission s'appuient sur un parti pris des auteurs : **l'enfant est au centre de la réflexion**.

Cet élément qui devrait être fondateur de tout travaux sur le sujet de la parentalité est soutenue dans les retours des contributions écrites et notamment par le **Groupe de Pédiatrie Générale Sociale et Environnementale (CPGse)**.

Ils rappellent que : « *dans le rapport réalisé à la demande du Comité de Pilotage du REAAP² en 2007, les parents sont au centre du dossier. Il nous semble – mais sans doute parce que nous sommes pédiatres – que la démarche de soutien à la parentalité serait plus efficiente si l'enfant restait au cœur de la problématique* ».

De la même manière, **Bernard GOLSE**³ poursuit cette idée de poser l'enfant au cœur des préoccupations du soutien à la parentalité : « *Le point central à mes yeux est de considérer la parentalité comme une aptitude potentielle propre à tout être humain qui s'actualise, quand tout va bien, par la rencontre avec l'enfant à venir (dès la grossesse) et avec l'enfant déjà né (en postnatal). Cette aptitude est sans doute profondément inscrite dans notre génome mais elle a besoin de la rencontre avec l'enfant pour s'organiser et se mettre en œuvre ce qui éclaire le débat portant sur l'existence éventuelle d'un instinct parental (maternel ou paternel)* ».

Gaëlle GUERLANEC LEVY, fondatrice de PAPOTO⁴ estime quant à elle que : « *.... se centrer sur le parent et son bien-être conduit à perdre de vue ce que nous considérons comme l'objectif final et majeur de ces actions, surtout si, comme vous semblez le souhaiter, nous nous plaçons dans une perspective de prévention : la protection du développement de l'enfant. Ce but est rarement posé, ni dans les textes ni par les acteurs de terrain.* »

Pour prolonger la réflexion et selon **Antoine GUEDENEY**, dans son ouvrage « *un bébé n'attend pas* »⁵, il est aussi

1 | <https://www.mpepia.fr/art-accueillir-son-premier-enfant/>

2 | Réseau d'Écoute, d'Appuis et d'Accompagnement des Parents

3 | Pédopsychiatre-Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France) / Ancien Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Fondateur et président de l'Institut Contemporain de l'enfance / Membre titulaire du Laboratoire « Psychologie Clinique, Psychopathologie, psychanalyse » (PCPP) de l'Université de Paris / Ancien Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA) / Ancien Président du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) / Président de l'Association Pikler Loczy-France / Président de l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (AFPPEA) / Président de la Fédération Française de Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (FFPPEA) / Président de l'Association CEREP-Phymentin / Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) / Président de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme et membres associés)

4 | Papoto | Parentalité pour tous <https://www.papoto.fr/>

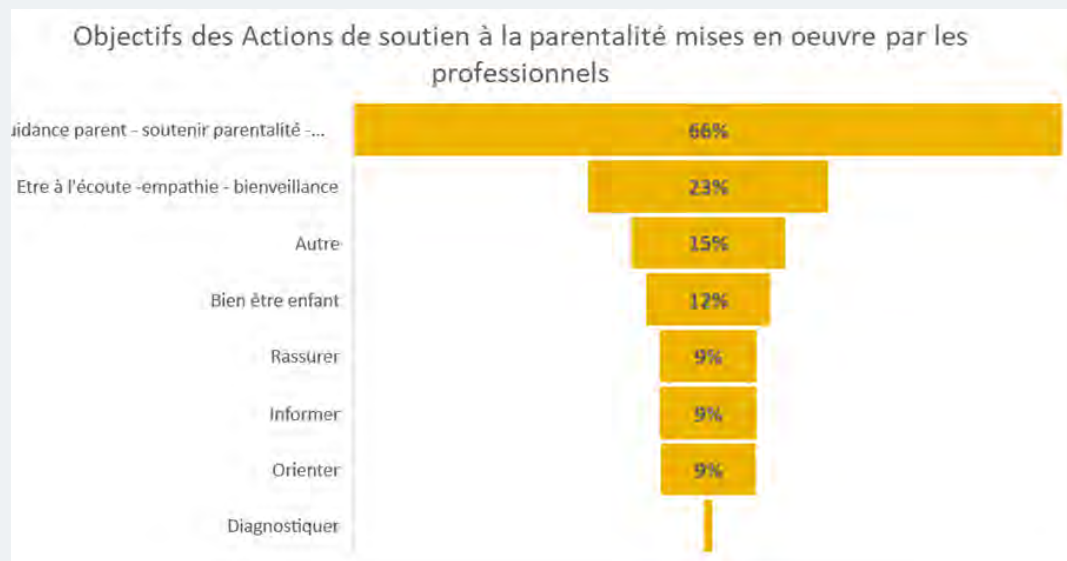
5 | GUEDENEY Antoine, Un bébé n'attend pas - Repérer, soigner et prévenir la détresse chez le tout petit enfant Odile Jacob, 2021

aisé de s'éloigner de cette conscience, et de ne considérer que le vécu de l'adulte, négligeant cet enfant intérieur, porteur de son histoire et de ses blessures.

Apport des questionnaires :

L'analyse des questionnaires soumis aux professionnels semble appuyer ce constat. En effet, à la question : « Quels objectifs donnez-vous à votre intervention, à vos actions de soutien à la parentalité ? », 12 % des professionnels, citent le bien-être de l'enfant, comme objectif.

Ainsi, nous interprétons ces résultats dans le sens que le bien-être de l'enfant est peu représenté comparativement aux actions de guidance parentale (66%) centrées sur le parent. Cela semble aller dans le sens des constats émis plus haut.



En naissant, un bébé ne dispose ni des habiletés physiques, ni des compétences mentales lui permettant d'arriver à survivre par lui-même, même si les deux besoins physiologiques comme la faim ou la soif sont satisfaits (Spitz,1945)¹⁶.

En effet, chez le petit humain, comme l'écrit **Bernard GOLSE** : « sa néoténie¹⁷ physique et psychique et sa dépendance totale vis-à-vis de son environnement dans ses premières années de vie, lui confère des besoins vitaux essentiels, sans lesquels, il ne peut ni survivre physiquement, ni se construire psychiquement, comme une personne à part entière ».

Pour **Daniel STERN**¹⁸, le parent devient « victime du plan de survie de son enfant », du fait de cette « prématurité » relative, sa néoténie, liée à la grande immaturité de son développement à sa naissance.

De nombreuses théories abordent les besoins d'un être humain en général et plus particulièrement ceux de l'enfant. Définir le besoin implique la notion de l'existence d'une exigence, qui est née « d'un sentiment de manque de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique »¹⁹.

6 | R. Spitz Hospitalism- An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood

7 | La néoténie décrit, en biologie du développement, la conservation de caractéristiques juvéniles chez les adultes d'une espèce - lien définition

8 | D. Stern, Le Monde interpersonnel du nourrisson, Presses Universitaires de France, 2003

9 | Larousse en ligne

Ainsi, les besoins de l'individu expriment sa dépendance à l'égard de son milieu extérieur et sont liés à son âge développemental.

En 1970, **Abraham MASLOW**¹⁰ a proposé une théorie présentant ces besoins sous la forme d'une pyramide. Ainsi, pour cet auteur, chaque besoin dépendait de la satisfaction du besoin précédent, dans un processus progressif. Il décrit alors **cinq besoins humains fondamentaux**.



Citons également, **Thomas Berry Brazelton**¹¹, pédiatre, qui en 2003, a défini sept « *besoins incontournables* », comme étant des « *expériences et soins que tout enfant a le droit d'avoir* ».

EXPLORATION

- 1. Le besoin de relations chaleureuses et stables
- 2. Le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation
- 3. Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles
- 4. Le besoin d'expériences adaptées au développement
- 5. Le besoin de limites, de structures et d'attentes
- 6. Le besoin d'une communauté stable et de son soutien, de sa culture
- 7. Le besoin de protection et de préparation de son avenir

La terminologie des besoins fondamentaux de l'enfant a été enrichie récemment par les connaissances actualisées sur le développement de l'enfant. La représentation des besoins essentiels a évolué, passant d'une conception hiérarchisée à l'identification d'un « *méta-besoin* »¹².

Il s'agit alors de considérer le besoin qu'ont tous les enfants d'établir des relations affectives stables avec des personnes de leur entourage immédiat, ayant la capacité et étant disposées à leur porter attention et à être psychologiquement disponibles.

10 | MASLOW Abraham, « A Theory of Human Motivation », Psychological Review no 50, 1943, p.370-396

11 | BRAZELTON TB., GREENSMAN S.J., Ce qu'un enfant doit avoir Broché - Stock - 2001

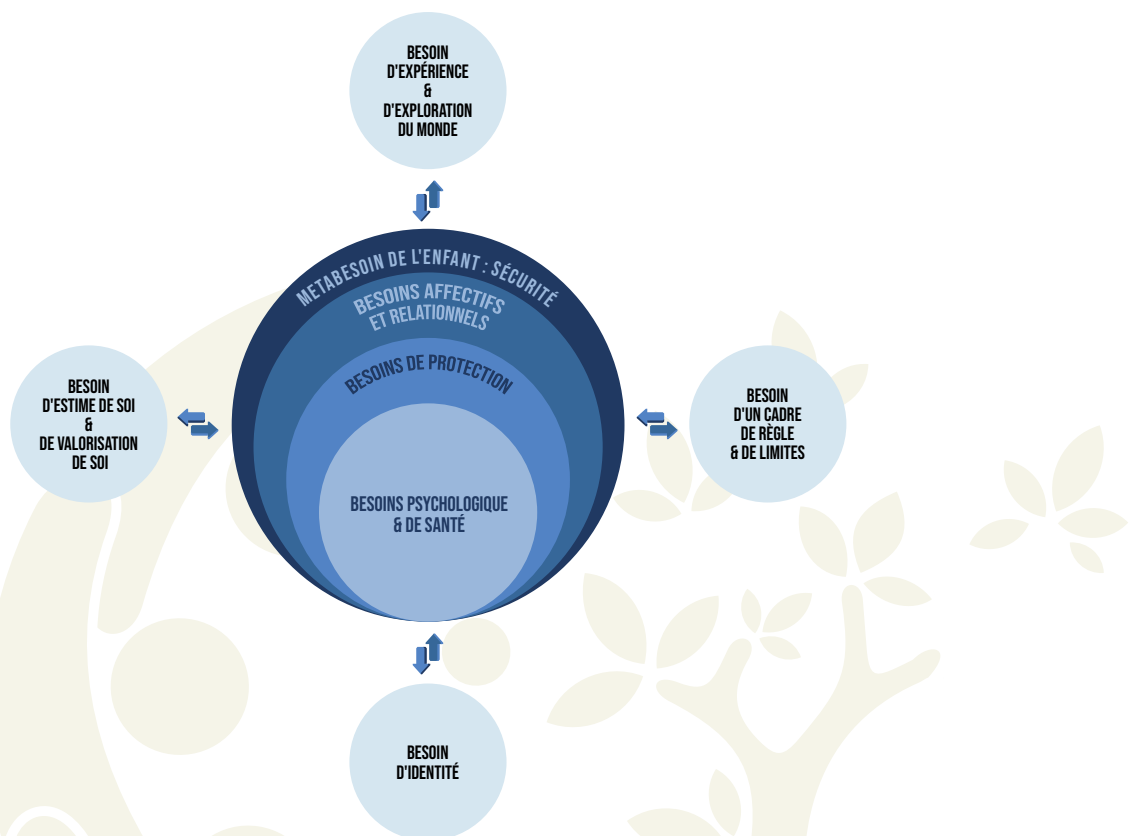
12 | LACHARITÉ C., ÉTHIER L., NOLIN P Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de psychologie. 2006, 4, 484, p. 381-394.

Celui-ci est « méta » car il « englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier besoin »¹³.

C'est donc par l'existence d'une base de sécurité interne suffisante que l'enfant pourra grandir, s'individualiser et s'ouvrir au monde. Il pourra alors explorer et acquérir des habiletés lui permettant de s'autonomiser, de se socialiser et de s'épanouir.

Cette sécurité interne se construit sur l'expérience de réponses reçues par l'enfant de ses « **caregivers** », ces donneurs de soin, en capacité de les reconforter quand il éprouve de la peur ou un sentiment de menace, en particulier pendant la période sensible des **1000 premiers jours** de sa vie.

Le rapport de consensus, remis par le **Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS**¹⁴, à **Laurence ROSSOGNOL**, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits de Femmes, en 2017, livre une cartographie de ces besoins, qui au-delà du champ de la protection de l'enfance s'inscrit dans un processus universel.



Dans sa contribution à notre travail, le **Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS** estime que : « l'exercice de la parentalité ne saurait aujourd'hui s'exonérer de se référer à l'**approche par les Besoins fondamentaux de l'enfant**, tels que définis par la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux universels de l'enfant, le Méta-besoin de sécurité, et les besoins spécifiques en Protection de l'Enfance, (Rapport 2017), comme **boussole d'appréciation d'une réponse appropriée de son environnement à la satisfaction de ses besoins** pour garantir son développement dans toutes ses potentialités et assurer son bien-être pour une individualisation et une socialisation citoyenne active. »

13 | https://solidarites-sante.gouv.fr/MG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

14 | <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en-protection-enfance>

Considérant les connaissances actualisées sur le développement de l'enfant, nous postulons que les besoins fondamentaux de l'enfant, et le méta-besoin de sécurité, constituent un principe universel en prévention comme en protection de l'enfance.

1.2 LE DEVENIR PARENT

Le regard peut ensuite se poser sur la **fonction parentale**. Celle-ci renvoie à la qualité de devenir père ou mère, et fait référence au **processus intrapsychique** décrit comme une étape du développement psychologique de l'adulte.

Souvent présentée comme une étape psychodynamique, cette mutation s'inscrit également dans une transformation du cerveau et de son fonctionnement, avec l'apparition de nouvelles compétences, en particulier sur le plan psychosocial.

Ce mouvement intime, va aboutir à des **réaménagements** neurologiques, endocriniens, psychiques et affectifs de l'adulte, dont l'objectif majeur est de **répondre aux besoins de l'enfant**.

Élaborer et convenir de la définition de la notion de parentalité constitue **la première étape du processus d'élaboration de notre travail**.

Ce néologisme¹⁵ datant de la fin du XXe siècle est issu de la sphère médico-psycho-sociale, et propose de définir **la parenté**, comme la fonction d'être parent dans ses aspects juridiques, politiques, socio-économiques, culturels et institutionnels.

C'est au début des années 60, que le terme de « maternité » apparaît chez le psychiatre et psychanalyste **Paul-Claude RACAMIER**¹⁶. Il désigne le processus de maturation psychique que la mère (maternité) suit en attendant ou en devenant parent. Au cours des années 80, le terme « parentalité » est apparu.

Cette notion de parentalité, rattachée à celle de la famille, va évoluer dans le temps et différer en fonction des sociétés.

Elle fera l'objet de nombreux travaux proposant ainsi **plusieurs approches cliniques, conceptuelles et sociologiques** qui ont été développées à son égard.

Citons dans le panorama français **Catherine SELLENET**¹⁷, **Claude MARTIN**¹⁸ ou **Gérard NEYRAND**¹⁹, qui ont pu apporter leur contribution à une réflexion pluridisciplinaire de société et mis en perspective un concept émergent et subtil.

15 | Lambooy Béatrice. « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », Devenir, vol. 21, no. 1, 2009, pp. 31-60.

16 | Catherine Sellenet, La parentalité décryptée- Pertinence et dérivés d'un concept - Paris, l'Harmattan, 2007

17 | La nouvelle autorité parentale et les actions de soutien à la parentalité Pierre Verdier et Catherine Sellenet Ed Berger Levrault 2013

18 | Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille (vie-publique.fr)

19 | Soutenir et contrôler les parents Gérard Neyrand Ed Eres 2014

Ainsi, aujourd'hui le terme de parentalité peut recouvrir des définitions et parfois même des sens différents qui peuvent rendre opaque son utilisation et, de fait, renvoyer à des représentations différentes et donc des compréhensions erronées.

Isabelle FILLIOZAT²⁰, alerte notamment sur l'utilisation de ce concept et rappelle pour l'illustrer que : « *Quand le Conseil de l'Europe a décidé d'utiliser les mots **Positive Parenting**, pour s'accorder aux termes utilisés dans la recherche scientifique pour décrire les pratiques parentales efficaces, ne faisant pas violence au cerveau ou au corps de l'enfant, le mot français qui a été choisi pour traduire Parenting a été « parentalité », ce qui laisse le champ libre à nombre de confusions. Parentalité est la traduction de **parenthood**. Parenting se traduirait par **parentage***²¹. Il s'agit de l'ensemble des compétences parentales et non du fait même d'être parent ».

Confronté au déploiement d'un concept dans la sphère publique, la parentalité a été le sujet de nombreux écrits.

Au cours du milieu des années 90, **Didier HOUZEL**²² a dirigé un groupe de travail et de recherche pluridisciplinaire qui a réfléchi à la notion de parentalité. Dans un ouvrage issu de ces travaux, la parentalité est conçue autour de trois axes :

- L'axe de l'exercice de la parentalité, qui se rapproche du domaine juridique puisqu'il regroupe l'ensemble des droits et des devoirs qui se rattachent à la fonction parentale et à la filiation ; à titre d'exemple, on peut citer l'autorité parentale ou encore la transmission du nom.
- L'axe de l'expérience de la parentalité, ici, c'est le vécu subjectif conscient et inconscient de devenir parent et de remplir les rôles parentaux qui est concerné.
- L'axe de la pratique de la parentalité, qui est constitué par l'ensemble des soins quotidiens, psychiques ou physiques, que les parents doivent accomplir auprès de leur enfant.

Cette référence est devenue incontournable, comme en témoigne nombre de contributeurs à cette mission, à l'instar du **Conseil National Professionnel Sage-Femme (CNP-SF)**, qui explique que cette définition ouvre à une lecture plus ajustée des différentes formes de parentalité que ces professionnels sont amenés à soutenir : « *les parentalités de l'anté natal, jusqu'à la fin de l'adolescence et la première consultation de contraception Les parentalités complexes, traversées par des deuils, des IVG*²³, *des IMG*²⁴ ... *les parentalités inclusives avec les parcours médicaux d'aide au devenir parent...* ». De la même manière, **Françoise FONTICH**, psychologue et directrice d'un espace parentalité, s'appuie sur cette définition pour définir les actions de soutien à la parentalité, menées auprès des parents : « *réfléchir avec eux... les accompagner... les relayer...* ».

20 | Psychothérapeute, conférencière, écrivaine, Vice-présidente de la commission des 1000 premiers jours

21 | Maternage + paternage = parentage

22 | Didier Houzel, Les enjeux de la parentalité, Ramonville-Saint-Agne, Éditions Éres, 1999

23 | Interruption Volontaire de Grossesse

24 | Interruption Médicale de Grossesse

Le Dr Marie Paule MARTIN BLACHAIS rejoint ces analyses : « Depuis les travaux de **Didier Houzel** (*Les enjeux de la Parentalité* 1999), de **Catherine Sellenet** (*La parentalité décryptée* 2007), du Comité national de soutien à la parentalité (2011), nous savons que la parentalité est un processus psychique, affectif et maturatif permettant à des adultes de devenir parents et de répondre aux besoins de l'enfant, alliant différentes dimensions de la fonction parentale. Mais nous savons aussi qu'elle met en tension les droits et obligations conférés par le droit au titre de l'exercice de la parentalité, les réaménagements psychiques et les affects au regard de l'expérience vécue de chacun de la parentalité originelle et de notre représentation de celle-ci, au faire et être parent dans la pratique de la parentalité dans l'ici et maintenant ».

PENSÉE

Il semblerait toutefois opportun de ne pas graver dans le marbre cette définition et en ce sens, les sciences humaines viennent enrichir notre réflexion et proposent un pas de côté :

« La parentalité est un Mythe qui a une puissance mobilisatrice », nous dit Saül KARSZ¹²⁵, philosophe et sociologue. L'auteur vient rappeler et alerter les tiraillements entre courants sécuritaires et démocratiques des discours autour de la parentalité, jusqu'à l'idée que les familles sont-elles même des institutions spécialisées dont on attend d'ailleurs qu'elles mobilisent certaines « compétence parentales », le risque étant que « aider les parents » renverrait plutôt à les faire adhérer à une vision de parents comme il faut, selon certains modèles, références, principes hégémoniques.

Finalement, il serait donc plutôt question pour l'auteur d'une « **indéfinition** » de la parentalité : « *mon hypothèse est que la parentalité est une construction idéologique, un terme pris souvent dans un sens péjoratif et assimilé à un système d'idées doctrinaires et dogmatiques* ».

Ces précautions prises, la définition de **Didier Houzel** garde sa pertinence dans l'approche que nous défendons par le consensus qu'elle obtient.

4
PRÉCONISATION

Nous proposons que la définition de la parentalité selon **3 axes** issue des travaux de **Didier HOUZEL**¹²⁶ constitue un **référentiel partageable** entre tous les acteurs du soutien à la parentalité

1.3 ENVIRONNEMENT ET ÉPIGÉNÉTIQUE :

Le terme **environnement** prend aujourd'hui une **place majeure** dans notre société. La crise sanitaire a été l'occasion de prouver la force qu'il peut avoir dans l'existence des individus. Il impacte plus massivement nos vies que nous ne voulons souvent l'admettre.

25 | Saül Karsz, « mythe de la parentalité, réalité des familles » (ed. Dunod)

26 | https://fr.wikipedia.org/wiki/Didier_Houzel

Concernant l'environnement, le cadre dans lequel les enfants vivent, est porteur de conséquences qui sont mieux connues aujourd'hui, comme l'exposition à certaines substances, tels que les perturbateurs endocriniens.

L'expansion du domaine de la **santé environnementale** et toutes les recommandations, en particulier pendant la période périnatale est le témoin de cette actualisation des connaissances. Y sont considérés les **facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, relationnelles, psychosociaux et esthétiques** de l'environnement.

Ainsi, pour véritablement prendre soin des enfants, il semble essentiel et incontournable de penser **une écologie de l'enfance**. Celle qui va considérer son écosystème et qui va y intégrer sa fragilité.

Ces nouvelles connaissances viennent renforcer cette compréhension des liens de l'individu avec son environnement et définir une nouvelle science : **l'épigénétique**. Découverte révolutionnaire de ces vingt dernières années, cette notion reste encore très mal connue et peu appréhendée du grand public. Pourtant, elle ouvre à de nouvelles compréhensions et à des **prises en application très encourageantes**. Ainsi, le comportement, les choix, les actes peuvent avoir une action sur l'expression du bagage génétique.

EXPLORATION

Epi-génétique veut dire, « par-dessus la génétique classique », celle que jusqu'alors nous pensions inscrite de manière immuable dans notre ADN, où tout semblait programmé. Il allait ainsi définir tout au long de notre vie, un grand nombre de nos particularités, comme un « logiciel préétabli ».

L'épigénétique vient déconstruire cette certitude, sur laquelle nous nous sommes longtemps appuyés. Elle nous explique que, OUI, l'ADN contient notre bagage génétique mais que NON, ces informations génétiques ne sont pas définitivement figées.

Nous pouvons moduler l'expression de nos gènes par notre comportement. Ainsi, nos actes ne vont pas changer l'ADN, mais faire modifier la lecture de ces gènes par notre organisme. Cela va avoir pour conséquences de faire évoluer les informations transmises par nos gènes.

L'humain n'est donc pas soumis à un déterminisme, comme une fatalité, mais engage sa responsabilité dans la construction de l'environnement, qu'il soit physique, chimique social, relationnel et affectif.

Le soutien à la parentalité s'inscrit dans le **besoin des parents** d'être accompagnés dans leur **responsabilité** première d'éducation et de soin envers l'enfant, et s'articule autour de **trois axes** :

- Le **développement de l'enfant**, et la considération de son méta-besoin de sécurité
- Le **devenir parent**, et ses capacités et compétences à répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant.
- La **nature de l'environnement**, qu'il soit relationnel, affectif, physique, chimique et l'attention à porter sur son **impact sur le bien-être et la santé de l'enfant**.

1.4 LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

1.4.1 Un investissement social

Apparues dès le XIXe siècle en Europe et en Amérique du Nord, les actions de soutien à la parentalité s'enracinent dans **une très longue série de pratiques** parfois fort diverses.

C'est à travers de très nombreux savoirs et idéaux qu'ont émergé des courants pluriels parmi lesquels peuvent être cités le natalisme et l'éducation parentale. Les approches sociologiques, psychologiques ou encore psychanalytiques et cliniques diverses, et plus récemment les Child Hood Studies, le comportementalisme, ou par exemple l'éducation positive ou bienveillante ont permis de produire quantité de bibliographies afin d'en appréhender les enjeux.

Ramené à sa substance, **le soutien à la parentalité s'inscrit avant tout dans le besoin identifié des parents d'être accompagnés dans cette responsabilité première d'éducation et de soin envers l'enfant**.

Elle constitue tout autant une réponse aux attentes que nombre de parents expriment, qu'une politique de prévention **précoce, généraliste, universelle** de l'ensemble des risques pesant sur l'enfant et sa famille : décrochage scolaire, conséquences néfastes des ruptures familiales sur les enfants comme les parents, dérives sectaires ou radicales d'un membre de la famille, troubles de santé mentale et physiques spécifiques à l'enfance et à l'adolescence, parcours de délinquance, violences intrafamiliales...

Elle permet ainsi d'éviter ou de contenir des situations potentiellement appelées à faire l'objet, quelques mois ou quelques années plus tard, d'une prise en charge plus lourde.

C'est en cela que la politique de soutien à la parentalité est un **levier puissant de l'investissement social**.

Par ailleurs, au-delà du coût psychique, la réalité économique impacte également cette politique. Bien que les considérations d'équité soient au cœur de l'argument des interventions précoces, une autre considération pour les décideurs est **l'efficacité économique**. L'investissement précoce dans des programmes de prévention destinés aux très jeunes enfants est souvent plus « rentable » que la prise en charge ultérieure. Ainsi, en investissant tôt, les avantages sont plus marqués et plus durables, ce qui pour de nombreux auteurs augmente le « rendement de l'investissement »¹²⁷.

1.4.2 La promotion de la santé

C'est dès le lendemain de la seconde guerre mondiale, avec le développement de l'intérêt pour la psyché du bébé¹²⁸, que les politiques publiques ont institué les **services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)**¹²⁹, par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Pour rappel, dans un contexte à cette époque où le danger majeur est la lutte contre la mortalité infantile, cette ordonnance met en place un service universel de protection à l'attention des femmes enceintes et des enfants, de la naissance à 6 ans. Cette ouverture à tous vient généraliser un service qui ne s'adresse plus uniquement à un public défavorisé ou vulnérable.

Depuis lors, la PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et qui est chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Un virage important est amorcé en 1983, concomitant avec la « **décentralisation** »¹³⁰, avec la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Le champ d'activité des services de la PMI est pensé comme s'inscrivant dans le champ de la promotion de la santé.

Cette réorganisation s'est réalisée dans le contexte d'un texte fondateur en matière de prévention, celui de la première **Conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa**. Il a été adopté le 21 novembre 1986, une **"Charte"**¹³¹ en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous, qu'elle définit comme suit : « *La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.*

La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé ».

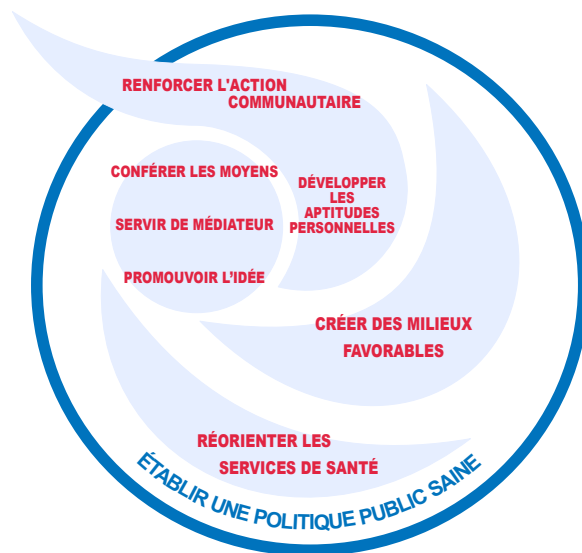
27 | * Doyle O, Harmon C, Heckman JJ, Tremblay (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *RE.Econ Hum Biol.* 7(1):1-6.

28 | Neyrand, Gérard. L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance. Presses Universitaires de France, 2011

29 | Cadart, Marie-Laure. « L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Entre médical, social et politique », *Informations sociales*, vol. 140, no. 4, 2007, pp. 52-63.

30 | Qu'est-ce que la décentralisation ? | vie-publique.fr

31 | Microsoft Word - CharteOttawa.doc (public.lu)



le législateur a donc doté notre pays d'un dispositif global permettant de répondre à deux enjeux centraux toujours d'actualité : les *inégalités sociales de santé de l'enfance* et le *soutien à la fonction parentale*.

Puis, cette question du soutien à la parentalité a été investie de manière plus large, par les sphères politiques et médiatiques. Mobilisés par deux problématiques émergentes : la redéfinition de la famille (séparations, recompositions, monoparentalités, rôle du père...) et la recrudescence de problèmes sociaux (violences, délinquance, addiction...), ces acteurs ont souhaité se saisir de ces enjeux finalement collectifs, au-delà de la sphère privée de la parentalité.

EXPLORATION

Les services de PMI communiquent largement sur leurs missions auprès d'un public qu'il s'agit sans cesse de convaincre que les services de PMI ne s'adressent pas de façon exclusive à une catégorie sociale précaire et se positionne très clairement dans le soutien à la fonction parentale comme en témoigne la communication de la PMI d'Île de France : « Une équipe pluridisciplinaire est à votre disposition pour des conseils et consultations de puériculture, des consultations médicales de prévention et de dépistage, des activités collectives de soutien à la parentalité et d'éveil de l'enfant ».

Cette conception d'un soutien à la parentalité inscrit dans la perspective de la promotion de la santé est portée par les contributeurs à la mission.

Selon **Dr Thierry CARDOSO**¹³², de Santé Publique France¹³³ : « Le champ du soutien à la parentalité dans la perspective de la promotion de la santé et de la prévention recouvre toutes les actions ou services qui vont permettre aux parents de « devenir » parents et ainsi répondre aux besoins fondamentaux de leurs enfants en renforçant les piliers de la santé, tout au long de la vie, que sont : un environnement relationnel stable et réactif offrant aux jeunes enfants des interactions harmonieuses, nourrissantes et sécurisantes qui soutiennent le développement de ses compétences et l'aident à développer des capacités d'adaptation favorisant une bonne régulation des systèmes de réponse aux stress ; des environnements physiques, chimiques et construits, sûrs et favorables, qui permettent une exploration active et sécurisée et donnent l'occasion aux familles qui élèvent des jeunes enfants d'exercer et de développer des liens sociaux ; et enfin une alimentation saine et appropriée. »

32 | Thierry Cardoso MD, PhD, Santé Publique France, Responsable de l'Unité Périnatalité Petite Enfance, Direction de la prévention - promotion de la santé

33 | Accueil (santepubliquefrance.fr)

Nous proposons de penser le soutien à la parentalité comme s'inscrivant dans une double approche :

- **L'investissement social**, accompagnant les individus tout au long de leur **parcours de vie**.
- La **promotion de la santé** donnant à tous les individus les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de **santé, comme un état de complet bien-être physique, mental et social**.

1.4.3 L'institutionnalisation des Réseaux d'Écoute, d'Appuis et d'Accompagnement des Parents :

Si de nombreux réseaux associatifs existent, ils se sont institutionnalisés en 1999, au travers des **Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP)**, sous l'impulsion du premier délégué interministériel à la famille, **Pierre-Louis Rémy**, et ses collaborateurs de l'**Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)**.

Constituant en France, une impulsion importante pour articuler, renforcer et déployer les premières actions d'accompagnement de la parentalité, la structuration en réseau élargissant des initiatives sur le territoire national a constitué un premier défi.

Ces actions de soutien à la parentalité se sont ainsi inscrites, au fil du temps, comme une composante à part entière des politiques familiales, concernant un nombre croissant de familles. Elles proposent un cadre bienveillant pour aider les parents à définir et poser un cadre structurant à leur enfant dans les limites duquel il peut s'épanouir et grandir.

Elles veillent à la prise en compte de la diversité des structures familiales, des formes d'exercice de la fonction parentale et de la reconnaissance de la place de chacun des parents en tant qu'éducateur de son enfant, dans le respect des principes de neutralité politique, philosophique et confessionnelle.

Ils permettent la mise en réseau d'acteurs visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien.

Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité essentiel pour le développement de synergies et la mutualisation des pratiques, ainsi que des connaissances.

Les parents se rencontrent dans différents lieux (centres sociaux, écoles, crèches, ludothèques, salles municipales...) et parfois autour d'activités (groupe de parole, conférence débat, activités parents enfants...), avec ou sans l'appui de professionnels du secteur (médiateurs familiaux, travailleurs sociaux) pour renforcer par le dialogue et l'échange leur capacité à exercer pleinement leur responsabilité parentale.

Dans ce cadre, les partenaires du **REAAP** adhèrent à une Charte et s'engagent à :

1. Valoriser prioritairement les rôles et les compétences des parents : responsabilité et autorité, confiance en soi, transmission de l'histoire familiale, élaboration de repères, protection et développement de l'enfant...
2. Veiller à la prise en compte de la diversité des structures familiales, des formes d'exercice de la fonction parentale et de la reconnaissance de la place de chacun des parents en tant qu'éducateur de son enfant.
3. Favoriser la relation entre les parents et dans cet objectif privilégier tous les supports où les parents sont présents, en particulier le cadre associatif.
4. Encourager les responsables des lieux et structures fréquentés par les parents à accueillir ou susciter de nouvelles initiatives. Ils garantissent l'ouverture de ces lieux à tous les parents, en recherchant la fréquentation de publics issus de milieux différents, de générations et de catégories socioprofessionnelles et culturelles diverses.
5. Respecter dans le contenu et la mise en œuvre des actions développées, dans le cadre des REAAP, le principe de neutralité politique, philosophique et confessionnelle.
6. S'inscrire dans un partenariat le plus large possible sans toutefois se substituer aux partenaires et aux dispositifs de droits commun intervenant dans l'appui à la parentalité.
7. Prendre appui sur un réseau mobilisable et compétent de parents, de bénévoles et de professionnels très divers qui partagent l'engagement d'accompagner les familles, dans le respect des personnes et de leur autonomie, et qui s'appuient sur les connaissances disponibles.
8. Participer à l'animation départementale. Participer à la construction d'un système d'animation partagée qui permette une circulation des informations, l'évaluation des actions, une capitalisation des savoir-faire, la transparence, la rigueur, la visibilité et un fort développement de ce mouvement

Cette approche inscrite dans une prévention universaliste et d'investissement social n'est pas la seule à l'œuvre dans cette question transversale qui traverse des enjeux sociaux complexes et profonds. Il existe effectivement différents paradigmes, qui proposent des approches plurielles de la parentalité. Béatrice LAMBLOY, docteur en psychologie et conseillère scientifique, à la direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé de Santé Publique, dans un article exhaustif³⁴, explique qu'il existe différents courants à l'œuvre dans la construction de ces actions de soutien à la parentalité.

³⁴ Lamboy, Béatrice. « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », Devenir, vol. 21, no. 1, 2009, pp. 31-60.

- **L'approche psychanalytique**, fondée sur la théorie du développement psychosexuel, pose l'hypothèse que les difficultés liées à la parentalité constituent des troubles intrapsychiques qui justifient d'interventions individuelles et curatives.
- **L'approche dite « répressive »** s'inscrit dans une conjoncture de crise de la structure familiale, induisant de profondes désorganisations et un affaiblissement de l'autorité, à l'origine de problèmes sociaux. Ses auteurs en appellent, à des solutions fondées sur des actions répressives à visées éducatives.
- **L'approche sociologique** ne voit pas dans ces enjeux de la parentalité, une crise, mais une mutation, soumise à des facteurs socio-économiques. Ces auteurs alertent alors sur le risque de normativité contre lequel ils mettent en garde et redoutent les dérives.
- **L'approche psycho-éducative** fondée sur la littérature scientifique et sur les résultats de recherche accumulés ces dernières années en psychologie du développement et en épidémiologie. Elle met en avant le lien entre les pratiques parentales et un nombre considérable de problèmes de santé (physique, mentale et sociale). De ce principe découle l'élaboration de programmes d'intervention visant à améliorer les pratiques parentales et à prévenir l'apparition de ces problèmes de santé. Il s'agit des programmes probants comme le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité³⁵ (PSFP), qui est l'adaptation française du Strengthening Family Program (SFP), de l'américaine Karol KUMPFER, comme en témoigne le Dr Corinne ROEHRIG, médecin de santé publique, dans sa contribution.

Ainsi, la place primordiale de la parentalité est reconnue par tous, cependant elle recoupe des réalités différentes, et de fait des modalités d'actions distinctes.

1.4.4 Une ou des politiques de soutien à la parentalité ?

En 2014, les travaux de **Claude MARTIN**³⁶ en 2014, questionnent les politiques de soutien à la parentalité en Europe et étudiant notamment 5 pays : Royaume unis, France, Pays bas, Suède et Allemagne.

³⁵ Le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) (santepubliquefrance.fr)

³⁶ | Le soutien à la parentalité : une nouvelle politique en Europe ? - Persée (persee.fr)

Dans son travail, il propose une matrice d'idées et de référence pour dessiner la définition des politiques de soutien à la parentalité.

Matrices d'idées et de référence pour la définition des politiques de soutien à la parentalité à l'échelle européenne

Travaux de Claude MARTIN 2014



Dans cette matrice modélisant son travail, nous apparaissent se dessiner trois grandes orientations du soutien à la parentalité :

- L'une adossée aux « droits de l'enfant » qui est un fondement des politiques de protection de l'enfance et des interventions du champ médico-social.
- Une autre adossée à la notion d'investissement social qui ouvre vers une politique de prévention universaliste, dans laquelle s'inscrit les Reaap.
- Une troisième adossée à la promotion de la santé, dans laquelle s'illustre notamment les interventions de la PMI.

En **découle une pluralité des approches** dans le champ du soutien à la parentalité qui peut entraîner un certain nombre de « confusions ».

A ces orientations vient se surajouter des divergences d'orientation politiques impactant directement les politiques de soutien à la parentalité et entraînant de possibles « contradictions ».

Gérard NEYRAND insiste sur ce point estimant : *« ne va pas sans ambiguïté, d'une part, du fait des divergences d'orientation politique des gouvernements et de leur façon de concevoir ce soutien, d'autre part, du fait de la tendance de la société néolibérale à sur-responsabiliser les individus au détriment de la reconnaissance de l'impact des rapports sociaux sur leur situation, y compris parentale ».*

Cela ouvre, à ses yeux, à la nécessité d'une grande prudence dans les directions à donner aux enjeux politiques de soutien à la parentalité, il alerte sur *« un contexte social général néolibéral privilégiant un certain type de gestion du social, qui ne va pas sans contradictions, y compris entre les institutions représentantes de cet ordre politique et les professionnels et intervenants en direction des parents (dont les formations ou les attendus éthiques ne sont pas forcément en accord avec ce type de gestion) ».*

1.4.5 Des piliers institutionnels pour la mise en œuvre du soutien à la parentalité sur les territoires :

De 2010 à 2013, est constitué le **Comité National du Soutien à la Parentalité (CNSP)**, qui confirme la place du soutien à la parentalité parmi les grandes orientations de la politique familiale.

Il permet à l'État, en 2012, comme à l'ensemble de ses partenaires dans cette politique complexe du soutien à la parentalité, de souscrire à des principes fondamentaux impliquant : *« la reconnaissance du parent comme premier éducateur de l'enfant, la logique d'universalisme proportionné, l'ouverture à la diversité des modes d'organisation et des configurations familiales, l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'exercice de la parentalité et le respect des places, statuts, et rôles de chacun - parents et accompagnants ».*

La constitution du CNSP marque aussi un passage sémantique de « l'accompagnement des parents » (REAAP) au « soutien à la parentalité » pouvant renvoyer à un changement de représentations, ce qui a pu faire craindre une vision de l'action publique encourageant des postures asymétriques privilégiant l'expertise au « côté à côté », comme le souligne **Frédéric JESU**³⁷, médecin pédopsychiatre.

En effet, **accompagner le parent est différent de le soutenir**. Accompagner renvoie à l'idée d'être avec lui, à ses côtés, alors que soutenir renvoie à l'idée d'une défaillance qu'il s'agirait de compenser si ce n'est réparer.

³⁷ Frédéric Jesu « démocratiser les relations éducatives, la participation des enfants et des parents aux décisions familiales et collectives Broché, 2015.

Créé le 13 décembre 2016, le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) est placé auprès du premier ministre et a pour missions d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société, au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

En 2018, naît la **première stratégie nationale du soutien à la parentalité** : « **Dessine-moi un parent** »¹³⁸. Au terme de plusieurs mois de concertation auprès de l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs concernés, **Agnès BUZIN**, ministre de la Santé, lance sa mise en œuvre. Il y est exprimé le souhait d'une impulsion nouvelle, replaçant les objectifs au cœur de la politique publique, et en positionnant l'État comme le **garant de la cohérence et de l'efficacité** de l'action de l'ensemble des pouvoirs publics en la matière, en coordination avec les initiatives privées. Ainsi, le principal objectif est de rendre l'offre de soutien à la parentalité plus visible, plus lisible, et plus fiable.



Cette première stratégie, qui a pris fin en 2022, a posé les ambitions et objectifs de son déploiement sur les territoires. Il apparaît d'emblée que l'enjeu essentiel pour ceux qui la mettent en œuvre est celui de : « **garantir sa bonne articulation avec le volet prévention de l'ensemble des politiques publiques qui s'adressent aux parents** ».

Par ailleurs, la stratégie positionne les bases de la reconnaissance d'un écosystème des acteurs du soutien à la parentalité : « **les acteurs susceptibles d'intervenir auprès des jeunes enfants et de leurs familles sont divers et s'inscrivent dans des organisations qui communiquent parfois trop peu entre elles : acteurs de santé (hôpitaux, services de PMI, médecins libéraux, CAMSP¹³⁹, SESSAD), services aux familles (CAF¹⁴⁰, services d'aides à domicile, structures de soutien à la parentalité, modes d'accueil des jeunes enfants), aide sociale à l'enfance (centres parentaux), équipes éducatives, communes... Chacun de ces acteurs propose des actions visant à accompagner les parents de jeunes enfants**

38 | Soutien à la parentalité - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

39 | Centre d'Action Médico-sociale Précoce

40 | Caisse d'Allocations Familiales

dans l'exercice de leur fonction parentale. La connaissance mutuelle de ce panel d'offres, la reconnaissance de la légitimité et de l'intérêt propre de chacune, ainsi que leur bonne coordination (notamment dans le cadre des Schémas départementaux des services aux familles), sont essentielles en vue d'apporter aux familles un accompagnement fluide, continu et efficace ».

EXPLORATION

8 orientations principales de la stratégie nationale de soutien à la parentalité

« dessine-moi un parent » :

- Accompagner les parents et les jeunes enfants,
- Accompagner les parents et les enfants de 6 à 11 ans,
- Accompagner les parents face aux enjeux de l'adolescence,
- Développer les possibilités de relais parental et de répit en famille,
- Améliorer les relations entre la famille et l'école pour qu'elles construisent ensemble et en confiance une communauté éducative,
- Accompagner les conflits pour faciliter la préservation des liens familiaux,
- Favoriser le soutien par les pairs,
- Améliorer l'information des familles.

1.5 LA CHARTE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ⁴⁶

En 2019, une réforme des services aux familles est initiée, permettant le 19 mai 2021, par ordonnance, d'inscrire le soutien à la parentalité dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (auparavant rattaché à la protection de l'enfance). Elle marque une étape symbolique en le consacrant en tant que catégorie permanente du CASF.

EXPLORATION

Ainsi l'ordonnance n° 2021-611 relative aux services aux familles précise dans l'article L. 214-1-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles que : « Constitue un service de soutien à la parentalité toute activité consistant, à titre principal ou à titre complémentaire d'une autre activité, notamment celle d'accueil du jeune enfant, à accompagner les parents dans leur rôle de premier éducateur de leur enfant, notamment par des actions d'écoute, de soutien, de conseils et d'information, ou à favoriser l'entraide et l'échange entre parents. Une Charte nationale du soutien à la parentalité, prise par arrêté du ministre chargé de la Famille, établit les principes applicables aux actions de soutien à la parentalité. ».

La France affirme ainsi que la politique publique de soutien à la parentalité constitue un investissement social afin d'améliorer le quotidien des familles mais aussi de les accompagner pour mieux prévenir les difficultés auxquelles elles pourraient être confrontées.

46 | <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/soutien-a-la-parentalite-10875/article/publication-de-la-charte-nationale-de-soutien-a-la-parentalite-431755>

Ces travaux dans le champ de la parentalité s'inscrivent pleinement dans la continuité de ceux engagés dans celui de la petite enfance, citons le rapport de **Sylviane GIAMPINO**¹⁴⁷ : « **développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels** », remis à **Laurence ROSSIGNOL**, ministre des familles, de l'Enfance et des Droits de Femmes, le 9 mai 2016. Une Charte¹⁴⁸ nationale pour l'accueil du jeune enfant a été prise par arrêté¹⁴⁹ le 23 septembre 2021 et la création d'un comité de filière petite enfance¹⁵⁰ est installé le 30 novembre 2021.

L'élaboration de la Charte du soutien à la parentalité est le fruit d'une concertation avec des experts du soutien à la parentalité, des fédérations représentant les acteurs du soutien à la parentalité et avec le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA). Elle constitue un **texte fondateur** pour l'ensemble du secteur. Elle détaille les huit principes qui s'appliqueront aux actions de soutien à la parentalité susceptibles de bénéficier d'un financement public.

Est alors susceptible de bénéficier d'un soutien public toute action respectant les principes établis par la présente charte en :

- **Renforçant la visibilité** et la **lisibilité** de ce champ partagé de l'action publique,
- Offrant aux acteurs qui souhaitent s'y engager un **corpus commun de valeurs**,
- Facilitant **les collaborations** entre eux et de dynamiser la création ou le renforcement de réseaux,
- Informant **les parents quant aux principes et garanties de qualité qu'ils sont en droit d'attendre** lorsqu'ils participent ou s'investissent dans une action de soutien à la parentalité.

C'est dans la continuité d'une structuration de cette politique publique que s'inscrit la mission de définir les compétences socles des acteurs du soutien à la parentalité.

Il nous apparaît nécessaire pour toute **action de soutien à la parentalité** de s'interroger sur :

- L'**objectif** principal des actions, qui doit être avant tout **l'enfant**,
- Le **but** de ces actions proposées, en **cohérence** avec l'objectif principal qui concerne **l'enfant**
- Les **moyens** mis en œuvre pour les mener, toujours dans le respect de **l'intérêt de l'enfant** et de la réponse à ses **besoins fondamentaux**.

47 | Rapport de Sylviane Giampino : Développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

48 | La Charte nationale pour l'accueil du jeune enfant : une exigence partagée - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

49 | Arrêté du 23 septembre 2021 portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

50 | Comité de filière « petite enfance » - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

2 VERS UN ÉCOSYSTÈME D'ACTEURS DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Dès la présentation de la lettre de mission et au cours des premiers échanges avec le cabinet du ministre chargé de la Famille ou avec la DGCS, la question du périmètre de la mission s'est posée de manière sensible. Chaque interlocuteur avait une lecture différente et bien souvent complémentaire du périmètre de ce travail.

2.1 LA MULTITUDE DES MISSIONS DE SOUTIEN A LA PARENTALITÉ

Nous avons été soucieux, tout au long de ce travail, d'intégrer l'ensemble des actions, sans exclusion, qui répondaient aux enjeux précisés par la définition proposée dans l'ordonnance relative aux services aux familles, et définissant le champ du soutien à la parentalité.

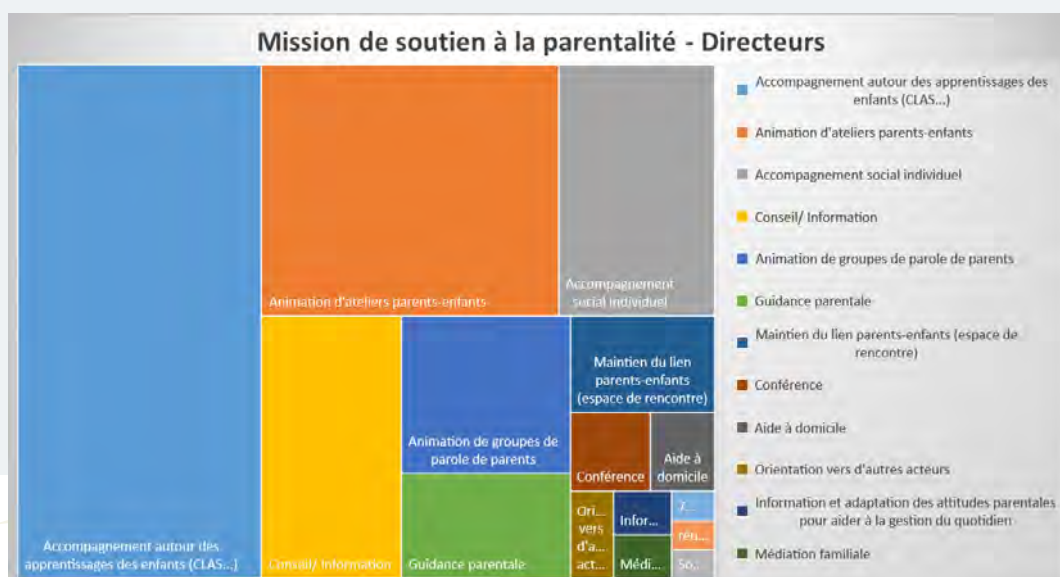
Ainsi, il nous a semblé incontournable d'ouvrir le périmètre de la mission, au-delà des actions portées par la branche famille, aux activités, relevant de la **prévention**, s'inscrivant dans le champ de la **santé**, de l'**éducation** ou encore de la **protection de l'enfance**.

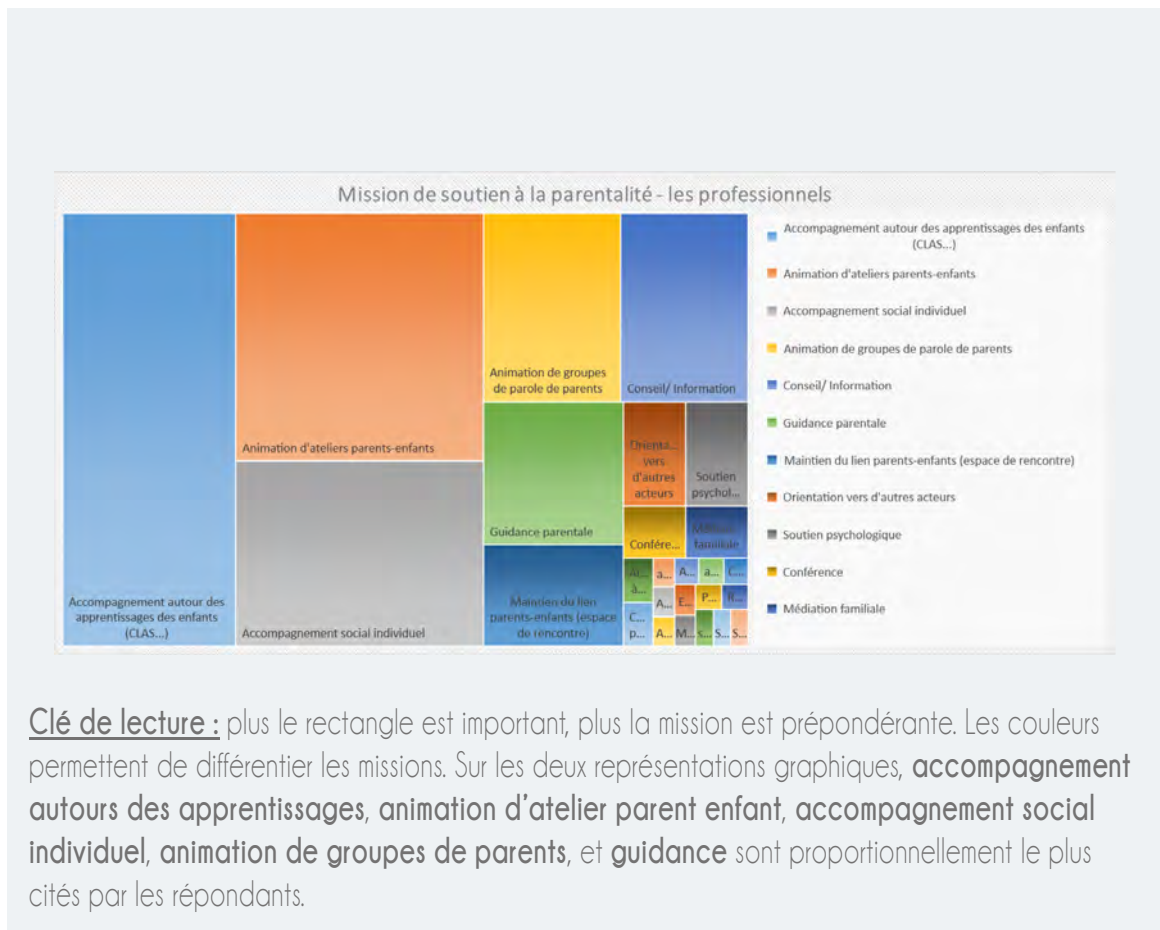


Apport des questionnaires :

Les éléments recueillis dans le processus consultatif et en particulier l'analyse des questionnaires témoignent de la grande diversité des actions proposées aux familles.

Cela nous a permis d'identifier les missions de soutien à la parentalité réalisées par les répondants par la question : Quelles sont les missions de soutien à la parentalité effectuées par les salariés et/ou les bénévoles de votre structure ?





2.2 LA RECONNAISSANCE DE TOUS LES ACTEURS DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

L'ensemble de ses actions sont portées par des acteurs aux profils divers et aux formations variées.

Dès lors, la diversité, l'hétérogénéité et la complexité des acteurs engagés dans le soutien à la parentalité, ont nécessité de faire le choix d'une **approche écosystémique contextualisée**, qui sera plus largement développée plus avant. Cette démarche permet de prendre en compte des **multiples déterminants** du soutien à la parentalité tant les plans individuels que familiaux et contextuels.

En effet, l'approche des situations individuelles et/ou familiales, ne peut s'appréhender sans une **dimension multidimensionnelle et multidisciplinaire** du sujet dans son environnement contextuel et des systèmes avec lesquels il se trouve en interaction.

Cette proposition nous paraît essentielle afin que **chaque acteur(s) se sente reconnu dans ses missions**.

Cet écosystème voit **en son centre l'enfant et sa famille**. Il s'étend ensuite aux différents services maillant un « *réseau d'attentions bienveillantes autour de lui* ».

La référence théorique écosystémique, modélisée par **Urie BRONFENBRENNER**, retient **cinq niveaux systémiques** :

La référence théorique écosystémique, modélisée par **Urie BRONFENBRENNER**, retient cinq niveaux systémiques :

- **Le microsystème** : il s'agit, selon Bronfenbrenner⁵¹, de l'environnement immédiat de l'individu. Nous avons donc considéré dans notre travail les dispositifs qui concernent les services œuvrant directement auprès de l'enfant et de sa famille et majoritairement catégorisés comme service aux familles.
- **Le mésosystème** : Nous avons intégré à ce niveau, les services qui s'appuient sur le champ de compétence du microsystème, ils peuvent aussi déployer des actions de soutien à la parentalité complémentaires.
- **L'exosystème** : Les politiques publiques y seront questionnées car elles contribuent au déploiement de la pluralité de l'offre de soutien à la parentalité. Les Schémas Départementaux de Services aux Familles en sont un « **organe** » organisateur.
- **Le macrosystème** : Il s'agit ici des valeurs sociales et culturelles qui gouvernent le soutien à la fonction parentale c'est-à-dire la loi commune, les habitus culturels et les valeurs sociétales partagées.

L'ensemble de cet environnement est lui-même soumis au **chronosystème**, c'est-à-dire à la temporalité des événements de vie, comme à celle du développement de l'enfant lui-même et à tous les âges de sa vie.

Selon **Urie BRONFENBRENNER**, le développement d'une personne doit être entendu dans un **système environnemental complexe**, (allant du microsystème au macrosystème).

Il faut comprendre que chaque système est conçu comme une unité communicante avec un système plus vaste et organisé qu'elle. Ainsi, le microsystème est en communication avec tous les autres systèmes plus vastes que lui (mésosystème, exosystème et macrosystème).

Plus un système est proche d'un autre, plus ses liens d'interactions sont directs. Selon cette logique, le microsystème est en lien d'influence réciproque plus direct avec le mésosystème qu'avec l'exosystème.

Cela ne signifie pas pour autant que l'exosystème ne pourra pas l'influencer, mais simplement que cette influence réciproque sera moins étroite.

Ces différents niveaux socio-écologiques se placent dans une perspective transactionnelle prônant une **réciprocité individu et environnement très forte**.

51 | BRONFENBRENNER Urie - The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press. - 1979

La propension à focaliser le regard sur le parent, dans le champ du soutien à la parentalité plutôt que sur l'enfant, est grande. Réaliser **sa fragilité** constitue souvent comme un effort et justifie une **attention constante**.

Afin que l'**enfant** ne constitue pas un angle mort des politiques publiques, nous préconisons qu'il soit **au centre du vaste écosystème** de tous ceux qui prennent soin de lui, de près ou de loin.



II. UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

UN RÉSEAU À INVESTIR



Conscients de la **multiplicité des acteurs responsables de la mise en œuvre des politiques publiques**, en matière de soutien à la parentalité, nous avons souhaité pour poursuivre notre travail et fonder nos préconisations sur des **hypothèses systémiques**, les inventorier.

Attentifs à poser un **regard intégratif** sur le champ du soutien à la parentalité, nous avons ainsi fait le choix de détailler les missions de grands acteurs de la parentalité sur les territoires que sont la branche Famille et la branche Maladie, les collectivités territoriales en distinguant le bloc communal et le Conseil départemental.

Soucieux de relayer les réponses obtenues à travers notre large processus consultatif, et nous appuyant sur notre expérience d'acteurs de terrain, nous avons pu percevoir et comprendre, que, de cette diversité d'acteurs clés, pouvait naître, un **sentiment de morcellement**, voire de compétition. Cette impression de cloisonnement s'inscrit en opposition aux profondes aspirations des acteurs de terrain, qui appellent à un **travail collaboratif**, dans une lecture **synergique et complémentaire**, où la place de chacun est connue et respectée.

Passant par une **analyse catégorielle** des institutions porteuses des actions de soutien à la parentalité, nous élargissons cette lecture de la politique de soutien à la parentalité, **vers un modèle intégratif**, afin d'offrir aux enfants et leurs familles la cohérence et la stabilité dont ils ont besoin pour vivre pleinement cette étape sensible et déterminante, qu'est la petite enfance et la découverte de la fonction parentale.

1 LA PLURALITÉ DES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ SUR LES TERRITOIRES

1-1 LA BRANCHE FAMILLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La **Sécurité sociale** a pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de **risques sociaux pouvant fragiliser les personnes**. Elle est subdivisée 6 branches.

EXPLORATION

Les 6 branches de la sécurité sociale :

La branche Famille, gérée par les Allocations familiales

La branche Maladie, gérée par l'Assurance Maladie

La branche Accidents du travail – maladies professionnelles, également gérée par l'Assurance Maladie

La branche Retraite, gérée par l'Assurance Retraite

La branche Autonomie, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie

La branche Recouvrement, gérée par l'URSSAF

Pour ce faire, les **Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG)** sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. Elles formalisent, dans un document contractuel, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour moderniser et améliorer la performance du système de protection sociale, aussi bien en termes de maîtrise des dépenses que de meilleur service rendu aux usagers.

Une COG couvre généralement une période **de quatre ans**. Chaque branche établit sa COG en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres, même si les principes généraux restent les mêmes pour tous.

1-1-1 A l'échelle nationale, la CNAF, et à l'échelle locale, la CAF

La branche Famille de la sécurité sociale est pilotée par la **Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF)** et est gérée au niveau local et départemental par les **Caisses d'Allocations Familiales (CAF)** présentes sur tout le territoire.

L'aide apportée par la branche famille porte sur quatre domaines prioritaires :

- La petite enfance,
- L'enfance et la jeunesse,
- La solidarité et l'insertion,
- Le logement et le cadre de vie.

En complément du régime général existe le **régime Agricole** qui lui est unifié à travers la **Mutualité Sociale Agricole (MSA)** et assure la gestion de 5 branches à la fois.

La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) : Agir pour toutes les familles".

*La COG de la branche famille (COG) 2018-2022 a été signée le 19 juillet 2018 par **Agnès BUZYN**, ministre des Solidarités et de la Santé, **Isabelle SANCERNI**, présidente du Conseil d'administration de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et **Vincent MAZAUURIC**, directeur général de la CNAF.*

Le 11 juillet 2018, le conseil d'administration de la CNAF avait voté pour cette Convention d'objectifs et de gestion qui lie la branche Famille de la Sécurité sociale et l'État et fixe trois principaux objectifs :

- Agir pour le développement des services aux allocataires,*
- Garantir la qualité et l'accès aux droits en modernisant le modèle de production du service,*
- Mobiliser les personnels et moderniser le système d'information.*

L'année **2023** sera marquante par la **livraison de la future COG** de la branche Famille qui positionnera les chantiers des Caf pour les 4 années prochaines.

Si la CNAF définit la stratégie de la branche Famille de la sécurité sociale et les axes de la politique d'action sociale, c'est au travers **du réseau formé par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF)** réparties sur tout le territoire que se déploie ses politiques.

Les CAF offrent des services sous forme de compléments de revenus, d'équipements collectifs, de logements et d'améliorations du cadre de vie, de suivis et de conseils aux familles. Ainsi, sur les territoires elles ont comme mission d'atténuer les inégalités de niveau de vie, entre les ménages, selon le nombre d'enfants.

En complément du **versement des prestations familiales** et du développement des équipements et services, les travailleurs sociaux de la CAF proposent un **accompagnement personnalisé** aux familles confrontées à un événement de vie pouvant les fragiliser.

Le travail social des CAF est complémentaire de celui proposé par les Conseils Départementaux ou encore les CCAS (Centre Communaux d'Action Sociale). Il est centré sur trois champs de la vie familiale et sociale :

- L'intra-familial et le soutien de la fonction parentale
- Les conditions de vie matérielle (en particulier le logement et l'habitat),
- L'insertion sociale et professionnelle.

Que l'on parle **d'Assistante Sociale (AS)**, **d'éducateur spécialisé** ou bien **de Conseiller en Économie Sociale ou Familiale (CESF)**, leurs missions sont les mêmes. En effet, les travailleurs sociaux accompagnent les familles en difficulté afin de les aider à trouver des solutions à leurs problèmes de la vie quotidienne. Ils facilitent également l'accès, le maintien ou le rétablissement de leurs droits aux prestations légales.

EXPLORATION

Les prestations et les actions financées par la branche Famille relèvent de deux natures différentes :

- *Les prestations légales : il s'agit principalement d'aides financières, versées sous la forme, de compléments de revenus (Prestations Familiales, Allocations Logement...) ou de revenus de substitution (Allocation pour Adulte Handicapé, Revenu de Solidarité Active...) aux allocataires.*
- *L'action sociale, qui prend différentes formes : aide à l'investissement et au fonctionnement d'équipements et de services aux familles (crèches, centres sociaux...), accompagnement social des familles... Ce soutien permet la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle et favorise ainsi l'exercice de la fonction parentale.*
- *Prestations légales et dispositifs d'Action Sociales se complètent pour mettre en œuvre une Offre Globale de Service aux familles (OGS). En France, une personne sur deux bénéficie directement ou indirectement de l'aide financière de la branche Famille.*

De plus, les Caisses d'Allocations Familiales (généralisable plus globalement aux organismes de sécurité sociale) disposent de **bases de données** (l'Open-Data) conséquentes leur permettant de déployer massivement leur offre et cibler certains publics potentiellement fragilisés.

Dans le cadre de la démarche Open Data, la Caisse Nationale des Allocations Familiales et les Caisses d'Allocations Familiales mettent à disposition de toutes les données dont elles sont depositaires. Le site Caf-data accueille ces données. Il est structuré autour de trois grandes catégories de données :

- Les statistiques allocataires, prestations et services,
- Les indicateurs de l'activité des CAF,
- Les services au public.

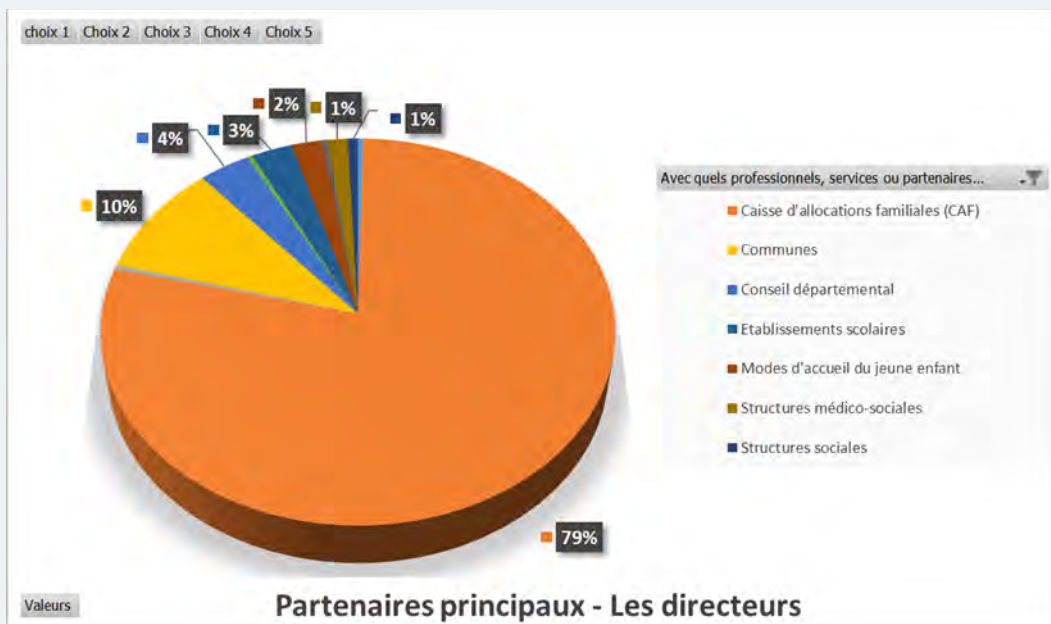
De plus, ces bases de données permettent aux CAF d'inscrire leurs actions de façon pro-actives en direction des allocataires, permettant l'anticipation de fragilités et ainsi complétant les actions de lutte contre le non-recours. Ces actions s'inscrivent directement dans les missions de prévention universelle de la sécurité sociale.

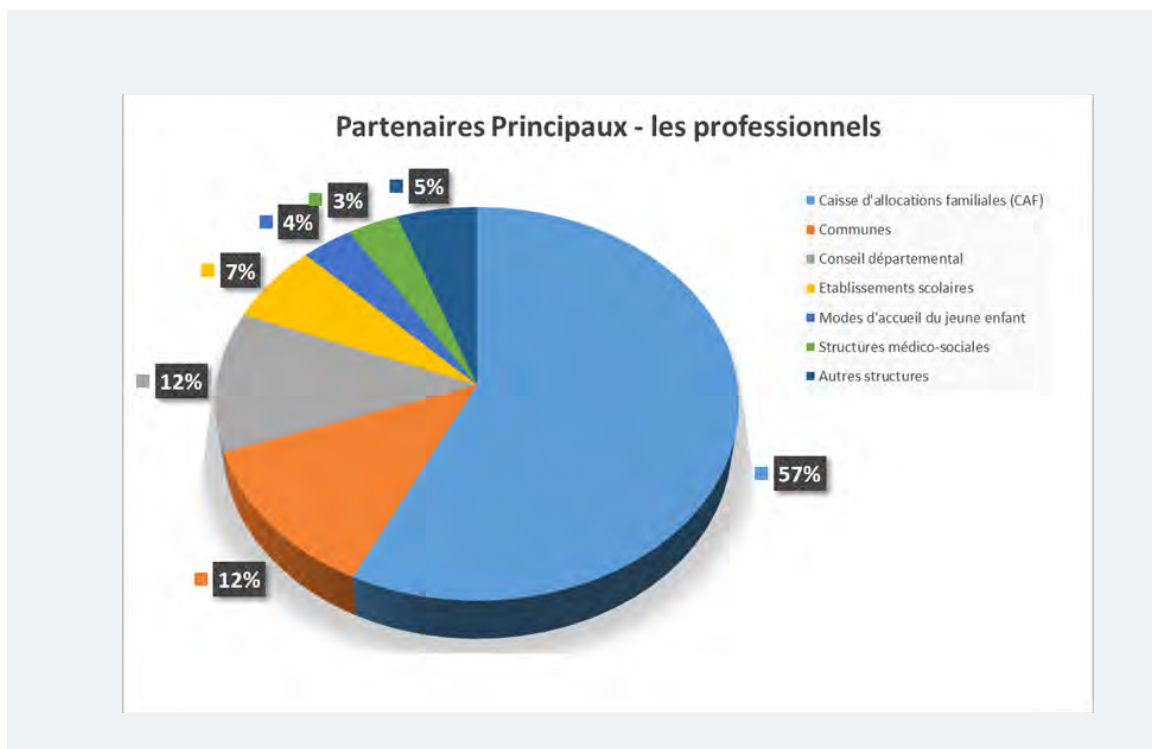
Au-delà de l'immense réservoir de données statistiques exploitables, ces données permettent de mieux répondre aux besoins des familles allocataires et sont une richesse venant soutenir le développement territorial mais aussi positionnant les CAF en tant qu'**animateur territorial**.

L'apport des questionnaires :

Les CAF représentent le partenaire principal des répondants tant aux questionnaires adressés aux directions qu'aux professionnels.

Les diagrammes ci-dessous témoignent de cette proportion de réponses.





1-1-2 Des parcours de soutien à la parentalité

En lien direct avec les objectifs définis dans les COG, les CAF développent une politique active de soutien à la parentalité avec pour missions : « *d'accompagner les parents à chaque âge de la vie de leurs enfants et de prévenir les risques pouvant poser sur les relations intrafamiliales, lorsqu'un évènement vient perturber l'équilibre familial* ».

Les services qu'elles déploient sur le territoire sont autant **de leviers** pour mener à bien des lignes politiques ambitieuses avec comme ambitions :

- Accompagner les parents à l'arrivée de l'enfant,
- Soutenir les parents dans l'éducation de leurs enfants et notamment des adolescents,
- Accompagner et prévenir les ruptures familiales en promouvant le maintien des liens parents-enfants,
- Soutenir les familles fragilisées par la survenue du handicap en développant une politique inclusive.

Afin d'accompagner les usagers lorsqu'un évènement vient perturber leur équilibre familial (arrivée de l'enfant, séparation, décès, handicap...) et risque de fragiliser leur situation, les CAF mettent en place des **parcours usagers**.

Les parcours permettent de :

- Garantir une relation CAF-usager plus simple, plus rapide et plus efficace,
- Identifier, par évènement, l'ensemble des services délivrés par la CAF (information, démarche et droit, conseil, accompagnement ou orientation),
- Répondre de manière globale à la situation de vie de la personne,
- Accompagner l'utilisateur tout au long de sa relation avec la CAF et de fluidifier ses démarches,
- Orienter les usagers vers d'autres services publics ou partenaires locaux.

La démarche de **parcours usagers** démarre autour **de la séparation**. Il est intéressant de souligner notamment l'engagement dans le recouvrement des pensions alimentaires (ARIPA¹) et la nouvelle mission d'Intermédiation Financière.

Des services sont spécifiquement dédiés aux ruptures familiales et ont comme ambition de maintenir ou prévenir les risques pouvant peser sur le lien intrafamilial, citons comme exemple la médiation familiale et l'initiative de Tentative de Médiation Familiale Préalable Obligatoire (TMFPO)².

Le champ des ruptures familiales³ amènent les institutions impliquées à s'engager dans une approche partenariale, il s'agit du **Comité rupture familiale**. Ce comité a notamment en charge le maillage territorial concernant des dispositifs de soutien à la parentalité (comme la **médiation familiale** et les **espaces de rencontre** qui sont développés plus avant dans le rapport) et permettent un co-financement du **ministère de la Justice**, des CAF, de la MSA ou encore du Conseil Départemental.

Le parcours naissance sera le second parcours livré, articulant notamment missions de la CAF et de la CPAM. Ces parcours viendront fluidifier pour les familles les offres de service existantes. Le parcours naissance s'articule avec des initiatives expérimentales initiées comme « **1er pas** » en lien avec les modes d'accueil du jeune enfant qui promeut l'investissement des parents dans la vie des structures d'accueil ou encore les préconisations issues de la commission des « **1000 jours** »⁴

1-1-3 La CAF et ses partenaires

La branche Famille, à travers l'implication des Caf sur les territoires est aujourd'hui **l'acteur historique et incontournable** des politiques de service aux familles et plus particulièrement de soutien à la parentalité sur les territoires, dans une approche **préventive et universaliste**, avec une attention pour les publics les plus fragilisés.

1 | Agence de Recouvrement des Impayés de Pensions Alimentaires (ARIPA) - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

2 | Tentative de médiation familiale préalable obligatoire | Justice.fr

3 | Les ruptures familiales : état des lieux et propositions | vie-publique.fr

4 | <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>

La CAF s'appuie sur un **partenariat actif** avec de nombreux acteurs institutionnels : le Conseil Départemental (CD), l'Etat, la MSA, la CPAM, l'Education Nationale (EN), l'ARS (Agence Régionale de Santé), Pôle Emploi... enfin elle soutient les structures et associations œuvrant sur les territoires en direction des familles.

1-2 La branche Maladie de la sécurité sociale

La branche Maladie assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. Elle favorise la **prévention** et contribue à la régulation du système de santé français. Elle recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès.

1-2-1 De la définition de la santé et du « prendre soin »

Il est établi aujourd'hui que la santé ne se réduit pas aux soins, ni à l'absence de maladies ou d'infirmité, mais s'inscrit dans une lecture holistique s'appuyant sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : **« un état de complet bien-être physique, mental et social »**.

La théorie du **« care »**, qui s'appuie sur la réponse du soignant aux besoins du patient est éclairante. Elle permet d'appréhender les formes et les enjeux⁵ de la santé et introduit le concept de **« prendre soin »**.

EXPLORATION

« CARE » : Ce terme constitue à la fois un verbe d'action qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être rendu en français par soin, attention, sollicitude, concernement. L'étude de son étymologie on retrouve « caru », « cearu » qui signifie soins, souffrance, douleur, chagrin, mais aussi « to cure qui vient du mot latin curare qui signifie to care for, take care for ».

Dans le dictionnaire de l'Académie de Médecine 2015, il est défini en « soins n.m.pl., en médecine, ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale ».

Le « care » est consensuellement décrit par soit un sentiment, soit une action (*caring*) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne. Le « cure » renvoie à une dimension plus technique et curative.

Il est possible de retrouver cette distinction dans la littérature médicale, qui devient alors souvent source de clivage entre la dimension relationnelle, le « care », et

5 MORVILLERS, Jean-Manuel. « Le care, le caring, le cure et le soignant », Recherche en soins infirmiers, vol. 122, no. 3, 2015, pp. 77-81.

le « cure », relié à la technique et au médical.

EXPLORATION

La philosophe **Cynthia FLEURY**⁶, explique : « le « cure » est une tentative d'éradication de la maladie, guérir et pas seulement soigner, objectiver la maladie pour la traiter le plus indépendamment du sujet qui l'éprouve. Alors que le « care », lui, sous-entend le sujet la relation avec le preneur de soin, la confiance qu'on lui témoigne, une sorte de parachèvement du holding (**Donald WINNICOTT**) ».

L'articulation entre ces deux dimensions du « cure » et du « care », reste parfois difficile à mettre en œuvre. En effet, l'hyperspécialisation dans le champ médical a poussé à dichotomiser les domaines, pour en approfondir la prise en charge.

C'est aujourd'hui, une lecture plus globale qui imprègnent les connaissances en matière de santé. L'interdépendance des organes et des systèmes est actuellement beaucoup plus documentée et appelle, à une lecture plus holistique de la considération de l'humain.

C'est donc dans une articulation et une synergie entre ces deux dimensions que peut se réaliser la fonction de « prendre soin », développée par de nombreux auteurs⁷.

9
PRÉCONISATION

Prévention, promotion de la santé, prendre soin, « care » et « cure » sont autant de concepts à inscrire dans une **synergie** afin de pouvoir répondre à la définition intégrative et globale de la santé (un état de complet bien-être physique, mental et social).

Le point 8 de la charte du soutien à la parentalité devra concerner **tous les professionnels** investis autour du **prendre soin de l'enfant et de sa famille**.

1-2-2 L'ARS, un acteur engagé dans la prévention

La création des agences régionales de santé en **2010** inscrit la gouvernance du système de santé dans un cadre global, impliquant l'ensemble des acteurs de santé.

Les ARS sont chargées d'assurer un **pilotage unifié de la santé** en région. Elles s'organisent autour de **deux grandes missions** :

- Le pilotage de la politique de santé publique
- La **régulation de l'offre de santé** en région.

⁶ <https://www.humanite.fr/en-debat/la-chronique-de-cynthia-fleury/le-care-cure-568910>

⁷ NOËL-HUREAUX, Elisabeth. « Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? », Recherche en soins infirmiers, vol. 122, no. 3, 2015, pp. 7-17.

Les ARS travaillent avec les principaux régimes de l'assurance maladie (le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants).

La régulation de l'offre de santé par les ARS, vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé :

- *Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier.*
- *Elle passe par la coordination des activités et l'attribution du budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.*
- *Elle comporte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique - pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.*
- *Elle s'appuie sur*
 - *L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux,*
 - *La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.*
 - *L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.*

Portant sur les secteurs **ambulatoires, médico-social et hospitalier**, elle vise à mieux **répondre aux besoins de la population** et à garantir l'efficacité du système de santé.

Le **pilotage de la santé publique** en région comprend trois champs d'intervention :

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

S'appuyant sur la transversalité, les agences régionales de santé ont vocation de mettre en synergie tous les acteurs des territoires, de **développer une vision globale de la santé** et de **décloisonner les parcours** de santé,

Pour les ARS, il s'agit de :

- **Décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social**, entre la ville et l'hôpital, entre la prévention et les soins au bénéfice des parcours de santé
- Renforcer la prise en charge de premier recours par les professionnels libéraux et appuyer ces professionnels
- Consolider le service public hospitalier
- Favoriser les coopérations entre établissements
- Améliorer l'information des usagers sur l'offre de soins de proximité, en particulier sur la permanence des soins ambulatoires
- Développer la démocratie sanitaire

En janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé⁸ a réaffirmé la volonté de **décloisonner les prises en charge** et le recentrage du système de santé sur les **soins de proximité**. Elle a également renforcé l'animation territoriale conduite par les ARS pour répondre aux grands enjeux de modernisation de notre système de santé qui se traduit notamment par un rééquilibrage des interventions des ARS au profit de **la prévention et de la promotion de la santé**.

Il est à noter que les ARS déploient actuellement dans le champ de la parentalité deux grands chantiers de santé publique dans le champ de la parentalité :

- La politique des 1000 jours,
- Le déploiement des Compétences Psycho-Sociales (CPS).

1-2-3 Le Projet Régional de Santé (PRS)

La stratégie d'une ARS est définie dans **son Projet Régional de Santé (PRS)**. Celui-ci est arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour cinq ans, après avis officiel du préfet de région, du Conseil Régional, des Conseils Départementaux, des Conseils Municipaux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)⁹.

Promulguée en janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé renouvelle les PRS. L'objectif est de simplifier et d'améliorer l'approche transversale, au profit de l'organisation **de parcours de santé**, permettant **une approche populationnelle globale**.

⁸ Loi de modernisation de notre système de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

⁹ Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (sante.fr)

A l'échelle des régions, le **Schéma Régional de Santé** (SRS) est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de **prévention**, de **promotion de la santé** et d'**accompagnement médico-social**, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Le PRS définit, **en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé** et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'agence ainsi que les mesures pour les atteindre.

1-2-4 ARS et innovation en santé: l'article 51

La loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de **nouvelles organisations en santé** reposant sur des **modes de financement inédits**.

A l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients, l'Article 51 propose aux acteurs de santé de **déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun** et d'organisation, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

EXPLORATION

Le dispositif s'adresse à tout porteur de projet, sans aucune restriction : les associations d'usagers, les établissements de santé (publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, les startups, les professionnels de l'aide à domicile, les organismes complémentaires et les collectivités territoriales peuvent proposer des projets spontanément.

De nombreux dispositifs¹⁰ ont été validés depuis 2019, et leur expérimentation se poursuit. Quelques-uns s'adressent spécifiquement au domaine de la parentalité et/ou des 1000 jours, dont nous pouvons citer de façon non exhaustive :

- **RÉPAP**¹¹ : Référent Parcours Périnatalité, cette innovation est issue d'une recommandation du rapport remis à l'automne 2020 par la commission Cyrulnik (1000 premiers jours),
- **PEGASE**¹² : Protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance,
- **B.A.S.E.**¹³ : le programme Besoin d'Attachement et Santé de l'Enfant est porté par la Fédération des praticiens de la parentalité dont le siège est en Nouvelle Aquitaine,

¹⁰ Expérimentations en cours - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

¹¹ Expérimentation « Référent parcours périnatalité » (RÉPAP) : pour un accompagnement personnalisé et sans rupture de la grossesse aux trois mois de l'enfant - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

¹² Journal officiel de la République française - N° 252 du 29 octobre 2022 (solidarites-sante.gouv.fr)

¹³ BASE-Arrêté et CDC.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

- **COCON¹⁴** : Parcours de soins précoces et coordonné du nouveau-né vulnérable est porté par l'association Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine,
- **Obepedia¹⁵** : Parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère,
- **DSPP enfants¹⁶** : Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hérault, est porté conjointement par l'URPS médecins libéraux Occitanie, le CHU de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse. . .

1-3 LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

1-3-1 Le Conseil Départemental : zoom sur la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Les services de protection maternelle et infantile : Par différents dispositifs de soutien à la parentalité, directement ou par l'intermédiaire d'associations mandatées, **le Conseil départemental accompagne et aide les parents à éduquer leurs enfants** et à subvenir à l'ensemble de leurs **besoins éducatifs, affectifs, scolaires, culturels, sociaux et sanitaires**. Le Conseil Départemental assure ses missions de terrain notamment au travers de l'action de ses professionnels.

Le réseau des Maisons Des Solidarités (MDS) couvre l'ensemble du territoire : les zones urbaines, périurbaines, rurales et de montagne, proposant ainsi à tous les usagers le même service de proximité.

Les équipes des MDS regroupent de nombreux métiers et savoir-faire : personnels d'accueil et administratifs, assistants sociaux et éducateurs, infirmiers, médecins, puéricultrices, psychologues, sages-femmes. . .).

EXPLORATION

Les équipes pluridisciplinaires des MDS assurent notamment les missions suivantes :

- *L'accueil et l'orientation des usagers,*
- *Le suivi des personnes en situation de précarité,*
- *Les consultations de Protection Maternelle Infantile (PMI),*
- *Les mesures de suivi et de prises en charge pour l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE),*
- *L'évaluation des besoins des personnes âgées en situation de dépendance, dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),*
- *Les dossiers de Prestation de Compensation du Handicap (PCH), pour les personnes handicapées.*

¹⁴ recueil-r75-2022-075-recueil-des-actes-administratifs.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

¹⁵ Journal officiel de la République française - N° 273 du 24 novembre 2019 (solidarites-sante.gouv.fr)

¹⁶ dspp_arrete_et_cdc.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

Mission du Conseil départemental, la **Protection Maternelle et Infantile** (PMI) propose à l'ensemble des familles (futurs parents, parents de jeunes enfants) un accompagnement médico-social au travers d'activités diverses allant des consultations médicales préventives (suivi des grossesses, suivi des nourrissons, prescription de contraception) à l'agrément des assistantes maternelles en passant par l'animation de groupes d'éveil parents-enfants. Ses missions sont définies par le code de la santé publique.

Cette **approche globale et de prévention universelle** par le vecteur de la santé, « santé » dans le sens de, « **prendre soin** », va bien au-delà d'une conception protectrice de l'enfant dans une famille potentiellement défaillante.

EXPLORATION

Pourquoi une prévention universelle en PMI ?

*Une prévention prioritairement voire exclusivement à destination de publics dits « vulnérables » (et par « vulnérables » on entend souvent entrée psychosociale) aurait pour conséquence une **stigmatisation** de ces familles avec le risque de **renforcer la méfiance** et de les inciter à fuir tout dispositif de prévention, de soins ou de soutien social.*

*L'idée d'une « **prévention ciblée** » risquerait de **sous-estimer des situations de souffrance psychique** affectant des enfants ou des familles non étiquetées comme « vulnérables » et de ne pouvoir leur apporter l'accompagnement nécessaire.*

Dans leur contribution les équipes de la PMI du Conseil Départemental du 974 (La Réunion) précisent que : « *Les professionnels de PMI médicaux, paramédicaux, éducatifs ont développé des compétences d'écoute, de soutien, de conseils et d'informations dont ils se servent quotidiennement lors des consultations, visites à domicile, groupes d'accueil parents/enfants etc... Concernant les actions à titre complémentaire, les puéricultrices et les médecins soutiennent les professionnels d'accueil dans leurs missions liées au soutien à la parentalité : assistantes maternelles, professionnelles d'EAJE, etc.* »

Le service PMI propose également des actions d'**accompagnement à la parentalité pour les familles avec enfants de moins de 6 ans, animées** équipes de pluriprofessionnels composées de médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants et conseillères conjugales et familiales.

Les missions de la PMI s'articulent autour de trois volets.

- La planification et l'éducation familiale
- La Surveillance et prise en charge médico-sociale de la femme enceinte
- Le suivi médical des enfants jusqu'à 6 ans

Le Président du Conseil départemental, par l'intermédiaire de la PMI, a la responsabilité de l'agrément, de la formation et du contrôle des assistants maternels ainsi que de tous les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

La PMI travaille en réseau avec de nombreux acteurs de la santé publique et de professionnels de la petite enfance. Parmi lesquels on peut retrouver de façon non exhaustive : les services de néonatalogie et de pédiatrie, les médecins traitants et les pédiatres, les puéricultrices, les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture, les éducateurs de jeunes enfants, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les services de santé scolaire départementaux et communaux, les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres Médico-Psychologiques (CMP)... (la liste est longue).

EXPLORATION

Décentralisée depuis 1983, **à la croisée du sanitaire et du social**, la PMI, mobilise au sein des départements des effectifs pluridisciplinaires à hauteur de 10 000 Equivalent Temps Plein (ETP). La plus-value de la PMI réside dans une triple accessibilité géographique (plus de 5000 points de consultation), financière (gratuité) et administrative (absence de formalités, accueil inconditionnel, capacité à « aller vers » à travers les visites à domicile).

La **politique des 1000 premiers jours**, qui correspond aux objectifs et aux **compétences de la PMI**, a mis en exergue la place importante que celle-ci doit occuper. Cependant cela a également été l'occasion à travers le **rapport PEYRON¹⁷**, de décrire de façon assez alarmiste, **la situation de la PMI**, dès l'introduction : « le constat qui ressort à l'issue de six mois de travail de la mission est celui d'une crise majeure de la protection maternelle et infantile dans notre pays ».

Tout en notant les précieuses spécificités de l'institution, l'auteur pointe les difficultés plurielles que celle-ci traversent, surtout en termes de disparités et le fait que la PMI « a été négligée par l'État et l'Assurance maladie » notamment financièrement.

EXPLORATION

Les 20 recommandations du rapport présentées par Michèle PEYRON :

- La généralisation d'un bilan de santé gratuit « M'ta santé » en moyenne section de maternelle, réalisé par une infirmière puéricultrice de PMI, financé par l'Assurance Maladie, avec la présence des parents et un contenu harmonisé,
- La création d'un fonds national PMI délégué aux Agences Régionales de Santé permettant aux ARS de développer une contractualisation financière avec les départements sur des objectifs de santé publique,
- L'introduction dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels¹⁸ (NGAP) des actes de prévention des infirmières puéricultrices de PMI, qui ont vocation à être cotés et remboursés par l'Assurance Maladie, ceci desserrant la contrainte budgétaire des conseils départementaux,

17 <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-de-michelle-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant>

18 Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) | ameli.fr | Médecin

- *La création d'une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé de 300 €/mois pour les jeunes médecins afin de renforcer l'attractivité de la PMI,*
- *L'expérimentation du transfert aux CAF des missions « modes de garde », sans transfert d'effectifs,*
- *L'organisation d'un rendez-vous politique annuel dédié à la PMI entre le ministre de la Santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et l'Assemblée des Départements de France (ADF),*
- *La constitution d'une tête de réseau technique nationale de la PMI entre la Direction Générale de la Santé (DGS), l'ADF et le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT),*
- *La création d'un baromètre national et local des PMI,*
- *La prise en compte par l'Etat des dépenses nettes et non pas brutes de PMI dans la mise en œuvre du pacte de stabilité.*

Les services de **l'Aide Sociale à l'Enfance** du Conseil Départemental peuvent soutenir les parents qui le demandent dans la prise en charge et l'éducation de leurs enfants ou dans la gestion de leur budget, dès lors que les difficultés rencontrées (financières, éducatives ou sociales) ont un impact sur le bien-être de l'enfant.

Différents professionnels du Conseil départemental ou de structures mandatées par le Département peuvent intervenir en fonction des problèmes rencontrés :

- Les Techniciens d'Interventions Sociale et Familiale (TISF) peuvent accompagner les familles rencontrant des difficultés qui perturbent la vie quotidienne de l'enfant. Il s'agit, avec les parents, de donner ou redonner des repères élémentaires aux enfants dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, la scolarisation, les loisirs, tout en respectant les choix éducatifs des parents.
- Une Aide Educative à Domicile (AED) peut également être apportée aux parents confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif pour lesquelles ils ne sont pas parvenus à trouver de réponses sans aide extérieure. Un projet éducatif est alors construit pour l'enfant, en concertation avec les parents qui conservent le plein exercice de leur autorité parentale. Cette aide éducative permet également de recréer des liens entre parents et enfants.
- Un accompagnement par une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) peut également être proposé pour soutenir les parents confrontés à des difficultés financières ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant : les professionnels en Economie sociale et familiale apportent alors aux parents des conseils pratiques dans la gestion du budget familial pour garantir les conditions de vie matérielle des enfants (alimentation, santé, habillement, activités sportives, culturelles et de loisirs).
- Le Département pilote et coordonne le dispositif de repérage des situations de danger ou de potentiel danger dont des mineurs peuvent être victimes. Il recueille les informations préoccupantes (I.P) qui lui sont transmises par les particuliers, par le numéro national de l'enfance en danger et par

l'ensemble des acteurs qui souhaitent signaler un danger concernant un enfant. Des professionnels spécialement formés évaluent ces situations et des mesures adaptées à chaque situation sont décidées, soit en lien avec les familles, soit en lien avec la Justice (CRIP).

- Le Département assure l'accueil et l'accompagnement des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans qui font l'objet d'une mesure de protection et ne peuvent plus, temporairement, rester au sein de leur famille. Le cadre et les objectifs de ces accompagnements sont définis collectivement entre le Département, les parents, l'ensemble des partenaires qui suivent l'enfant et la Justice, si la mesure de placement est décidée par un magistrat. Les enfants et les jeunes sont accueillis au sein d'un établissements d'accueil collectif (maisons d'enfants, lieux de vie ou « pouponnières » pour les moins de 3 ans) ou chez des assistants familiaux employés par le Département. Le Département assure le suivi et le contrôle de l'ensemble de ces lieux d'accueil.

Un **référent ASE** est nommé pour suivre le projet individuel de chaque enfant et échanger avec les équipes du lieu d'accueil. Le référent ou la référente ASE est un professionnel en charge de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

1-3-2 A l'échelle des territoires, le bloc communal

Le bloc communal défini comme l'ensemble formé par les communes et les diverses intercommunalités est également un acteur politique engagé dans le champ du soutien à la parentalité.

A travers leur contribution, **l'Association des Maires de France (AMF)** et des présidents d'intercommunalité nous précise que : *« Les élus locaux sont bien souvent le premier interlocuteur politique direct des familles ; en particulier des familles présentant une vulnérabilité ou une situation d'urgence sociale... A l'image de l'accueil de la petite enfance, le soutien à la parentalité repose sur des compétences facultatives pour les municipalités et les intercommunalités qui, profondément convaincues que **les politiques à destination des jeunes enfants constituent un enjeu essentiel pour l'avenir d'une société et pour un territoire, s'en emparent très largement.** Cette logique d'investissement social conduit les municipalités à développer de nombreux services à destination des jeunes enfants et de leurs familles, d'autant plus que les maires observent une augmentation du nombre de familles ressentant le besoin d'être accompagnées. Aussi, au regard du rôle qu'ils jouent et de leur fine connaissance des besoins des familles, les élus locaux doivent naturellement être associés à la **stratégie nationale de soutien à la parentalité.** ».*

Par leur **proximité et disponibilité** envers les familles, ces acteurs de la vie publique estiment que cela *« facilite l'accompagnement des publics qui se tournent naturellement vers eux. Ils n'en oublient pas pour autant les familles faisant appel*

moins directement, voire pas du tout, à eux. En effet, au travers de l'**analyse des besoins sociaux**, des nombreuses études ou diagnostics qu'ils mènent, mais aussi des liens forts noués avec les associations présentes sur leur territoire, les élus locaux ont une vision très fine des attentes et des besoins des familles résidant dans leur commune. »

1-3-3 Contractualisations des collaborations

Les collectivités territoriales tissent un **partenariat riche** avec leurs partenaires institutionnels au travers de contractualisation qui viennent clarifier et structurer les modalités de soutien au regard des différents champs de compétence. Les grandes institutions sont invitées à être cosignataires de ces conventions partenariales.

La Convention Territoriale Globale (CTG) est le moyen de contractualisation qui signe l'engagement à développer sur les territoires les politiques partagées avec les CAF. La CTG n'est pas un dispositif financier mais une **démarche pour construire un projet social** sur le territoire. Elle permet à **tous les acteurs** de participer au projet du territoire.

EXPLORATION

Une convention de partenariat (CTG) entre la CAF et la collectivité locale est signée sur 4 ou 5 ans. D'autres acteurs décideurs et financeurs peuvent en être signataires : l'Etat, le Conseil départemental, la Caisse primaire d'Assurances Maladies (CPAM), la MSA, Pôle emploi, etc.

Tous les champs d'intervention peuvent être mobilisés : petite enfance, enfance, jeunesse, parentalité, animation de la vie sociale, accès aux droits, logement, handicap, etc.

La CTG **associe les habitants aux politiques** qui les concernent, soutient l'action et la réponse à de nouveaux besoins, se nourrit des politiques publiques et fait ainsi vivre un **projet de territoire attractif et innovant**.

La démarche est conduite en plusieurs étapes afin de partager un **diagnostic**, programmer un **plan d'actions** et le faire vivre sur la durée de la CTG, **suivre les actions** et **évaluer leur impact** auprès des habitants et sur le territoire.

- **Avec les ARS**, les collectivités territoriales contractualisent dans le champ de la promotion de la santé : Le Contrat Local de Santé (CLS). Cette contractualisation à objectifs partagés vise à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.
- **Avec l'Éducation Nationale**, Le Projet Educatif de Territoire ou **PEDT**¹⁹ est un cadre qui permet à l'ensemble des acteurs éducatifs de coordonner leurs actions de manière à respecter au mieux les rythmes, les besoins et les aspirations de chaque enfant et en complémentarité avec l'école, facilite les organisations familiales. En effet, la diversité des acteurs et des situations pédagogiques multiplie

les possibilités pour les enfants de s'épanouir en acquérant différents savoirs, savoir-faire et savoir être.

EXPLORATION

Le PEDT initie une démarche collective en faveur de la mixité des publics qui permet à tous les participants de faire l'apprentissage de la solidarité dans le respect de la diversité et des différences, pour construire des espaces favorables à l'échange et au « vivre ensemble » pour faire vivre et partager les pratiques démocratiques et la citoyenneté.

- Les deux échelons de **collectivités territoriales** contractualisent, il s'agit du **Contrat de Développement Département-Ville**. Ce dispositif s'appuie sur la capacité de ces deux échelons de collectivités à faire émerger des projets locaux ambitieux.

Elle remplit cette mission à travers les programmes d'investissement et d'aide au fonctionnement et les politiques d'animation, de valorisation et de soutien à son territoire, réalisés directement dans le champ de ses compétences. Ces projets engagent à améliorer, très concrètement, la vie des habitants dans les domaines variés : accueil du jeune enfant, scolarité, sport, culture, aide aux personnes âgées, politique de la ville, aménagements urbains, etc.

- Avec les **préfectures et les services de l'Etat en région**, les Contrats de Ville²⁰ : le contrat de ville constitue le cadre de l'intervention des pouvoirs publics dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, reposant sur un partenariat en terme de pilotage et de financement entre l'Etat, les établissements de Coopération Intercommunale, les Villes, le Conseil Régional, les bailleurs sociaux et les opérateurs publics (organismes d'emploi et de protection sociale...) ainsi que des représentants de la société civile, en particulier les associations et habitants des quartiers concernés, à travers les Conseils Citoyens.

EXPLORATION

Les contrats de ville reposent sur 3 piliers :

- *La cohésion sociale : le contrat de ville prévoit les mesures de soutien aux équipements sociaux, culturels, sportifs, et aux associations assurant le lien social renforçant les moyens déployés dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la justice.*
- *Le développement de l'activité économique et de l'emploi : les contrats de ville veillent à une présence de Pôle emploi et des missions locales dans chaque territoire prioritaire.*
- *Le cadre de vie et le renouvellement urbain, veillant à la mixité sociale.*

La liste des contractualisations pourrait être complétée et allongée (citons par exemple par le programme « petite ville de demain »²¹). Cette liste non exhaustive donne à voir les volontés d'accompagner les territoires par le déploiement et la formalisation de partenariats riches.

²⁰ Quartiers Politique de la Ville : transformer les quartiers prioritaires | Banque des Territoires

²¹ Petites villes de demain | Agence nationale de la cohésion des territoires (agence-cohesion-territoires.gouv.fr)

La parentalité est un axe de travail soulevé dans chacune de ces contractualisations. Il est opérationnalisé par l'engagement dans la mise en œuvre d'actions concrètes sur les territoires.

Pour autant les articulations restent le plus souvent à construire pour parvenir à un « vrai » projet global de territoire qui serait partagé par l'ensemble des partenaires institutionnels.

Le risque majeur est de générer des fonctionnements en silo et une logique de compétition et non pas de coopération.

L'usager et les familles en seraient alors les premiers impactés, les professionnels de terrain pourraient perdre le sens de leur engagement.

10
PRÉCONISATION

De **nombreuses institutions** mettent en œuvre des politiques de soutien à la parentalité. Cette **multiplicité génère des fonctionnements cloisonnés**, pouvant être source d'incompréhension.

Un **travail d'articulation** de ces différentes formes de contractualisations doit être réalisée afin de bâtir un **projet global de territoire**.

Nous estimons que c'est à travers un socle commun de connaissances de l'ensemble de ces acteurs, que nous proposons que se construisent des politiques publiques de soutien à la parentalité cohérentes **centrées sur l'enfant** et ses besoins fondamentaux.

La **formation continue** de l'ensemble des professionnels qui animent ses services, sur les **besoins fondamentaux de l'enfant** et des enjeux actualisés de la parentalité doit constituer un **investissement fort de ces institutions**.



2 L'INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS, LE TRAVAIL EN RÉSEAU

2-1 LES RÉSEAUX D'ÉCOUTE, D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS (REAAP) ET LE FOND NATIONAL PARENTALITÉ

Présenté lors de la conférence de la famille de 1998, les **Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP)**²² viennent poser un cadre institutionnel aux réseaux existants.

Impulsés par l'État, relayés par le secteur associatif, et la branche famille, au plus près des besoins des familles, les REAAP soutiennent les domaines suivants : **coparentalité** et aide aux parents en **conflit** ou en voie de **séparation** ; accompagnement de parents de **jeunes enfants** ; soutien aux parents de **préadolescents et d'adolescents** ; facilitation des relations entre les familles et **l'école**, prévention et appui aux **familles fragiles**, articulation **vie familiale et vie professionnelle**.

Ils constituent un outil important de la politique familiale. Proches des familles et de leurs préoccupations, les acteurs de terrain qui développent ces actions s'adaptent aux évolutions des **questions éducatives** que rencontrent les familles et les accompagnent face aux changements de la fonction parentale.

Le **Fonds National Parentalité (FNP)** contribue à accompagner le développement et la structuration de la politique de soutien à la parentalité sur les territoires, en lien avec les partenaires du Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF) et en appuis des Conventions Territoriales Globales (CTG).

EXPLORATION

*A ce titre, il contribue à l'ambition portée par la CNAF dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2018-2022 de **valoriser le rôle des parents** et de contribuer à prévenir les difficultés rencontrées avec ou par leurs enfants.*

*Dans une circulaire en date du 4 septembre 2019, la CNAF annonce la restructuration du Fond National Parentalité pour la période 2018-2022. L'objectif affiché est de permettre une **meilleure articulation de la politique parentalité** dans les territoires. Pour ce faire et à compter du 1er janvier 2020 le Fonds National Parentalité (FNP) se composera de **trois volets** :*

***Le premier volet** servira à financer **des actions parentalités** mises en œuvre dans le cadre des Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents.*

***Le second volet** sera destiné à la structuration de la politique parentalité sur les territoires et est centré sur **l'animation de réseau**.*

***Le troisième volet** sera dédié à soutenir le **fonctionnement de lieux de ressources** pour les parents. Sont particulièrement visés ici les projets innovants et les structures proposant « une palette diversifiée de services ».*

Une mission d'animation parentalité vise à soutenir tout particulièrement le travail en réseau entre les acteurs, les professionnels de l'intervention sociale, les parents et les élus à l'échelon des territoires, voire des bassins de vie des familles.

Cette mission est un levier pour **renforcer la mise en réseau des acteurs** et consolider les dynamiques partenariales.

EXPLORATION

Impulsée par le **financement du second volet du FNP**, cette mission doit recouvrir les dimensions suivantes :

- Impulsion d'une culture commune de l'accompagnement à la parentalité sur les territoires,
- Aide à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs de soutien à la parentalité sur les territoires (en lien avec les objectifs des SDSF au niveau départemental et des CTG au niveau infra-départemental),
- Appui à la communication sur le soutien à la parentalité et diffusion d'informations auprès des acteurs locaux et des parents,
- Renforcement de la structuration et du fonctionnement des réseaux d'acteurs déjà existants et accompagnement de l'émergence de nouveaux réseaux, dans une approche transversale et transdisciplinaire (acteurs de la parentalité, EAJE²³, ALSH²⁴, centres sociaux, PMI, etc.),
- Accompagnement de la mise en place d'actions « innovantes » sur le champ du soutien à la parentalité,
- Capitalisation, valorisation et partage des bonnes pratiques (ex : organisation de journées départementales...),
- Appui à la mise en œuvre de démarches d'évaluation des politiques de soutien à la parentalité sur les territoires.

Afin d'ancrer ce réseau sur les territoires, **les lieux ressource parentalité**²⁵ ont comme ambitions développer différentes offres de service à l'attention des parents.

EXPLORATION

Leurs missions socles sont :

- **L'information** : Les lieux ressources doivent permettre la diffusion et la mise à disposition d'informations sur les questions spécifiques de parentalité. Ils doivent être en mesure de valoriser les services existants et d'orienter les parents vers une réponse adaptée à leurs besoins.
- **L'accueil « inconditionnel »** : Les parents doivent pouvoir trouver à tout moment des interlocuteurs en capacité de les accueillir, leur apporter une écoute et un soutien bienveillant et en fonction de leurs questions et préoccupations les orienter le cas échéant vers l'interlocuteur adéquat. Ils doivent ainsi être ouverts à tous les parents ou futurs parents, apporter une continuité de services aux parents d'enfants de différentes tranches d'âge de la petite enfance à l'adolescence et accompagner les parents lors d'événements ou de moments clés pouvant fragiliser la vie familiale. Et afin d'accompagner la politique de prévention et d'accompagnement autour de 1 000 premiers jours de l'enfant, les lieux ressources sont

23 Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant

24 Accueil de Loisirs Sans Hébergement

25 m1000pj-circulaire_cnaf-volet3fnp.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

encouragés à intégrer une réponse ciblant plus particulièrement les futurs parents et les parents de jeunes enfants.

- *L'appui aux collectifs de parents : Les lieux « ressources » initient des projets, dont les parents sont acteurs, visant à : soutenir, les parents et valoriser leurs compétences, développer des actions entre pairs ou favorisant le lien parent/enfants, favoriser l'engagement des parents dans le portage de leur propre projet.*

Les lieux « ressources » sont des lieux polyvalents qui proposent l'accès à des services de soutien à la parentalité diversifiés, répondant aux besoins des parents. Il peut s'agir : de dispositifs et actions de soutien à la parentalité (médiation familiale, lieux d'accueil parents-enfants, groupes de paroles, etc.), ou de l'intervention ponctuelle ou lors de permanence de professionnels spécialisés dans l'accompagnement de la relation parents enfants.

EXPLORATION

Des missions complémentaires en lien avec les acteurs locaux peuvent être portées par ces lieux contribuant à dynamiser le réseau des acteurs comme :

- *Être un lieu de rencontres entre acteurs et professionnels du territoire sur des sujets communs autour du soutien à la parentalité,*
- *Contribution à la diffusion d'information entre porteurs d'action, entre acteurs du territoire voire de démarches de communication communes,*
- *Contribution aux démarches d'analyse de besoin et de diagnostic auprès des collectivités ou des associations qui développeraient de nouveaux projets locaux,*
- *Appui méthodologique à la construction d'initiatives auprès de porteurs en émergence.*

2-2 UN BILAN DES REAAP CONTRASTÉ, DES PISTES ÉVOQUÉES

Force est de constater qu'au travers des REAAP, et réaffirmé par les engagements de la branche famille, les institutions publiques se sont dotées d'un outil majeur pour la constitution d'un réseau d'acteurs de premier niveau.

Cependant le recueil de l'ensemble des contributeurs, sollicités dans le cadre de notre mission, met en exergue les **limites et freins de ces dispositifs**.

2-2-1 Un cadre soumis aux interprétations, et à des « dérives »

Selon **Gerard NEYRAND**, une dérive de ce dispositif depuis sa mise en œuvre en 1998 reste à craindre « *Initialement pensés, comme une réponse à la thématique de la démission des parents, les REAAP ne sont pas à l'abri d'une interprétation de leur objectif dans le sens de la prévention de la délinquance,*

ainsi que les polémiques dans les années 2000 (Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans) l'ont bien montré. En cela, ils sont toujours en risque de pencher vers la **tendance néolibérale à la sur-responsabilisation** (rendre responsables les parents de l'ensemble de leur situation, et donc des réponses à y apporter, en occultant le poids des facteurs environnementaux). Le second risque participe de la même logique, c'est celui de la **managérialisation du social** (utiliser un modèle économique, managérial, pour gérer le social), ainsi que le montre le mieux les procédures d'évaluation des actions (lourdeurs des dossiers de demande de soutien financier, évaluation des actions en termes de flux et de coûts). Ce d'autant plus que le processus d'institutionnalisation (nouvelle importance des CAF) peut avoir pour effet de **rigidifier les procédures et de freiner le dynamisme innovant** de la société civile ».

Isabel ROSKAM²⁶, invite à éviter d'autres dérives, comme la « **professionnalisation des parents** ... Avec une polarisation entre les parents (non formés) et les experts (professionnels ou bénévoles) formés (qui savent) ... C'est parce qu'à travers la présence des experts et de la formation qu'ils ont reçue, l'idée qu'il existe des « manières de faire », des « recettes » plus ou moins universelles, « des bonnes pratiques » (et donc des mauvaises), est volontiers véhiculée. Or, je défends l'idée qu'il n'y a aucune « bonne » ou « mauvaise » pratique en soi (en dehors des comportements violents/négligents prohibés) ».

Pour sa part **Gaëlle GUERNALEC LEVY**, fondatrice de l'**association PAPOTO**, soutient l'idée que les REAAP ont permis d'impulser « la naissance de nombreuses associations et structures dédiées à la parentalité, des appels à projet bien identifiés et aisément accessibles à ces structures ». Pour autant et toujours selon l'auteure, le bilan peut apparaître mitigé : « **une totale absence d'évaluation** des actions menées et donc une méconnaissance de l'impact réel de ces actions, une infime partie des familles touchées dans les faits... une difficulté à aller vers les publics le plus fragiles ».

L'universalité, fondement même des REAAP, est questionnée, cette ouverture à tous pouvant se réduire à des actions en direction de publics trop ciblés, comme en témoigne **Cécilia CREUZET** du dispositif **MAY**²⁷ : « Un des écueils est que ces actions sont pour la plupart **très locales, presque trop ciblées**, et peu connues par l'ensemble du grand public. Au final peu de public en profite, car ce n'est **pas toujours adapté à tous, ni dans la forme ni dans l'offre** en termes de temporalité, lieu, accès. Il existe aujourd'hui un fossé entre ces actions très ciblées et qui bénéficient souvent à des publics déjà suivis ailleurs (PMI...) ou déjà avertis, et le besoin universel de tout parent d'être accompagné ».

Certaines contributions pointent enfin l'éloignement des porteurs de projets avec les collectifs parents qui sont pourtant pensés dans le REAAP comme au cœur de la mise en œuvre des actions, comme le souligne **le CNAPE**²⁸, organisme impliqué dans la protection de l'enfance : « Aujourd'hui, les remontées de terrain traduisent une disparition progressive de leur participation au profit d'une **représentation prédominante des institutions**. Certains acteurs (notamment associatifs) dont le cœur de métier n'est pas le soutien à la parentalité, peuvent également en être éloignés. Parents et associations souffrent alors d'un manque de connaissances quant aux actions déployées sur leur territoire et ne peuvent en proposer de nouvelles. Le partage d'expériences entre parents, professionnels et bénévoles pâtit de cette réalité qui

²⁶ Professeure de psychologie du développement et Directrice de Recherche à l'Université de Louvain (UCLouvain) en Belgique, spécialiste dans le domaine de la parentalité et du développement de l'enfant.

²⁷ May - L'app qui change la vie des parents ! (may-sante.com)

²⁸ CNAPE - La protection de l'enfant

conduit in fine à une **déconnexion entre les besoins des familles et les réponses apportées**, voire à un amenuisement des actions proposées. Pour pallier ces écueils et construire un maillage incluant les familles, il importe de redonner aux parents la place qui doit être la leur dans un tel réseau, de les intégrer aux réflexions ayant trait à leurs besoins ainsi qu'à l'identification, la préfiguration, la mise en œuvre et l'évaluation des ressources et actions mobilisables. Cette place centrale accordée aux parents doit être complétée par une représentation de l'ensemble des acteurs exerçant des missions de soutien à la parentalité, qu'elles soient universelles ou non ».

Selon l'**École des Parents et des Éducateurs (EPE-IDF)**²⁹, les REAAP manquent de cohésion sur les territoires, et les auteurs questionnent la qualité de la couverture territoriale : « le **saupoudrage des subventions** a conduit à une « **individualisation** » des actions (chaque structure développant ses actions de façon autonome sans lien avec les structures voisines) ; une multitude d'actions proposées par les structures viennent brouiller le message à l'adresse des parents ; une offre inégale suivant le territoire et l'absence de lisibilité pour les familles ; des horaires peu adaptés à la réalité quotidienne des familles ».

2-2-2 Une méconnaissance par les acteurs de l'écosystème du soutien à la parentalité

Le constat d'une méconnaissance préjudiciable est illustré par **certaines études**, comme celle menée par la CNAF et parue en 2016³⁰. Celle-ci avait pour objectif d'étudier les attentes et les besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité.

EXPLORATION

Cette enquête a été menée auprès de 6 622 parents afin de mieux appréhender les raisons de la faible fréquentation des dispositifs de soutien à la parentalité proposés :

« Globalement, les parents sont peu nombreux à déclarer avoir fréquenté un lieu proposant un appui aux parents : 15 % déclarent avoir déjà fréquenté une structure proposant un accueil, de l'écoute ou des informations pour les parents, 9 % une structure proposant une action d'accompagnement à la scolarité pour leurs enfants et 5 % une association de médiation familiale. Cependant, ils sont 41 % à affirmer avoir participé à des activités organisées réunissant parents et enfants, sans que l'on sache précisément dans quel cadre. Les conférences-débats entre parents et professionnels et les groupes de paroles et d'échange entre parents ont pour leur part été fréquentés par respectivement 9 % et 13 % des parents interrogés ».

Deux objets de préoccupations sont pointés par les parents : **la scolarité et la santé de leur enfant**. Ils se tournent alors vers les professionnels de ces deux champs et en particulier ceux de la **santé**, dans **60% des cas**, pour obtenir l'aide dont ils ont besoin.

Dans une moindre mesure, 44% des cas, ils vont se tourner vers des ressources telles que Internet, forums, magazines et autres supports d'informations variées et inhomogènes.

²⁹ Portail web de l'École des Parents et des Éducateurs d'Île de France (epe-idf.com)

³⁰ https://www.cnaf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Nous_connaitre/Recherche_et_statistiques/Essentiel/essentiel%20-%20Parentalit%C3%A9.pdf

Ainsi, les parents recourent peu aux dispositifs dits de soutien à la fonction parentale lorsqu'ils ont besoin d'orientation et se tournent plus volontiers vers d'autres acteurs qu'ils identifient mieux.

En « miroir » de ces résultats, nous avons pu recueillir à travers de nombreux contributeurs, une profonde méconnaissance de ces dispositifs portés par le R.E.E.A.P., en particulier auprès des professionnels de santé, ceux-là même qui pourraient orienter ces familles vers des acteurs de la parentalité.

Ainsi, l'**ADMR**³¹, réseau associatif national de service à la personne, répartis en quatre pôles estime que : « Les **REAAP** nous semblent à l'heure actuelle encore trop peu connus des organismes qui pourraient les solliciter et s'en appuyer. Nous notons que les appels à projets ne sont par exemple pas connus de toutes les associations du **réseau ADMR**. ... Une communication plus proactive et un accompagnement renforcé des CAF locales pourraient permettre de mieux atteindre l'objectif d'un maillage d'attention autour des familles dans le champ de la prévention et de la parentalité ».

L'association **les Médecins De la Parentalité** (LMDP), constituée de pédiatres formés à l'accompagnement à la parentalité précise, quant à elle, que « ces réseaux sont peu connus, notamment des médecins, peut-être parce qu'il s'agit de projets portés par des parents ou des associations. Le manque de communication autour des actions menées fait que peu d'acteurs sont informés ». La **fédération des Centres Médico Psycho-Pédagogique**³² (CMPP) rejoint cette analyse en expliquant que « la difficulté de ces réseaux est qu'ils ne réunissent pas forcément tous les acteurs, ils ne sont parfois pas vraiment repérés par nos structures, vers lesquelles ils ne viennent pas spontanément non plus ». Mêmes constats pour **les sage-femmes** à travers leur **Conseil National Professionnel**³³ qui évoque « des réseaux nombreux et dispersés et peu ou pas coordonnés pour une attention autour des familles dans le champ de la prévention et de la parentalité ».

De la même manière, d'autres acteurs abondent dans ce constat. La **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne**³⁴ (FEHAP) partage également cette analyse témoignant que : « Les **REAAP** sont des réseaux parfois **très peu visibles** sur certains territoires. Ainsi, ils sont **souvent méconnus** ainsi que leurs missions par les différents établissements et services, ou même encore par les parents. Les établissements et services vont ainsi développer leurs propres réseaux ou des actions similaires aux REAAP (ex : des ateliers ouverts aux parents) ».

31 ADMR - 1er réseau national associatif de service à la personne | ADMR Union Nationale

32 Fédération des CMPP (fdcmpp.fr)

33 Accueil Sage-Femme - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (ordre-sages-femmes.fr)

34 Fehap - Navigation Internet

2-2-3 Une exclusion préjudiciable des acteurs du champ médico-social

Certaines **professions se considèrent très éloignées** de ce réseau alors même que leur implication dans le champ du soutien à la parentalité n'est pas questionnable, c'est le cas de la fédération des orthophonistes, ou encore, selon LMDP, des médecins, bien souvent par manque de connaissance de ces dispositifs.

Selon le, **Centre de Formation à l'Accompagnement Périnatal**³⁵ (CeFAP) les acteurs du REAAP sont les principaux concernés par le champ de la mission de définition des compétences socles du soutien à la parentalité qu'ils appréhendent dans une perspective d'optimisation : *« Selon nous, les REAAP manquent de cohérence nationale et ils sont parfois difficilement identifiables pour les familles. Ainsi, les actions menées et les dispositifs mis en place sont variables d'un territoire à l'autre. Cette liberté de mise en œuvre permet un meilleur ajustement en fonction des besoins territoriaux mais également une grande disparité des projets d'actions initiés en faveur des parents ».*

Les contributions témoignent d'initiatives innovantes, comme l'**engagement des ARS et des CAF** à travailler de concert autour d'approches populationnelles comme la politique des 1000 premiers jours, comme le souligne l'**Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômées et des Étudiants**³⁶ (ANPDE) : *« Aujourd'hui, de nombreuses nouvelles actions d'accompagnement à la parentalité émergent dans le cadre des projets du REAAP, des ARS mais également par la volonté des professionnels du terrain et particulièrement ceux du secteur libéral ».* Apparaissent des propositions de pistes d'optimisation pour mettre ces réseaux au plus près de l'enjeu de construire un maillage d'attention autour des familles.

Selon l'**Association Nationale Française des Ergothérapeutes** (ANFE), l'articulation avec les métiers de la santé et du médico-social est un enjeu au service des familles : *« Les REAAP constituent un réseau formidable et soutenant pour les parents et les travailleurs sociaux. Le principal écueil et la principale ambition à atteindre seraient d'améliorer les liens entre acteurs de la petite enfance du social et acteurs de la petite enfance du médical et médico-social. Lorsqu'une famille est "parachutée" dans un monde médico-social, celui-ci a peu les codes et les informations relatives au monde socio-éducatif classique. Ainsi les ponts ne sont pas faits et certains parents ne sont pas soutenus globalement ».*

L'**École des Parents et des Educateurs (Île de France)** propose d'en rassembler les services : *« Favoriser le développement de structures de prévention et de promotion de la santé pour améliorer l'environnement des familles. Développer le parrainage de proximité, accompagner les parents dans leur rôle et les conforter dans leurs compétences éducatives à travers une offre cohérente accessible par tous ».*

Nous retrouvons cette même analyse auprès de la **Fédération Nationale des Orthophonistes**³⁷ (FNO) et le **Syndicat National d'Union des Psychomotriciens**³⁸

35 CeFAP Centre de formation à l'accompagnement périnatal (cefap-france.fr)

36 ANPDE

37 Fédération Nationale des Orthophonistes – Portail de la fédération présentant l'orthophonie, ses champs d'application et ses études. (fno.fr)

38 SNUP - Syndicat National d'Union des Psychomotriciens

(SNUP), professionnels engagés dans le champ du soutien à la parentalité, qui sont particulièrement soucieux d'être présents au sein de ces réseaux.

Comme le précise **Pierre Yves MANCHON** : « **Le soutien à la parentalité est aussi l'affaire des professionnels de santé**, et tels que ceux réalisant EPP³⁹ ou EPNP⁴⁰. L'exemple des « cercles des parents »... Animés par des IPDE⁴¹ est à ce titre intéressant, de même que les profils variés des Référents Parcours Périnatalité ou les réflexions suscitées au sein des équipes de maternité par l'expérimentation du Sac des 1000 premiers jours sur le rôle et l'action des professionnels de maternité en matière de soutien à la parentalité »

11

PRÉCONISATION

Les REAAP sur les territoires semblent inégalement investis et parfois méconnus.

C'est donc, dans leur globalité, que les REAAP mériteraient d'être repensés et pourraient être refondus par la branche Famille.

Revenant à leur ambition première de « faire réseau » autour des familles, en fédérant les dynamiques locales, afin de les articuler dans un principe de complémentarité et d'échanges, il nous semble important de :

- Clarifier l'articulation entre la Charte des REAAP et la Charte du soutien à la parentalité.
- Investir massivement la question de l'évaluation des actions portées par les REAAP
- Définir un cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse pluridisciplinaire, centré sur les besoins fondamentaux de l'enfant

2-3 VERS DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS ?

2-3-1 Inspiration de modèles internationaux

Certains pays ont depuis de nombreuses années, pris la décision d'inscrire leurs actions dans le cadre d'une lecture intégrative.

A l'exemple du Québec, où l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux est favorisée par la mise en place de **Réseaux Territoriaux de Services de santé et de services sociaux** (RTS) visant à assurer des services de proximité et leur continuité.

Le modèle repose en outre sur le principe de **hiérarchisation des services**, lequel

39 Entretien Périnatal Précoce

40 Entretien Postnatal Précoce

41 Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat

facilite la complémentarité des services et le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne.⁴²

Le Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) ou le Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement des Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux (RLS). Par exemple, Le CIUSSS de la Capitale-Nationale de Québec propose aux futurs parents et aux parents de bébés et de jeunes enfants une gamme complète de soins et de services qui favorisent la santé et le développement de leurs tout-petits. Des équipes interdisciplinaires accompagnent les familles dans toutes les étapes et les changements en lien avec la grossesse, la naissance d'un enfant et la parentalité. Des services de soutien familial sont aussi offerts au quotidien ou lors de situations particulières.

*Le centre intégré et ses partenaires **partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés** correspondant aux besoins de la population du territoire et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Pour assumer cette responsabilité populationnelle, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions et de services le plus complet possible, à proximité du milieu de vie des personnes. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux. Le modèle repose en outre sur le **principe de hiérarchisation des services**, lequel facilite la **complémentarité des services** et le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne.*

L'audition réalisée auprès de Jean-François CHICOINE⁴³, a été l'occasion de partager l'organisation d'un système porté par un **ministère de la Famille** qui s'appuie sur des **dispositifs gradués** garants du développement et de la sécurité émotionnelle de l'enfant.

En première ligne se situent les **Centres de la Petite Enfance** (CPE). Il s'agit « d'une personne morale sans but lucratif ou une coopérative qui fournit des services de garde dans une ou plusieurs installations. Les services de garde offerts par un CPE sont subventionnés et ceux-ci offrent donc des places à contribution réduite. Un CPE est un **prestataire de services** de garde reconnu et a donc des obligations à respecter, notamment en matière de santé, de sécurité, de bien-être et de développement des enfants ». Ces dispositifs accueillent les enfants après la première année, principalement passée au domicile de parents, en lien avec un congés parental de 6 à 12 mois. Ces CPE sont animés principalement par des professionnels éducateurs formés aux besoins fondamentaux de l'enfant et à la théorie de l'attachement.

Au sein de ces structures, dans lesquelles l'enfant reste jusqu'à sa scolarisation (vers l'âge de 5 à 6 ans), sont proposés des actions de soutien à la parentalité, prenant des formes diverses.

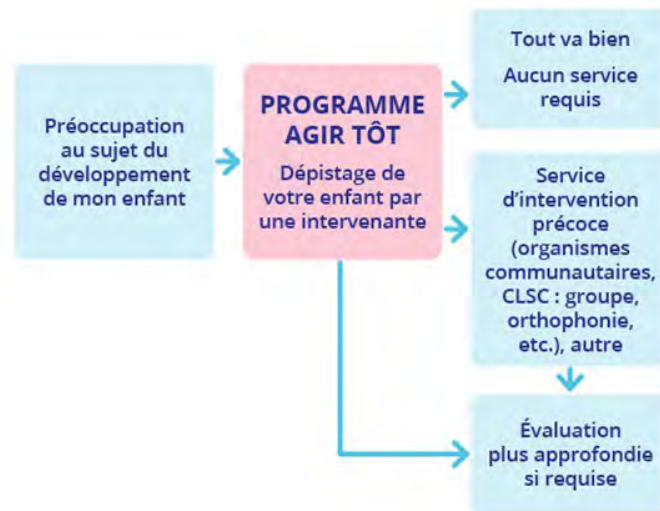
En cas de détection de difficultés précoces de l'enfant, ces services font appel au « **programme Agir tôt** »⁴⁴ portés par l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec. Il s'adresse aux enfants âgés de 0 à 5 ans et à leur famille et vise à identifier le plus

42 FLEURY Marie-Josée. « Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipraticiens », Santé Publique, vol. 23, no. HS, 2011, pp. 155-159.

43 JF CHICOINE, Pédiatre, CHU Sainte-Justine et Professeur agrégé de clinique, Département de pédiatrie, Université de Montréal

44 Programme Agir tôt | Gouvernement du Québec (quebec.ca)

rapidement possible les indices de difficultés dans le développement d'un enfant afin de l'orienter vers les bons services rapidement.



À l'issue de cette évaluation précise, portée des professionnels formés au développement de l'enfant, l'enfant et sa famille seront orientés vers Un troisième niveau si besoin, tel que les **Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)** qui offrent :

- Des services de santé et des services sociaux courants ;
- Des services de nature préventive ou médicale à la population de son territoire ;
- Des services de réadaptation ou de réinsertion ;
- Des activités de santé publique.

Les équipes d'intervention sont composées de **spécialistes de plusieurs disciplines** qui collaborent également avec les intervenants qui côtoient l'enfant au quotidien, comme les membres du service de garde, le corps enseignant, le médecin ou le personnel de l'organisme communautaire qu'il fréquente pour des activités.

2-3-2 La place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans les réseaux de soutien à la parentalité

Les CPTS regroupent les professionnels d'un **même territoire** qui souhaitent s'organiser - à leur initiative - autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elles ont pour objectif le **décloisonnement et réorganisation des soins autour du patient** et sont conçues pour **aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner**. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient, en favorisant l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de **l'éducation à la santé**, de la **prévention**, du diagnostic que des soins.

EXPLORATION

Une CPTS a pour vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire. Les acteurs locaux en déterminent eux-mêmes le périmètre géographique. L'accord conventionnel fixe **4 missions prioritaires**.

- **La première est de faciliter l'accès** aux soins des patients à travers deux leviers : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.
- **La deuxième mission porte sur l'organisation des parcours des patients** en vue d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs, d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients, via une gestion coordonnée renforcée entre tous les acteurs de santé intervenant autour du même patient (mise en place d'annuaires des acteurs de santé, réunions pluriprofessionnelles régulières, outils de partage autour des patients, etc.).
- **La troisième mission principale** concerne le **champ de la prévention**.
- **La quatrième mission** a été ajoutée suite à la crise du Covid-19 et porte sur la **préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle** et sur sa mise en œuvre en cas de survenue effective d'une crise grave qualifiée par les autorités sanitaires.

Dans plusieurs contributions, les professionnels de santé exerçant des missions de soutien à la fonction parentale font références aux **réseaux de santé** ou aux **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, comme une perspective possible de collaboration.

Le **Conseil National des Sage-Femmes** estime que : « Dans le cadre du maillage territorial, les CPTS et la possibilité de mettre en place des projets innovants à destination des familles sont à considérer ». De même l'**ANPDE**, propose que soit : « cité les pôles de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En **fédérant autour d'un projet de santé commun** plusieurs professionnels de santé, (médecin généraliste, pédiatre, sage-femme et professions paramédicales telles que ostéopathes, infirmiers, infirmières puéricultrices, orthophonistes, psychologue.), les ESP jouent un rôle dans la structuration des parcours de santé à l'échelle locale. L'infirmière puéricultrice libérale, forte de ses compétences auprès de l'enfant et de sa famille, à toute sa place au sein de ces groupements professionnels répondant aux enjeux d'accès facilités aux soins, à **une démarche de promotion de la santé et aux besoins d'accompagnement à la parentalité** ».

Dans le cadre de la déclinaison de leur **Programme Régional de Santé**, c'est aux ARS, que sont confiées, les modalités d'organisation de la coordination les plus adaptées aux besoins locaux, à l'organisation existante, aux acteurs présents et aux spécificités de leurs territoires.

La CPTS prend la forme d'un contrat évolutif. Il est signé au niveau local **entre l'ARS, les professionnels impliqués et l'Assurance Maladie**. Au-delà des grands principes fixés dans l'accord national, ce contrat est construit pour chaque communauté, afin de répondre aux **spécificités locales**. Le contenu précis des missions, les moyens déployés, les indicateurs et le suivi des résultats sont définis au niveau local.

12
PRÉCONISATION

Dans un souci de décloisonnement et de réorganisation, les acteurs du domaine de la santé, créent des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

L'implication de ces réseaux s'inscrit **au-delà du secteur de la santé** vers des acteurs fournissant des prestations d'aide à domicile, d'accès aux droits sociaux, de réinsertion sociale ou professionnelle.

Afin d'**optimiser l'impact des réseaux** tout en évitant la redondance des actes, nous proposons que les deux réseaux que sont les **REAAP et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé soient articulés**, ouvrant à une **lecture écosystémique** en adéquation avec les parcours de l'enfant et de sa famille.

2-3-3 Articulation des réseaux préexistants vers un système élargi

L'association les Médecins de La Parentalité (LMDP), propose de créer une nouvelle forme de réseaux « hybrides » qu'ils nomment l' « *Ambitions de demain* » :

- *La création d'un maillage d'attention aux familles en s'appuyant sur les ressources existantes, sous la forme de **réseaux locaux par quartiers** (comme au Danemark⁴⁵) de soutien et d'accompagnement des familles pendant plusieurs mois (suivi au long cours), assuré par des professionnelles formées au soutien à la parentalité et financés (non bénévoles). **Les PMI et les réseaux périnataux** sont en ce sens des partenaires privilégiés qui pourraient être chargés de ces missions, en lien avec d'autres partenaires. Dans ce maillage, **les services petite enfance et enfance des municipalités** seraient acteurs en diffusant l'information de l'existence de permanences, ateliers ou groupes de parole entre pairs.*

45 LETABLIER, Marie-Thérèse. « Les politiques familiales des pays nordiques et leurs ajustements aux changements socio-économiques des années quatre-vingt-dix », Revue française des affaires sociales, no. 4, 2003, pp. 485-514.

- La Création de **comités locaux multidisciplinaires** rassemblant associations et professionnels permettant de **mutualiser les ressources** localement. Lien essentiel à faire aussi entre les réseaux de soutien en anténatal, petite enfance, enfance et adolescence.
- **L'adhésion obligatoire pour chaque intervenant à un réseau formel** : cette appartenance permettrait les échanges entre professionnels, de structurer les **multiples initiatives par territoire** de façon coordonnée, de réaliser un encadrement du maillage d'attention aux familles sur un territoire en fonction de ses ressources réelles ».

Thierry CARDOSO, pour Santé Publique France, estime également que d'autres pratiques issues de la santé méritent d'être explorées telles que :

- « La **mise en place d'une obligation d'enregistrement** dans un registre tenu par une instance départementale représentative du dispositif de soutien à la parentalité, validant le droit à exercer dans ce domaine.
- La **certification périodique des professionnelles** à ordre constituera, peut-être, un complément à la formation permettant de contribuer à satisfaire le 8ème principe...
- Le format des Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM) est à considérer. Ce sont des analyses collectives, rétrospectives et systémiques de cas marqués par la survenue d'un événement pouvant causer des difficultés aux parents, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer le soutien des parents. »

D'autres professionnels engagent à des innovations. C'est notamment la contribution du **Groupe de Pédiatrie Générale Sociale et Environnementale (GPG SE)** : « des organismes comme la CAF ou l'UDAF⁴⁶ semblent moteurs dans le dépôt des projets départementaux et leur mise en place. Il pourrait être pertinent que **l'ensemble des professionnels** (dont les professionnels de santé) **impliqués auprès des enfants et des adolescents** soit associé à cette démarche.

La première étape serait que **l'information** de ce qui existe soit diffusée auprès des responsables des services afin qu'ils le diffusent aux professionnels du terrain - tels que : les services de la **PMI (TISF)⁴⁷**, visites à domicile des puéricultrices de PMI) et de l'**A.S.E.⁴⁸**, les Inter-Secteurs de **pédopsychiatrie**, le service médical (médecins et infirmières) de l'**Education Nationale**, les lieux d'accueils petite enfance (crèches, halte-garderie..), les maisons vertes, les **médecins libéraux** (médecins généraliste, pédiatres via les Unions Professionnelles, Conseil de l'Ordre ..).

Les professionnels en contact avec des publics très divers pourraient adresser les parents en demande vers les rencontres proposées par les REAAP.

La deuxième étape serait d'élaborer comment chaque service pourraient participer à la **formation des travailleurs sociaux** qui animent les rencontres entre parents, en fonction de leur spécificité... ».

46 Union des Associations Familiales

47 Technicien en Intervention Sociale et Familiale

48 Aide Sociale à l'Enfance

La disponibilité et la volonté des professionnels de champs spécialisé de l'écosystème de participer aux actions de soutien à la parentalité, se retrouve dans d'autres contribution comme celle de la **Fédération des CMPP** (FDCMPP) : « *Nombreux sont les professionnels de CMPP, qui souhaiteraient pouvoir être une ressource dans ce champ pour les professionnels du champ social par exemple mais ces actions de travail de réseau ne sont pas reconnues aujourd'hui comme faisant partie inhérente du travail de nos professionnels* ».

Thierry CARDOSO de conclure pour **Santé Publique France** : « *Au regard de ces enjeux sur l'impact de la trajectoire « santé » d'individu en maturation (l'enfant et le parent) les services de soutien à la parentalité devraient être définis comme **partie intégrante du service de santé et de prévention** et non détachés de la prévention en santé comme cela est présenté aujourd'hui.* »

13
**PRÉCON-
SATION**

Les familles sont un des **publics cible** que **partagent les CAF, les ARS, les départements et les communes sur leur territoire.**

La réponse aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'enrichirait d'un **renforcement de la coopération.**

Une mutualisation de l'**utilisation des bases de données**, par exemple, permettrait dans le respect des règles du RGPD, de toucher des publics allocataires potentiellement fragilisés par des campagnes de prévention, ou encore d'impliquer les partenaires des organismes de sécurité sociale, considérant qu'ils peuvent être des acteurs relais de ces campagnes de prévention.

Une **nouvelle forme de réseau intégré de services** incluant des prestations de services diverses complémentaires à celles de soins doit émerger, impliquant de formaliser un **groupement de coopération sanitaire, social et médico-social.**



3 UN INCONTOURNABLE : LA COOPÉRATION

3-1 DES POLITIQUES INTÉGRATIVES

3-1-1 La politique des 1000 premiers jours, une volonté de décloisonnement et d'articulation de politiques publiques autour de l'enfant et de sa famille

Dans un objectif de santé publique, le projet des 1000 premiers jours porte l'accompagnement des parents et futurs parents, « *dans leur responsabilité première d'éducation et de soin* ». Il entend les aider à créer un environnement favorable au développement de leur enfant, à sa santé et à celle de l'adulte qu'il deviendra.

Il intègre ainsi des actions relevant du **soutien à la parentalité** : action de soutien, d'écoute, de conseil, d'information ou visant à encourager l'entraide et l'échange entre parents.

La politique des 1000 premiers jours s'inscrit avant tout dans une **volonté d'articulation, autour des jeunes enfants et de leurs (futurs) parents de stratégies et plans nationaux et locaux.**

PENSÉE

la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, le Plan Priorité Prévention, le Plan National Santé Environnement et les PRS, la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté, la Stratégie Nationale de Soutien à la Parentalité, la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance ou encore le Plan de Lutte contre les Violences faites aux Enfants et les mesures issues du Grenelle contre les violences conjugales, en lien avec les Directions Régionales pour l'Autonomie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS)...

EXPLORATION

« Les 1000 premiers jours, c'est d'abord un moment de vie pour l'enfant et ses (futurs) parents : une période qui court de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant. C'est un tout qui unit les temps d'avant et d'après la naissance, jusqu'au seuil de l'école maternelle.

Les 1000 premiers jours, c'est un concept scientifique mettant en évidence une période clef pour le développement de l'enfant : sa santé, son bien-être et celui de ses parents. Pendant cette période, le cerveau de l'enfant se développe plus qu'à tout autre moment. C'est le moment de poser avec lui certaines des fondations de sa vie : pour lui et pour l'adulte qu'il deviendra.

*Les 1000 premiers jours, c'est ensuite en 2020 le rapport de la commission d'experts présidée par **Boris CYRULNIK** et réunie à l'initiative du Président de la République. Ces travaux ont permis d'identifier les facteurs favorables au développement de l'enfant et les leviers d'actions possibles afin d'investir davantage l'accompagnement des familles tout au long des 1000 premiers jours.*

Les 1000 premiers jours, c'est enfin l'ambition d'une nouvelle politique publique, conçue autour des besoins de l'enfant et de ses parents. Depuis 2021, le projet national des 1000 premiers jours est piloté par le ministère des solidarités et de la santé et mené avec ses partenaires de la Sécurité sociale, de Santé publique France, ainsi que des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Directions Régionales de l'économie, de l'Emploi, du Travail des Solidarités (DREETS) ».

La démarche des 1000 premiers jours consiste à **favoriser les synergies entre acteurs**, en identifiant les dispositifs existants et en les articulant avec les initiatives nouvelles, de manière cohérente et lisible. L'enjeu est souvent moins la création de nouveaux services que la bonne connaissance de ce qui existe et leur articulation.

Dans leur contribution, **Mayalen IRON** et **Pierre-Yves MANCHON**, insistent sur ce point précisant que : « **Le projet des 1000 premiers jours permet de réunir des administrations et des professionnels qui ont l'accompagnement des parents en partage sans pour autant avoir jusqu'à présent eu l'occasion, le réflexe ou l'invitation à travailler ensemble. Les dynamiques locales constatées dans les territoires suggèrent que cela répond à un besoin de décloisonnement auquel il convient d'apporter des supports ou lieux d'incarnation.** ».

Afin que cette dynamique prenne vie, les acteurs de terrain des 1000 premiers jours sont mobilisés, de façon non exhaustive :

- La CNAF et les CAF sont impliquées dans le renforcement des modes d'accueil du jeune enfant, notamment en horaires atypiques, la promotion de solutions de répit pour les parents ainsi que dans l'expérimentation de groupes de naissance.
- Les ARS sont au cœur du chantier 1000 premiers jours, en faveur de la santé des enfants et de leurs parents. Les ARS volontaires participent à l'expérimentation du Référent Parcours Périnatalité⁴⁹ (RéPAP), du Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes en situation de Handicap⁵⁰ (SAPPH) et au renforcement de la prise en charge des détresses parentales.
- ARS et Directions Régionales de l'économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) lancent enfin des appels à projets régionaux pour soutenir l'émergence ou l'expérimentation de projets innovants, adaptés aux quotidiens et aux lieux de vie des parents, afin de les accompagner tout au long de cette période, au bénéfice de la santé et du développement de leur enfant.
- Les Commissaires à la lutte contre la pauvreté sont étroitement associés à ces appels à projets, en particulier pour œuvrer à leur bonne articulation avec les actions menées dans le cadre de l'engagement n°1 de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : l'égalité des chances dès les premiers pas. Ils peuvent notamment travailler les liens possibles avec le volet territorial du plan de formation Enfance=Egalité⁵¹ des professionnels de la petite enfance.
- Les Conseils départementaux : La politique des 1000 premiers jours, correspond également aux objectifs et aux compétences de la PMI. Cette nouvelle politique de prévention, a fait l'objet d'une contractualisation les conseils départementaux⁵².

49 Expérimentation « Référent parcours périnatalité » (RéPAP) : pour un accompagnement personnalisé et sans rupture de la grossesse aux trois mois de l'enfant - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

50 SAPPH | Handicap

51 Plan de formation Enfance=Egalité : pour que chaque professionnel de la petite enfance soit demain, plus encore qu'aujourd'hui, un acteur de la lutte contre les inégalités - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

52 Refonder la PMI - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

Grâce aux collectivités, aux associations, aux acteurs privés marchands, à l'Etat et à la Sécurité sociale, la France est riche des nombreux professionnels et services qui entourent dès aujourd'hui les (futurs) parents et les jeunes enfants.

En 2022, les Commissaires à la lutte contre la Pauvreté sont invités à s'associer aux ARS et DREETS pour concevoir des appels à projets conjoints intégrant un volet sur la formation des professionnels de la petite enfance du **plan Enfance=Egalité**, initié dans le cadre de la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté.

14 PRÉCONISATION

Le déploiement de la politique des 1000 jours encourage le **décloisonnement**, considérant ainsi le soutien à la parentalité comme un enjeu transverse des politiques publiques, bien au-delà d'une lecture duelle, opposant social et santé.

Nous proposons que les 1000 premiers jours soient le terrain d'expérimentation de **modèles de financements hybrides** permettant de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et des services de soutien aux familles.

Ainsi, l'enjeu est souvent moins la création de nouveaux services que **l'articulation de l'existant dans un nouveau modèle de financements hybrides** afin d'en assurer la pérennité.

Ces expérimentations de modèles de financement hybrides pourraient **s'inspirer de l'article 51 développé par les ARS**, afin de déroger à des règles de financement de droit commun et d'organisation, qui rendent actuellement inapplicables des modalités de coopération entre professionnels de santé et services de soutien à la parentalité.

3-1-2 Les cités éducatives

Le projet des « Cités éducatives »⁵³ est né d'une **expérimentation**, à Grigny (91), en 2017. Le projet « Cités Éducatives » est devenu un programme national en 2019⁵⁴.

Au travers de ce programme, le **ministère chargé de la Ville et du Logement et le ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports** mettent en œuvre des mesures pour renforcer l'accompagnement des enfants et des jeunes à chaque étape de leur parcours dans des territoires pertinents dits « prioritaires » et définis par la politique de la ville.

Les objectifs des Cités éducatives sont de **mobiliser et structurer tous les acteurs de la communauté éducative** (État, collectivités locales, CAF, parents, associations, intervenants du périscolaire, travailleurs sociaux, écoles et collèges. ...)

⁵³ Cités éducatives | Agence nationale de la cohésion des territoires (agence-cohesion-territoires.gouv.fr)

⁵⁴ Cités éducatives (citeseducatives.fr)

autour d'enjeux éducatifs partagés pour consolider la prise en charge des enfants et des jeunes de quartiers prioritaires de la politique de la ville, depuis la petite enfance jusqu'à leur insertion professionnelle, à tous les temps et dans tous les espaces de vie.

L'ambition des Cités éducatives n'est pas d'être un dispositif de plus mais de **mieux coordonner les dispositifs existants et d'innover pour aller plus loin.**



Chaque Cité éducative est pilotée localement par un trio d'acteurs complémentaires, issus de l'état déconcentré, la collectivité territoriale, et l'éducation nationale.



La Cité éducative, de son élaboration à sa mise en œuvre concrète dans les territoires, encourage et favorise la concertation d'acteurs. L'ambition du projet et sa structuration reposent sur les besoins spécifiques de chaque territoire.

Des axes et d'ambitions prioritaires communs aux territoires faisant face à des défis éducatifs

- Améliorer la réussite, l'orientation et l'ambition dans la scolarité ;
- Faire converger les efforts autour des 0-6 ans, en lien étroit avec les parents ;
- Aller vers les jeunes sans diplôme pour les aider à rebondir sur une formation ou un emploi ;
- Renforcer l'offre de santé, en matière de prévention, de dépistage et de soins ;
- Sortir du quartier grâce à des stages, des loisirs et des séjours ;
- Améliorer le cadre de vie quotidien ;
- Permettre l'éveil de l'esprit critique.

Le projet des Cités éducatives est un exemple de stratégie de décloisonnement des politiques publiques et de coopération interministérielle. La mise en place de services de soutien à la parentalité devient une condition de réussite de tels projets dont l'ambition est plus large.

15

De l'**expérience des acteurs de terrains**, dont la richesse constitue une ressource afin d'innover et mieux répondre aux besoins des familles, à l'**état qui impulse les politiques** publiques, les **maillons sont nombreux**.

L'enjeu véritable est que de toutes ces volontés et engagements se mettent en œuvre sur les territoires, des actions au service de l'enfant et de sa famille.

Afin de ne pas majorer un morcellement déjà important, nous estimons qu'il **ne s'agit pas de « démultiplier » de nouveaux services**, mais bien de **capitaliser les ressources existantes** pour réajuster les services à l'identification des besoins.

Nous estimons que cette impulsion collaborative doit s'appuyer sur l'existence d'un **socle de connaissances** ouvrant à une **culture commune partagée**, à travers la **formation de l'ensemble des acteurs du soutien à la parentalité**.

3-2 LES SCHÉMAS DIRECTEURS : LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX DE SERVICE AUX FAMILLES.

Expérimentés en 2014 et installés au niveau national à partir de 2015, **les Schémas Départementaux des Services aux Familles (SDSF)** ont pour objectif de permettre aux différents partenaires, impliqués dans la mise en œuvre des services aux familles et principalement d'accueil de la petite enfance et de soutien à la parentalité, de définir ensemble un **diagnostic partagé et un plan d'action territorialisé**.

Ils constituent ainsi le cadre structurant des plans d'actions qui doivent se mettre en œuvre sur tous les territoires.

Les SDSF sont aussi une première tentative de réunir deux champs d'intervention jusque-là séparés en France : l'accueil du jeune enfant et le soutien à la parentalité ; même si jusque-là il s'agit bien plus de juxtaposition de politiques que d'une politique englobant l'accueil du jeune enfant dans le champ plus large du soutien à la parentalité.

EXPLORATION

Les Schémas Départementaux de Service aux Familles ont pour missions :

- *1° Le développement et le maintien des services aux familles : il s'agit de soutenir la création de places d'accueil au sein des trois modes d'accueil définis par le CASF mais aussi de veiller à la pérennité de l'offre existante en la soutenant si besoin*
- *2° L'information et l'accompagnement des assistants maternels et des candidats potentiels à l'exercice de ce métier, en lien avec les services publics de l'emploi, mais également avec les services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et au sein des Relais Petite Enfance (RPE).*
- *3° L'information et l'orientation des familles sur les modes d'accueil du jeune enfant et sur les services de soutien à la parentalité.*
- *4° L'organisation des transitions entre les modes d'accueil du jeune enfants, école , accueil péri et extrascolaire ainsi qu'avec les services et établissements médico- sociaux. Ex : avec les Services d'éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)*
- *5° La formation des professionnels de l'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité, élément clef de la qualité d'accueil mais aussi des perspectives d'évolution professionnelle.*
- *6° L'information des employeurs sur les politiques d'accueil du jeune enfant et de soutien à la parentalité : le comité contribue à la conciliation entre vie professionnelle, vie sociale et vie familiale*

Les SDSF tiennent compte des **orientations nationales** définies par :

- Le ministre chargé de la Famille, notamment communiquées lors de la conférence nationale des services aux familles, prévue à l'article D. 112-2 du CASF ;
- Les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) signées entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) d'une part et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) d'autre part, et leurs déclinaisons. Elles fixent les priorités et les objectifs nationaux partagés par l'Etat et les caisses de la sécurité sociale en matière de développement quantitatif et qualitatif des services aux familles ainsi que les moyens associés ;
- Les stratégies et plans gouvernementaux, en particulier, la Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté (SNPLP), la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance (SNPPE), la Stratégie Nationale de Soutien à la Parentalité ;
- Les priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile prévues par l'article L 2111-1 du code de la santé publique issu de la loi n° 2020-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, fixées par le ministre chargé de la santé en concertation avec les représentants des départements ;
- Les programmes et actions relevant de la politique de la ville et plus généralement de la politique de cohésion des territoires, à l'exemple des programmes de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT)

Selon l'ordonnance du 19 mai 2021 relative aux services aux familles, le **Comité Départemental des Services aux Familles (CDSF) devient l'unique instance partenariale de pilotage** et remplace le comité de pilotage stratégique du SDSF. Il réunit 37 membres, représentant les collectivités territoriales, les directions départementales de l'Etat, les acteurs de la protection sociale, l'Education nationale, l'Agence régionale de santé, la Justice, les professionnels, les gestionnaires, et les familles et assure :

- La validation des orientations politiques des actions à mettre en place en faveur des familles,
- Le recueil de données et la proposition d'actions afin de favoriser l'accès des personnes en difficulté ou en situation d'insertion professionnelle,
- La coordination des actions de ses membres pour favoriser le maintien et le développement des services aux familles.

Sa composition vient reconnaître les enjeux de la parentalité comme transverses aux différentes politiques publiques qu'il convient d'appréhender conjointement.

Un Comité Départemental des Services aux Familles comprend 37 membres (CDSF) Décret n° 2021-1644 du 14 décembre 2021 relatif à la gouvernance des services aux familles et au métier d'assistant maternel - Légifrance (legifrance.gouv.fr) :

- 1° Quatre maires ou présidents d'établissements publics de coopération intercommunale, désignés par l'association départementale des maires, dont un au moins d'une commune de plus de 10 000 habitants ou, si le département ne comporte pas de communes de cette taille, d'une commune de plus de 3 500 habitants ; pour Paris, le maire ou son représentant et trois membres du conseil de Paris désignés par le conseil de Paris ;
- 2° Quatre représentant des services du Conseil Départemental désignés par le président du conseil départemental, dont le médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile ou son représentant et le directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou son représentant ;
- 3° Le directeur responsable de la formation des services du conseil régional de la région d'appartenance du département ;
- 4° Trois représentants des services de l'Etat, dont le directeur départemental chargé de la cohésion sociale ou son représentant, le directeur des services départementaux de l'Education Nationale ou son représentant et le directeur des services départementaux compétents en matière de prévention de la délinquance ou son représentant ;
- 5° Le délégué départemental de l'Agence Régionale de Santé ;
- 6° Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- 7° Un administrateur de la caisse de Mutualité Sociale Agricole, désigné par le président du conseil d'administration de la caisse après consultation du responsable départemental de l'action sanitaire et sociale de la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ;
- 8° Quatre représentants des services de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de la Mutualité Sociale Agricole, conjointement désignés par leurs directeurs ;
- En cas de pluralité de Caisses d'Allocations Familiales dans le département, les directeurs des conseils d'administration désignent les personnes chargées de représenter leurs services ;
- 9° Cinq représentants d'associations ou d'organismes gestionnaires d'établissements ou de services d'accueil du jeune enfant ou de soutien à la parentalité ou de leurs regroupements, dont au moins un représentant du secteur public, un représentant du secteur privé non lucratif, un représentant du secteur privé marchand et un représentant d'associations professionnelles d'assistants maternels, désignés par le préfet sur proposition des vice-présidents ;
- 10° Cinq représentants des professionnels des services aux familles, représentatifs des différents modes d'accueil et dispositifs présents dans le département, dont deux représentants des assistants maternels, deux représentants des professionnels des modes d'accueil collectif et un représentant des professionnels du soutien à la parentalité, désignés par les organisations syndicales représentatives ;

- 11° Un représentant des particuliers-employeurs d'assistants maternels ou de garde d'enfants à domicile, conjointement désigné par les organisations représentatives des particuliers employeurs ;
- 12° Un représentant des employeurs privés conjointement désigné par la ou les chambres de commerce et d'industrie, la chambre de métiers et de l'artisanat de région, la chambre régionale de l'économie sociale et solidaire et la chambre d'agriculture ;
- 13° Un représentant des employeurs publics du département, désigné par le secrétaire général aux affaires régionales ;
- 14° Le président de l'union départementale des associations familiales ou son représentant ainsi que deux parents ou représentants légaux d'enfants désignés par le préfet sur proposition du président de l'Union Départementale des Associations Familiales ;
- 15° Deux personnes qualifiées dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants, du soutien à la parentalité et de la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, désignées par le préfet sur proposition des vice-présidents.

Pour chacun des membres désignés, un suppléant est désigné dans les mêmes conditions.

16
PRÉCONISATION

A l'instar du schéma départemental du service aux familles, la politique de soutien à la parentalité s'inscrit dans la **pluralité de ses institutions** et témoigne de la volonté d'ancrer le soutien à la parentalité dans une **perspective large** qui vient rassembler des **politiques publiques ambitieuses** et de les articuler.

Nous souhaitons ici questionner le niveau au sein duquel sera situé le **pilotage national**, d'une telle aspiration. Il s'agirait de passer d'un soutien à la parentalité porté par **UNE politique de l'enfance** et de la famille, organisée sur un **modèle écosystémique**.





III. L'ÉLABORATION DE L'ÉCOSYSTÈME DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ



Le parti pris d'une **lecture écosystémique** vient en résonance avec le **besoin de reconnaissance** exprimé par les professionnels intervenants auprès des familles. Il s'agit que chacun puisse **se reconnaître, de sa place, comme légitime et légitimé dans cet écosystème**.

En **son centre il y a l'enfant et sa famille** d'où s'étend le maillage d'acteurs qui construisent un réseau interrelié, de modalités complémentaires d'actions de soutien à la parentalité. Elles répondent de manière **graduée et ajustée** aux besoins du public soutenu dans cette étape initiatique qu'est l'accès à la parentalité.

Appréhender, avec le plus d'exhaustivité, **l'ensemble de ces professionnels et bénévoles engagés**, a constitué pour nous, une **étape incontournable** à la définition des **compétences socles**.

Témoin de la **richesse de ce large et pluriel éventail**, il constitue à nos yeux, outre un prérequis comme une reconnaissance de cette diversité, mais également une **composante indispensable du contenu même des connaissances** nécessaires à l'exercice des actions de soutien à la parentalité.

1 LE MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE

1.1 LE CHOIX D'UN MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE

Soucieux d'inscrire cette réflexion dans une **lecture écologique** du développement de l'humain, à l'instar de certains auteurs **CYRULNIK**¹, nous avons fait le choix d'utiliser du modèle écosystémique d'**Urie BRONFENBRENNER**.

Cette vision écosystémique trouve un précédent dans l'évaluation de la politique de soutien à la parentalité de 2013 proposées par **l'Inspection Générale des Affaires Sociales**² (IGAS).

Elle permet de considérer le rôle majeur de l'environnement sur le développement de l'enfant. En effet, le modèle écosystémique défend que **l'environnement dans lequel nous grandissons affecte tous les plans de notre vie**. Notre façon de penser, les émotions que nous ressentons ou nos goûts et préférences seraient déterminés par différents facteurs sociaux.

Ainsi, inscrites dans chacun des systèmes décrits dans cette modélisation, les typologies d'actions de soutien à la parentalité y sont explorées en fonction de leur ambition **d'accompagner le parent en qualité de premier éducateur de son enfant, dans ses droits et devoirs** envers son enfant et assurer **sa sécurité, sa santé, sa moralité, son éducation** et permettre **son développement**.

1 Boris - Des âmes et des saisons - Odile Jacob - 2021

2 Evaluation de la politique de soutien à la parentalité- 2013 - ASH numéro 2798 du 22 02 2013 et Aider les parents à être parent ASH numéro 2773 du 07 02 2012.

L'écosystème sur lequel nous appuyons notre réflexion a été une aide à la structuration d'une lecture large mais qui n'a pas vocation à être exacte. En effet, nous appréhendons ce modèle selon la **notion de vérisimilarité**, développée par **Karl POPPER** et utilisée dans le domaine de la recherche scientifique.

Il permet de retenir la plus ou moins bonne correspondance entre une proposition et un fait. L'idée centrale est que le chercheur, ne pouvant accéder au réel même des choses qu'il observe pourtant, devra se contenter d'une correspondance approximative des énoncés de ses résultats avec les faits étudiés.

Autrement dit, notre modèle ne peut qu'être imparfait et nécessiterait d'être sans cesse réactualisé au regard du caractère même de ce qu'il tend à définir c'est-à-dire un champ mouvant et changeant.

Nous avons donc pris le parti de construire un **écosystème suffisamment juste** pour nous permettre de nous aider dans la réalisation de notre mission.

17

Reconnaitre la diversité des dispositifs de soutien à la parentalité, dans une **lecture écologique** du développement humain, au service de **l'enfant et de sa famille**, constitue un **prérequis incontournable** à l'élaboration de propositions coordonnées et complémentaires en matière de compétences socles.

La finalité de **l'intérêt supérieur de l'enfant et de la réponse à ses besoins fondamentaux** est une valeur de ce système.

1.2 L'ÉCOSYSTÈME DU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ, UN SYSTÈME COMPLEXE

Ce modèle écosystémique a le mérite de nous permettre la **reconnaissance** de :

- La diversité des besoins des familles,
- La pluralité des actions,
- La pluralité des acteurs,
- Les nombreux croisements des politiques publiques.

Ce travail écosystémique nous projette dans une **conception du soutien à la parentalité en tant que système complexe**. Par extension, les interventions de soutien à la parentalité ne peuvent que s'appréhender dans cette conception de la complexité.

Les travaux d' **Edgar MORIN**³ peuvent soutenir notre réflexion. Il qualifie de complexe un système composé d'une multitude d'entités dont les interactions locales font émerger des propriétés globales difficilement prédictibles par la seule connaissance des propriétés de ces entités. C'est l'**interconnexion** et l'**interdépendance** croissantes des réseaux, quelle que soit leur nature, qui rendent de plus en plus prégnants leurs fonctionnements en tant que systèmes complexes.

Contrairement à l'épistémologie classique, l'épistémologie complexe proposée par **Edgard MORIN**⁴ nous invite à utiliser la métaphore d'un système en réseau dont la structure n'est pas hiérarchique, aucun niveau n'étant plus fondamental que les autres.

18

Ce modèle **écosystémique** permet la reconnaissance de :

- La diversité des besoins des familles,
- La pluralité des actions,
- La pluralité des acteurs,
- Les nombreux croisements des politiques publiques.

Cette **multiplicité et hétérogénéité**, des modalités de soutien à la parentalité, s'inscrit dans une approche d'une épistémologie **complexe**, considérant que :

- **Les structures sont non hiérarchiques**, aucun niveau n'étant plus fondamental que les autres
- La **reconnaissance des compétences de TOUS les acteurs** est une des conditions sine qua non de son fonctionnement
- Son efficacité est **dépendante de son interconnexion**.

1.3 LA CONNECTIVITÉ DES SYSTÈMES

Il serait assez séduisant de penser et de se dire qu'aujourd'hui, les compétences sont présentes sur les territoires auprès des familles, et que les familles peuvent rencontrer de multiples acteurs : du médecin généraliste ou pédiatre de quartier jusqu'aux professionnels de l'établissement d'accueil du jeune enfant, de la sage-femme lors de l'entretien post-natal précoce jusqu'à l'orthophoniste, de l'instituteur jusqu'au neuropsychologue réalisant un bilan neuropsychologique, de l'accueillant en LAEP jusqu'au juge pour enfant qui va statuer sur le mode de résidence et éventuellement orienter vers un exercice de la parentalité dans un espace de rencontre...

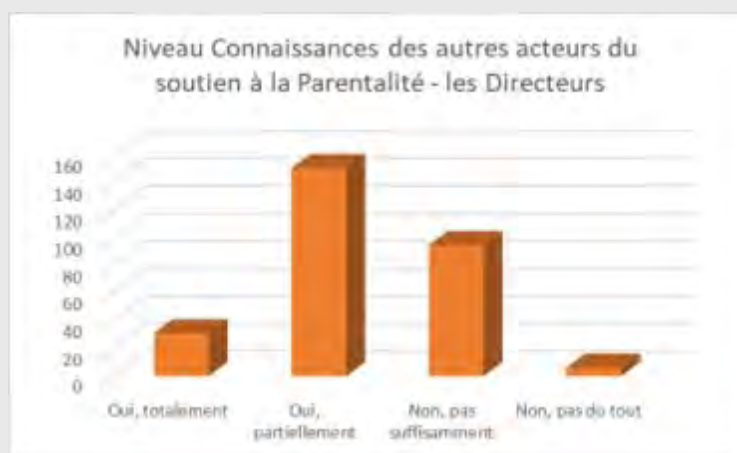
3 Edgar Morin, La Méthode - tome 3 La Connaissance de la connaissance anthropologie de la connaissance. Ed Le Seuil – 2013.

4 Edgar Morin, La complexité humaine, Paris, Flammarion, 1994.

Mais le sentiment d'isolement des parents, dont font part certaines études¹⁵ nous informe que la lisibilité donnée aux dispositifs du soutien à la parentalité et leur connexion reste à interroger.

L'apport des questionnaires :

À la question : « Estimez-vous connaître suffisamment les autres acteurs du soutien à la parentalité ? », les répondant s'expriment majoritairement « oui et plutôt oui » à 64 % pour les directions et 66 % pour les professionnels.



Nous estimons que ce taux de réponse peut être amélioré et ainsi que le **besoin de développer cette interconnaissance** reste une priorité.

Nous partons aussi de l'hypothèse que la conception du vaste écosystème que propose ce rapport peut amener les professionnels à plus investir dans cette interconnaissance.

Dans les contributions écrites, les contributeurs mentionnent leur volonté de mieux **travailler ensemble**. Ils appellent à sortir des cloisonnements.

Pour l'enfant et sa famille, nous pensons que ces **fonctionnements compartimentés**, induisent beaucoup d'incompréhensions et peuvent générer un découragement, **peu propices à l'expression de la demande d'aide**, désactivant leur motivation à solliciter ce soutien.

Le **Conseil National Professionnel des Sage-Femmes** nous en partage l'analyse :
« Les acteurs des réseaux sont nombreux et dispersés et peu ou **pas coordonnés** pour une attention autour des familles dans le champ de la prévention et de la parentalité. Nous pouvons déplorer que dans de nombreuses régions, les **transmissions** entre l'hôpital et les professionnels de ville sont **inexistantes** et c'est bien souvent la patiente qui transmet au professionnel, qui prend le relais à domicile, le déroulé de son accouchement et de son séjour en secteur d'hospitalisation. Les familles sont souvent **découragées** lorsqu'elles passent de professionnel en professionnel et doivent **recommencer avec chacun d'eux**. Certains professionnels ou acteurs ne sont **pas** non plus **mobilisés** car **inconnus** des autres professionnels et acteurs et pourtant bien présents sur le territoire. Les parents sont parfois orientés vers des acteurs en « **post-besoin** » et non en prévention des besoins anticipés. Les **actions sont souvent trop tardives** et les acteurs qui interviennent ne sont plus ceux qui devraient ou peuvent répondre à la demande dans une période où l'enfant grandit vite et fait évoluer rapidement les besoins de soutien à la parentalité ».

Dany BILLES, coordinatrice **APIMI** (crèche inclusive) insiste sur l'importance du maillage entre professionnels, et la manière qu'ils ont de faire vivre le lien entre eux, entre les dispositifs : « Le soutien à la parentalité c'est aussi proposer ce **maillage** entre les dispositifs sur lesquels les parents vont **pouvoir s'appuyer dans leur parcours**, s'appuyer sur cette **continuité d'accompagnement** ».

Le service **OPTIM'SERVICES**, porté par la **SNCF**, fait état de l'importance de considérer plusieurs facteurs dans l'efficacité de la mise en œuvre des actions plurielles de soutien à la parentalité : « L'une des conditions pour s'inscrire dans une prévention « active » est la carte de la **proximité**, pour faciliter l'accessibilité des actions. Une autre condition est la **pérennité** (continuité des dispositifs) pour permettre aux parents - et acteurs du territoire- d'identifier la structure ou le réseau et favoriser le repérage du dispositif par les parents ».

L'Association **Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômées et des Étudiants (ANPDE)**, complète cette analyse par leurs observations : « Pour garantir un accompagnement de qualité dans le champ de la prévention et de la parentalité, il est nécessaire de proposer des prestations **facilement repérables, adaptées aux besoins des familles, continues et accessibles**, en lien avec une équipe pluriprofessionnelle coordonnée et des locaux adaptés et identifiés ».

Sébastien CUINET, président de l'Association Pour la Médiation Familiale¹⁶ (**APMF**) témoigne : « je souhaiterais néanmoins formuler le vœu d'une **collaboration efficiente** entre professionnels, au

service du soutien à la parentalité et plus généralement, des familles. En effet, selon les territoires et parfois la qualité des relations pouvant exister entre professionnels au service des familles, il arrive que celles et ceux qui auraient fondamentalement besoin d'un accompagnement à la hauteur des difficultés qu'ils rencontrent, soient « baladés » entre les mains de divers professionnels. Sans ébrécher la qualité du secret professionnel ou atteindre l'éthique de tout professionnel formé et qualifié, il me semblerait heureux de **trouver les canaux de communication** adaptés permettant de nous **mettre tous ensemble en action au service des familles**, avec comme seul objectif un accompagnement de qualité ».

19 PRÉCONISATION

Nous considérons que la méconnaissance et la non-considération de cette lecture écosystémique peut induire des **fonctionnements compartimentés**.

Ceux-ci entraînent, pour l'enfant et sa famille, mais aussi les acteurs du champ du soutien à la parentalité, beaucoup d'incompréhension.

Ils peuvent générer un découragement, **peu propices à l'expression de la demande d'aide**, désactivant la motivation à solliciter ce soutien, chez un public ayant une représentation de l'aide la plupart du temps, marquée par **l'inutilité, l'insatisfaction ou la menace**.

La connaissance de l'écosystème du soutien à la parentalité doit être, de manière impérative, inscrite dans le contenu des compétences socles, de tous acteurs de soutien à la parentalité.

Il a pour objectifs :

- La **connaissance et reconnaissance** de autres acteurs du territoire en matière de soutien à la parentalité.
- La **communication** et **l'interconnexion** entre les modalités d'interventions auprès du public.
- La **construction d'une confiance mutuelle**, base essentielle de la coopération.

2 LE MICROSYSTÈME

Selon Urie BRONFENBRENNER, le microsystème est constitué de l'environnement immédiat de l'individu. Nous avons donc considéré qu'appartiennent au microsystème **les services aux familles**. Nous les subdivisons en trois catégories de services :

- L'activité principale du service est le soutien à la parentalité,
- Le soutien à la parentalité est une activité complémentaire d'une activité première en direction des familles en permettant la conciliation vie familiale et vie professionnelle notamment,

- Les services pour lesquels le soutien à la parentalité est une activité complémentaire de la mission première s'exerçant en direction d'un public plus large que celui des familles, les habitants d'un territoire par exemple.



2.1 LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ COMME ACTIVITÉ PREMIÈRE

Une modélisation de ce type avait été proposée par l'IGAS cité précédemment, dans leur « évaluation de la politique de soutien à la parentalité »¹⁷ en 2013.



Source : Rapport IGAS

2.1.1 Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) :

L'A.A.D. (Aide et d'Accompagnement à Domicile) dans le cadre de son référentiel¹⁸ d'intervention, permet aux familles de bénéficier de l'accompagnement par des professionnels qui soutiennent les parents dans leurs relations avec les enfants, les conseillent sur l'organisation et l'entretien de la maison et effectuent les tâches ménagères et domestiques nécessaires.

Leur action s'inscrit aussi **dans le droit au répit**. Leurs motifs d'intervention se définissent ainsi : « *besoin d'un soutien à l'éducation des enfants, pour les parents confrontés à une difficulté passagère ou parfois durable s'agissant des situations de handicap* ».

EXPLORATION

« Le dispositif d'aide à domicile des familles constitue un **outil d'intervention des CAF** auprès des familles vulnérables confrontées à des difficultés ponctuelles venant perturber, de façon importante mais temporaire, l'équilibre familial et avoir une répercussion sur les enfants. »

La branche Famille, en 2019, contribue au financement de **19 960 Accompagnateurs Éducatifs et Sociaux** (anciennement sous le sigle AVS) **et 4279 Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale** (TISF). Ce qui équivaut en ETP¹⁹ à 3418 accompagnateurs éducatifs et sociaux/AVS¹⁰ et 1732 Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale.

Ces services sont déployés selon des **éléments fragilisants** définis ci-après :

- L'arrivée d'un enfant (grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant),
- Les dynamiques familiales à soutenir (événements de vie, accidents, familles nombreuses, réorganisation familiale),
- Les rupture familiale (séparation, incarcération, décès),
- L'inclusion (notamment les familles dont un enfant est porteur de handicap avec ou sans reconnaissance Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)¹¹).

8 C 2021-016_Annexe 1_Simplification financement Aad VÉpdf (cafr)

9 Equivalent temps plein

10 Auxiliaire de vie sociale

11 MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

Qualifications :

Les SAAD familles recrutent **deux types d'intervenants** qui doivent être titulaires de l'un des Diplômes d'Etat (DE) suivants :

Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF) : décret n°2006-250 du 1er mars 2006, arrêté du 25 avril 2006 et référentiels. Professionnalisation des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) par un DE : anciennement « travailleuses familiales », elles accompagnent des personnes au quotidien pour favoriser leur autonomie (HFCEA, 2016). 6055 ETP recensés en 2018 et besoin de 1100 TISF pour maintenir le niveau d'activité (étude de 2020).

Accompagnant Educatif et Social (DEAES): décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social, annonçant le remplacement du diplôme d'AVS par le diplôme d'AES spécialité domicile.

A ces professionnels s'associent les équipes d'encadrement et de direction faisant le lien entre la famille accompagnée, l'intervenant à domicile et les partenaires et les personnels administratifs assurant l'accueil physique et téléphonique, la gestion administrative (gestion des plannings, établissement des facturations, comptabilité...).

Dans sa contribution l'ADMR¹², partage ses préoccupations : « Nous souhaitons insister sur l'importance d'une **meilleure connaissance et reconnaissance des SAAD Familles** comme acteurs du soutien à la parentalité. Les professionnels des SAAD Familles, par leur **observation soutenante**, sont de vrais alliés des familles : passant de nombreuses heures à domicile, ils sont là pour conseiller, aider, guider et ainsi prévenir les dysfonctionnements du lien parents-enfants. Le métier de Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), véritable **métier de spécialiste du soutien à la parentalité** à domicile, est peu connu et reconnu... Le constat de difficultés récurrentes de recrutement des TISF, seuls travailleurs sociaux spécialistes de l'accompagnement à la parentalité à domicile, imposent aux acteurs du secteur de trouver des leviers et de construire des dispositifs innovants. ».

2.1.2 Lieux d'Accueil Enfant Parent (LAEP)

Les Lieux d'Accueil Enfant-Parent s'adressent aux parents d'un enfant jusqu'à ses 6 ans. Dans ces lieux d'écoute et d'accompagnement à la parentalité, des équipes d'accueillants professionnels et bénévoles sont formées à l'écoute et à la posture d'accueil des parents. Ces espaces assurent des missions **de lien social**.

Leur mission est d'accompagner les parents dans leur rôle parental, éveiller et socialiser les enfants, rompre l'isolement des familles, **préparer la séparation avec son enfant**.

12 Réseau associatif national de service à la personne, créé en 1945, dont les services sont répartis en quatre pôles : Enfance et parentalité, Accompagnement du handicap, Services et soins aux séniors, Entretien de la maison.

Le référentiel¹³ des LAEP définit les attendus quant à la posture de l'accueillant.

EXPLICATION

En 2018, **1669 LAEP recensés par la CNAF**, sont gérés par 1 375 gestionnaires qui sont soit des associations (46%), soit des collectivités locales (44%) ou des CCAS¹⁴ (7%).

Une structure LAEP accueille en moyenne 245 personnes au cours de l'année, principalement des parents (36%) et des enfants de moins de 7 ans (49%) (CNAF).¹⁵

En 2018, un LAEP est présent sur 1,33 sites en moyenne. En effet, 38 % de ces structures sont multi-sites. Les locaux des LAEP sont occupés à 84 % par d'autres activités telles que les RAM, EAJE¹⁶, REAAP, ALSH¹⁷, centres sociaux... Ainsi, 32,6 % des sites partagent leurs locaux avec une seule autre activité, principalement les RPE¹⁸ (16 %), et 14,6 % par deux autres activités. Mais ce partage des locaux du LAEP peut concerner quatre activités et plus pour 2 % des sites.

QUALIFICATIONS

Qualifications :

Les accueillants des LAEP sont à **74% des professionnels** et **16% des bénévoles**. La majorité des accueillants ont des compétences liées à l'accueil des enfants.

Les EJE¹⁹ sont les principaux accueillants des LAEP (62,6%), suivis de près par les professionnels de l'animation (44,4%). Viennent ensuite les psychologues, psychanalystes qui sont de moins en moins nombreux à y intervenir, les travailleurs sociaux, les auxiliaires puéricultrices... (enquête CNAF 2018).

2.1.3 La médiation familiale

La Médiation Familiale se définit, selon le Conseil National Consultatif de la Médiation Familiale, comme « un processus de construction ou de **reconstruction du lien familial** axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de ruptures ou de séparations, dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision - **le médiateur familial** - favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution ».

13 Annexe 1 - Référentiel Laep (caffr)

14 Centre Communal d'Action Sociale

15 Collection l'essentiel - CNAF- n°213-2022

16 Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant

17 Accueil de Loisir Sans Hébergement

18 Relais Petite Enfance

19 Educateur du Jeune Enfant

Son champ d'intervention est le suivant : **toutes les situations de rupture familiale**, sauf si des violences ont été commises. Sont ainsi concernées les situations de :

- Séparation/divorce
- Conflits dans les relations intra-familiales
- Conflits liés à une réorganisation familiale
- Conflits intergénérationnels
- Contentieux familial lié à l'autorité parentale, aux droits de visite...

Le champ d'application de la médiation est défini par référentiel¹²⁰ et s'appuie principalement sur des **associations conventionnées**. L'offre de service en médiation familiale est principalement portée par des acteurs associatifs. Cette offre resterait **inégalement répartie sur le territoire** (HCFEA, 2016). Le nombre de service de médiation familiale est passé de 265 à 272 entre 2019 et 2020.

EXPLORATION

La **Sécurité sociale** dénombre **445 médiateurs familiaux** (ETP) en 2020, qui ont conduit plus de **83 000 entretiens** d'information et plus de 47 200 séances de médiation (REPSS Famille¹²¹, 2021). En moyenne cet effectif représente 4,45 ETP par département. Ce nombre est en augmentation depuis 2015.

La **CNAF** recense quant à elle **787 employés et 445 ETP** en médiation familiale en 2020 (CNAF, Atlas de la médiation familiale, 2020).

En 2020, leurs réunions et permanences ont couverts 2 396 communes distinctes contre 2 776 communes en 2019, soit une diminution de 14% de cette couverture territoriale. Ces activités se tiennent principalement dans les locaux des associations, les tribunaux de grande instance et les lieux d'accès aux droits.

Sébastien CUINET, Président de l'association Pour la Médiation Familiale, (APMF) précise dans sa contribution que : « la formation au **Diplôme d'Etat de Médiateur Familial - DEMF** (arrêté du 19 mars 2012) répond aux exigences contenues dans la Charte... la connaissance des éléments relatifs **aux contenus de la formation au DEMF** (...) atteste des compétences de spécialisation professionnelle pour exercer les fonctions définies dans le référentiel professionnel... ». Il poursuit en sollicitant : « la reconnaissance du métier de médiateur DEMF comme un **métier à part entière et non une compétence complémentaire** ».

¹²⁰ IV (café)

¹²¹ Un nouveau site pour rendre les REPS plus accessibles - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

2.1.4 Les espaces rencontres

Les Espaces de Rencontre¹²² sont des lieux permettant à un enfant de rencontrer l'un de ses parents ou un tiers, ou de faire l'objet d'une remise à un parent ou à un tiers. Les Espaces de Rencontre contribuent au maintien des relations entre un enfant et ses parents ou un tiers, notamment en assurant la sécurité physique et morale et la qualité de l'accueil des enfants, des parents ou des tiers.

Selon l'Article D. 216-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), « *l'espace de rencontre est un lieu permettant à un enfant de rencontrer l'un de ses parents ou un tiers, ou de faire l'objet d'une remise à un parent ou à un tiers. Il contribue au maintien des relations entre un enfant et ses parents ou un tiers, notamment en assurant la sécurité psychique et morale et la qualité d'accueil des enfants, des parents et des tiers* ».

Le recours à l'espace de rencontre est préconisé dans les situations dans lesquelles la **relation** entre un enfant et ses parents ou un tiers est **interrompue, fragile, difficile ou conflictuelle** et pour lesquelles il n'y a pas d'autres solutions permettant d'organiser la rencontre dans de bonnes conditions. Il est aussi recommandé depuis 2021 (date à laquelle le référentiel a été révisé) dans les situations de **violences conjugales**.

L'activité de l'espace de rencontre est liée soit :

- À des mesures judiciaires ordonnées par un magistrat,
- À des mesures conventionnelles non-judiciaires, liées à des sollicitations directes des parents, pour soutenir parents et enfants dans un moment de crise, ou à une orientation par un partenaire (ex. : les services sociaux du conseil départemental, les services d'insertion et de probation pour les parents détenus ou anciens détenus) ou des mesures d'assistance éducative dans le cadre de l'A.S.E.¹²³ (ces dernières étant non couvertes par le référentiel).

QUALIFICATIONS

Qualifications redéfinies par le référentiel des espaces de rencontre en 2021 :

Il est demandé qu'au moins **60% des professionnels** intervenant en espace de rencontre soient titulaires d'un **diplôme de niveau 6 relatif au travail social**, à l'accompagnement familial et social, inscrit au répertoire national des certifications professionnelles ou en formation pour l'obtention d'un diplôme de niveau 6 du travail social embauchés en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage. Les autres professionnels (**40%**) intervenant en espace de rencontre peuvent notamment être titulaires d'**autres diplômes de niveau 6 minimum**, ex. : psychologues, juristes etc. Ou de diplômes du travail social de niveau 4 ex. : Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), moniteurs-éducateurs, etc.

122 Référentiel national des espaces de rencontre 2021 | FFER Fédération Française des Espaces de Rencontres

123 Aide Sociale à l'Enfance

2.1.5 Les vacances

Un levier en appui de la politique Parentalité, les CAF, en particulier, s'impliquent fortement pour **aider les familles et les jeunes à partir en vacances**. L'accompagnement des professionnels de la CAF et la mobilisation des partenaires (Centres Sociaux, Établissements de Vie Sociale, associations, CCAS, travailleurs sociaux des autres institutions) permettent ainsi la réussite de ces projets pour les familles.



Les projets de vacances en familles sont un outil au **service de la parentalité**. Les liens familiaux deviennent plus propices au partage et au dialogue entre les membres de la famille. Les vacances peuvent ainsi offrir l'**opportunité de temps de remobilisation** pour les familles et jouent un rôle de prévention des risques pouvant peser sur les liens intrafamiliaux.

2.1.6 Les Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS)

Les CLAS (Contrats locaux d'Accompagnement à la Scolarité) Référentiel national de financement des CLAS.pdf (caffr)²⁴ viennent en appui des fonctions éducatives traditionnellement dévolues aux parents et à l'école, ils se déroulent hors temps scolaire.

Ces dispositifs ont pour vocation de :

- **Renforcer les compétences** et l'implication parentales dans le champ du suivi de la scolarité de l'enfant,
- **Dynamiser les partenariats** entre institution scolaire et structures accompagnant les parents,
- **Permettre l'expérimentation** de nouvelles formes d'accompagnement des familles sur le plan scolaire.



Leurs missions :

- S'adresser à toutes les familles en veillant à compenser les inégalités sociales, culturelles, territoriales... , favoriser les relations intra-familiales, famille-école, mais aussi l'ensemble des relations des familles avec leur environnement,
- Valoriser les ressources et compétences des personnes (parents, enfants, intervenants des dispositifs),
- Éviter tout prosélytisme en respectant les identités et les individualités tout en favorisant l'inscription citoyenne des personnes.

Leurs actions visent à proposer aux enfants et aux jeunes l'appui et les ressources dont ils ont besoin pour s'épanouir et réussir à l'école, ainsi que d'**apports culturels**, (propositions de méthodes, d'approches, de relations susceptibles de faciliter les acquisitions des savoirs, d'élargir les centres d'intérêts des enfants, de valoriser leurs acquis afin de renforcer leur autonomie personnelle et leurs capacités de vie collective).

²⁴ <https://caffr/sites/default/files/medias/974/PARTENAIRES/Parentalit%C3%A9/CLAS/CLAS%202020.pdf>

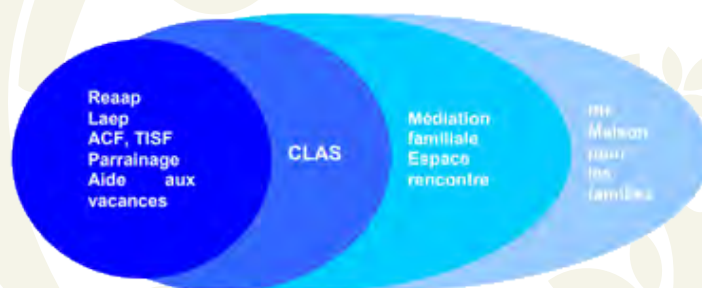
Il y a environ **3000 structures** portant une action CLAS en France. Concernant celles financées par la CNAF, c'est-à-dire 81% des CLAS existants en France, on dénombre 13 413 salariés, **21 009 bénévoles** et **2 329 volontaires** (en service civique). Ainsi 4 300 projets CLAS ont été financés par les CAF en 2020, avec 33 millions d'euros consacrés par les CAF au titre du Fonds National d'Action Sociale.

Si aucun diplôme n'est exigé, il est requis de ces intervenants qu'ils disposent de compétences fondées sur l'expérience de l'encadrement et/ou de l'animation de groupes d'enfants, la connaissance du système scolaire et éducatif, et une bonne appréhension du contexte local.

L'intervenant doit, en outre, être doté d'un sens relationnel avéré, tant avec les enfants et les jeunes qu'avec leurs parents, car il joue un rôle central de médiateur au sein de la famille, mais également entre la famille et l'école.

Dans sa fonction d'animation du **CLAS**, il doit respecter les principes suivants :

- Le respect de la laïcité et les valeurs de la république,
- Le respect, la tolérance, l'ouverture et l'écoute,
- La confidentialité, le non-jugement, l'impartialité,
- La valorisation des compétences des enfants et des parents,
- La valorisation de l'entraide au sein du CLAS,
- La réflexion sur sa pratique d'accompagnateur professionnel ou bénévole en s'engageant dans des actions de formation.



Source : Mission IGAS

Une modélisation en cercles concentriques avait été proposée par l'IGAS, dans leur « évaluation de la politique de soutien à la parentalité »²⁵ en 2013.

²⁵ https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-015P_TOME_II_ANNEXES_DEF.pdf

2.2 LES ACTEURS DES SERVICES AUX FAMILLES

La seconde ligne de ce microsysteme, rassemble **les acteurs des services aux familles** répondant aux besoins des familles de la grossesse jusqu'aux 25 ans de l'enfant et notamment par l'accueil du jeune enfant ou l'accueil de loisirs sans hébergement.

Ces services soutiennent la parentalité **à titre complémentaire de leur activité première d'accueil et participent à accompagner les parents dans leur rôle de premier éducateur de leur enfant.**

2.2.1 Les modes d'accueil du jeune enfant : assistantes maternelles et EAJE

La CAF soutient **les modes d'accueil du jeune enfant** et veille à promouvoir la parentalité au niveau des **EAJE** (Établissements d'Accueil du Jeune Enfant) ou encore dans **l'accueil familial**, et plus particulièrement dans la démarche de professionnalisation des Assistantes Maternelles Indépendantes (AMI) assurée par les RPE (Relais Petite Enfance).

Les PMI²⁶ jouent également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

EXPLORATION

Les modes d'accueil permettent aux familles de concilier vie familiale et vie **professionnelle**. Ils participent aussi à la **lutte contre les inégalités sociales**, dans la mesure où la prise en charge de l'enfant en structure collective de manière précoce est de nature à gommer une partie des **inégalités de naissance**.

Une partie des professionnels, notamment ceux de la petite enfance, ne considère pas le soutien à la parentalité comme une activité complémentaire à l'accueil, mais plutôt proposeraient ces deux activités comme étant intrinsèquement liées : **« ce sont les 2 facettes d'une même médaille pour accompagner l'enfant à grandir »**²⁷. Pour rappel, des programmes comme **« premier pas »**²⁸ vont dans le sens de cette ambition.

En 2016, les modes d'accueil concernent environ 1,6 parmi les 2,3 millions d'enfants de moins de trois ans : 39 % de ces enfants sont la majeure partie du temps dans un mode d'accueil, 19 % chez une assistante maternelle agréée, 13 % en établissement d'accueil du jeune enfant et 3 % à l'école maternelle. Les 61 % restant sont théoriquement gardés la majeure partie du temps par leurs parents, quoique cette proportion diminue constamment (-9 points depuis 2002), tandis que le recours au mode d'accueil augmente (+6 points).

Depuis 2016, l'offre s'est développée sous l'impulsion des politiques publiques d'accueil du jeune enfant.

26 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>

27 Contribution crèche inclusive Apimi

28 <https://caf.fr/partenaires/caf-du-nord/partenaires-locaux/actualites/mai-2022/experimentation-premiers-pas>

- Les Assistantes Maternelles (AM)

Ce mode d'accueil est majoritaire dans l'accueil du jeune enfant. L'assistante maternelle agréée par le Conseil Départemental accueille des enfants à son domicile ou exerce au sein d'une Maison d'Assistants Maternelles (M.A.M.). Ce professionnel doit être titulaire d'un agrément délivré par le Conseil Départemental puis bénéficie d'une formation spécifique. Il est valable 5 ans.

QUALIFICATIONS

Qualification :

Il n'y a **pas de condition de diplôme** pour devenir assistante maternelle, mais il faut avoir une expérience familiale et un logement autonome. Si ces deux conditions sont réunies, il faut ensuite obtenir un agrément officiel et suivre une formation.

La **formation obligatoire dure 120h** : 80h avant l'accueil de tout enfant, et encore 40h en cours d'emploi.

Seuls les titulaires du CAP¹²⁹ accompagnant éducatif petite enfance, du CAP petite enfance ou d'un des diplômes reconnus de la petite enfance peuvent bénéficier de dispenses de formation.

- Les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant :

Un EAJE est une structure autorisée à accueillir des enfants âgés de moins de 6 ans. Il regroupe, depuis le décret du 1er août 2000, les crèches, les haltes-garderies et les établissements réalisant du multi-accueil, donc l'ensemble des dispositifs qui ne sont ni familiaux, ni scolaires, et qui offrent un lieu de vie à l'enfant de 0 à 6 ans.

Un certain nombre de qualifications sont demandées pour les professionnels en EAJE. Exercent « classiquement » des missions auprès des enfants les EJE, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), IDE puéricultrices, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture avec la participation des psychologues.

Le champ de l'accueil du jeune enfant est traversé par des enjeux majeurs, la pénurie des professionnels notamment.

Le rapport de **Sylviane GIAMPINO**¹³⁰ (2016), consacré au développement du jeune enfant, aux modes d'accueil et à la formation des professionnels a initié un travail de réflexion de fond.

En novembre 2021, le **comité de filière « petite enfance »**, est installé avec pour objectifs :

- Mettre en place une gestion prévisionnelle territoriale et nationale partagée des emplois et des compétences visant à faire face à court terme à la pénurie de professionnels de la petite enfance au niveau national comme local, ainsi qu'à permettre le développement futur de l'offre d'accueil,

29 Certificat d'Aptitude Professionnelle

30 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-giampino-vf_modif-17_08_16.pdf

- Répondre au sentiment de manque de reconnaissance des professionnels et au besoin de réaffirmation du sens de leur activité en œuvrant à améliorer l'attractivité des métiers de la petite enfance sur les plans de la rémunération et du parcours de carrière.

En juin 2022, le **comité de filière « Petite enfance » fait connaître les solutions**, qu'il propose au Gouvernement et aux parties-prenantes pour contrer les causes profondes de la pénurie :

- **Ouvrir des places de formation** en rapport avec les besoins anticipés, grâce à la mise en place d'une gestion prévisionnelle partagée des besoins en professionnels,
- Proposer des **rémunérations appropriées**, cohérentes et soutenables à l'échelle du secteur, en s'engageant autant que de besoin dans des trajectoires de revalorisations salariales soutenues par la collectivité,
- Rendre possibles des **parcours de carrière** permettant une progression professionnelle dans le secteur et des passerelles vers les autres métiers de l'humain,
- Mesurer la **qualité de vie au travail** pour être en mesure d'agir lorsqu'elle est dégradée,
- **Promouvoir les métiers de la petite enfance** auprès de toutes les personnes susceptibles de les rejoindre.

Résolutions adoptées par le bureau du comité de filière « Petite enfance » - 22/04/2022

- Le comité de filière « Petite enfance » fait acte de candidature, en tant qu'il pourra être utile, à l'expérimentation REVA³¹ de facilitation de la VAE³².
- Le comité de filière « Petite enfance » fait acte de candidature, en tant qu'il pourra être utile, aux travaux d'actualisation des fiches ROME et de la rédaction de fiches emploi complémentaires.
- Le comité de filière « Petite enfance » fait connaître son souhait que des travaux soient engagés pour la réduction des délais de diplomation IPDE/AP³³, similaires à ceux en cours pour IDE/AS³⁴.
- Le comité de filière « Petite enfance » fait connaître son souhait que l'épreuve d'admissibilité de la procédure de recrutement des EJE soit supprimée.
- Le comité de filière « Petite enfance » fait connaître son souhait que les métiers de la petite enfance soient intégrés à la liste des métiers en tension dans le cadre de la campagne de communication « Mon compte formation »

31 <https://reva.beta.gouv.fr/>

32 Validation des Acquis de l'Expérience

33 Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat / Auxiliaire de Puériculture

34 Infirmière Diplômée d'Etat / Aide Soignante

La liste des professionnels autorisés à exercer auprès des enfants a été redéfinie et élargie par l'arrêté du 29 juillet 2022³⁵.

Dans les établissements visés à l'article R. 2324-17 du code de la santé publique, les professionnels chargés de l'encadrement des enfants pouvant être comptabilisés au titre du 2° de l'article R. 2324-42 du même code sont :

- 1° Des personnes titulaires du certificat d'aptitude professionnelle petite enfance ou du certificat d'aptitude professionnelle d'accompagnant éducatif petite enfance,
- 2° Des personnes titulaires du baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne ou du baccalauréat professionnel services aux personnes et aux territoires, ;
- 3° Des personnes titulaires du brevet d'études professionnelles accompagnement, soins et services à la personne,
- 4° Des personnes titulaires du brevet d'études professionnelles, option sanitaire et sociale,
- 5° Des personnes titulaires du certificat de travailleuse familiale ou du diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF),
- 6° Des personnes titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile,
- 7° Des personnes titulaires du titre diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) et des personnes titulaires du diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (A.E.S.),
- 8° Des personnes titulaires du diplôme d'Etat d'Aide Médico-psychologique (A.M.P.) ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'Aide Médico-psychologiques,
- 9° Des personnes titulaires du brevet d'Etat d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse, option petite enfance ou du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité loisirs tout public,
- 10° Des personnes ayant validé les blocs 1 et 2 du certificat d'aptitude professionnelle d'accompagnant éducatif petite enfance et justifiant d'une expérience professionnelle d'un an auprès de jeunes enfants,
- 11° Des personnes titulaires du titre professionnel assistant de vie aux familles et ayant exercé pendant trois ans à ce titre,
- 12° Des personnes ayant exercé pendant trois ans en qualité d'assistant maternel agréé,
- 13° Des personnes justifiant d'une expérience professionnelle de trois ans auprès d'enfants dans un établissement ou un service visé au troisième alinéa de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique ou en qualité d'agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles,
- 14° Des personnes titulaires du certificat professionnel assistant maternel/garde d'enfants et ayant

³⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046138910>

exercé pendant trois ans à ce titre,

- 15° Des personnes exerçant ou ayant exercé des fonctions de direction ou direction adjointe en établissement d'accueil du jeune enfant et titulaires de diplômes ou qualification visés aux 1°, 4°, 6°, 7°, 8°, 10°, 11° de l'article R. 2324-35 du même code,
- 16° Des personnes titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant ayant exercé au moins un an auprès de jeunes enfants,
- 17° Des personnes titulaires du diplôme d'Etat d'assistant familial et justifiant d'une expérience d'un an auprès de jeunes enfants.

Cet arrêté a aussi porté sur les professionnels exerçant aux postes de référents santé et d'animateurs en analyse des pratiques.

■ Le rôle des intervenants « ressource » dans les modes d'accueil du jeune enfant, dont les psychologues

Selon le rapport **GIAMPINO**, les modes d'accueil du jeune enfant peuvent et même doivent accueillir une pluridisciplinarité d'intervenants afin de nourrir un travail de réflexion interprofessionnel au service de la professionnalisation des équipes au service de la qualité d'accueil du jeune enfant.

*« L'accueil collectif a pour particularité de permettre la constitution d'une équipe pluridisciplinaire principal vecteur d'une professionnalisation de l'accueil de la petite enfance. Chaque dimension essentielle en jeu dans le développement de l'enfant doit pouvoir y trouver une réponse adéquate et les parents y trouver des interlocuteurs cohérents mais spécialisés. Pour cela, il est nécessaire d'adjoindre aux équipes permanentes des personnes ressources. **Psychologues, médecins, psychomotriciens, ergothérapeutes, haptothérapeutes, intervenants artistiques et de la culture, ludothèques, etc.** : tous peuvent, selon leur spécialité, apporter aux professionnel-le-s de la petite enfance un soutien pour répondre à des situations difficiles rencontrées par les équipes, dans le travail avec les enfants ou avec les familles. Ils peuvent aussi assurer des actions de formation professionnelle, animer des réunions d'information et de discussion avec les familles. Certains sont qualifiés pour assurer des supervisions, soutenir la régulation institutionnelle, la réflexion ou les analyses de pratiques. C'est notamment le **rôle du psychologue** ».*

Cela est particulièrement fondamental lorsqu'il est question d'accueillir un enfant porteur de handicap, il s'agit alors de : *« proposer aux équipes d'EAJE et aux assistant-e-s maternel-le-s qui accueillent un enfant avec un handicap ou une pathologie spécifique, un interlocuteur de dialogue et d'accompagnement : psychologue, médecin, éducateur... et organiser pour les professionnel-le-s accueillant l'enfant des temps de réflexion, formations, rencontres avec d'autres professionnel-le-s confronté-e-s à cette expérience ».* Et de *« compléter la formation initiale et continue des professionnel-le-s en intégrant des enseignements sur leur rôle et leurs positions subjectives dans l'accueil des enfants porteurs de handicap ou de pathologies spécifiques somatiques ou mentales ».*

L'auteur articule les interventions entre ces professionnels ressources, parfois externes à la structure d'accueil et les professionnels de la petite enfance : « *Il convient d'ajouter que les professionnel-le-s des modes d'accueil n'ont pas à juger, ni commenter les choix de prise en charge des difficultés spécifiques de ces enfants pris par les équipes de soin et de suivi et les familles. Ils tiennent leur place et leur fonction de professionnel-le-s pour assurer un accueil personnalisé, affectueux et structurant pour le développement et l'évolution de l'enfant* ».

Ces professionnels nous apparaissent être aussi des ressources au service des articulations entre les modes d'accueil et les intervenants du soutien à la parentalité. Ils viennent apporter leur réflexion aux équipes notamment lorsqu'il est question d'une orientation.

2.2.2 Les ALSH (Accueils de Loisirs Sans Hébergement)

Les accueils de loisirs et accueils de jeunes permettent de :

- Contribuer à l'épanouissement des enfants et des adolescents par le développement quantitatif et qualitatif de lieux et de projets de loisirs éducatifs ;
- Répondre aux besoins diversifiés des familles par une meilleure conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.

Ces accueils proposent des temps de loisirs éducatifs et de pratiques d'activités diversifiées afin de permettre à tous les enfants et adolescents de 3 à 17 ans de vivre ensemble des **moments de découverte**, de partage et de **prise d'autonomie**.

Les CAF soutiennent financièrement le fonctionnement et le développement des accueils de loisirs et les accueils de jeunes et s'engagent dans le développement de l'**offre éducative sur les territoires**, ruraux et urbains. 26 000 accueils financés par les CAF depuis plusieurs années. 1,3 milliards d'euros par an consacrés par les CAF au titre du Fonds National d'Action Sociale (F.N.A.S.) pour les projets et accueils collectifs enfance-jeunesse.

EXPLORATION

Un accueil de loisirs est obligatoirement déclaré auprès des services de la préfecture en charge de la protection des mineurs et pour cela, il doit répondre aux obligations et :

- Produire un projet éducatif définissant ses intentions éducatives et veiller à sa réalisation, ainsi qu'un projet pédagogique,
- Garantir la sécurité des mineurs qui lui sont confiés (transport, hébergement, moralité, activités),
- S'assurer de la qualification de l'encadrement et de sa capacité à intervenir auprès de mineurs,
- Respecter la réglementation des accueils collectifs de mineurs et les lois en vigueur,
- Se déclarer auprès des services de la préfecture,
- Souscrire un contrat d'assurance.

L'encadrement des enfants

Il est assuré par une équipe composée d'un directeur titulaire d'un diplôme professionnel, du **Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur** (B.A.F.D.) ou stagiaire en cours de formation et d'une équipe d'animation composées majoritairement d'animateurs titulaires du **Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur** (B.A.F.A.) ou en cours de formation.

Les accueils de loisir, comme les EAJE, nous apparaissent comme des équipements pour lesquels le lien avec les familles est essentiel afin de les accompagner au mieux à répondre aux besoins de leur enfant évoluant avec son âge, sa socialisation et si besoin alerter.

2.2.3 Le parrainage

Le parrainage, dont les principes sont ancrés dans notre culture, et répond à des enjeux sociétaux, est soumis à une profonde réorganisation de la famille et des liens familiaux. En effet, pour grandir et s'épanouir tout enfant doit pouvoir compter sur une figure d'attachement en capacité de le reconforter en cas de danger. Ainsi, il peut avoir besoin de s'appuyer sur d'autres adultes que sur ses parents.

Le parrainage, qui fait l'objet d'une Charte, est une forme de solidarité intergénérationnelle instituée, permettant de tisser des liens affectifs et sociaux de type familial.

Il est mis en œuvre par des associations ou des services. Derrière la diversité des initiatives et des approches, le parrainage participe à l'ouverture de l'enfant sur le monde, s'inscrit dans une **démarche de prévention** et de **soutien à la parentalité**.

Une étude portée par France parrainage est menée en 2019 : « Le parrainage de proximité et le soutien à la parentalité »¹³⁶. Un certain nombre de préconisations sont formulées :

- Préconisation 1 : Assurer la connaissance et la lisibilité du dispositif de parrainage de proximité par tous les acteurs de l'action sociale, par une information précise sur le dispositif.
- Préconisation 2 : Intégrer le parrainage de proximité dans le programme d'étude des futurs acteurs du secteur social.
- Préconisation 3 : Plus d'espaces d'expression entre pairs (café des parents, temps collectifs parents-enfants...). Lieux d'échanges, de partage et de réflexion, les espaces d'expression entre parents

sont surtout l'occasion de créer des liens. Ils permettent aux parents d'échanger au regard de leurs expériences personnelles.

- Préconisation 4 : Améliorer l'information des familles à partir de tous les lieux fréquentés par elles afin d'assurer un meilleur accès au dispositif.
- Préconisation 5 : Prévenir la rupture du lien familial et favoriser la construction d'accords dans l'intérêt de l'enfant grâce au parrainage de proximité.

2.2.4 Les ludothèques

Des acteurs de champs de la **culture, des sports ou des loisirs** peuvent être amenés à proposer des actions en direction des parents considérant que le média rassemble un public captif et l'action le soutien à la parentalité. Ce champ est particulièrement développé dans la petite enfance.

L'appétence de l'enfant à découvrir et **explorer le monde** qui l'entoure, soutenu par ses parents et plus largement ses figures d'attachement constitue un élément déterminant dans sa construction identitaire.

Les **ludothèques** notamment participent à ces actions de soutien à la parentalité, par :

- Leurs effets éducatifs induits pour les enfants, par la fréquentation de ces lieux, en sachant qu'ils fortifient l'éducation donnée par les parents. La ludothèque participe ainsi à une réappropriation collective de l'éducation,
- L'offre de conditions favorables aux parents, respectueuse tant de leur diversité socioculturelle que de leurs attentes, pour qu'ils puissent s'exercer à l'art d'être parents.

Rattachés aux financements de la branche famille, les ludothèques vont bénéficier dans la prochaine COG d'une prestation de service et donc d'un cahier des charges leurs permettant d'intégrer pleinement leurs missions d'acteurs du soutien à la parentalité¹³⁷.

Bibliothèques, médiathèques, et la médiation artistique et culturelle, collaborent pour une offre de qualité à l'attention des familles.

La **place** et l'importance de la **culture** est aujourd'hui reconnue dans **l'accompagnement du lien parent et enfant**, comme en témoigne la mission de **Sophie MARINOPOULOS** sur l'éveil artistique et culturel des jeunes enfants¹³⁸.

37 Roucoux, Nathalie. « Ludothèque, un territoire de l'enfance », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, vol. 39, no. 2, 2006, pp. 15-32.

38 Une stratégie nationale pour la Santé Culturelle - Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent (ECA-LEP) – MARINOPOULOS Sophie - 2019

Selon **Sylviane GIAMPINO**, il s'agit pour les professionnel-le-s de la petite enfance, d'être : « des **éveilleurs au monde** de l'art et de la culture et des partenaires des parents dans l'éducation des très jeunes enfants, il est indispensable qu'ils soient sensibilisés à ces domaines dès leur formation initiale. Des espaces d'accueils pensés pour être vivants et stimulants et qui travaillent chaque jour à lier corps et esprit. - Rencontrer l'expérience artistique et le travail de création et expérimenter le passage du plaisir immédiat à la sublimation, et favoriser l'accès au symbolique et à la métaphore. - Rencontrer des artistes et des œuvres artistiques... ».

Dans le Rapport GIAMPINO, l'auteur préconise de :

Faire intervenir des artistes dans les structures d'accueil, dans les formations des professionnel-le-s et dans les médiations relationnelles avec les familles -

Lancer un protocole d'accord entre le ministère chargé des familles et de l'enfance et le ministère de la culture, en s'inspirant du protocole du 28 décembre 1989 portant sur l'éveil culturel et artistique du jeune enfant ».

Dans la continuité des travaux du Rapport **GIAMPINO**, est remis le 17 janvier 2019 un rapport conduit par **Sophie MARINOPOULOS** : « une stratégie nationale pour la santé culturelle - Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent (ECA-LEP)³⁹.

Au travers du concept de **santé culturelle**, l'auteur y formule une série de propositions en faveur d'une politique culturelle à dimension sociale, dans un esprit de démocratisation de la culture et de reconnaissance des besoins des très jeunes enfants et de leurs parents. Ce rapport préconise la promotion de l'éveil culturel et artistique des jeunes enfants, dans un contexte de mutation de la famille et de la parentalité.

2.3 DISPOSITIFS DE L'ANIMATION DE LA VIE SOCIALE ET EN DIRECTION DE LA JEUNESSE

La troisième ligne de ce microsystème est composée **des dispositifs** qui viennent toucher les familles incluses dans une approche populationnelle plus large, avec une porte d'entrée « jeunes » ou « habitants ».

2.3.1 Centres sociaux et Espaces de Vie Sociale⁴⁰ (EVS)

Les centres sociaux et EVS se définissent aujourd'hui comme : **des lieux de proximité à vocation globale, familiale et intergénérationnelle, qui accueillent toute la population en veillant à la mixité sociale** et permettant aux habitants d'exprimer, de concevoir et de réaliser leurs projets.

Au cœur des projets familles et parentalité des Centres Sociaux, des référents familles⁴¹ œuvrent au quotidien auprès des familles. Parmi les actions que ces référents familles déploient il y a **des actions de soutien à la parentalité**.

Les centres sociaux et espaces de vie sociale poursuivent les finalités

39 <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000584.pdf>

40 https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Partenaires/Partenaires_vie-sociale-associative/C_2012_AVS_Juin2012.pdf

41 http://www.centres-sociaux-partenariat13.fr/sites/default/files/document_public/Profil%20de%20poste%20-%20C3%A9f%20C3%A9rent%20famille%20centre%20social.pdf

suivantes :

- L'inclusion sociale et la socialisation des personnes,
- Le développement des liens sociaux et la cohésion sociale sur le territoire,
- La prise de responsabilité des usagers et le développement de la citoyenneté de proximité.

EXPLORATION

2 310 centres sont répartis sur le territoire. Plus de 57000 salariés représentant en moyenne 24,8 salariés par structure, 6 800 stagiaires et volontaires en service civique.

Plus de 72700 bénévoles s'engagent de façon ponctuelle ou régulière et plus de 33800 bénévoles sont impliqués dans la **gouvernance** des gestions associatives.

Ils touchent environ 1,8 million de personnes (hors crise sanitaire). Ils ont maintenu, pendant les confinements, le lien auprès de 529 000 personnes. 78% des centres sociaux et 41 % des EVS sont situés en zone urbaine et 22 % des centres sociaux en zone rurale et 59 % des EVS.

QUALIFICATIONS

Qualifications

96% des centres sociaux disposent d'un **référént famille** (CNAF) dont 87% ont le niveau de formation requis et 16% ont suivi une formation en 2020. Le référént familles doit justifier d'une **qualification en travail social avec une expérience confirmée d'accompagnement des familles**.

2.3.2 Le soutien à la jeunesse ou l'accès à l'autonomie

L'accompagnement des spécificités liées à **l'adolescence** constitue un **enjeu majeur des actions soutenues par la branche Famille avec leurs partenaires**, tant sur le champ de la jeunesse que sur celui du soutien à la parentalité.

La jeunesse est un enjeu partagé avec les conseil départementaux⁴² et des Schémas Départementaux de la jeunesse permettent de coordonner les actions. Ces ambitions sont généralement depuis 2021 intégrées aux nouveaux Schémas Départementaux des Services aux Familles (qui ont été développés au Chapitre 2).

Les enjeux des CAF en matière de jeunesse ont été majorés depuis le contexte de la crise sanitaire, il s'agit de favoriser les conditions qui **prépareront les adolescents à devenir les adultes et citoyens de demain** par notamment :

- Le renforcement de la présence éducative numérique et le renouvellement des modalités de contact avec les jeunes pour favoriser leur engagement citoyen,
- La création et l'animation d'un réseau départemental d'acteurs de la jeunesse,

42 <https://injep.fr/>

- Le soutien aux jeunes dans leur accès à l'autonomie, avec le soutien à l'engagement des jeunes et la création et le développement d'actions répondant aux besoins, aux attentes et aux préoccupations des jeunes, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et en zone rurale

Dans **le champ de la jeunesse et plus particulièrement de l'adolescence** les CAF soutiennent cette période de transition, de construction progressive par le jeune de son autonomie et de son identité. Elles aident les parents à améliorer leur communication avec leur adolescent en faisant connaître et en participant au co-financement des porteurs de projets en direction des adolescents et parents sur les territoires. Elles contribuent à proposer aux parents, en situation de conflit avec leur adolescent, des solutions de nature à apaiser la relation : **l'appel à un médiateur familial**, la rencontre s'effectue dans un espace de rencontre parent-adolescent. Ces lieux peuvent être sollicités par les juges aux affaires familiales dans les situations où la séparation conflictuelle des parents complexifie encore plus les relations et la communication avec les adolescents.

Ce dispositif est annexé aux missions des comités ruptures familiales (cités au chapitre 2).

D'autres dispositifs encore innovant sont déployés : les **promeneurs du Net** et la **Boussole des jeunes**.

EXPLORATION

- Les promeneurs du Net : La présence éducative sur internet se révèle un élément incontournable des politiques préventives éducatives et sociales. En effet, l'intervention éducative dans la "rue numérique" est devenue une modalité de travail indispensable, quand on sait que les jeunes fréquentent massivement notamment les réseaux sociaux.
- La Boussole des Jeunes est un dispositif qui a été créé pour garantir aux jeunes l'accès aux informations, à des services individualisés et aux dispositifs qui les concernent. Cet outil numérique (page internet) repose sur la promesse faite au jeune qu'un professionnel le contactera dans un délai garanti pour échanger sur ses questions, son projet et pour prendre rendez-vous s'il en ressent le besoin.

- Les **Points d'Accueil Écoute Jeunes**⁴³ (PAEJ) . Dans le cadre de la réforme de l'Organisation Territoriale de l'Etat, le pilotage des PAEJ est transféré à la branche Famille à partir de l'exercice 2021.

Ce sont des structures de proximité mettant en œuvre des **missions d'accueil et d'écoute** généralistes auprès des **jeunes en situation de mal-être** et leur entourage, en particulier leurs parents.

43 <https://www.caf.fr/partenaires/points-d-accueil-ecoute-jeunes>

Dans ce cadre, les **PAEJ** contribuent à :

- Prévenir les situations à risques pour éviter les décrochages et les ruptures des adolescents et jeunes adultes,
- Rétablir le dialogue et restaurer des liens de confiance entre les jeunes et leur famille, les adultes, les institutions et la société dans son ensemble,
- Participer au bien être des adolescents et jeunes adultes et concourir de fait à leur insertion sociale, culturelle et professionnelle,
- Favoriser l'autonomie des jeunes et leur capacité d'initiative et d'action.

En 2018, 154 structures porteuses étaient en fonctionnement, avec 195 antennes, pour une file active de 68 000 jeunes, en difficulté (70%) ou proches (30%). En 2019, 201 structures porteuses étaient financées, soit 30% de plus qu'en 2018, et en 2021, dix nouveaux Points Accueil Écoute Jeune seront créés.

EXPLORATION

L'action des **PAEJ** s'organise autour de cinq missions principales :

- L'accueil et l'écoute inconditionnels et immédiats des jeunes en présentiel et à distance (permanence d'écoute téléphonique),
- L'accompagnement personnalisé et/ou l'orientation des jeunes vers les dispositifs de droit commun,
- « L'aller vers » les jeunes qui ne souhaitent pas solliciter de l'aide ; la prévention auprès du public accueilli et en population générale de tous types de ruptures (mal être, emprise, radicalisation, suicide),
- La médiation avec l'entourage des jeunes et les institutions ainsi que les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

2.4 Des acteurs institutionnels et associatifs

De nombreuses associations familiales à l'échelle des territoires, et souvent agissant dans la proximité, participent au déploiement d'actions et services aux familles. Elles sont généralement les partenaires des CAF. **Ils mettent ainsi en œuvre les services financés par les CAF en complément d'actions propres.**

Pensés pour et avec les familles adhérentes, ces associations contribuent à apporter des réponses ajustées aux besoins, sous forme d'actions dans un esprit d'ouverture à tous et s'inscrivant dans les **campagnes d'Appel à Projet** déployées par les institutions partenaires financeurs de ces initiatives territoriales.

Ces acteurs adhérents à la Charte des REAAP, **participent à l'animation des réseaux** parentalité locaux ou départementaux. Regroupés en **fédérations**, ces acteurs sont les **interlocuteurs des services de l'état à l'échelle nationale** dans

les mises en œuvre des grandes réformes touchant leur domaine de compétences.

Citons par exemple et de façon non exhaustive, parmi ces grandes fédérations :

- Union Nationale des Associations Familiales¹⁴⁴ (UNAF) - Union Départementale des Associations Familiales (UDAF),
- Fédération Nationale de l'École des Parents et des Educateurs¹⁴⁵ (FNEPE),
- Fédération des centres sociaux¹⁴⁶,
- Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels¹⁴⁷ (ACEPP)
- ATD Quart Monde¹⁴⁸,
- Croix Rouge¹⁴⁹,
- Union Nationale des Acteurs de Parrainage de Proximité¹⁵⁰ (UNAPP),
- Union pour l'enfance¹⁵¹
- Fédération Nationale des Associations de Médiation Familiale¹⁵² (FENAMEF)
- UNIOPSS¹⁵³,
- Apprentis d'Auteuil¹⁵⁴
- Fédération des Acteurs de la Solidarité¹⁵⁵ (F.A.S.),
- Et bien d'autres...

2.5 LES ACTEURS PRIVÉS

2.5.1 Les services liés à l'employeur :

Les besoins rencontrés par les **salariés-parents** dans la conciliation de leur activité professionnelle et de leurs responsabilités éducatives, sont aujourd'hui source de nouvelles préoccupations.

Il s'agit là d'un **enjeu primordial pour les entreprises** puisque les problèmes personnels peuvent facilement empiéter sur la qualité de vie au travail et finalement entraîner une démobilitation professionnelle.

Tandis que **92% des salariés** trouvent important l'équilibre des temps de vie, 60% d'entre eux estiment que leur employeur « ne fait pas beaucoup de choses » pour faciliter selon le baromètre OPE¹⁵⁶ la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

44 Union Nationale des Associations Familiales: UNAF

45 Accueil - Fnepe (ecoledesparents.org)

46 Réseau | FÉDÉRATION DES CENTRES SOCIAUX ET SOCIOCULTURELS DE FRANCE (centres-sociaux.fr)

47 ACEPP

48 ATD Quart Monde - France (atd-quartmonde.fr)

49 Croix-Rouge française

50 UNAPP - Union Nationale des Acteurs de Parrainage de Proximité

51 Union pour l'enfance | Protéger l'enfant, faire éclore l'adulte (unionpourlenfance.com)

52 Fenamef - Accueil

53 Uniopss

54 Apprentis d'Auteuil : Agir auprès des Jeunes et des Familles | Apprentis d'Auteuil (apprentis-auteuil.org)

55 Accueil - Fédération des acteurs de la solidarité (federationsolidarite.org)

56 <https://www.observatoire-qvt.com/resultats-2018-du-barometre-ope-de-la-conciliation-entre-vie-professionnelle-et-vie-personnelle/>

Accompagner la parentalité constitue un véritable enjeu pour l'entreprise. Une gestion concertée de l'organisation et de la flexibilité du travail a un **impact positif sur l'image et le bon fonctionnement de l'entreprise.**

En aidant les parents dans leur vie quotidienne avec les enfants, l'entreprise accroît la motivation de ses collaborateurs et améliore ainsi leur **performance individuelle et collective.** Avoir un mode d'organisation flexible, qui s'adapte au rythme de vie des parents permet d'éviter trop de stress, d'épuisement voire de burn-out. Une culture de santé et d'écoute au sein de l'entreprise est gage d'une politique efficace en matière de **qualité de vie au travail.**

Par ailleurs, l'accompagnement de la parentalité est également bénéfique pour la réduction des inégalités hommes/femmes.

A l'instar de la **fondation SNCF**, nombreuses sont les entreprises à développer des initiatives internes afin de déployer cette attention auprès de leurs salariés.

Le **service OPTIM'SERVICES**, action sociale de la fondation SNCF, a fait le choix de s'engager dans une politique volontariste afin d'intégrer la parentalité dans la vie professionnelle de ses agents : *« L'Action sociale propose un accompagnement aux salariés parents pour les soutenir dans l'exercice de la parentalité dans les différentes étapes de l'arrivée de l'enfant à son passage à l'âge adulte en déployant : - Des offres de rencontre par les travailleurs sociaux lors de l'arrivée de l'enfant - Un réseau PRIM'ENFANCE pour aider le parent dans sa recherche de mode de garde - Des COSP⁵⁷, spécialisés dans l'orientation scolaire et professionnelle des enfants et adolescent - Des CMPP, ou sont proposés des consultations de spécialistes pour enfant et leur parent de 0 à 20 ans. Le soutien à la parentalité, axe fort de nos offres, se situe au niveau de la prévenance et de la prévention primaire.*

Nous intervenons dans la sphère privée des salariés, au sein de leur sphère professionnelle, pour les soutenir dans l'exercice de leur parentalité. Cependant, nous sommes avant tout un relais pour faire connaître et promouvoir l'ensemble de ces propositions impulsées sur les territoires auprès des parents rencontrés. L'une des conditions pour s'inscrire dans une prévenance « active » est la carte de la proximité, pour faciliter l'accessibilité des actions. Une autre condition est la pérennité (continuité des dispositifs) pour permettre aux parents - et acteurs du territoire- d'identifier la structure ou le réseau et favoriser le repérage du dispositif par les parents. »

2.5.1 Cas particulier des accompagnants en parentalité

Ces dernières années ont vu émerger de nouvelles propositions de soutien à la parentalité, adossées à des domaines professionnels jusqu'alors non identifiés. Leurs dénominations sont plurielles (coach parentaux, Doulas...), à l'image des compétences qui sous-tendent leurs interventions.

⁵⁷ Conseillers en Orientation Scolaire et Professionnelle

Certains de ces opérateurs, **bénéficient de moyens publics** dans le cadre des appels à projets des institutions en qualité **de prestataires**.

Certains services proposés sont **relayés massivement auprès des parents**, par des processus de communication très actifs. **La proximité et l'accessibilité** qu'ils offrent constituent une ressource qu'il nous semble essentiel d'intégrer à notre définition d'un écosystème.

EXPLORATION

Inscrites dans un **exercice non-encadré** et totalement « affranchi de règles », elles offrent par leur proximité et accessibilité, une réponse pouvant être vécue comme « facile » pour nombre de parents totalement démunis face aux nouvelles responsabilités qui les accablent à l'arrivée de l'enfant.

Cette émergence est selon nous le témoin d'un besoin majeur des parents, qui partagent un profond sentiment de solitude, mais également du **retard très important pris dans le domaine de la prévention**, en France.

De plus, les professionnels jusqu'alors très orientés et formatés à une lecture curative des problématiques émergentes, n'ont que peu investi ce domaine du soutien à la parentalité, estimant qu'il n'avait qu'un très faible impact sur la trajectoire développementale de l'enfant.

Les connaissances actualisées sur l'enfant et la conscience de l'impact de l'environnement sur celui-ci, nous impose d'engager des moyens beaucoup plus massifs dans ce domaine, (à l'instar de la politique des 1000 premiers jours initiés en 2019).

Elles justifient également de **ne pas concevoir le domaine de la prévention, comme l'application et la proposition de quelques conseils de « bon sens » ou de quelques recettes « faciles et d'emblée efficaces »**, à partager à des parents démunis et prêts à tout pour résoudre rapidement leurs difficultés.

La clinique de la prévention constitue un réel enjeu, dont l'impact, difficilement évaluable, justifie une **attention très particulière**.

Cette non-considération est à l'origine de **conséquences néfastes** importantes que nous voyons émerger aujourd'hui de manière empirique. À commencer par la période sensible des 1000 premiers jours, cette réflexion est à engager à tous les âges de la vie. Cela justifie ainsi pour certains, un **profond souci de professionnalisation** des acteurs engagés auprès des parents (nous développerons cela dans le chapitre 4).

Le risque est majeur d'induire des répercussions délétères sur le développement de l'enfant, à l'encontre des intentions posées initialement.

Nous avons souhaité interroger plusieurs acteurs issus de ce domaine émergent. **Isabelle FILLIOZAT, vice-présidente de la commission des 1000 premiers jours**, nous précise qu'elle estime que : « **Du fait de l'absence de formation universitaire, et du**

manque de formation des psychologues sur la question de la parentalité, et même des compétences d'écoute sans jugement ni interprétation, nombre de formations plus ou moins longues sont proposées dans le privé, formant des coaches en parentalité (un nom plus juste serait coach en parentage). Certaines de ces formations se déroulent sur plusieurs années et sont solides, d'autres proposent une certification en quelques semaines, voire quelques jours. **La création d'un métier ou au moins d'une spécialisation serait utile pour encadrer ces enseignements**, et réintégrer des formations de qualité dans le public. »

Catherine DUMONTEIL KREMER, à l'origine du concept de **parentalité créative**, estime quant à elle que : « Le fondement de la parentalité est fait d'expériences répétitives et quotidiennes. J'ai noté pendant mes trente années d'expérience que les parents ont besoin que nous les rejoignons sur le terrain. C'est la pratique qui les intéresse et parfois les institutions peinent à faire venir leur public cible car **les interventions sont trop éloignées de leurs besoins** et de leurs préoccupations. Ce que j'ai pu observer.... C'est que toute intervention venant d'un individu capable de comprendre les difficultés familiales parce qu'il s'y est lui-même confronté est souvent en mesure d'accompagner les parents car il a mis en place dans sa propre famille les stratégies non violentes qu'il préconise. Il est de ce fait beaucoup plus crédible et légitime pour les parents qui participent à son action. »

Dans d'autres contributions, comme celle de **Catherine GUEGUEN**, pédiatre, le soutien à la parentalité serait avant tout une question de professionnels qualifiés et reconnus : « Mon expérience de soutien aux parents est très longue. En tant que pédiatre travaillant à l'hôpital, j'ai accompagné les parents dès le début de la grossesse par environ 6 ou 7 consultations longues (3/4 d'heure) durant lesquelles les deux parents étaient présents. Accompagner les parents demande du temps et donc des consultations longues. J'ai pu évidemment constater qu'accompagner les parents de façon longue et répétée pendant la grossesse était fondamental pour prévenir beaucoup de dysfonctionnements dans le lien à l'enfant. J'ai également accompagné les parents durant toute l'enfance et l'adolescence... J'ai pu mesurer l'**extrême complexité et difficulté** de cet accompagnement **qui nécessite une formation très solide**. J'ai donc complété ma formation de pédiatre par de nombreuses formations et de nombreuses lectures ».

Enfin, la **fédération nationale des EJE (F.N.E.J.E.)** témoigne : « est effrayée par le développement de **prestations de "soutien à la parentalité"** à des prix exorbitants proposées par des pseudo-professionnels dits "**coachs parentaux**" qui ont suivi deux, trois modules de formation (eux aussi très chers) et deviennent en un clic des pros de l'accompagnement à la parentalité. Ces professionnel.le.s qui n'ont souvent aucune expérience avec les jeunes enfants et leurs familles **peuvent faire plus de dégâts qu'il n'y paraît** avec un public vulnérable que sont les jeunes parents. Ces pratiques doivent être dénoncées ».

Par ailleurs, certaines structures cheminent de nombreuses années et tentent de structurer cette nouvelle offre de service proposées aux parents. Parmi ces exemples citons le **CeFAP** qui a fait le choix de construire un cadre, passant par un code de déontologie, afin de former des accompagnantes en parentalité. Figurant au Répertoire National de la Certification Professionnelle (RNCP) après examen par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP), sa direction nous partage que : « Pour permettre à cette nouvelle politique publique autour de la périnatalité et de la petite enfance de s'épanouir, il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux en apportant de la cohérence et de la complémentarité aux familles, aux professionnels et aux institutions Dans un contexte de tension extrême qui touche l'ensemble des métiers du soins, de l'enfance et du social, il apparaît urgent de soutenir ces branches professionnelles, piliers de notre société, en investissant sur l'Humain. Redonnons-leur du sens, favorisons le bien-être et cultivons la relation d'aide qui est au cœur de ces métiers. ».

2.6 VERS LE MÉSYSÈME :

Le cadre de la Charte du soutien à la parentalité avait pour aspiration de s'adresser en particulier aux acteurs du microsystème précédemment cités. Cependant, réduire le champ du soutien à la parentalité au microsystème, exclu à nos yeux un nombre d'acteurs clés, très présents, eux aussi, dans le quotidien de l'enfant et de sa famille.

Ce cloisonnement ne répond pas aux enjeux transversaux décrits par les dernières préconisations, comme en témoigne la politique des 1000 premiers jours, qui précise bien qu'un des écueils est le clivage des champs, qu'ils soient culturels, sociaux, médico-sociaux ou médicaux.

2.6.1 Inclusion des particularités, handicap et adoption

Handicap et parentalité :

La lecture universelle, dans lequel s'inscrit le soutien à la parentalité doit intégrer, les particularités et ouvrir au droit commun, la situation singulière de certains accès à la parentalité.

Comme le précise la **Délégation Interministérielle à la Stratégie Nationale pour l'Autisme au sein des Troubles Neuro-Développementaux (TND)** : « Il est important de proposer une vision universelle de la notion de soutien à la parentalité en apportant une réponse adaptée aux aspirations et attentes de l'ensemble des parents. Les dispositifs de soutien à la parentalité à destination des personnes en situation de handicap doivent s'inscrire dans le **droit commun**. Le soutien à la parentalité doit pouvoir s'adresser aux parents en situation de handicap, aux parents d'enfants en situation de handicap et à ceux qui sont parents en situation de handicap d'enfant en situation de handicap. ».

Tout au long du parcours, ces familles, fréquentent de nombreux dispositifs qui doivent ainsi répondre aux besoins singuliers de ces parents, leur permettant ainsi d'accéder aux ressources qui leur sont nécessaires pour faire face à leur parentalité.

Ainsi « Les parents en situation de handicap doivent pouvoir être aidés, conseillés, soutenus, et accompagnés lorsqu'ils le souhaitent. Le soutien à la parentalité doit englober toutes les dimensions de la vie du parent en situation de handicap : rythmes de vie, situation financière, situation familiale, mode de garde... Il se peut que l'enfant ait des **facteurs de risque** plus importants d'être lui aussi en situation de handicap, par exemple, pour les enfants de parents en situation de handicap ou dans le cas de frère ou sœur concerné par un handicap. Dans tous les cas, et particulièrement pour ces situations à haut risque, la question du dépistage et du diagnostic doit être évoquée rapidement avec les parents ».

EXPLICATION

Ces ambitions s'illustrent autour d'**actions concrètes cités par les contributeurs** :

- La mise en place des centres ressources INTIMAGIR qui accompagnent sur le territoire les personnes en situation de handicap sur des questions relatives à la parentalité. Ces centres orientent notamment les personnes, les parents et les professionnels vers les acteurs locaux adaptés aux démarches qu'ils souhaitent entreprendre¹⁵⁸.
- La mise en place de Services d'Accompagnement à la Parentalité des Parents en situation de Handicap (S.A.A.O.P.H.)¹⁵⁹. Dans chaque région, se mettent en place dispositifs d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap.
- La mise en place des plateformes de coordination et d'orientation pour les enfants concernés par les TND (30 000 enfants orientés au 1er juillet 2022 et trajectoire à 48 000 enfants fin 2023).
- Depuis le 1er janvier 2021, la mise en place de la PCH¹⁶⁰ pour les parents en situation de handicap âgés de moins de 7 ans¹⁶¹. La PCH parentalité, se compose d'une aide humaine et d'une aide technique à la parentalité. Pour les parents en couple, pour l'aide humaine, les parents reçoivent 900 euros par mois de la naissance de l'enfant jusqu'à ses 3 ans et 450 euros par mois à partir des 3 ans de l'enfant jusqu'à ses 7 ans et pour l'aide technique et pour l'aide technique à la parentalité les parents reçoivent 1 400 euros à la naissance de l'enfant ; 1 200 euros quand l'enfant a 3 ans et 1 000 euros quand l'enfant a 6 ans. Les montants sont plus élevés.

Dany BILLES, coordinatrice **APIMI** (un EAJE à projet inclusif), partage ce même avis. Elle explique que sa structure a créé des espaces pensés pour des parents dont la parentalité a été bouleversée par l'arrivée ou la révélation du handicap associée à des besoins spécifiques de leur jeune enfant.

58 INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/2020/178 du 15 octobre 2020 relative à la diffusion du cahier des charges des centres ressources régionaux « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap ».

59 Présentation des SAPPH : <https://handicap.gouv.fr/sapph>

60 parentalitéPrestation de compensation du handicap (PCH) parentalité | Mon Parcours Handicap

61 Présentation de la PCH parentalité : <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aidess/la-prestation-de-compensation-du-handicap-pch-parentalite>

Elle décrit les besoins des parents d'espaces de transition afin d'adhérer à des services comme un EAJE inclusif : « Notre expérience nous montre qu'ils ne viennent pas ou très peu dans les espaces communs au sein de nos EAJE inclusifs. La particularité, de ce qu'ils vivent, doit être entendue, écoutée, partagée avec d'autres dans la **période sensible de l'accordage parent-enfant**. Ces espaces seront un soutien pour leur parcours interne qui leur permettra de supporter et de faire face aux déléas du parcours inclusif quotidien de leur enfant. Le retour vers les espaces proposés à tous les parents requiert souvent un accompagnement. La pair-aidance se met en place au fil du temps, il faut que les parents aient pu cheminer pour faire un retour vers le « commun » nous semble-t-il ».

Plusieurs pratiques innovantes sont citées par les auteurs :

- Le M.O.O.C.¹⁶² ou formation en ligne « lutte contre les violences sexuelles »,
- Les fiches bonnes pratiques de la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) : « **guide d'accueil des personnes en situation de handicap** »¹⁶³
- Les résultats de l'enquête d'impact Ipsos (questionnaire en format classique et Facile A Lire et à Comprendre (F.A.L.C.¹⁶⁴)) qui permet annuellement de mesurer si les mesures déployées dans le cadre de la stratégie nationale autisme - TND changent la vie des parents,
- Les fiches pratiques sur le répit de la DGCS¹⁶⁵ (Cf stratégie nationale « agir pour les aidants »),
- Les formations START (Service Territorial d'Accès aux Ressources Transdisciplinaires)¹⁶⁶ destinées à tous les acteurs en contact avec les publics en situation de handicap (CAMSP, CMP¹⁶⁷, CMPP...),
- Les modules vidéo de sensibilisation à chaque TND destinés aux équipes d'évaluation des MDPH en accès libre sur le portail du CNFPT¹⁶⁸,
- Les modules Université Numérique en Santé et Sport UNESS sur les TND¹⁶⁹ destinés aux étudiants en médecine et en accès libre,
- Le kit pédagogique handicap destiné aux formateurs du travail social.

Adoption et parentalité

La question de l'adoption est également à intégrer dans ce processus de soutien à la parentalité. L'adoption a changé de visage ces dernières années, traversée par un effondrement de l'accès à l'adoption internationale, au profit d'un regard tourné vers les pupilles d'état, soutenue par la dernière loi du 21 février 2022 **modifie les dispositions des codes civil et de l'action sociale et des familles**.

62 Massive Open Online Course : nouveau type de formation en ligne

63 Guide de l'accueil des personnes en situation de handicap - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

64 Facile à lire et à comprendre (FALC) : une méthode utile (culture.gouv.fr)

65 Direction Générale de la Cohésion Sociale

66 START : un dispositif de formations croisées dans le champ des troubles du neurodéveloppement (TND) - CREA I Bourgogne-Franche-Comté (creaibfc.org)

67 Centre Médico-Psychologique

68 CNFPT <https://www.cnfpt.fr/>

69 Module de formation sur les Troubles du Neuro-développement | UNESS

Les besoins spécifiques de ces enfants, justifient de modalités de soutien qui justifient une attention particulière comme le précise la **Fédération des Organismes Autorisé pour l'Adoption (FOAA)** qui propose un **parcours d'accompagnement** à la parentalité adoptive. Il s'appuie sur le maillage entre adoptants et constitue une aide importante entre pairs porteurs d'un même projet et de mêmes questionnements.



Selon la FOAA « *La réussite du parcours d'accompagnement à l'adoption dépend de plusieurs facteurs :*

- *Des thématiques qui doivent correspondre aux questionnements des adoptants.*
- *Être animé par des professionnels de la petite enfance et de la santé.*
- *Des familles qui participent au choix de leurs ateliers thématiques et construisent eux-mêmes leur parcours d'accompagnement.*
- *Les petits groupes de formation, environ 12 personnes, permettant des échanges dynamiques et riches entre les familles.*
- *Une prise en compte de l'individualité des adoptants favorisée par le petit groupe.*
- *Elle dépend de l'investissement des OAA auprès des familles adoptantes et adoptives ».*

2.6.2 Les plateformes d'écoute

Dans le cadre de la crise sanitaire en 2020/2021, 10 lignes téléphoniques nationale de soutien à la parentalité ont été recensées dont 5 lignes sont spécialisées sur des problématiques spécifiques. Ces lignes sont portées par des acteurs reconnus à l'échelle nationale et locale :

- La Fédération Nationale des Écoles des Parents et des Educateurs (FNEPE) propose le Numéro vert "Allô, parents en crise" : **0 805 382 300**
- Les Pâtes au beurre proposent Le Fil des Pâtes au Beurre : **02 40 16 90 50**
- Parentalité Créative propose SOS Parentalité⁷⁰ ; **09 86 87 32 62**
- Enfant Présent propose la plateforme STP (Soutien Téléphonique Parental) : **01 80 36 97 82**
- Les Apprentis d'Auteuil proposent Écoute Infos Familles : **01 81 89 09 50**
- Enfance et Partage propose deux lignes :
 - Stop Maltraitance - Stop Confiit : **0 800 05 1234**
 - Allo Parents Bébé : **0 800 00 3456**
- Jumeaux et Plus s'associe au Collectif Écoute Parentalités⁷¹ qui réunit onze structures disposant chacune d'une ligne téléphonique d'écoute et de soutien aux parents.

70 SOS Parentalité | Parentalité Créative (parentalitecreative.com)

71 Écoute parentalités (ecouteparentalites.fr)

- Empreintes Vivre son deuil¹⁷² propose une ligne spécialisée **01 42 38 08 08** pour les familles traversant une période de deuil

0 142 380 808 Service gratuit
+ prix appel

- Sos Prema¹⁷³ est une ligne spécialisée **0800 96 60 60** pour les parents d'enfants prématurés

0 800 96 60 60 Service & appel
gratuits

- E-Enfance¹⁷⁴ (ligne spécialisée dans la prise en charge des violences numériques) propose le **3018**
- D'autres lignes téléphoniques peuvent aborder à titre secondaire des questions liées au soutien à la parentalité : il peut s'agir du **119** (numéro pour aborder les questions d'**enfance en danger**) ou du **116 000** (numéro pour soutenir les **familles d'enfants disparus**)
- Des **lignes locales** complètent cet état des lieux. **12 lignes** ont été identifiées à ce jour :

ligne des PEP 43 (Haute-Loire),
association La Recampado (Bouche du Rhône),
Pep 57 (Moselle), EPE 57 (Moselle),
EPE Ile-de-France (Ile-de-France),
CAF 64 (Pyrénées-Atlantiques),
association Allo Parents 34 (Hérault),
ligne de la ville de Metz,
Institut de la Parentalité (33 et 77),
UDAF 85 (Vendée),
Écoute Parents 85 (Vendée).

Elles sont gérées soit par des associations, soit par des CAF ou encore par des collectivités territoriales.

Les écoutants de ces lignes sont le plus souvent des **psychologues** (82%), des **éducateurs spécialisés** sont majoritairement représentés (35%) parmi les autres travailleurs sociaux (18%). Dans une moindre mesure les écoutants sont des **juristes** (12%), **médiateurs familiaux** (12%) et **bénévoles** (12%).

72 Ligne d'écoute du deuil : 01 42 38 08 08 - Empreintes (empreintes-asso.com)

73 Ligne d'écoute • SOS Préma (sosprema.com)

74 Association de protection de l'enfance sur internet | e-Enfance

Le **microsystème** est inscrit dans le quotidien de la vie de l'enfant et de sa famille.

Des LAEP, aux ludothèques en passant par les modes d'accueil du jeune enfant, les SAAD, mais également les espaces rencontres ou de médiation, ce système va aussi intégrer de manière plus large, les offres proposées par les employeurs (équilibre vie personnelle-vie professionnelle), ou de nouveaux acteurs du soutien à la parentalité.

Les familles sont exposées à une **multiplicité et une hétérogénéité d'offre de services**. Le manque de cohérence dans les réponses qu'elles peuvent y trouver, peut les insécuriser.

Un travail doit être mené, afin de gagner en cohérence et aider les familles à se repérer dans leur parcours de parent.

Il est donc nécessaire de :

- **Etablir des cahiers des charges** encadrant l'exercice de tout service de soutien à la parentalité, qui soit un modèle commun à l'ensemble des dits services et participe à l'appropriation commune des missions attendues de tels services.
- **Inscrire l'interconnaissance de tous les acteurs de l'écosystème** dès la formation initiale et au **cœur des programmes de formation continue**.
- Mettre en place des **temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques professionnelles** rassemblant plusieurs types d'intervenants, dans une organisation interinstitutionnelle.



3 LE MÉSO-SYSTÈME :

3-1 LE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ COMME VARIABLE D'AJUSTEMENT

Nous avons intégré dans ce niveau les **services qui sont en contact avec les familles et qui pourraient prendre appuis sur les acteurs du microsystème**. Il s'agit des acteurs qui accompagnent le parent dans l'ensemble de ses « **droits et de devoirs**¹⁷⁵ ayant pour finalité **l'intérêt de l'enfant**, pour le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne ».



Ces acteurs travaillent dans **différents champs** : le médico-social, la santé, la justice, l'éducation nationale, ou encore la culture et l'insertion. Ils peuvent intervenir à deux niveaux :

- Le premier nécessite d'intervenir **auprès de l'enfant**, soutenir le parent afin qu'il joue pleinement son rôle de premier éducateur de son enfant.
- Le second nécessite d'intervenir **auprès du parent**, afin de lui permettre de mieux répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant.

Ces acteurs soutiennent la parentalité dans la conception que ce soutien est un **levier facilitant à la réalisation de leurs missions premières**. Il s'agit alors d'appréhender le soutien à la parentalité comme **variable d'ajustement** du sentiment de sécurité de l'enfant.

EXPLICATION

Les **stratégies de coping** correspondent aux diverses façons par lesquelles la personne ajuste ses comportements, idées et émotions pour faire face à la situation dans laquelle elle se trouve.

Marilou **BRUCHON-SCHWEITZER**¹⁷⁶ a particulièrement développé ce concept dans le champ de la psychologie de la santé.

On distingue **trois types de stratégies de coping** :

- stratégies centrées sur le problème
- stratégies centrées sur les émotions
- stratégies centrées sur le soutien social

75 Exercice de l'autorité parentale | Service-public.fr

76 Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dantzer, Introduction à la psychologie de la santé - Persée (persees.fr)

Dans le **coping centré sur le problème**, il sera possible de redéfinir l'organisation familiale et modifier les conditions d'exercice de la parentalité, en réduisant les exigences de la situation et augmentant les ressources : par exemple, obtenir un soutien humain supplémentaire. (C'est-à-dire en se faisant aider ponctuellement par un membre de la famille ou par un intervenant extérieur, ou encore s'inscrire dans une mesure d'Aide Educative (AED)).

Dans le **coping centré sur les émotions**, il s'agit de modifier notre état interne, au travers de nos propres ressources, et de notre pensée.

En utilisant des stratégies centrées sur le bien-être : se créer de l'espace pour souffler/se reposer, par exemple ; se donner le droit à bénéficier d'un répit parental, ou tout simplement en prenant du temps pour soi.

En mettant en place des techniques variées permettant d'améliorer l'hygiène de vie : par exemple, pratiquer un sport, pratiquer la relaxation et/ou faire de la gymnastique, améliorer son alimentation et essayer de renouer avec un sommeil réparateur.

En ouvrant ou en développant un espace de créativité permettant d'exister sur les autres aspects de sa vie et pas simplement sous l'angle de sa parentalité, par exemple la (re)découverte d'un art, le théâtre, les activités manuelles telles que le jardinage.

Le coping centré sur le lien social

Dans le coping centré sur le soutien social, il s'agit d'obtenir la sympathie et l'aide d'autrui, et de renouer avec des espaces de parole : par exemple ; se rapprocher de certains parents, renouer avec la socialisation auprès d'amis ou de pairs, partager des activités de loisirs avec d'autres, participer à un groupe de parole.

Dans l'ensemble, **la mise en place des stratégies de coping s'apprend**. La fonction parentale sera donc largement bénéficiaire si elle accepte d'être suivie par un professionnel qui lui permettra d'effectuer cet apprentissage.

Il est donc plutôt recommandé de **se faire aider**, de veiller à s'appuyer sur les autres (personnes-ressources), et mettre de côté l'idée qu'on y arrivera tout seul.

De nombreuses études ont montré que le **soutien à la parentalité** constitue un **facteur protecteur** en matière de santé pour l'enfant, qui peut alors s'inscrire sur la construction d'une **trajectoire développementale** harmonieuse.

Nous considérons donc, que des acteurs qui déploient des **actions de soutien à la parentalité dites complémentaires** à leur activité principale, doivent être **intégrés, A PART ENTIÈRE**, dans l'écosystème du soutien à la parentalité.

Leur inscription dans le mésosystème permet de reconnaître le soutien à la parentalité comme variable d'ajustement, faisant partie intégrante des missions portées par les acteurs du mésosystème, en synergie avec ceux du microsystème

3-2 UNE REPRÉSENTATIVITÉ LARGE, DIVERSIFIÉE ET NON EXHAUSTIVE

Les parents, fréquentent **nombre de professionnels** dans leur quotidien, au fil de leur expérience, de l'anténatal jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte de leur enfant.

Les résultats du questionnaire renseignés par les professionnels, où la question du diplôme ou de la formation initiale étaient interrogées, rendent difficile l'élaboration d'une **liste exhaustive des** professions des acteurs.



Le graphique des réponses des répondants indique une grande pluralité de réponses que nous avons catégorisé et regroupé arbitrairement en fonction des champs.

Nous avons également **tenté de catégoriser leurs interventions en fonction du champ se rapportant à leurs missions : social, médico-social ou sanitaire.**

Cela nous a conduit à élaborer une « liste » de professions impliquées dans le soutien à la parentalité et leurs secteurs potentiels d'intervention.

Nous vous prions d'excuser des omissions éventuelles, d'acteurs investis dans le domaine du soutien à la parentalité.

3-3 VERS UNE CARTOGRAPHIE À CO-CONSTRUIRE

3.3.1 La santé

Les familles peuvent rencontrer de nombreux intervenant de santé. Ils interviennent en secteur hospitalier ou en libéral et sont de profession médicale ou paramédicale. La liste de ces professionnels est vaste : orthophonistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages femmes, psychomotriciens, ergothérapeutes ou encore médecins généralistes ou spécialistes. . .

D'un entretien prénatal précoce à un suivi par d'un pédiatre, à la fréquentation d'un LAEP ou encore d'un mode d'accueil collectif, le parcours d'une famille l'amène à de multiples rencontres, et exposer parfois sa préoccupation à de nombreux interlocuteurs.

La notion de continuité et de cohérence de discours est alors essentielle. Pour autant, les professionnels de la santé témoignent sur le fait que le plus souvent ils n'ont pas connaissance et encore moins de contacts avec les autres acteurs ou dispositifs en place et décrits dans le microsysteme. Il s'agit à leurs yeux, d'un constat particulièrement **préjudiciable** à tous.

Ce cloisonnement est peu propice à la mise en œuvre d'actions cohérentes et ajustés aux besoins des familles.

En premier lieu **l'enfant** ne bénéficie pas d'un accompagnement global dont il pourrait avoir besoin. Le **parent** peut ressentir un sentiment de solitude, majoré par des discordances de discours (des professionnels), qui renforcent son sentiment d'isolement. Il est alors obligé de se « débrouiller » au milieu de ce que certains appellent une « jungle ».

Et enfin, **les professionnels et bénévoles du microsysteme**, très engagés et peuvent souffrir d'un manque de reconnaissance, alors qu'ils mobilisent une énergie importante qui n'est ni connue et donc non reconnue.

Nous vous proposons cette **liste non exhaustive** des professionnels de santé, qui sont très présents dans les actions de soutien à la parentalité et qui « revendiquent » s'inscrire dans cet écosystème.

3.3.1.1 CAMPS

Les **Centres d'Action Médico-Sociale Précoce** ont pour missions le dépistage, le diagnostic, le traitement et la rééducation des jeunes enfants (0-6 ans) en situation de handicap avant leur entrée à l'école. Ils sont animés par des **équipes pluridisciplinaires** médicales, paramédicales et éducatives, composées de médecins spécialistes, rééducateurs, psychologues, personnels éducatifs et assistants sociaux...

Les CAMSP peuvent être spécialisés dans la prise en charge d'une déficience : visuelle, motrice etc. ... Ils peuvent également être polyvalents et accueillir tous les enfants en situation de handicap. L'action des professionnels des CAMSP vise à **comprendre les difficultés de l'enfant** et à **coopérer avec les parents** pour renforcer ses compétences.

Le soutien à la parentalité constitue, pour ces équipes, une composante essentielle de l'accompagnement qu'ils proposent dans le cadre de leur **action médico-sociale** précoce. Par exemple : dans le cadre du diagnostic d'un handicap ou risque de handicap chez l'enfant.

En effet, cette annonce peut entraîner des réactions diverses de la part des parents. Cela nécessite :

- Une écoute de l'expression des émotions éprouvées par les parents,
- Une aide pour identifier avec les professionnels les difficultés mais aussi les capacités de l'enfant,
- Une information sur les aides matérielles possibles,
- Des réponses concrètes aux questions fondamentales sur le développement (école, autonomie, vie affective à venir...).

EXPLORATION

Ainsi, **leurs missions** se définissent ainsi :

- Prévenir le handicap chez les enfants nés dans un contexte à risques (grande prématurité, souffrance fœtale, convulsions, situations psychosociales vulnérables...),
- Dépister d'éventuelles anomalies,
- Agir pour favoriser le développement optimal de l'enfant, son bien-être et son intégration sociale - aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance puis vers l'école,
- Entendre les inquiétudes parentales et répondre aux questions concernant l'évolution psychomotrice et psychoaffective de l'enfant,
- Etablir des liens avec les structures hospitalières et les professionnels libéraux.

3-3-1-2 Paramédicaux et professions réglementées sur titre

Les **professions paramédicales** comprennent l'ensemble des professionnels de la santé en dehors des médecins, des pharmaciens ou des sages-femmes qui correspondent aux professions dites médicales. Ils interviennent dans les actes de soins et de traitement, en étroite collaboration avec les professions médicales.

Nous pouvons citer ici : les psychomotriciens, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les diététiciens...

Soulevons la mobilisation des Kinésithérapeutes dans les épidémies de bronchiolite qui peut toucher plus de 30% des enfants de moins de 2 ans.

Nous n'allons pas détailler pour tous leur implication dans le champ du soutien à la parentalité, tant cela est une évidence.

Ainsi, **Mme Florence BRONNY, présidente de la SNUP, Syndicat National d'Union des Psychomotriciens** a souhaité à travers sa contribution, préciser la définition de leur exercice qui est : « *discipline située au croisement des disciplines biomédicales et des sciences humaines, spécialisée dans les synergies entre les fonctions psychomotrices, sensorielles et douleurs, motrices, mentales et émotionnelles, et leurs interactions avec l'environnement matériel et humain et ses évolutions* ».

L'auteur décrit les actions d'accompagnement de la parentalité que les psychomotriciens sont amenés à réaliser dans leur exercice :

- « Écoute des attentes, des difficultés et des manifestations émotionnelles des parents
- Accompagnement des représentations, des attentes et des imagos des parents, accompagnement du chemin des parents entre la parentalité idéalisée et la réalité
- Valorisation des savoirs faire et savoirs être de chacun des parents en fonction de son histoire de vie et des racines culturelles, traditions, transmissions transgénérationnelles...
- Information sur le développement psychomoteur (sensorimoteur, cognitif et psycho-affectif) de l'enfant, les enjeux entre son environnement et lui
- Information et formation au portage, aux premiers soins de nursing, à l'installation de l'enfant, l'environnement familial de l'enfant
- Accompagnement de l'attention des parents aux manifestations de l'enfant : détente/tension, satisfaction/insatisfaction...
- Repérage, valorisation et soutien des compétences parentales
- Soutien des processus d'attachement entre les parents et l'enfant, avec la fratrie, avec la famille élargie selon la culture, les rites et traditions éventuels
- Reconnaissance des enjeux qui animent les fratries, évaluations et repérage des régulations éventuelles à apporter
- Soutien des échanges entre parents par l'animation ou coanimation de groupes de parole
- Orientation vers des professionnels, des structures sanitaires, médico-sociales et/ou éducatives adéquats si besoin
- Sensibilisation à l'usage modéré des écrans
- Proposition d'un accompagnement pluridisciplinaire des parents
- Action de prévention niveau 2 et 3 ».

La **Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)** décrit aussi l'implication des orthophonistes auprès des familles : « La prise en soins orthophoniques est **centrée sur l'enfant** mais inclut systématiquement **l'environnement** dans lequel il évolue. Les parents sont accueillis dès les premières prises de contact, la prise en compte du **système familial** se fait au moment du bilan orthophonique.

La construction du projet de soin se fait en **partenariat avec les parents** qui sont pris en compte du début à la fin de cette intervention. Le soutien à la parentalité consiste à rendre le parent aidant, **acteur du soin de l'enfant**. Il doit être dépositaire des informations lui permettant de comprendre le trouble, le travail proposé et les moyens mis en œuvre.

Au-delà d'une **information** des parents, l'orthophoniste doit permettre d'**accompagner** les parents pour qu'ils puissent **développer des compétences** et une expertise leur permettant d'accompagner au quotidien le **développement de leur enfant** ».

Les pratiques professionnelles évoluent au travers du déploiement d'actions visant la promotion de la santé amenant ces professions à se coordonner et à construire des prises en charges plurielles et complémentaires.

Le secteur médical et paramédical coopèrent aujourd'hui aussi avec des professionnels du champ social ou de l'éducatif dans les établissements médico-sociaux.

Il est également nécessaire d'inclure les professions sociales réglementées¹⁷⁷ comme les Assistant de Service Social (diplôme d'État), ostéopathe sur titre, médiateur familial sur titre (diplôme d'État) ou encore psychologue sur titre engagés dans des consultations psychologiques parentales au travers d'une clinique du lien parental¹⁷⁸.

EXPLORATION

Les **psychologues** sont des **acteurs majeurs** du soutien à la parentalité.

Ils interviennent en libéral ou encore dans la plus grande majorité des services de soin ou médico-social.

Ils ont des spécialités et des approches cliniques diverses dans le cadre de leur code de déontologie¹⁷⁹ actualisé le 9 septembre 2021.

La psychologie clinique renferme **plusieurs spécialités** :

- La psychologie de l'enfant et de l'adolescent,
- La psychologie clinique de l'adulte,
- La psychologie clinique des troubles de l'apprentissage,
- La psychologie clinique de la toxicomanie,
- La psychologie médico-légale...
- La psychologie de la santé/psychologie médicale.
- Concernant les psychologues de la santé, ils sont engagés dans :
 - La promotion et le maintien du comportement lié à la santé ;
 - La prévention et le traitement de la maladie ;
 - L'analyse et l'amélioration du système de soins de santé ;
 - La formulation d'une politique de santé.

D'apparition plus récente, **la neuropsychologie clinique** est une spécialité qui étudie le rapport cerveau-comportement et la façon dont le comportement et les crises de comportement sont déterminés par le fonctionnement du cerveau. Travaillant souvent dans les départements de psychologie clinique, de neurochirurgie et de neuroscience, les neuropsychologues cliniciens sont ainsi spécialisés dans l'examen diagnostique et la prise en charge des personnes manifestant une particularité du fonctionnement cérébral.

La question du statut de psychothérapeute a connu une tentative de cadrage du législateur¹⁸⁰ qu'il nous apparaît pourtant encore nécessaire d'éclaircir.

77 Professions réglementées du médico-social (action-sociale.org)

78 KONE, Djakaridja. « Les consultations psychologiques parentales. Une clinique de soutien à la fonction parentale », VST - Vie sociale et traitements, vol. 110, no. 2, 2011, pp. 49-55.

79 Code de Déontologie des psychologues 2021 - Code de déontologie des psychologues. Code Français (codededeontologiedespsychologues.fr)

80 Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

3.3.1.3 Les Pédiatres

Professionnels médicaux, les pédiatres exercent une **spécialité médicale** qui se consacre à l'**enfant**, depuis la vie intra-utérine jusqu'à la fin de l'adolescence. En s'intéressant à l'alimentation et en suivant la croissance et l'évolution de l'enfant, la pédiatrie exerce un **rôle important de prévention**, et s'attache à diagnostiquer et à traiter les pathologies qui peuvent affecter sa santé.

Aujourd'hui, le médecin pédiatre travaille le plus souvent en réseau avec d'autres professionnels de santé, de l'éducation et des travailleurs sociaux. Il s'impose comme un **acteur clé** du développement de l'enfant.

Comme nous le précise **Catherine GUEGUEN** : *« Les pédiatres et les médecins généralistes sont les **interlocuteurs privilégiés** des parents, ils sont en **première ligne** et sont donc à même de fournir cet accompagnement en lien avec les autres professionnels, accompagnement qui est encore une fois un **vrai travail de santé publique**. En effet, les maltraitances surviennent très tôt dans le parcours de vie des enfants avec des **risques majeurs de morbidité et de mortalité** dès la première année de vie. Il est urgent d'organiser un vrai travail de prévention le plus tôt possible, c'est-à-dire **dès la grossesse**. Les pédiatres travaillent en maternité, ils connaissent très bien les besoins des parents et des enfants et ce problème majeur de la maltraitance. En réalisant que le **travail en maternité** permet d'avoir accès ce qui est rarissime à presque tous les parents (excepté la minorité qui accouche à domicile) ».*

Les pédiatres¹⁸¹ sont impliqués dans l'accompagnement des parents, leurs missions s'inscrivent en ligne directe avec les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, qui rappellent que *« la santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets à long terme sur le développement et la réussite éducative ».*

Le pédiatre, formé dans une culture scientifique dominée par l'*« evidence-based médecine »*, est impliqué dans la prise en charge globale de l'enfant, en lien avec les autres professionnels avec lesquels il collabore et vers lesquels il oriente au besoin : paramédicaux, pédopsychiatres, psychologues...

3.3.1.4 Pédopsychiatrie et santé mentale de l'enfant

La **pédopsychiatrie** est une spécialité médicale, s'appuyant sur une lecture neurobiologique, psychosociale, culturelle et développementale¹⁸². Ses missions s'inscrivent dans l'évaluation, le diagnostic et le trajet de soins des troubles mentaux, mais aussi dans la **prévention** de leurs complications et récurrences. Selon l'OMS, **la santé mentale**, vise l'amélioration du bien-être global, de l'accomplissement personnel et de la contribution à la société de tout un chacun.

81 FRESCO, Olivier « Expérience de la parentalité en pédiatrie de ville », Pierre Suesser éd., Parentalité, développement, apprentissages. Le dialogue des disciplines autour du jeune enfant. Érès, 2020, pp. 71-86.

82 DELVENNE Véronique, BULA-IBULA Cynthia, « Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelles interactions ? », L'information psychiatrique, 2021/5 (Volume 97), p. 353-359.

Le Dr Amandine BUFFIERE, présidente de la fédération des C.M.P.P.P. (F.D.C.M.P.P.), confirme cet engagement : « Au fil du temps, l'intérêt et les pratiques de soin en pédopsychiatrie se sont élargis de l'enfant, à **l'enfant dans son environnement** et en particulier sa famille. Le **soutien à la parentalité** est devenu un **axe de travail important** de la réflexion et des pratiques, il prend des formes diverses sur lesquelles nous reviendrons.

Il fait **partie intégrante** du travail en CMPP aujourd'hui, un certain nombre de professionnels en ont une grande expertise. Nombreux sont les professionnels de CMPP, qui souhaiteraient pouvoir être une **ressource** dans ce champ pour les professionnels du champ social par exemple mais ces **actions de travail de réseau** ne sont pas reconnues aujourd'hui comme faisant partie inhérente du travail de nos professionnels.

La particularité de notre action est que nous **accompagnons les parents** dont les enfants ont des difficultés psychiques, des troubles du neurodéveloppement, des maladies psychiques. Les modèles auxquels nous nous référons se sont enrichis, à l'approche psychanalytiques se sont ajoutés des **approches systémiques**, de guidance plus cognitivo-comportementalistes ».

Les tensions sont grandes actuellement dans ce domaine, comme le précise **Claire HEDON**, la Défenseure des droits, dans un rapport¹⁸³ publié à l'occasion de la journée internationale des droits de l'enfant en novembre 2021. **Elle met en garde sur le manque de moyens matériels et humains de cette spécialité.**

EXPLORATION

Le rapport rendu par **Claire HEDON** dénombre « 25 départements » non couverts par cette branche de la psychiatrie ou dotés de « services uniquement ambulatoires ». D'après les chiffres du rapport, pendant l'année 2020, chamboulée par le Covid-19, 468.000 enfants de moins de 16 ans ont été pris en charge en ambulatoire (pour une durée de moins de 12 heures, nldr) et 45.000 ont été hospitalisés.

Ainsi, **en vingt ans**, le nombre d'enfants et d'adolescents **suivis** chaque année en psychiatrie infanto-juvénile a **augmenté de plus de 60%**. En quinze ans les hospitalisations ont doublé, et en treize ans les soins ambulatoires ont connu une hausse de 33%. La crise sanitaire n'a fait qu'aggraver cette tendance.

3.3.1.5 Puéricultrices

Au sens littéral du texte, le nom puéricultrice est issu du terme latin « puer » qui signifie enfant et de « cultrice » du verbe latin « cultivare » signifiant cultiver, faire grandir, soigner.

Elle dispense des soins infirmiers adaptés à l'enfant, en tenant compte des dimensions biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive, psychique, culturelle...

83 <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/publication-rapport-annuel-consacre-aux-droits-lenfant-sante-mentale-enfants-droit-au-bien>

Selon le **ministère de la Santé**, on compte entre **11 000 et 13 000 puéricultrices** sur le territoire français qui exercent en équipe pluri-professionnelle, avec pour **missions** de :

- Prendre soin de l'enfant et de ses aidants naturels (parents, fratrie, tierces personnes) dans une approche holistique,
- Prévenir, maintenir et restaurer la santé de l'enfant par une continuité des soins,
- Favoriser l'autonomie, la socialisation et l'éveil de tout enfant (enfant différent),
- Assurer la protection de l'enfant,
- Collaborer à la gestion administrative et financière des institutions,
- Faire de la recherche, former ses pairs et les professionnels de la petite enfance.

Au nom de l'**Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômées et des Étudiants** (ANPDE), **Brigitte PREVOST MESLET**, Présidente et **Laetitia STAVNISLAWSKI**, Responsable de la commission des IPDE de ville expliquent que :

« L'infirmière puéricultrice représente un atout majeur dans l'**accompagnement à la parentalité** car elle dispose d'une **formation spécialisée dans la prise en charge de l'enfant de 0 à 18 ans** et de sa famille. Son domaine d'intervention présente la particularité d'intégrer la **période anténatale**, le champ de l'enfance, de la jeunesse et celui de la santé. Elle mobilise des compétences d'expertise clinique et l'une de ses missions est de promouvoir la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, de le protéger et de **contribuer à son développement optimal** en favorisant son éveil, son autonomie et sa socialisation, en tenant compte de son environnement familial et social. Ses compétences spécifiques lui permettent d'analyser les demandes de la population et également individuelles, d'évaluer les situations à risque et de prendre en compte les **situations complexes et singulières** des nouveaux nés, des enfants et des adolescents du fait de l'évolution constante de leur développement ».

Une autre spécificité est aux yeux de l'**ANDPE** sa présence dans de **nombreux lieux fréquentés** par les enfants et leurs familles permettent d'être au plus près des parents et au sein d'un maillage pluri-professionnel.

Elle exerce dans **différents secteurs** :

- Secteur hospitalier : réanimation néonatale et pédiatrique, néonatalogie, maternité, urgences pédiatriques, SAMU, chirurgie, service de pédiatrie générale ou spécialisée (neurologie, néphrologie, oncologie, pédopsychiatrie...), service de consultation, hôpital de jour,
- Coordinatrice en service spécifique (éducation thérapeutique pour le diabète, l'asthme, le saturnisme, la drépanocytose...) Centre de Référence (leucodystrophie, douleur...) ou Centre Régional de maladie spécifique (mucoviscidose, hémophilie...) référente (recherche clinique, consultation d'annonce maladie grave en collaboration avec le médecin, douleur).

- Secteur extra hospitalier : Service d'Hospitalisation pédiatrique à Domicile, Centre de l'Enfance, Centre d'accueil pour enfant handicapé ou ayant une maladie chronique (centre de traitement de l'obésité, centre d'accueil pour enfant asthmatique, hémophile, ayant des problèmes dermatologiques...) service de réadaptation.
- Etablissement d'accueil pour enfant de moins de 6 ans (multi-accueil, halte-garderie...) fonction de direction de structure, garant du projet institutionnel, gestion financière, management.
- Protection Maternelle Infantile (Service des Conseils Généraux à l'attention des familles) : consultation à domicile en postnatal, consultation des enfants en collaboration avec un médecin lors d'une permanence au CG ou en milieu scolaire jusqu'au 3 ans de l'enfant, agrément des assistantes maternelles, avec deux axes de travail le soutien à la parentalité (écoute, conseils hygiéno-diététiques, conseils éducationnels, éveil...), le dépistage (retard psychomoteur, retard staturo-pondéral, troubles visuels et auditifs, situation de danger..).

Dans une revue de littérature⁸⁴, conduite à partir de la base documentaire **EM-consulte**⁸⁵ sur les années 2009 à 2015 et visant à décrire et analyser les actions d'accompagnement à la parentalité réalisées par les infirmières puéricultrices au travers de la **littérature professionnelle**, les résultats témoignent que les contributions de l'infirmière puéricultrice, pourtant **profession de l'enfance reconnue**, en première ligne dans le soutien à la parentalité, étaient peu citées dans les résultats.

Ce travail a permis d'éclaircir que le rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité reste **trop souvent transparent** pour la communauté scientifique, faute d'écrits dans des revues indexées.

Formation

Le Professeur LELONG a mis en place cette fonction d'experte au lendemain des Guerres Mondiales des années 1918 et 1945 dans l'objectif d'accompagner la reprise de la Natalité. Le **diplôme d'état de puéricultrice** a été promulgué en 1945, effectif en 1947. C'est la première spécialité infirmière à être créée. Le dernier texte en vigueur concernant les études de puéricultrice date de 1983 et sa réactualisation est en cours au ministère de la Santé dans le travail de réingénierie des diplômes paramédicaux.

La formation dure de **12 à 15 mois** dans des Écoles de Puériculture agréées par les Préfets de Région. Elle comprend **1 500 heures** d'enseignements réparties en temps d'enseignements théoriques (800 heures) et en temps d'enseignements pratiques (700 heures).

84 CHEVALLIER, Camille, et al. « Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité », Santé Publique, vol. 30, no. 5, 2018, pp. 633-661.

85 EM consulte (em-consulte.com)

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une **profession médicale** à compétences définies. Le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le **code de la santé publique** (articles L4151-1 et suivants du Code de la santé publique).

Les compétences des sages-femmes

- Compétences relatives à la grossesse : surveillance et le suivi médical de la grossesse - réalisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, prévention des addictions (tabacologie...), actes d'échographie obstétricales systématiques ou de dépistage - la surveillance du travail et de l'accouchement - après l'accouchement, la sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant - rééducation périnéale liée à l'accouchement - pratique les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques.
- Compétences en gynécologie de prévention : consultations de suivi gynécologique de prévention - pratique de l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situation pathologique - pratique des échographies gynécologiques - prescription différentes méthodes contraceptives - dépistage et à traitement de certaines infections sexuellement transmissibles.
- Compétences en orthogénie : réalisation des interruptions volontaires de grossesse, par voie médicamenteuse - en matière d' i.v.g. chirurgicale est prévue à titre expérimental, par le décret du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes.
- Compétences en matière de vaccination : pratique des vaccinations selon la liste déterminée par la réglementation auprès des femmes, des mineurs et des personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant.
- Compétences en matière de PMA : participe aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans les conditions déterminées par la réglementation (Code de Santé Publique C.S.P.).
- Lutte contre les violences un rôle de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes - contribue au repérage des situations de violences faites aux femmes, notamment par l'orientation de la patiente vers des structures de prise en charge spécialisées ou encore par la rédaction sur demande de la patiente de certificat médical descriptif.



Mme Sabine PAYSANT, au nom du **Conseil National professionnel des sages-femmes**, qui représente **10 associations**, expose dans sa contribution que : « La sage-femme est le **professionnel de recours** idéal pour assurer ce **soutien de la parentalité** en continu durant toute la période des 1000 premiers jours avec les futurs parents (en prénatal) et les parents (en post-natal). La sage-femme est le **lien essentiel** dans le continuum des soins, elle constitue un **véritable facilitateur de santé**. De part cette spécificité dans le temps long et ce suivi global, la sage-femme est le **professionnel référent** auprès des parents concernant les questions et le soutien à la parentalité, apportant une **écoute, des conseils** et des **informations, des actions** (de soins et médicales). Elle oriente les parents précocement du **pré-conceptionnel** (projection du devenir parents) jusqu'au 2 ans de l'enfant (pour la prise en charge des nourrissons), puis durant toute la **petite enfance** jusqu'à la fin de l'**adolescence** (suivi pédiatrique de prévention avec les vaccinations de l'enfant, la première consultation de contraception et d'éducation à la sexualité) qui sont autant d'étapes concernant l'enfant dans le parcours de santé des parents. La sage-femme accompagne ainsi les parents en les soutenant dans leur parentalité avec leurs enfants ».

EXPLORATION

L'**entretien pré natal précoce** (EPP), obligatoire depuis mai 2020 et l'**entretien post natal précoce** (EPNP) obligatoire depuis juillet 22.

Il s'agit de **moments privilégiés** pour ouvrir le dialogue et de verbaliser les préoccupations de la femme enceinte et de l'autre parent au-delà du suivi purement médical de la grossesse par une **écoute attentive** dans une relation singulière et contenante tout en **informant** et **sensibilisant** les femmes/couples sur leurs **parentalités à venir**.

C'est aussi un outil permettant de mieux structurer et **ajuster le parcours** de suivi de la grossesse à chaque situation. L'identification des besoins et des vulnérabilités des futurs parents sont des prérequis pour l'**amélioration de la qualité des soins en pré et post natal**. Le réseau de professionnels formés, pour donner aux futurs parents la possibilité de gagner en sécurité et qu'ils **accueillent en sécurité leur enfant**.

L'**exclusion** et la non-reconnaissance de la place des professionnels de la santé, en matière de soutien à la fonction parentale constituent une **perte de chance pour l'enfant**.

Dans un contexte sociétal marqué par une majoration des difficultés, tant du côté :

- Des **enfants** - dégradation de leur état de santé physique et mentale
- Des **parents** - isolement, burn-out, Violence éducatives ordinaires, santé mentale...
- Des **professionnels** - épuisement, perte de sens, pénurie...

La place de chacun est primordiale.

Dans cette conscience d'une responsabilité partagée, et de la richesse de tous ces professionnels formés à soutenir l'enfant et sa famille, **l'intégration des professionnels du domaine de la santé est une nécessité**.

Pour se faire, ces acteurs, doivent bénéficier de **formations dans le cadre des compétences socles** attendues dans le domaine du soutien à la Parentalité.

3.3.2 L'école et la co-éducation

Nous souhaitons insister dans ce travail sur la **place prépondérante** que joue le secteur impliqué dans **l'éducation de l'enfant**, en matière de soutien à la parentalité. En effet, lieu majeur fréquenté par l'enfant et sa famille, l'école en premier lieu endosse une grande **responsabilité** sur la trajectoire développementale de celui-ci, mais également dans les **interactions** qu'elle peut nourrir avec **les parents**.

De **l'école**, en passant par toutes les **actions de soutien éducatifs**, ces lieux de vie de l'enfant et de sa famille participent de manière **déterminante** dans les **actions de soutien à la parentalité**.

3.3.2.1 la relation élève - enseignant

En plus d'**instruire** et de **qualifier**, l'école est un milieu de vie où les élèves interagissent et vivent plusieurs situations qui sont des occasions d'**apprendre à vivre en société** : amitiés, relations amoureuses, relations égalitaires.

Les **connaissances actualisées** sur le développement de l'enfant sont formelles : le mode de **relation enseignant-élève** exerce une influence importante sur les enfants. Quand cette relation est de qualité, elle a des **effets positifs** sur la réussite des élèves ainsi que sur leur santé mentale (stress, résilience, bien-être émotionnel, confiance en soi)¹⁸⁶.

Les relations entretenues par les différents acteurs présents dans l'environnement de l'enfant, qu'il s'agisse de ses **figures d'attachement** principales que sont les parents, mais également les figures d'attachement secondaires¹⁸⁷, que sont les enseignants et personnels éducatifs font l'objet de très **nombreuses recherches**. Elles insistent sur la nécessité de porter une **attention très soutenue à l'environnement émotionnel** de l'enfant et à la qualité des interactions entre tous ces acteurs.

Ainsi pour certains auteurs¹⁸⁸, la construction d'**alliances constructives** entre école et famille, passant par une reconnaissance réciproque, ouvrirait à la notion de soutien à la parentalité, et soutiendrait le **développement harmonieux de l'enfant**. Ce travail suppose formation, étayage et réflexion d'équipe.

Les **Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (I.T.E.P.)**, accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes se questionnent également sur cette dimension du **soutien à la parentalité**¹⁸⁹ dans le cadre de leurs missions. Leurs modalités d'accompagnement sont multiples : internat, semi-internat, internat modulé, accueil de jour et intègrent dans leur dispositif, un Service d'éducation Spéciale et de Soins à Domicile (**SESSAD**).

EXPLORATION

Une responsabilité partagée : la co-éducation

Le terme « coéducation » renvoie aux relations parents-professionnels relatives à l'éducation des enfants, et cela concerne les différents milieux extra-familiaux, tels que les crèches, l'**école**, les lieux éducatifs et thérapeutiques, les lieux d'accueil, etc.

Le préfixe « co » implique que l'acte d'« éduquer » va s'effectuer « avec », ce qui signifie la présence d'au moins deux personnes à effectuer l'action d'éduquer, parfois simultanément, parfois successivement.

La **collaboration entre parents et professionnels** est importante pour l'enfant, mais également pour les parents, qui, reconnus et valorisés par les professionnels, oseront alors échanger entre eux et avec les professionnels.

Dans la démarche co-éducative, les pratiques et les modèles éducatifs introduits ne doivent pas être forcément identiques, ils peuvent être différents, complémentaires, le tout est qu'ils soient discutés et cohérents pour l'enfant, permettant à ce dernier de construire son identité, tout en valorisant la culture familiale et en reconnaissant le parent « en devenir ».

3.3.2.2 Educateurs

Engagés de dans de nombreux champs, du social à l'éducatif, leur rôle est aujourd'hui à ne pas négliger dans les actions de soutien à la parentalité.

87 VIOLON M., TEREÑO S., DIAS P., WENDLAND J. - French validation of the attachment behaviour perception scale at preschool age – teacher's version - NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE Doi : 10.1016/j.neurenf.2017.06.004

88 BRESSON, Nancy et MELLIER Denis. « La parentalité en souffrance à l'école », Dialogue, vol. 207, no. 1, 2015, pp. 83-96.

89 ROGEAU, Fabienne. « Famille et ITER Des premiers moments déterminants », Le Sociographe, vol. 49, no. 1, 2015, pp. 102-110.

Le terme « **éducateur** » regroupe en réalité quatre métiers distincts : éducateur **spécialisé**, éducateur de **jeunes enfants**, éducateur **technique spécialisé** et **moniteur** éducateur. Au contact de jeunes enfants, d'adolescents et d'adultes souffrant de handicaps physiques ou mentaux, de difficultés d'insertion ou de troubles du comportement, l'éducateur a pour objectif d'aider des personnes à s'exprimer ainsi qu'à réaliser leurs projets.

- L'éducateur spécialisé collabore avec d'autres professionnels de l'action éducative et sociale tels que les kinésithérapeutes, les psychologues, les assistants des services sociaux et les magistrats. Il apporte un soutien aux personnes dont il a la charge en les aidant à se reconstruire psychologiquement et physiquement.
- L'éducateur du Jeunes Enfants (EJE) profession exercée par 97% par des femmes, est en lien avec le projet pédagogique et éducatif de la structure, assure des fonctions d'accueil, d'éducation, de prévention et de coordination auprès du jeune enfant. Le positionnement de l'EJE lui confère également une mission d'accompagnement à la parentalité.
- L'éducateur technique spécialisé a deux rôles : éducateur et formateur spécialisé. Il vient en aide aux personnes en situation de handicap physique ou mental. Il a pour mission de leur transmettre son savoir-faire et ses compétences techniques dans un domaine en particulier. Le but est de permettre à ces personnes de rejoindre le monde professionnel.
- Le moniteur éducateur s'occupe de personnes en situation de dépendance ou de handicap. Il les aide à accomplir des gestes de la vie quotidienne et à réaliser leurs démarches administratives. Son but est de permettre aux personnes de redevenir autonomes et de conserver un contact social.

Mme Julie MARTY-PICHON, au nom du Conseil d'Administration de la **Fédération Nationale des éducateurs.trices de jeunes enfants** propose la : « **Reconnaissance** et soutien des EJE libéraux comme professionnelles de l'**accompagnement à la parentalité** (métier aujourd'hui le plus complet en petite enfance) qui apportent une réponse (très flexible de plus) au soutien à la parentalité ».

La formation de ces professionnels, leur permet de s'inscrire dans des actions de soutien à la parentalité, décrites comme étant : « la capacité à mettre en œuvre une **posture d'écoute** et une communication professionnelle **respectueuse des choix éducatifs**, pour penser ensemble des pistes allant vers le **bien-être de l'enfant**. Cela nécessite une **disponibilité psychique** importante pour garantir une pratique réflexive la plus ajustée possible ».

Cette contribution est aussi l'occasion pour ces professionnels de souligner leur préoccupation en ce qui concerne les conditions nécessaires à la mise en œuvre de ces actions de soutien à la parentalité : « nous **manquons de temps** pour être disponible comme il le faudrait avec des parents qui nous sollicitent. Nous manquons de temps et de moyens pour organiser avec les familles que nous accueillons des **moments d'échanges et de dialogues**, ou des temps d'information. Nous manquons de temps et de personnel pour **observer l'enfant** au sein de la collectivité et **repérer** ainsi peut-être des problématiques (développement, comportement, langage, relation à l'autre...) qu'il pourrait soulever et dont on pourrait parler au parent ».

La meilleure compréhension des enjeux traversés par la **co-éducation** engage une **responsabilité partagée** en particulier avec tous les acteurs du champ éducatif.

Ce constat implique que ces acteurs, en particulier tous ceux qui animent **la scolarité de l'enfant** (enseignants, ATSEM, AESH, périscolaires, infirmiers et médecins scolaires...), bénéficient de **formations dans le cadre des compétences socles** attendues dans le domaine du soutien à la Parentalité.

3.3.3 La protection de l'enfance

3.3.3.1 De la prévention à la protection

Le développement de l'enfant et son bien-être sont particulièrement dépendants de son environnement affectif et repose sur la prise en compte de ses **besoins fondamentaux**. La **famille** peut constituer une **ressource** mais également potentiellement **source de danger**.

Distinguer prévention « primaire », « secondaire » ou spécialisée et parfois « tertiaire » suppose l'existence d'un continuum qui part d'une démarche de **promotion** fondée sur l'absence de jugement, la reconnaissance des ressources et des savoirs des familles, sur le **partenariat** entre parents et professionnels, sur des actions d'écoute, d'échange et d'appui et qui aboutit à une situation où la famille est **prise en charge, évaluée**, accompagnée et **suivie** dans un processus de changement voire de thérapie.

Ainsi, si la famille se révèle défaillante, il faut intervenir pour **restaurer** ses fonctions, la **substituer** ou, dans les situations les plus graves, la **sanctionner** selon un parcours qui va de la « **promotion** » à la **prévention** dans toutes ses typologies, jusqu'aux **interventions judiciaires** et leur accompagnement.

Supposer une **continuité** plutôt qu'une opposition entre les démarches de **prévention** et de **protection de l'enfance**, ouvre ainsi à des perceptives d'interventions plus riches que si le choix est fait de cloisonner les actions⁹⁰.

Le constat actuel de voir arriver dans le champ de la protection de l'enfance des publics qui n'étaient jusqu'à présent pas identifiés comme vulnérables, cela nous semble imposer ce décroisement.

3.3.3.2 Dispositifs et lieux de vie

Se dessine donc l'**indéniable continuité** entre les enjeux de la prévention et de la protection, fondée sur une finalité commune : **protéger les enfants**.

90 TARABULSY George - L'évaluation Psychologique Au près de Familles Vulnérables - PU Québec 2009

Du champ de la prévention jusqu'aux mesures conduisant à la mise en place d'une Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) et parfois jusqu'au **placement de l'enfant** en milieu ouvert dans une Unités d'activités de jour (UEAJ), à domicile suite à un Placement Educatif A Domicile (PEAD), ou en familles d'accueil, le soutien à la parentalité doit demeurer une préoccupation constante.

C'est également au cœur d'établissements comme les **MECS** mais aussi les **foyers parentaux** et tous les **lieux de vie** et d'accueil (Centres Éducatifs Fermés (CEF), Établissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM, etc.) que doivent être fondamentalement questionnées le lien avec les parents.

En effet, l'anticipation de la fin des mesures nécessite cet accompagnement.

A l'instar de certaines associations (Croix rouge, ATD Quart monde...), la conscience de cette **continuité** permet de ne pas se restreindre, à des interventions de surveillance ou de « réparation » qui risquent de leur renvoyer une image de famille dépourvue de ressources et donc défailante, mais proposer des actions de **soutien à la parentalité** pouvant leur permettre de s'approprier leur propre rôle et de développer leurs compétences.

Le soutien à la parentalité devient alors une véritable **variable d'ajustement**, telle que nous l'avons décrite précédemment.

Dans sa contribution, élaborée à partir de l'expérience et de l'expertise d'associations, œuvrant en métropole et en Outre-mer, exerçant dans le handicap, la protection de l'enfance, ou encore la médiation familiale, la **CNAPE** rejoint cette analyse. Fédération Nationale d'Associations de Protection de l'Enfant, ses champs d'intervention concernent la prévention, la protection de l'enfance, la justice pénale des mineurs, l'enfance et la jeunesse en situation de handicap et de vulnérabilité ou encore la jeunesse confrontée à des difficultés d'insertion.

*« Le champ du soutien à la parentalité doit prendre corps dans l'ensemble des temps et des lieux fréquentés par l'enfant et ses parents. S'il est mis en œuvre par des institutions, organisations, établissements ou services de **droit commun**, il est également dans le cadre d'un accompagnement en **protection de l'enfance** à travers le déploiement d'actions collectives ou individuelles, d'interventions centrées sur le « **faire avec** » ou encore le parrainage de proximité. Ce n'est qu'à cette condition que l'ensemble des parents peuvent bénéficier d'un étayage leur permettant de **développer leur pouvoir d'agir** ».*

Cela passe par : « Une **écoute bienveillante**, une pratique fondée sur l'identification et la **valorisation des compétences parentales**, le « faire avec » et l'acceptation des différences de l'autre sont autant de compétences qui permettront de nouer un lien de confiance mutuelle ».

Des contributeurs¹⁹¹ alertent sur le point suivant : « Le **soutien à la parentalité** est, de nos jours, communément posé par les professionnels comme un **axe du travail avec les familles**, y compris lorsque l'enfant fait l'objet d'une mesure de protection de l'enfance à travers un placement ou en milieu ouvert.

91 Acoléa - ADAPEI 23 - Association départementale de sauvegarde de l'enfance à l'adulte de l'Oise (ADSEAO) - Association pour l'éducation de la jeunesse réunionnaise (AEJR) - Association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de la Corrèze (ASEAC) - Cithéa - Carrefour national des délégués aux prestations familiales (CNDPF) - Groupe SOS jeunesse - association le Cap - Fédération nationale des centres parentaux (FNCP) - Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux (FENAMEF) - Fondation Normandie génération - Linkiaa - Sauvegarde 56 - Union nationale des acteurs de parrainage de proximité

Pourtant, certains acteurs institutionnels ont **recentré la politique publique de soutien à la parentalité sur un volet universaliste et préventif, excluant** notamment de son champ les interventions menées dans le cadre d'une **mesure de protection**.

Les établissements et services sociaux (maison d'enfants à caractère social, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.), agissant pourtant au plus près des familles, **peinent à obtenir des financements de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)** pour déployer des actions de soutien à la **parentalité spécifiques**.

À l'heure où débutent les réflexions sur la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et l'État, il importe de **sortir de cette logique afin de favoriser le déploiement d'actions de soutien à la parentalité dans tous les lieux que fréquentent l'enfant et ses parents** ».

3.3.3.3 Le système judiciaire

La place du système judiciaire dans le constat de l'évolution de l'organisation de la famille se questionne à plusieurs niveaux.

En premier lieu, citons celui de la justice et l'**accompagnement des séparations parentales**. Le nombre de ruptures de PACS et de divorces est important. Il se monte à environ 220 000 par an, soit près de la moitié du nombre de mariages et de PACS enregistrés en une année. Majoré par les séparations, non renseigné dans les statistiques, ces ruptures de couples font qu'une part importante des enfants (environ 30%) vit avec des parents séparés (INSEE¹⁹²) : **quatre millions d'enfants** mineurs vivent aujourd'hui avec des parents séparés.

Le conflit parental **bloque alors souvent la prise de décision** et les parents séparés doivent réussir à faire que l'autorité parentale qu'ils détenaient ensemble au moment de leur vie commune devienne une véritable autorité coparentale lorsqu'ils se séparent¹⁹³.

Parfois cette justice familiale est conduite à engager les familles séparées dans des dispositifs relevant de la **protection de l'enfance** (mesures d'investigation, AEMO, placements), avec l'idée de protéger l'enfant des dangers causés par le conflit parental.

Depuis la **loi du 5 mars 2007** réformant la protection de l'enfance, les relations avec les **familles** est inscrite dans une attention particulière. Elle incite à rechercher un équilibre entre la protection due à l'enfant et le respect de l'autorité parentale.

La loi du **14 mars 2016** mentionne que la prise en charge de l'enfant doit s'appuyer sur les **ressources de la famille** et l'environnement de l'enfant et prendre en compte les difficultés auxquelles les **parents** peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs **responsabilités éducatives**.

92 https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/24_CFM

93 MULON, Élodie. « L'enfant dans les séparations conflictuelles : le rôle de la justice », *Enfances & Psy*, vol. 52, no. 3, 2011, pp. 49-58.

La loi du 5 mars 2007 relative à la **prévention de la délinquance des mineurs** consacre la préoccupation de la **place de la famille** et notamment des parents et/ou des détenteurs de l'autorité parentale.

La circulaire du 2 février 2010 relative à l'action d'éducation dans un cadre pénal précise que cette action doit **associer la famille du mineur** et que la période de privation de liberté décidée par la juridiction doit être l'occasion de construire une relation avec le mineur afin notamment que celui-ci maintienne le lien avec sa famille et son environnement.

Le système judiciaire vient alors s'inscrire autour de 3 axes qui justifient des interrogations constantes sur les enjeux du soutien à la parentalité dans le champ de la justice :

- **L'accompagnement de la parentalité** proposé par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la **Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)**, auprès des parents d'enfants faisant l'objet d'une mesure judiciaire.¹⁹⁴
- Les **rapports entre les parents et les professionnels** (juges, éducateurs, référents etc.) et institutions (institution judiciaire, ASE, PJJ) qu'ils sont, ou ont été, amenés à côtoyer dans le cadre des mesures judiciaires concernant leur enfant placé ou sous-main de justice.
- Les **collaborations** mises en œuvre entre parents et professionnels, afin de favoriser la continuité des **parcours** des enfants et jeunes.

24 PRÉCONISATION

La **politique publique de soutien à la parentalité** ne peut rester centrée sur un volet universaliste et préventif, excluant notamment de son champ les interventions menées dans le cadre de la **protection de l'enfance**.

Les **compétences socles** doivent également concerner les acteurs du milieu de la protection de l'enfance, en particulier en matière de compréhension du **méta besoin de sécurité**.

Cette préconisation s'inscrit dans l'évolution des **lois en matière de protection de l'enfance**, promulguées en 2016 et 2022, fondées sur la considération des besoins fondamentaux et rejoint ainsi les préconisations rendues dans le **rapport de consensus dirigé en par le Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS**

¹⁹⁴ Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), Guide « Parents, familles et professionnels dans le cadre judiciaire », ministère de la Justice, 2011, 53 pages.

3.3.4 Couple et parentalité

La **conjugalité** peut constituer le fondement de l'aventure du **devenir parent**. La construction du couple va être traversée par de nombreux enjeux. Ils justifient la reconnaissance des acteurs qui œuvrent à son soutien et à son accompagnement.

A l'instar de la **Fédération nationale des CIDFF, Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles** qui a souhaité nous partager leur engagement dans les actions de soutien à la parentalité : « Depuis 2002, les CIDFF dans leur mission d'accompagnement des femmes et des familles s'investissent dans le soutien à la fonction parentale, ou **soutien à la parentalité**. Aussi, dans ce domaine, les CIDFF ont développé des services spécifiques grâce à des **méthodes et outils adaptés** (par ex. des ateliers collectifs animés par des juristes). La spécificité de l'approche des CIDFF en la matière est de promouvoir l'**égalité parentale au sein des familles**. Notre activité consiste avant tout à veiller au **respect des droits de l'enfant** et particulièrement en matière de santé morale, de protection et de participation (le droit à la parole). En matière de soutien à la parentalité, la mission des intervenant-e-s est d'œuvrer pour une prise de conscience des parents **de la souffrance de leur enfant au sein de ce conflit** ».

EXPLORATION

Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

Une pluralité de professionnels qualifiés : conseiller conjugal et familial, conseiller en économie sociale et familiale, médiateur familial, psychologue mais aussi juriste ou conseiller emploi.

Des actions plurielles :

Soutien aux parents dans leur fonction éducative et accompagnement des familles confrontées à des situations nouvelles dans l'exercice de leur fonction parentale. Les CIDFF favorisent l'exercice de la coparentalité.

Soutien aux femmes en situation de monoparentalité.

Sensibilisation et formation des professionnels.

L'**A.N.C.C.E.F.** (Association National des **Conseillers Conjugaux et Familiaux**) fait également partie des acteurs de soutien à la parentalité. Dans le cadre d'entretiens individuels, conjugaux, familiaux et en animation collective, en milieux scolaires, associatifs (établissements, maisons de jeunes, points écoute, lieux de formation).

EXPLORATION

« Le conseil conjugal et familial propose un premier travail avec les personnes, les couples ou les familles qui rencontrent des **difficultés d'ordre conjugal, parental ou familial**. Il favorise, dans un **cadre sécurisé**, la mise en mots des ressentis et la remise en route de la pensée pour permettre aux personnes d'accéder à une **représentation de leur situation** et de ce qui les fait souffrir. Le conseiller conjugal et familial, de par la **contenance** qu'il offre, apporte ainsi une aide pour sortir du chaos intérieur et pour entrer en dialogue avec soi-même ainsi qu'à l'intérieur du couple ou de la famille. Cette prise en charge peut se révéler suffisante pour surmonter des difficultés passagères ; elle pourra aussi, par le **travail d'élaboration psychique** qu'elle favorise, déboucher sur un travail thérapeutique à proprement parler auprès d'un thérapeute individuel, conjugal ou familial. » **Marlyse PLAGNARD, CCF (91)**

Le **planning familial** est également un acteur essentiel dans ce parcours du **devenir parent et du soutien à la fonction parentale**. En effet, la grossesse n'est **pas toujours désirée** et dans cette situation, des choix doivent être fait : continuer la grossesse, l'interrompre, faire adopter. Les équipes des plannings familiaux ont vocation à informer et soutenir ces choix, s'inscrivant ainsi dans le soutien à la parentalité. A cette étape, les **actions** doivent être menées en termes de contraception, de consultations psychologiques et sociales, et éventuellement prévoir une interruption volontaire de grossesse ou une adoption.

EXPLORATION

Missions :

- Des consultations gynécologiques : contraception, grossesse, Procréation Médicalement Assistée (PMA), adoption...
- Des consultations psychologiques : monoparentalité, homoparentalité, famille recomposée, antécédents de violences, deuil, problèmes de couple...
- Des consultations sociales : célibat, droit aux allocations, aides...
- Des consultations juridiques : démarches d'adoption, divorce, reconnaissance de paternité, émancipation...
- D'autres consultations : consultations de médiation familiale, de sexologie, d'espace rencontre...

Enfin, la parentalité peut également constituer un **facteur d'égalité entre les femmes et les hommes**. Aujourd'hui, les femmes ne sont plus les seules responsables de la vie de famille ou de l'éducation des enfants. Pourtant, la question de l'égalité dans la parentalité fait encore l'objet d'un débat sociétal.

Hors de la sphère salariale, l'égalité dans la parentalité se rejoint. La problématique est plus complexe dans la sphère professionnelle et l'investissement est attendu des employeurs pour mieux accompagner leurs collaborateurs à **concilier vie professionnelle et familiale**.

4 L'EXOSYSTÈME, DES AMBITIONS POLITIQUES

Comme dit au chapitre 1, l'exosystème est le niveau correspondant aux différentes politiques publiques qui contribuent au déploiement de la pluralité de l'offre de soutien à la parentalité.



Les grandes institutions citées tout au long de ce rapport et notamment au chapitre 2 sont les organes de ce système qui mettent en œuvre sur les territoires les politiques correspondantes à leurs différents champs de compétence. Nous retrouvons donc l'ARS, le réseau des CAF, la MSA, les Conseils Départementaux, la justice, l'éducation Nationale, les préfetures et services territorialisés de l'Etat ou encore les agences de Pole Emplois. ...

L'ensemble de ces acteurs est encouragé à se coordonner et travailler leurs articulations et les Schémas Départementaux de Services aux Familles en sont un « organe » organisateur.

Ces institutions œuvrent sur les territoires sous le pilotage des grands ministères du Gouvernement et des grandes Directions de l'Etat.

La responsabilité partagée des actions de soutien à la parentalité se retrouve dans une **lecture interministérielle**.

Ce point illustre une fois de plus la complexité des enjeux que la parentalité induit, inhérente à des champs très complémentaires mais dont la distinction peut produire en cascade des **cloisonnements dans les mises en œuvre à l'échelle des territoires**.

Les articulations des politiques deviennent un enjeu essentiel. La revendication de la création d'un « organe » ministériel dédié à l'enfant et sa famille permettant cohérence et harmonisant les politiques est soulevée par de nombreux acteurs.

4.1 MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES :



Le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines de la Solidarité, de la Cohésion Sociale, de l'Autonomie et du Handicap.

- 1. Il prépare et met en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre la pauvreté, en lien avec les autres ministres concernés. Il conduit, en lien avec les ministres intéressés, l'action du Gouvernement en matière de minima sociaux, d'insertion sociale et d'innovation sociale. Il prépare les travaux du comité interministériel de lutte contre les exclusions et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale,
- 2. Il prépare, anime et coordonne les politiques conduites par l'État en direction des personnes handicapées, en faveur de leur autonomie et de leur pleine participation à la vie sociale, et en soutien de leurs proches aidants. Il prépare et suit les travaux de la conférence nationale du handicap et du comité interministériel du handicap. Il coordonne les actions menées en faveur de l'accessibilité des biens et des services aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap, dans tous les domaines de la vie en société. En lien avec le ministre de l'Europe et des Affaires étrangères, il est chargé du suivi de la mise en œuvre de la convention relative aux droits des personnes handicapées signée à New York le 30 mars 2007,
- 3. Il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement relative à la famille, à la petite enfance, aux personnes âgées et à la perte d'autonomie,
- 4. Il est compétent en matière de professions sociales,
- 5. Il prépare et met en œuvre, conjointement avec le ministre de la Santé et de la Prévention, les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale, en matière de prestations familiales et de soutien à l'autonomie.

EXPLORATION

Le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a autorité sur :

- La délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement
- La direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- La direction de la sécurité sociale (D.S.S.)
- La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- La délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
- L'inspection générale des affaires sociales (IGAS)
- Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (S.G.M.A.S.)
- La direction des affaires juridiques (D.A.J.)
- La délégation aux affaires européennes et internationales (D.A.E.I.)
- La division des cabinets (D.D.C.)

- La direction des finances, des achats et des services (D.F.A.S.)
- a délégation à l'information et à la communication (D.I.C.O.M.)
- La direction du numérique (D.N.U.M.)
- La direction des ressources humaines (D.R.H.)

La lutte contre la pauvreté : Nommés par le Premier ministre, les **dix-huit hauts-commissaires à la pauvreté** seront rattachés à chaque **préfet** de région et auront pour mission d'assurer le pilotage et la mise en œuvre de la **stratégie de prévention** et de lutte contre la pauvreté dans les territoires. Dès le 2 septembre 2019, ils deviendront les interlocuteurs privilégiés des acteurs engagés sur le terrain dans le cadre de la stratégie pauvreté et veilleront à la mobilisation de tous : collectivités territoriales, personnes concernées, associations, opérateurs publics et organismes de sécurité sociale.

Leur mission est d'assurer le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie pauvreté dans les territoires en mobilisant l'ensemble des administrations concernées : **petite enfance**, hébergement, logement, économie, emploi, formation, **éducation**, **jeunesse**, santé et médico-social.

4.2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION



Le ministre de la Santé et de la Prévention prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la **santé publique et de l'organisation du système de santé**. Il conduit, sous réserve des compétences du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection sociale, en lien avec le ministre du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion et le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

1. Il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement en matière de promotion de la santé, de prévention, d'organisation des soins et d'accès aux soins pour tous. Il élabore et met en œuvre, en lien avec les autres ministres compétents, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques et les déterminants de santé susceptibles de l'affecter. Il est compétent en matière de professions médicales et paramédicales et de fonction publique hospitalière. Il élabore et met en œuvre, en lien avec les autres ministres compétents, la politique de lutte contre les inégalités de santé, et les mesures visant au maintien en bonne santé tout au long de la vie. Il est compétent en matière de lutte contre les conduites addictives. Il définit et met en œuvre la politique en matière de santé mentale. Il participe, avec les autres ministres compétents, à l'action du Gouvernement en matière de recherche, de souveraineté et de promotion de l'innovation dans le domaine de la santé. Il prépare et suit les travaux du comité interministériel pour la santé,

2. Il prépare et met en œuvre les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires, en lien avec les ministères intéressés,

3. Il est chargé de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale et du suivi de son exécution, conjointement avec le ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, auxquels il associe les autres ministres intéressés, notamment le ministre du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion et le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

Le ministre de la Santé et de la Prévention a autorité sur :

La direction générale de la santé (D.G.S.)

- La direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.)
- La délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie
- La délégation ministérielle au numérique en santé (D.N.S.)
- La direction de la sécurité sociale (D.S.S.)
- La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- L'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.)
- Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (S.G.M.A.S.)
- La direction des affaires juridiques (D.A.J.)
- La délégation aux affaires européennes et internationales (D.A.E.I.)
- La division des cabinets (D.D.C.)
- La direction des finances, des achats et des services (D.F.A.S.)
- La délégation à l'information et à la communication (D.I.C.O.M.)
- La direction du numérique (D.N.U.M.)
- La direction des ressources humaines (DRH)

Un organe conseils - Santé Publique France : Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Créée en mai 2016 par ordonnance et décret, c'est un **établissement public administratif** sous tutelle du ministère chargé de la Santé.

Santé publique France exerce une **fonction d'expertise et de conseil** en matière de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Dès sa création en mai 2016, Santé publique France a marqué un engagement significatif pour la **promotion de la santé dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance et de l'enfance**. Son approche se fonde sur l'état des

connaissances sur les **besoins fondamentaux des enfants** qui met en exergue le méta-besoin d'établir des relations affectives stables avec un adulte qui lui portera attention.

Deux expérimentations d'interventions sont mises en œuvre pour accompagner la parentalité, en s'appuyant en particulier sur le développement des compétences psychosociales : **P.A.N.J.O.**⁹⁵ (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de pmi) et **PSFP**⁹⁶ (Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité).

4.3 MINISTÈRES DÉLÉGUÉS ET SECRÉTARIATS D'ÉTATS

► Enfance

La secrétaire d'État auprès de la Première ministre, chargée de l'Enfance s'occupe, par délégation de la Première ministre, de toutes les affaires qui impactent les enfants et les jeunes majeurs en difficulté.

Le secrétariat d'État chargé de l'Enfance a pour missions, en lien avec les autres ministères concernés :

- 1. La prise en charge des mineurs et jeunes majeurs protégés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE),
- 2. La garantie de l'égalité et de la qualité de la protection de l'enfance sur tout le territoire,
- 3. L'insertion sociale et professionnelle des jeunes majeurs protégés,
- 4. La lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants,
- 5. La participation et le suivi des *stratégies et textes pour l'enfance* portées par l'Union européenne et les organisations internationales,
- 6. Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances.

EXPLORATION

Le secrétaire d'État chargée de l'Enfance bénéficie de la coopération du Secrétariat Général des ministères chargés des Affaires Sociales, notamment sa délégation à l'information et à la communication et sa délégation aux affaires européennes et internationales, ainsi que de la Direction Générale de la Santé, de la Direction de la Sécurité Sociale, de la Direction Générale de l'Offre de Soins, de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces, de la Direction des Services Judiciaires, du service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes, de la Direction Générale des Collectivités Locales, de la Direction Générale des Étrangers en France, de la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire, de la Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative, de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives et de la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté.

► Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances

95 Programme P.A.N.J.O. (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI) - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

96 PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité) - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

La ministre déléguée chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances, prépare, anime et coordonne le travail gouvernemental en matière de parité et d'égalité entre les femmes et les hommes, de la lutte contre la discrimination et contre la haine envers les personnes lesbiennes, gays, bi et trans.

Elle élabore, coordonne et assure le suivi de la politique en faveur de l'égalité des chances dans les domaines politique, économique, social, éducatif et culturel et promeut les mesures destinées à faire disparaître les discriminations, notamment en matière d'éducation, d'enseignement supérieur, d'emploi, de logement, de santé et d'accès aux responsabilités dans la société.

Elle prépare et suit les travaux du comité interministériel aux droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes qu'elle préside par délégation de la Première ministre.

Elle est chargée de promouvoir les mesures destinées à faire disparaître toute discrimination liée au sexe et à accroître les garanties d'égalité dans les domaines politique, économique, professionnel, éducatif, social, sanitaire et culturel.

Le service des Droits des Femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes (SDFE), est l'administration chargée de mettre en œuvre la politique du ministère de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances.

Il est rattaché à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) du ministère des Solidarités. Au sein de la DGCS, le SDFE met en œuvre et évalue, en relation avec les services du ministère et les départements ministériels concernés, les mesures contribuant à **l'égalité entre les femmes et les hommes** dans la **vie personnelle et sociale et dans la vie professionnelle**.

EXPLORATION

Le SDFE porte principalement sur trois thématiques : l'accès effectif des femmes à leurs droits et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, l'autonomisation économique des femmes, la mixité des emplois et **l'égalité professionnelle**, et enfin le développement d'une **culture de l'égalité**.

4.4 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



Le ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports est en charge de la préparation et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement concernant la **jeunesse au sein et en dehors du milieu scolaire**, à l'accès de chacun aux savoirs et au développement de l'enseignement préélémentaire, élémentaire et secondaire.

La **place des parents** est particulièrement questionnée dans le **suivi de la**

scolarité par les parents à travers **axes** :

- L'exercice conjoint de l'autorité parentale, ou coparentalité, implique que l'éducation nationale doit entretenir avec les deux parents, même séparés, des relations de même nature, leur faire parvenir les mêmes documents (convocations, bulletins scolaires, etc.) et répondre à leurs demandes d'information ou de rendez-vous.
- Les relations parents - enseignants intégrant que de bonnes relations et une coopération active entre les familles et l'école favorisent la réussite des enfants.
- Ouvrir les portes de l'École pour redynamiser le dialogue avec les parents : La co-éducation doit se concrétiser par une participation accrue des parents à l'action éducative et favoriser la réussite de tous les enfants.

La loi pour la **refondation de l'École de la République** prévoit la **création**, dans tous les établissements d'enseignement, d'un **espace à l'usage des parents** afin d'asseoir une relation avec les parents, élément moteur de la réussite de la **coéducation**.

Les échanges parents-enseignants et parents-enfants permettent également de souligner ce qui est positif dans le travail de l'élève et de communiquer sur ses réussites. Ainsi, la reconnaissance du développement et de l'épanouissement de **"l'élève-citoyen"** dans les projets personnels et collectifs est mise en valeur afin de mieux tenir compte de son engagement dans le cadre notamment du "parcours citoyen".

Une mallette des parents⁹⁷ est également proposée : un site **dédié aux parents** et aux professionnels de l'éducation. Sur cet espace commun sont proposés des conseils, des ressources et des outils.

EXPLORATION

Plusieurs moyens d'action sont privilégiés :

- Rendre effectif le droit d'information et d'expression des parents en les aidant à se familiariser avec l'École et à comprendre ses enjeux, et en encourageant leur participation à la vie de l'école ou de l'établissement, notamment leur candidature aux élections de parents d'élève
- Favoriser les échanges entre les professionnels et les parents en développant des partenariats, en particulier avec les associations, de manière à favoriser le croisement des regards et des savoirs
- Assurer la cohérence et la visibilité des actions de soutien à la parentalité dans la mesure où il existe une grande diversité de dispositifs, dont découle une importante offre de services et d'actions.

4.5 MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR



Le ministère de l'intérieur joue un rôle central dans **l'organisation du territoire** et le **maintien de la cohésion des institutions** du pays. Il **garantit aux citoyens l'exercice des droits, devoirs et libertés** affirmés par la Constitution de la Ve République.

EXPLORATION

Le ministère de l'Intérieur assure **cinq missions essentielles** s'articulant autour de **deux grands thèmes** :

Administrer le territoire

- Assurer la représentation et la permanence de l'État sur l'ensemble du territoire national.
- Garantir l'intégrité des institutions publiques.
- Veiller au respect des libertés locales et des compétences des collectivités territoriales dans le cadre de la décentralisation.

Garantir la sécurité des citoyens et des biens

- Élaborer et faire respecter les règles garantissant aux citoyens l'exercice des libertés publiques, notamment par le suffrage universel.
- Protéger la population contre les risques ou fléaux de toute nature et contre les conséquences d'un conflit éventuel.
- Ces missions sont remplies à la fois par les services de l'administration centrale et sur l'ensemble du territoire, dans le cadre de la décentralisation, par les préfetures et les sous-préfetures, la police nationale et la sécurité civile.

La stratégie de prévention de la délinquance 2020/2024 :

Fruit d'une large concertation réunissant une centaine de participants, dont les associations d'élus locaux, la présente stratégie créée une nouvelle dynamique en mobilisant les services de l'État, les collectivités territoriales et les réseaux associatifs.

Quatre axes forts de cette stratégie :

1. La prévention de la délinquance des plus jeunes avant l'âge de 12 ans : en réinvestissant la prévention primaire, en mobilisant plus systématiquement les familles,
2. La protection, le plus en amont possible, des personnes vulnérables,
3. Une implication plus forte de la population et de la société civile dans la prévention de la délinquance et la production de tranquillité publique,
4. Une gouvernance renouvelée par une adaptation à chaque territoire et une coordination entre les différents acteurs : préfets, autorité judiciaire, maires et présidents d'intercommunalités.



14 mesures sont proposées dont la Mesure 7 :

- mobiliser la cellule familiale et soutenir la parentalité.

4.6 MINISTÈRE DE LA JUSTICE



Le ministère de la Justice a principalement **deux missions** : la préparation des textes juridiques et l'administration de la Justice. Il prépare les projets de loi et de règlements dans plusieurs domaines (droit de la famille, procédure pénale, etc.).

Il prend en charge les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire (mineurs délinquants ou en danger, etc.) et est en charge de définir et de mettre en œuvre des politiques publiques en matière de Justice comme l'aide aux victimes et l'accès au droit.

Des professionnels au service des enfants et de leurs familles : Trois juges interviennent dans le cadre d'affaires touchant à la famille :

- Le juge aux affaires familiales
- Le juge des enfants
- Le juge des tutelles

Le juge aux affaires familiales et le juge des enfants siègent au tribunal judiciaire. Le juge des tutelles siège au tribunal judiciaire (incluant le tribunal de proximité) et gère les affaires relatives aux régimes de protection des majeurs (curatelle, tutelle, habilitation familiale...). Les régimes de protection des mineurs (tutelle, administration légale) relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales.

4.7 MINISTÈRE DE LA CULTURE



MINISTÈRE DE LA CULTURE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le ministère de la Culture a pour mission de **rendre accessible** au plus grand nombre les œuvres capitales de la France et de l'humanité dans les domaines du patrimoine, architecture, arts plastiques, arts vivants, cinéma et communication. Il favorise le **développement des œuvres artistiques** dans toutes leurs composantes dans les territoires et de par le monde. Il est le garant des **enseignements artistiques**.

Le ministère de la Culture a placé la **construction du lien du jeune enfant à ses parents** parmi les **préoccupations culturelles**, prolongeant l'effort de ses prédécesseurs en matière d'éveil artistique et culturel des tout-petits depuis 1989. Dans la continuité du protocole interministériel pour **l'éveil artistique et culturel des jeunes enfants** (mars 2017), Sophie Marinopoulos a eu pour mission de proposer un plan d'action pour que la culture soit au cœur de **l'accompagnement du lien parent/enfant** et ce dans un **esprit de prévention** en lien avec le secteur social, de la santé, de la famille, de l'éducation et de l'écologie.

EXPLORATION

Le ministère de la Culture intervient dans :

- La politique de préservation et la valorisation du patrimoine culturel et la politique de l'architecture ;
- La définition de la politique concernant les arts du spectacle vivant et les arts plastiques. Il encourage de plus la création des œuvres de l'art et de l'esprit ;
- La gestion du Centre national du cinéma et de l'image animée.
- Le développement de l'éducation artistique et culturelle des enfants et des jeunes adultes tout au long de leurs cycles de formation.

4.8 MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



La mission prioritaire du ministère des Armées est d'assurer la protection du territoire national, de la population et des intérêts français partout dans le monde.

Par ailleurs, il veille à la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique.

A ce titre, il a mis en œuvre un **plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires**, destiné à compenser les contraintes réelles et spécifiques de la vie militaire. Il doit permettre de mieux concilier un **engagement exigeant et une vie privée épanouie**.



Dans sa version initiale, **le Plan Famille** comportait **46 actions**. Il s'est enrichi en 2018 et 2020 de 15 actions supplémentaires. Le Plan Famille simplifie la vie de la famille quand le militaire est projeté en opération, facilite la mobilité et améliore le logement et les conditions de vie en unité.

Il apporte par exemple des **réponses concrètes** dans les domaines suivants :

- L'amélioration de l'offre de garde d'enfants, avec une augmentation du nombre de places en crèches, un accès facilité aux assistants maternels, la mise en place de modalités de garde atypiques adaptées aux contraintes de la vie militaire
- La compensation de l'absence opérationnelle avec l'ouverture du bénéfice de la Prestation de Soutien en cas d'Absence prolongée du Domicile (PSAD).
- L'intégration des familles dans la communauté militaire et de défense avec la création de cellules d'accueil et d'information des familles dans les garnisons.
- La mobilité avec le respect du délai de préavis pour l'envoi des ordres de mutation et la création de la plateforme multi-déménageurs qui décharge le militaire de l'essentiel des démarches à effectuer et de toute avance de frais.
- L'accompagnement du conjoint dans sa mobilité professionnelle avec Défense mobilité.

4.9 MINISTÈRE TRAVAIL, PLEIN EMPLOI ET INSERTION



Le ministre du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines du travail, de l'emploi, de l'insertion professionnelle, notamment l'insertion par l'activité économique, de l'apprentissage, de la formation professionnelle, du dialogue social et de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que de l'assurance vieillesse.

Initiée en avril 2008, la « **Charte de la parentalité en entreprise** »¹⁹⁸ a été ratifiée le 1er décembre 2009 par 31 nouvelles entreprises (la Banque de France, Valrhona, Sodexo...), portant le total des signataires aujourd'hui à 153.

En s'engageant à développer des **services simplifiant le quotidien de leurs salariés** (crèches d'entreprises, conciergeries...), les soutenir financièrement (chèques emplois services, mutuelles avantageuses...), améliorer l'organisation du travail et **former les managers à ces questions liées à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle**, l'entreprise fait un pas en direction de la **prévention des risques psychosociaux**.

EXPLORATION

Le conflit entre vie privée et vie professionnelle étant clairement identifié comme un des **facteurs des risques psychosociaux**, une telle mesure apparaît importante à la fois pour le bien être du salarié et les performances de l'entreprise. En effet, les risques psychosociaux ont à la fois des **effets délétères sur la santé des travailleurs** mais aussi des **répercussions sur la productivité** d'une entreprise. Cette stratégie gagnant-gagnant semble créer un engouement dont le Ministre du Travail s'est récemment félicité.

PRÉCONISATION

24

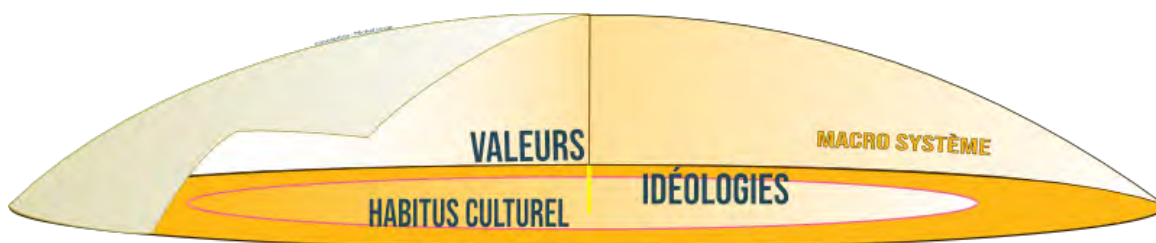
Le **niveau de l'exosystème** est porté par de nombreux ministères, tous engagés de manière **responsable** dans des politiques publiques en matière de soutien à la parentalité. Comme **autant de parties d'un tout**, qui ont pour vocation à couvrir l'intégralité du champ du soutien à la parentalité, les **différents plans** portés par ces institutions se veulent garantes d'une **préoccupation partagée** autour du soutien à la parentalité.

Nous préconisons, à l'échelle de l'exosystème :

- Une **connaissance mutuelle des ambitions** menées par chacun des différents ministères. Le **maillage territorial** ne peut se mettre en œuvre qu'à l'image des **impulsions des politiques publiques**, qui par leur synergie et décloisonnement permettront une mise en œuvre cohérente et intégrative sur les territoires et au plus proche de l'enfant et de sa famille.
- La **formation aux besoins fondamentaux de l'enfant des acteurs ministériels**, en charge de définir les axes politiques développés par chaque ministère
- La définition d'un **pilotage national coordonné** de toutes ces actions menées à l'attention de **l'enfant et de sa famille**.

5 LE MACROSYSTÈME

Le macrosystème, englobant le méso et le macrosystème, est constitué de valeurs sociales et culturelles qui gouvernent le soutien à la fonction parentale, les habitus culturels et les valeurs sociétales partagées, vers un système à valeur idéologique.



5.1 LES VALEURS DE LA RÉPUBLIQUE

Dans l'article 1er de la Constitution de 1958, la France est qualifiée de « République indivisible, laïque, démocratique et sociale » :

- « **Indivisible** » implique que l'intégrité du territoire et l'unité politique du pays doivent être maintenues ; ce principe est apparu dès l'origine de la République et s'est cristallisé durant la Terreur révolutionnaire (1793-1794) ;
- « **Laïque** » veut dire que l'État et ses fonctionnaires respectent toutes les religions, mais sans en privilégier aucune ; ce principe s'est définitivement imposé au moment de la séparation de l'Église et de l'État en 1905 ;
- « **Démocratique** » signifie que la souveraineté appartient au peuple et qu'elle ne peut être que déléguée aux représentants du peuple ; c'est ici la principale conquête de la Révolution de 1789 ;
- « **Sociale** » montre l'attachement de la République à la protection des plus humbles ; c'est là un thème qui a cheminé longtemps avant de s'imposer comme principe fondateur au moment de la Libération (1944).

EXPLORATION

Ces principes complètent ou précisent les valeurs exprimées par la devise de la République française : « Liberté, égalité, fraternité ».

- Reconnue comme un droit de l'homme par la Déclaration du 26 août 1789, la liberté est la valeur fondamentale qui fait passer l'homme de la position de sujet au statut de citoyen.
- L'égalité est également reconnue par la République mais étendue aux femmes (droit de vote) seulement à partir de 1944 ; il s'agit là de l'égalité de tous devant la loi.
- La fraternité, enfin, est apparue dans la devise républicaine en 1848 mais il a fallu attendre 1946 pour voir affirmée, dans le préambule de la Constitution de la Ve République, l'existence de droits économiques et sociaux (aide à ceux qui ne peuvent vivre décemment, droit au travail et à l'action syndicale, droit de grève).

5.2 L'UNIVERSALITÉ ET LA LAÏCITÉ

L'universalité stricte inscrite dans le principe de la sécurité sociale pour tous. L'ordonnance du 4 octobre 1945 explique que « *le but à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité* ».

Le député communiste **Ambroise CROISAT**, l'un des fondateurs de la sécurité sociale, précise que chacun « *cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* ».

Et enfin revenons sur la laïcité. Elle garantit la liberté de conscience. De celle-ci découle la liberté de manifester ses croyances ou convictions dans les limites du respect de l'ordre public. La laïcité implique la neutralité de l'Etat et impose l'égalité de tous devant la loi sans distinction de religion ou conviction.

La laïcité garantit aux croyants et aux non-croyants le même droit à la liberté d'expression de leurs croyances ou convictions. Elle assure aussi bien le droit d'avoir ou de ne pas avoir de religion, d'en changer ou de ne plus en avoir. Elle garantit le libre exercice des cultes et la liberté de religion, mais aussi la liberté vis-à-vis de la religion : personne ne peut être contraint au respect de dogmes ou prescriptions religieuses.

5-3 UNE LECTURE DES ACTIONS DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ AUX REGARDS DES DROITS DES ENFANTS

L'enfant est sujet de droit, et il revient au premier éducateur de l'enfant de s'assurer que ces droits soient respectés. En lien avec la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, le code civil stipule que l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité **l'intérêt de l'enfant**, pour **le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité** ; pour assurer **son éducation** et permettre **son développement** dans le respect dû à sa personne.

La **Convention Internationale des Droits de l'Enfant**⁹⁹ (C.I.D.E.), confie à la puissance publique une **responsabilité d'aide et de contrôle** quant au respect de l'application des prérogatives de l'autorité parentale.

Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les États parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants ».

Enfin les États parties se doivent, au titre de l'article 1915, de prendre également « *toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence* » dont il aurait été l'objet et quelle que soit la personne qui en assure la garde (parent, représentant légal, autre...). Ils doivent également assurer, au titre de l'article 2016, une protection de remplacement, en cas de nécessité.

99 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (C.I.D.E.) - UNICEF

La prise en considération des « besoins fondamentaux de l'enfant » vient rencontrer la conviction profondément ancrée de « l'intérêt supérieur de l'enfant ». il s'agit alors d'un changement de paradigme qui amène les institutions à requestionner leurs pratiques et parfois les modifier.

Nous voyons ainsi comment les changements paradigmatiques opérés, en l'occurrence dans l'exosystème viennent impacter les pratiques du système en question mais aussi de tous les systèmes qu'il englobe.

6. LE CHRONOSYSTÈME

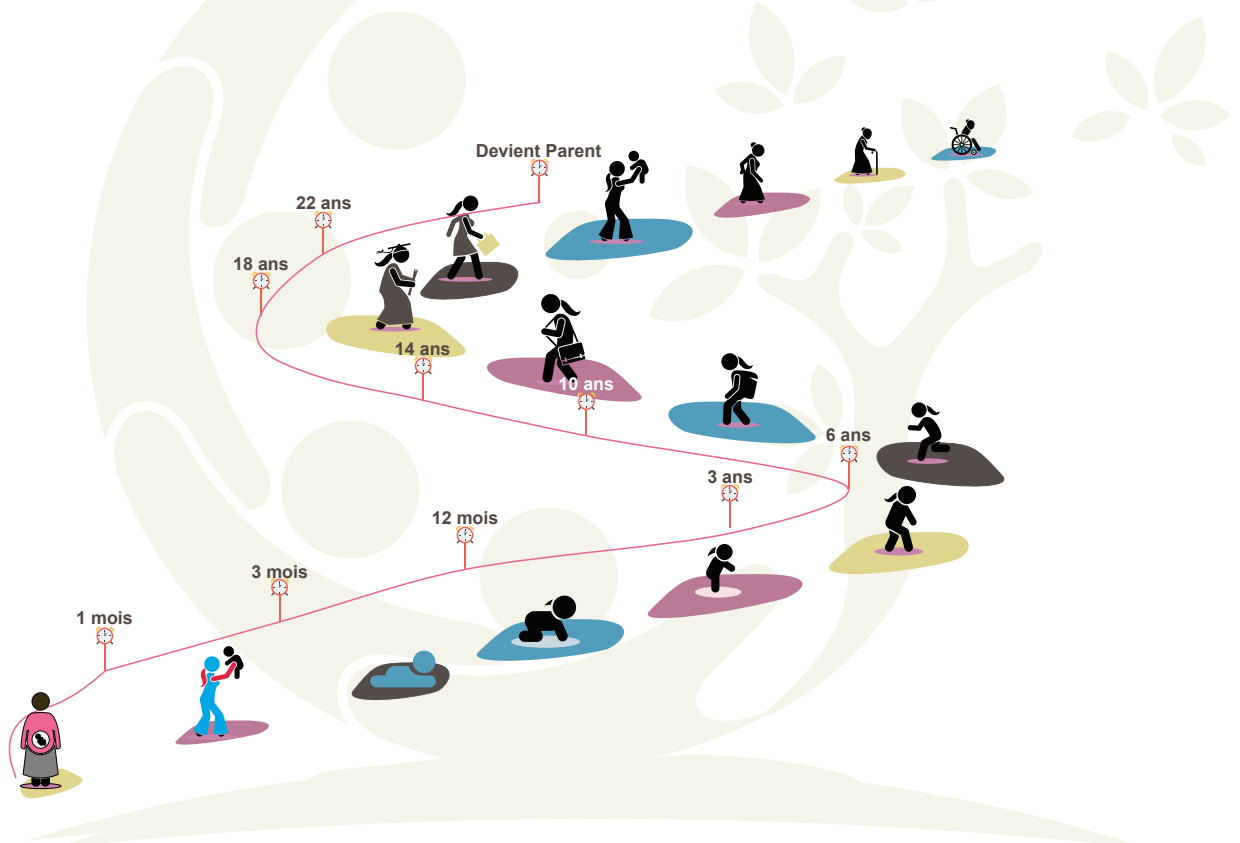
L'ensemble de cet environnement écosystémique est lui-même soumis au chronosystème, c'est-à-dire à la temporalité et par conséquent à celle du **développement de l'enfant lui-même.**

EXPLORATION

Le chronosystème nous amène aussi sur la réflexion de notre devenir en tant qu'espèce. **L'épigénétique** est la discipline qui étudie la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible et adaptative l'expression des gènes sans en changer la séquence nucléotidique.

La question de l'altération de la **qualité de transmission des gènes** est aujourd'hui corrélée avec la qualité des soins que reçoit l'enfant et donc le soutien à la parentalité devient un enjeu dont la portée est ramenée au devenir même de l'évolution de l'espèce.

CHRONO-SYSTÈME



6.1 RETOUR SUR LES 1000 PREMIERS JOURS :

La période des 1000 premiers jours de l'enfant constitue une **période particulièrement sensible** pour le développement de l'individu à court, moyen et long terme.

Depuis une trentaine d'années, les recherches montrent que les modes de vie et **l'environnement**, sous toutes ses formes, qu'il soit nutritionnel, écologique ou psycho-socio-économique ont un impact sur le développement et la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il va devenir.

L'enjeu est de continuer à renforcer le parcours des 1000 premiers jours autour de ces premiers moments clés, car les événements adverses vécus par la femme enceinte et par le petit enfant auront une influence tout au long de la vie mais ces effets négatifs peuvent s'estomper si des soins attentifs, contenant et bienveillants sont proposés de façon prévisible, stable et continue.

L'objectif est de réduire les facteurs de risque mais surtout renforcer les facteurs protecteurs.

De façon transversale cette politique vient soutenir l'émergence des « Maisons des 1000 premiers jours », entendues comme des **lieux pluriels de proximité**, où proposer aux parents et futurs parents un ensemble de services 1000 premiers jours : de la consultation PMI à l'éveil aux arts et à la culture, de la préparation à la naissance et à l'accouchement à l'accueil occasionnel, de la médiation numérique (en particulier pour l'usage des ressources numériques 1000 premiers jours) à des groupes de parents.

Ces lieux s'inscrivent dans une exigence : **unir le sanitaire et le social** dans l'offre de services envisagées.

EXPLORATION

« Il est essentiel que les professionnels accompagnant les parents dans leur parentalité soient en mesure de « gommer » les ruptures de continuité entre les temps et entre les secteurs d'activité ; a minima par une bonne connaissance des différents acteurs et différents dispositifs à la disposition des parents... »

« L'enjeu pendant les 1000 premiers jours (et au-delà ?) est de proposer aux parents un accompagnement global qui, bien que pluriel et mobilisant des professionnels aux compétences propres (du secteur sanitaire, social, culturel, sportif, médico-social), constitue pour les parents un ensemble unique et cohérent. Cette unicité doit s'incarner ou s'illustrer dans le quotidien » -Rapport des 1000 premiers jours.

6.2 LA PÉRIODE DES 6-12 ANS

La volonté d'articulation des lieux spécifiquement dédiés à la périnatalité avec l'expérimentation des Maisons de l'enfant et de la famille prévue par l'art. 33 de la loi dite Taquet du 7 février 2022 est portée par le gouvernement.

Dans leur contribution, le CNAPE soulève l'importance de cette tranche d'âge : de 6 à 11 ans : « Si les 1000 premiers jours et l'adolescence sont des périodes essentielles pour l'enfant et méritent une attention particulière, permise par une connaissance fine de leurs enjeux, aucune tranche de vie ne doit être oubliée. Aujourd'hui, les enfants de 6 à 11 ans font l'objet d'une faible attention de la part des politiques publiques. Les actions en leur direction en sont amoindries. Pourtant, de nombreux conflits survenant à l'adolescence ont pris leur origine dans l'enfance et auraient pu être évités, notamment à travers un soutien des parents. Il convient donc de développer les connaissances et les compétences des professionnels sur toutes les périodes de vie de l'enfant, y compris celle de l'école élémentaire ».

6.3 L'ADOLESCENCE

Le programme national de soutien **aux Maisons Des Adolescents** (M.D.A.) a été lancé à l'issue de la conférence de la famille de 2004, pour assurer un maillage satisfaisant du territoire en structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté.

L'objectif était de faire bénéficier les adolescents **d'une écoute spécialisée rapide**, à proximité de chez eux, d'un abord croisé de leurs problématiques **et de les orienter** éventuellement vers des prises en charge plus spécialisées.

Objectifs et missions des Maisons Des Adolescents : la maison des adolescents est le lieu d'expression des maux de l'adolescence, elle fournit des **réponses rapides et adaptées** à l'intention des adolescents, de leur entourage familial, et des partenaires locaux des secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'éducation et de la justice, concernés par l'adolescence. Elle ne se substitue pas aux prises en charge existantes, mais permet de mieux les utiliser. Elle se présente comme un **lieu spécifique** dans lequel toutes les entrées sont possibles, et où les intervenants travaillent et réfléchissent ensemble. Elle assure une fonction **d'accueil, d'écoute, de soutien et si nécessaire d'orientation des adolescents**.

EXPLORATION

Concrètement, elles proposent :

- Accueillir les adolescents et leur fournir les informations et les conseils dont ils ont besoin ; offrir aux adolescents les prestations les mieux adaptées en favorisant la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires) ;
- Organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et préciser les engagements des différents intervenants ; garantir la continuité et la cohérence des prises en charge ; constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour les acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions).

Objectifs spécifiques : Favoriser l'échange des connaissances entre les professionnels de l'adolescence et leur apporter un appui méthodologique, pédagogique et bibliographique, fédérer, animer, former un réseau départemental autour de l'adolescent, développer la recherche sur les pratiques soignantes et éducatives.

Ainsi la M.D.A. doit **relever le défi de la pluridisciplinarité des professionnels et de l'articulation avec de nombreuses structures d'accueil, de suivi, de prévention et de soins des adolescents.**

- Missions envers les adolescents : la maison des adolescents doit pouvoir accueillir les adolescents dans un lieu clairement identifié, aisément accessible et non stigmatisant. Le premier accueil à la MDA, même s'il est assuré par des professionnels spécialisés, génère d'abord une écoute généraliste. Si cela s'avère nécessaire, un entretien plus approfondi peut être proposé à l'adolescent et ses parents et éventuellement la mise en place, avec leur accord, d'un parcours d'accompagnement personnalisé sollicitant différentes compétences du réseau. De la qualité de son écoute en premier accueil, dépend la qualité du soutien que la MDA. sera en mesure de proposer aux adolescents.
- Missions envers les parents : la maison des adolescents offre aux parents, mais aussi à la fratrie, et aux autres proches, la possibilité d'être écoutés, rassurés, de comprendre mieux ce qui se joue, de réfléchir avec d'autres, d'être aidés, d'envisager des solutions. Elle offre des espaces de dialogue, de façon individualisée ou dans des groupes de parole de parents.
- Elle peut permettre également des entretiens conjoints, parents et adolescents, ou famille entière, au moment opportun.
- Missions envers les professionnels : la maison des adolescents joue le rôle d'interface, voire d'articulation, entre les différents intervenants de l'adolescence (équipe ressource de psychiatrie - Aide sociale à l'enfance - Protection judiciaire de la jeunesse, équipes de secteurs...). Au service des professionnels internes à sa structure, ou externes comme partenaires, elle organise des temps de formation et des réunions de réflexions sur les pratiques. Elle favorise la connaissance mutuelle du travail de chaque professionnel.

Les M.D.A. s'articulent avec les PAEJ décrites dans le microsystème.

6.4 VERS LE GRAND ÂGE

Nous restons jusqu'à la fin de notre vie, enfant de quelqu'un et inscrit dans un enjeu de parentalité. Ainsi le chronosystème nous amène à penser la parentalité à tous les niveaux de la vie d'un individu et par là même nous renvoie au **devoir d'accompagner nos aînés et seniors.**

Si nous donnons la place belle à la grand-parentalité dans les politiques publiques lorsque l'on regarde du côté des besoins de l'enfant, il apparaît que **le vieillissement** n'en demeure pas moins un enjeu fort de nos sociétés qui ont le devoir de permettre de vieillir dans la dignité.

La création, à l'été 2020, d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le **risque « autonomie »**, financée sur le long terme et pilotée par la Caisse Nationale des Solidarités pour l'Autonomie (CNSA), va permettre le déploiement effectif et universel de cette **politique du « bien vieillir »**, dans tous les territoires.

Le Gouvernement s'engage aujourd'hui à un renforcement des contrôles, à l'amélioration de la qualité d'accompagnement et à plus de transparence dans les **Établissements d'Hébergement pour Personnes Agréées Dépendantes** (EHPAD).

EXPLORATION

Handicap aux différents âges de la vie : l'accompagnement à la parentalité ne doit pas se contenter d'une focale sur l'enfance. Il doit considérer le besoin des parents à tous les âges de la **vie de l'enfant en situation de handicap**. Par exemple et comme évoqué précédemment, ne pas négliger les questions relatives à la vie intime et sexuelle sur lesquelles les parents concernés sont en très grande difficulté lorsque l'enfant grandit et devient adolescent.

Il s'agit aussi d'anticiper le vieillissement de la personne porteuse de handicap, tout autant que le vieillissement de ceux qui sont ses « aidants ».

La garantie d'une **solution digne pour les publics les moins autonomes** est aussi une exigence majeure pour que les parents gagnent en sérénité lorsqu'ils vieillissent.

25

PRÉCONISATION

Un modèle à transposer sur les territoires :

Cette utilisation des théories écosystémiques permet d'appréhender le système des acteurs du soutien à la parentalité.

La proposition présentée dans ce rapport est plus qu'un livrable. Il s'agit surtout d'un **travail d'élaboration conceptuel**.

Nous proposons que cet **outil opérationnel** soit :

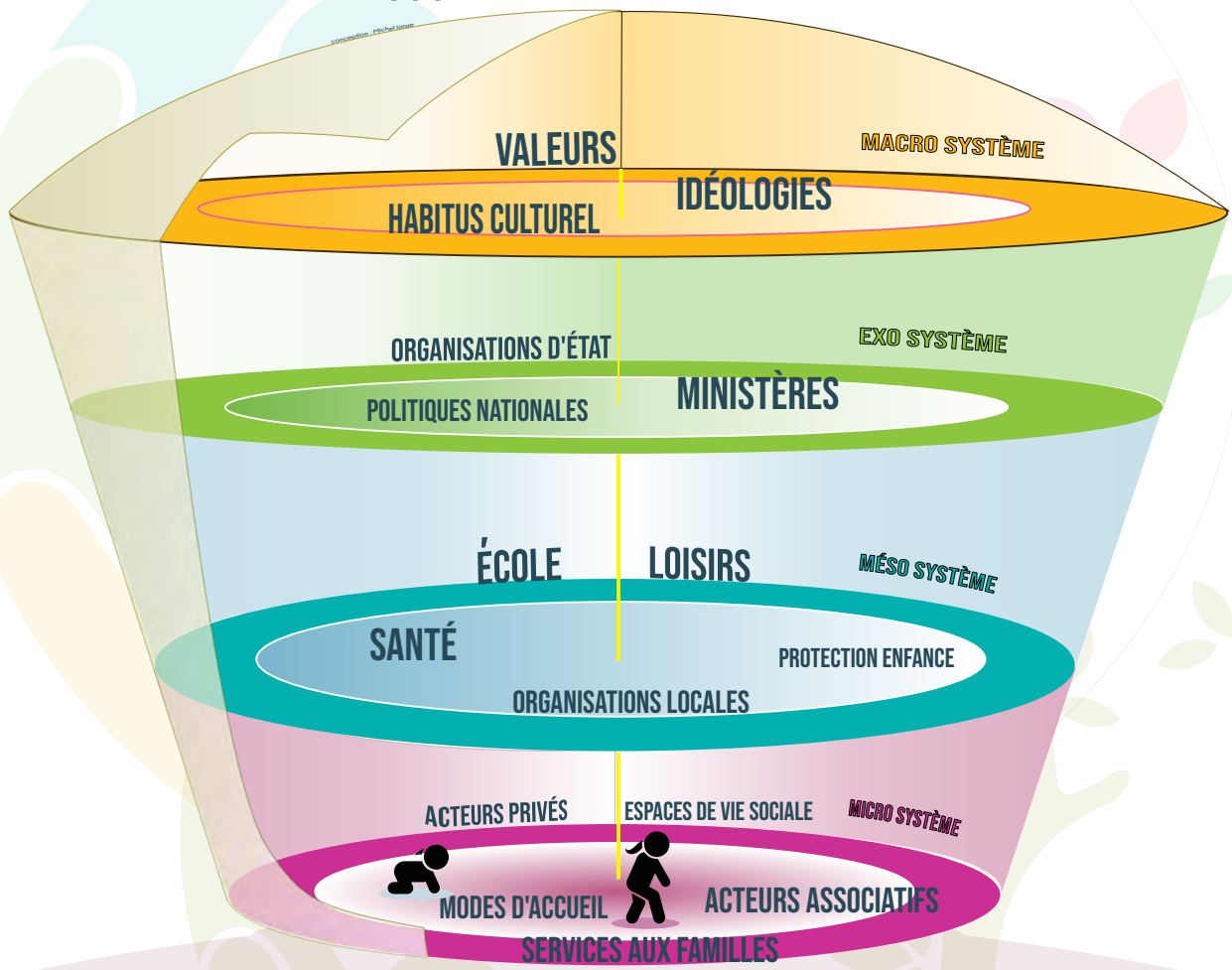
- **Élaborer** collégalement à l'**échelle des territoires**, afin de constituer un **modèle de collaboration intégratif**, soucieux de d'identifier TOUS les acteurs engagés dans le champ du soutien à la parentalité
- **Un outil de coordination et d'ajustement** des développements de services en lien direct avec les besoins des habitants et l'histoire des acteurs impliqués mais surtout en **complémentarité des acteurs déjà engagés** sur les territoires. Il peut venir nourrir la construction d'un projet global de territoire.
- Intégrer comme **module obligatoire dans les formations initiales et continues** proposées à tous les acteurs engagés dans le champ du soutien à la parentalité.

C'est par l'**interconnaissance** des acteurs que pourra se construire une **confiance mutuelle et une chaîne de sécurité** à l'attention de l'enfant et de sa famille.



ÉCOSYSTÈME

SOUTIEN A LA PARENTALITÉ





IV. UNE CULTURE COMMUNE



Le **processus de pensée** que nous vous avons partagé sur les chapitres précédents, nous a semblé **incontournable** afin de pouvoir livrer une **série de propositions**, ajustées à la complexité, précédemment visitée, du champ de soutien à la parentalité.

En effet, nous estimons, que ces préconisations **ne peuvent se réduire, à une liste de thématiques ou de diplômes**, et doivent respecter la **pluralité** des actions et des acteurs engagés auprès de l'enfant et sa famille. Une approche uniformisée aurait eu pour effet, un appauvrissement de la richesse et de la diversité des interventions proposées.

Nous avons fait le choix d'aborder la question plus précise des **compétences socles** sous l'angle de la **construction d'une culture commune**, qui permette à **l'ensemble des professionnels du soutien à la parentalité** œuvrant dans les champs de la **promotion de la santé**, de **l'éducation**, ou encore de la **protection de l'enfance**, engagés dans l'écosystème de **coopérer** et d'articuler leurs interventions.

1 UNE BASE DE CONNAISSANCES POUR UNE CULTURE COMMUNE PARTAGÉE

1.1 DE LA NOTION DE « SOCLE » VERS LA PROPOSITION DE « BASE »

Le terme de « **socle** » a été interrogé lors des échanges que nous avons pu avoir, notamment au cours des réunions de concertation avec les acteurs du soutien à la parentalité organisées par la DGCS.

Décrit tantôt comme **réducteur** ou encore **trop rigide** pour répondre aux enjeux du soutien à la parentalité, ce choix de vocabulaire ne refléterait pas la « profondeur des enjeux » de la mission.

Gérard NEYRAND, dans sa contribution écrite, formule pour sa part une « **gêne** » : « *De fait la notion de compétence socle est gênante, à la fois parce qu'elle a tendance à figer dans un supposé acquis quelque chose qui est de l'ordre du processus de formation et de la dynamique d'interaction et parce qu'elle peut apparaître très normative, dans un domaine éminemment relationnel* ».

Dans le rapport de **Sylviane GIAMPINO** : « **développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels** », il est plutôt question de « Constituer une base commune pour former les professionnels de l'accueil de la petite enfance ». Plus précisément : « *Cette base commune permettra de confirmer le sentiment d'appartenance à une même profession, celle de l'accueil de la petite enfance. La création d'un socle commun de connaissances et de pratiques devra permettre à terme de favoriser les mobilités professionnelles* ».

Il s'agit alors d'une **base partagée** pour créer un socle commun de connaissances et de pratiques. Bien que les objets des deux rapports soient différents, nous relevons des convergences avec la présente mission et retenons l'idée de **fédérer autour d'un sentiment d'appartenance** : celui des acteurs du soutien à la parentalité.

Nous avons pu retrouver l'émergence de cette terminologie de « socle » dans la sphère publique par la référence du « *socle commun des connaissances et des compétences, ou de la culture, que les élèves doivent maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire* », formalisée pour la première fois en 2005 lors de la Loi FILLON L¹, et qui fait partie du « langage » de l'éducation nationale en France.

Ainsi l'ensemble de ces éléments nous amènent à penser la notion de « socle » comme correspondant à une exigence, si ce n'est une obligation de nature plutôt **externe**. Elle s'imposerait au professionnel exerçant des missions de soutien à la parentalité. La notion de « **base** » viendrait plutôt faire écho à une **variable interne** et s'inscrirait dans la recherche d'un sentiment d'appartenance afin de fédérer autour de **missions partagées**, centrées sur des **valeurs communes**.

Ce choix sémantique du mot « **base** » nous apparaît d'autant plus pertinent qu'il vient aussi en référence aux **compétences de base de l'enfant**.

Nous retenons aussi dans cette notion de « base » la référence au commencement d'un parcours, qui renvoie à une pratique qui s'appuie sur l'expérience de terrain.

1.2 DE LA NOTION DE « COMPÉTENCES » VERS UNE RÉFLEXION SUR LES « HABILITÉS »

Vient ensuite le terme de **compétences**, qui lui aussi s'avère particulièrement complexe à définir.

Sa définition générale précise qu'elle regroupe un **ensemble de connaissances** en lien avec les différentes matières enseignées à des aptitudes plus générales (par exemple, être autonome, savoir prendre des initiatives). De nombreux référentiels articulent classiquement **trois catégories** de compétences : **savoir, savoir-faire, savoir-être**.

Dans d'autres, nous retrouvons **quatre niveaux** de compétences :

- **Adaptative** : tolérer l'incertitude
- **Sociale** : établir un réseau de ressources
- **Praxique** : réfléchir sur et dans l'action
- **Métacognitive** : se connaître comme apprenant.

Afin de poursuivre notre réflexion, nous nous sommes tournés vers des travaux outre-Atlantique pour élaborer autour de cette notion de compétence, prenant appui sur les travaux de **Josiane BASQUE**, de l'université du Québec¹² qui propose une définition sous l'angle de la complexité.

1 | a mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale | Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse

2 | Basque, J. (2015). Le concept de compétences : Quelques définitions. Montréal, Canada : Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur), Réseau de l'Université du Québec. Accessible en ligne sur le Portail de soutien à la pédagogie universitaire du réseau de l'Université du Québec : <http://pedagogie.uquebec.ca>

La notion de compétence :

- 1. Elle renvoie à la notion de savoir-agir. C'est donc dans l'action qu'une compétence se définit et non uniquement dans un savoir abstrait, permettant de réaliser des tâches complexes.
- 2. Un savoir-agir, contextualisé. La compétence est « située » ou « contextualisée ». Elle se déploie dans un contexte donné. Une caractéristique importante de ce contexte est qu'il est complexe. La compétence « se manifeste dans des contextes d'une certaine complexité, contrairement à un savoir-faire qu'on appliquerait isolément ».
- 3. Un savoir-agir qui requiert la mobilisation de ressources. La plupart des auteurs distinguent deux types de ressources que la personne compétente peut mobiliser dans une situation donnée, soit des ressources internes soit des ressources externes. Les ressources internes incluent l'ensemble des connaissances, expériences, habiletés, intérêts, attitudes, etc., de la personne. Il s'agit de ressources personnelles selon LE BOTERF¹³. Elles incluent tout autant ce que certains appellent les savoirs (connaissances déclaratives ou conceptuelles), les savoir-faire (connaissances procédurales), ou encore les savoirs stratégiques (connaissances conditionnelles). Ces savoirs ou connaissances ne relèvent pas uniquement du domaine cognitif, mais aussi du domaine affectif, du domaine social et du domaine moteur. Ainsi, une compétence repose sur l'utilisation de ces différents types de savoirs, mais elle n'est pas ces savoirs, qui sont plutôt vus comme étant des ressources pour l'individu compétent. Quant aux ressources externes, elles peuvent être physiques (documents, outils, machines, lieux, etc.), humaines (pairs, formateurs, experts, etc.) ou temporelles.
- 4. Un savoir-agir qui se manifeste dans une performance. La performance est la manifestation de la compétence dans une situation donnée et non la compétence elle-même. Différentes personnes compétentes pourront avoir des performances différentes mais tout aussi efficaces dans une situation donnée. Il y a donc plusieurs façons d'être compétent dans une même situation... Cependant, l'action performante est une action réussie, efficace et efficiente. Il s'agit, pour la personne, d'agir avec pertinence... ce qui peut signifier, dans certains cas, à temps et au moment opportun ».

L'auteur propose ainsi une définition de la **compétence** qui renvoie à un **savoir-agir**, qui se mobilise dans l'action, une **contextualisation**, pour répondre à un environnement donné, mobilisant des **ressources**, qu'elles soient internes ou externes. Elle se manifeste dans une **performance**, permettant une action réussie, efficace et efficiente.

Dans cette conception, les compétences **ne peuvent en aucun cas être décorrélées de la pratique** dans laquelle elles s'inscrivent.

Pendant au développement de l'enfant, **le processus de développement** de ces compétences renvoie donc à une **dynamique qui nécessite de se nourrir de l'expérience et de la pratique**.

Si cette définition de la notion de « compétence » nous apparaît ici plus satisfaisante, il nous a semblé approprié de **faire évoluer la terminologie**, pour être ajusté à ce que nous observons sur le terrain et ce à quoi nous ont renvoyé les contributeurs.

C'est vers la notion « **d'habileté** » que nous nous sommes tournés, plus en adéquation, à nos yeux, avec les attendus. L'habileté renvoie premièrement dans sa définition à une qualité (innée ou acquise) de finesse, d'adresse, d'intelligence, de « compétence ». Cette qualité renvoie aussi avant tout à la **singularité** de celui qui la possède.

EXPLORATION

La notion générale d'habileté

Dans les métiers dits *manuels*, dans les activités sportives, artistiques, techniques, le classement hiérarchique des individus repose essentiellement sur leur **degré d'habileté**. L'habileté est plus ou moins précisément définie (dextérité, virtuosité, etc.).

Par ailleurs, il est plus rare qu'on utilise le terme d'*habileté* pour qualifier une compétence intellectuelle.

À apprentissage égal, la différenciation d'individus selon leur degré d'habileté refléterait leurs **dispositions innées** (leurs dons), spécifiques aux tâches apprises.

Toutefois, il est très difficile de dissocier le don des effets, dû à l'**éducation de compétences** (par exemple, la curiosité ou la ténacité) et de la **pratique d'habiletés** dites de base (par exemple, la lecture), c'est-à-dire d'exercices par lesquels **on apprend à apprendre**. Les habiletés admettent, selon les tâches, des niveaux très divers et toujours relatifs à une norme. Toutes requièrent un **exercice pratique**.

A l'image de notre réflexion sur le développement de l'enfant, avec la notion de base, celle d'habiletés s'inscrit dans la même résonance. Ainsi, l'approche **développementale de l'habileté** fait écho à l'acquisition des apprentissages de l'enfant qui retient l'attention des spécialistes du développement.

Il s'agit également d'une terminologie fréquemment utilisée dans le **vocabulaire du soutien à la parentalité**. En effet, les actions mises en œuvre au service des figures d'attachement ont pour vocation d'agir sur les **compétences parentales**. Elles se définissent par la perception qu'a un parent de ses **habiletés** à s'occuper de son enfant. Cette perception représente sa confiance en ses capacités d'être une mère ou un père « suffisamment bon.ne » (**Donald WINNICOTT**).

C'est donc à travers une **lecture interpersonnelle**, que s'inscrit également notre choix de cette terminologie d'**habiletés**. En effet, la relation, entre les enfants et leurs parents, a une grande influence sur la plupart des sphères du développement de l'enfant. Optimisées, les **habiletés parentales** influent positivement sur l'estime de soi, la réussite scolaire, le développement cognitif et le comportement de l'enfant.

Des soins de qualité, c'est-à-dire sensibles, stimulants sur le plan cognitif et basés sur un contrôle modéré, sont cruciaux pour le **développement et la sécurité des enfants**. En effet, plusieurs des **habiletés** acquises en bas âge dépendent fondamentalement de la **qualité des interactions avec les parents** (en miroir des habiletés parentales).

Qualités des interactions enfant-parent :

- Rôle important dans les premiers apprentissages de l'enfant (notamment le langage et la capacité de résolution de problèmes) ainsi que dans le développement de ses habiletés sociales et affectives (notamment la régulation des émotions, la réactivité au stress et l'estime de soi).
- Les parents influencent aussi le développement, le maintien et la cessation des comportements positifs et/ou négatifs chez l'enfant.
- La qualité des pratiques parentales reçues pendant la petite enfance affecte trois déterminants clés du succès ultérieur à l'école : le potentiel cognitif, les habiletés sociales et le fonctionnement comportemental.

Partant du fait que les **habiletés parentales** peuvent être acquises et transmises d'une génération à l'autre, les **actions de soutien à la parentalité** ont pour objectifs de **renforcer les habiletés parentales et promouvoir le développement de nouvelles compétences, améliorant la qualité des soins apportés aux enfants.**

27

Le terme de « compétences socles », nous a semblé, à l'image de certains contributeurs, à réinterroger, afin de ne pas réduire les attendus de la mission, à une lecture trop normative et uniforme.

Afin de considérer le soutien à la parentalité comme :

- Une pratique individuelle et partagée qui s'étaye sur une expérience relationnelle et humaine tout autant que sur une professionnalisation et l'acquisition de connaissances techniques,
- S'inscrivant dans la singularité et la dynamique de l'interaction, à l'image de l'interaction entre l'enfant avec ses figures d'attachement,

Nous avons fait le choix de considérer, dans notre travail, que les compétences socles, permettent le développement d'une base d'habiletés pour les professionnels du soutien à la parentalité.



1.3 DES CONNAISSANCES THÉORIQUES

1.3.1 UNE SCIENCE EN DÉVELOPPEMENT CONSTANT

La conscience d'une **spécificité développementale de l'enfant** est finalement assez récente.

Sigmund FREUD⁴ avait abordé le sujet, par l'analyse de la phobie, d'un enfant de cinq ans, rapportée en 1909. Puis les travaux de **Léo KANNER**⁵ et sa découverte de tableau d'autisme ont permis de débiter une définition plus fine du particularisme lié à l'enfant, son développement et l'expression de sa souffrance.

L'histoire est riche d'**auteurs déterminants** dans la construction de ce processus de découverte de l'enfant, **Sigmund FREUD** (1924), **John Broadus WATSON** (1928), **Lev VYGOTSKY** (1933), **Jean PIAGET** (1923), **Noam CHOMSKY** (1965) et de **John BOWLBY** (1969), plus récemment **Daniel STERN** (1989) et **Colwyn TREVARTHEN** (2001), et ceux des chercheurs du développement cognitif précoce, **Elizabeth SPELKE** (1994), **Philippe ROCHAT** (2006), **Jacqueline NADEL** (2001), **Olivier HOUDE** (2009) ...⁶

Et l'histoire est toujours en marche, rejointe aujourd'hui par les connaissances sur les neurosciences affectives et sociales (**Paul BROCA** (1878), **James PAPEZ** (1937), **Paul D. MACLEAN** (1952), **Antonio DAMASIO** (2012), **Jean DECETY** (2018)

De la même manière la **compréhension de la fonction parentale** reste aujourd'hui récente et en perpétuelle évolution, dans une société qui change et dont les repères se transforment avec une définition de la famille en perpétuelle mutation⁷, comme les travaux de **Serge HEFEZ** en témoignent.

4 | FREUD Sigmund, Cinq psychanalyses Puf – 1993

5 | Kanner L (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. Am J Orthopsychiatry 19 (3): 416-26

6 | SAJAS, Thomas, et al. « Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions », Devenir, vol. 22, no. 2, 2010, pp. 175-185.

7 | HEFEZ Serge La fabrique de la famille, Kero, 2016.

Les connaissances qui sous-tendent les actions de soutien à la parentalité sont récentes et **soumises de manière constante à de nouveaux apports scientifiques, cliniques et théoriques.**

La seule expérience d'une parentalité ou une appropriation trop superficielle des concepts clés, ne sont pas suffisantes pour s'engager dans des actions de soutien à la parentalité.

Il est important de **ne pas banaliser les actes de soutien à la parentalité**, qui vont avoir un **impact indéniable sur la trajectoire développementale** de l'enfant et engagent la responsabilité de ceux qui les mettent en œuvre.

Nous préconisons donc que tous les acteurs investis auprès de l'enfant et de sa famille :

- **Bénéficient d'une appropriation** rigoureuse des connaissances actualisées en **matière de développement de l'enfant** et de la compréhension de la fonction parentale.
- Doivent être **sensibilisés** aux enjeux d'un travail personnel, afin de ne pas entrer dans une lecture projective et interprétative, peu objectivable, dont l'évaluation et la reproductibilité peuvent être interrogées ou encore une application pratique sans processus réflexif de ces « **nouveaux** » **champs théoriques.**
- Soient soumis à une **évaluation de l'actualisation** de leurs **connaissances**, dont les modalités restent à définir.

1-3-2 Une centration sur les besoins fondamentaux de l'enfant

Nous réitérons ici l'importance que revêt à nos yeux, le choix de **centrer les politiques de soutien à la parentalité sur l'enfant.**

Ainsi, soutenir la parentalité c'est : « **Prendre soin de celui qui prend soin** », pour que l'enfant puisse grandir dans un **environnement sécurisant**, en capacité de lui offrir les conditions nécessaires à son développement et son épanouissement.

En référence à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (C.I.D.E.), adoptée internationalement en 1989 et ratifiée par la France en 1990, ce postulat, affirme **l'intérêt supérieur du mineur** comme devant être une considération primordiale à toute décision prise le concernant quel qu'en soit l'auteur (Art 3). Elle reconnaît au mineur le droit à la vie familiale (Art 7) et à être élevé par ses parents, sauf intérêt contraire pour celui-ci (Art 9). De même **les parents** sont reconnus comme ayant vocation en premier chef à assurer son éducation, à **garantir son développement**, et à **veiller à son bien-être** (Art 18).

La Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959, a défini l'intérêt de l'enfant, par **satisfaction de ses besoins fondamentaux** pour assurer son épanouissement et son bien-être physique, mental et social, et lui permettre, en tant que sujet, l'accès à une pleine autonomie et une insertion sociale et citoyenne. Le Comité des droits de l'enfant¹⁸, rappelle que le bien-être de l'enfant, est la satisfaction de ses besoins matériels, physiques, éducatifs et affectifs, ainsi que de ses **besoins d'affection et de sécurité**.

Ce méta-besoin de sécurité va constituer le prérequis sur lequel l'enfant va pouvoir se construire, dès lors qu'il contient la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. Nous avons particulièrement développé cette idée au chapitre 1 et tout au long de ce travail, en appuis notamment avec les travaux de Marier Paule MARTIN BLACHAIS.

Ainsi, tout enfant a besoin pour grandir, s'individuer et s'ouvrir au monde, d'une « **base de sécurité interne** » suffisante. Celle-ci sera modelée au cours des 1000 premiers jours, à travers la **construction des liens d'attachement** et de la qualité des relations intersubjectives, que l'enfant va construire avec ses « **donneurs de soin** » ou « **care-giver** ».

Déterminante et non déterministe, la construction de cette base de sécurité, à l'origine des stratégies d'attachement va constituer autant de facteurs de protection, si l'enfant expérimente, qu'en cas de menace ou de danger, il peut compter sur sa figure d'attachement pour le réconforter et lui apporter l'aide dont il a besoin, pour retrouver son équilibre émotionnel. Il pourra alors développer un attachement sécurisé, socle du développement de ses compétences psychosociales. Il pourra alors mobiliser son système d'exploration, grâce auquel, il développera ses habilités (physiques, psychologiques, langagières, d'apprentissage, d'estime de soi et de relations aux autres). S'il ne reçoit pas la réponse ajustée à son besoin de sécurité émotionnelle, il sera alors amené à développer des stratégies d'attachement secondaires, facteurs de vulnérabilité (en cas d'attachement insécures) ou facteurs de risques (en cas d'attachement désorganisés)¹⁹.

L'enfant étant au cœur des politiques publiques de soutien à la parentalité, les connaissances sur ses besoins fondamentaux doivent constituer la base commune des acteurs du soutien à la parentalité.

- TOUS les acteurs engagés dans l'écosystème défini précédemment, doivent être formés et ainsi s'approprier la compréhension des besoins fondamentaux de l'enfant et en particulier le méta-besoin de sécurité.
- Cette base théorique fait référence à la théorie de l'attachement, à l'approche développementale, et aux neurosciences affectives et sociales.
- Elles vont constituer la base et les fondements sur lesquels les acteurs de l'écosystème vont pouvoir construire une culture commune partagée, dans une lecture intégrative.

1-3-3 Des savoirs fondamentaux

La liste des attendus en termes de connaissances et savoirs attendus a fait l'objet « d'un consensus », que nous avons vu se dessiner à travers les contributions et les questionnaires.

Des connaissances apparaissent indispensables : il s'agit de connaissances théoriques développementales, connaissances anthropologiques (diversité des origines culturelles), connaissances sociologiques (diversité des milieux et des environnements), ou encore dans le champ de la psychologie clinique.

Ainsi, selon le **Dr Amandine BUFFIERE**, Présidente F.D.C.M.P.P. : « une **approche intégrative** semble indispensable avec la théorie de l'attachement, la théorie psychanalytique du développement de l'enfant et de la parentalité, des aspects de la théorie systémique, la mentalisation, des aspects de la théorie cognitivo comportementale ».

Une analyse plus détaillée des propositions dessine 4 axes de connaissances théoriques :

Le développement de l'enfant

- Les besoins fondamentaux et Théorie de l'attachement,
- Le développement psychique, émotionnel, cognitif, sensori-moteur, relationnel,
- Les neurosciences affectives et sociales,
- Le développement normal et pathologique,
- L'impact de l'environnement sur son développement : lecture épigénétique : écrans, école, harcèlement, violence...
- L'hygiène soins quotidiens et santé de l'enfant.

La **fonction parentale** et **devenir-parent**, le processus de parentification,

- Les enjeux de la parentalité, les 3 axes de Didier HOUZE (voir chapitre 1),

- La fonction de figures d'attachement,
- Le vécu des parents et son influence sur le développement de l'enfant : Épuisement parental, troubles psychiques du parent,
- Les courants éducatifs,
- Les connaissances en matière de bientraitance et de maltraitance (repérage-orientation).

Le lien et le système familial

- L'analyse et évaluation d'une situation familiale,
- La compréhension et la reconnaissance des différents systèmes familiaux - connaissances anthropologiques - connaissances sociologiques,
- L'identification des signaux d'alerte, les démarches à entreprendre pour informer sur une suspicion d'enfant en danger : maltraitance, repérage du danger ou du risque de danger, conduite à tenir et impacts sur la relation avec le parent,
- Les droits des enfants et des familles.

L'environnement et l'écosystème

- La connaissance des réseaux et des dispositifs, des missions des structures publiques ressources,
- Le travail de coopération pluriprofessionnelle et collaboration en réseau.

30

PRÉCONISATION

Nous proposons que les savoirs fondamentaux attendus s'organisent autour de trois axes :

- **Le développement de l'enfant** et ses besoins fondamentaux : Théorie de l'attachement, neurosciences, approche développementale,
- **Les processus de parentalité** : évolution des formes familiales, pratiques éducatives, les axes de la parentalité selon Didier HOUZEL, Caregiving et postures parentales,
- **Le système familial** : les différents systèmes familiaux, impact des contextes environnementaux (y compris vulnérabilité), clinique des maltraitances, systémie familiale et santé environnementale.

1-3-3 Des thématiques plus spécifiques

Cependant, la parentalité est parfois émaillée de particularités qui sont évoquées dans nombres de contribution.

Ainsi, des spécificités sont proposées, l'association **DULALA**, qui valorise la diversité des langues et des cultures, engage à réfléchir autour la **bientraitance linguistique** : « *Il est aussi crucial d'inclure des connaissances sur le développement langagier, de pluralité de langues et cultures et de ce que l'on appelle aujourd'hui la **bientraitance linguistique*** ».

De son côté, la **F.N.C.I.D.F.F.** propose d'aborder : « *Le psycho traumatisme de la mère et de l'enfant, la stratégie de l'auteur de violences, les symptômes de l'enfant victime, le continuum des violences faites aux femmes...* ».

La **délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neurodéveloppementaux**, quant à elle, ajoute : « Pour assurer des missions de soutien à la parentalité, il est indispensable d'avoir un socle minimum de connaissances scientifiquement valides sur **les différents handicaps**. Dans les formations, la situation des **parents en situation de handicap** (visible et invisible) ou des **enfants en situation de handicap** doivent être évoquées pour assurer la prise en compte des réalités de tous les parents ».

Marie-Claude RIOT, pour la **Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption** évoque : « Des compétences liées au pays de naissance : les informations et formations sont données directement par les OAA. Des compétences spécialisées sur l'enfance : besoins des enfants, évolution des enfants, santé, adolescence » auxquelles devront s'ajouter « Des modules complémentaires : accueil des enfants, spécificité de l'adoption, monoparentalité, scolarisation... de la Formation continue des professionnels : l'adoption et la parentalité adoptive évoluent très rapidement et des échanges bilatéraux entre les acteurs de l'adoption ».

Le **FEHAP** soulève l'importance de ces spécificités : « Il est important que les professionnels intervenant dans le champ de la parentalité soient formés sur la connaissance du champ du handicap, mais également de la protection de l'enfance, ou encore sur le secteur des personnes en difficultés spécifiques et sociales. Ainsi les formations doivent aussi s'axer sur ces thématiques d'autant que les établissements et services nous font part de problématiques parentales de plus en plus lourdes (ex : maladie psychique, grandes difficultés sociales et affectives) ».

31

PRÉCONISATION

Afin de développer un **accueil ajusté et gradué** aux besoins des enfants et de leurs familles : santé mentale, handicap physique et mental, violences, psycho traumatisme...

Nous proposons que :

- **Les connaissances fondamentales** soient complétées en fonction du parcours du professionnel et de sa place dans **l'écosystème** par des modules spécifiques abordant des thématiques plus spécialisées.
- **Ces apports spécifiques et approfondissements** soient pensés pour s'ajuster à la graduation des actions et la spécificité des interventions des acteurs du soutien à la parentalité.
- Les modalités de ces spécialisations soient intégrer dès la formation initiale ou pourront s'inscrire dans de la **formation continue**.

2-HABILETÉS ET POSTURES PROFESSIONNELLES

Au-delà des connaissances théoriques émergent de manière massive à travers les questionnaires et contributions, la nécessité d'interroger la question des **postures professionnelles**. En effet, l'**engagement relationnel** va constituer un axe important du soutien à la parentalité avec une **responsabilité** décisive dans la manière dont les professionnels vont investir la relation.

Ainsi, de nombreuses propositions ont été recueillies en ce sens dans les questionnaires. L'analyse des contributions fait également apparaître ces mêmes besoins. En voici, la liste non exhaustive.

Postures et techniques d'intervention :

- Écoute active,
- Conduite des entretiens,
- Connaissance et définition de la posture professionnelle,
- Connaissance du cadre de l'intervention,
- Savoir accueillir, informer et au besoin orienter,
- Relation d'aide,
- Observation,
- Évaluation...

2-1 LE PREMIER ACCUEIL DES FAMILLES

Il s'agit d'un moment fondamental pouvant conditionner le parcours de parent. Pour les professionnels ou bénévoles intervenant auprès des parents, différentes habiletés peuvent être identifiées et seront variables au regard de la grande hétérogénéité des missions de soutien à la parentalité, pour autant, **il y a l'invariant de l'importance du premier accueil et de la qualité de l'écoute de la parole du parent par le professionnel.**

Ce point justifie d'une vigilance accrue, à l'aune des connaissances sur les modalités de demande d'aide sous-tendue par les **fonctionnements de l'attachement**, tant du côté du public, que celui du professionnel¹⁰. Les liens entre l'orientation d'attachement du public et sa représentation de l'aide va conditionner sa capacité à solliciter du soutien, mais également la construction de l'alliance, ainsi que la fréquentation des dispositifs mis à sa disposition.

Abondant dans cette préoccupation, **Thierry CARDOSO** attire notre attention dessus : « *Pour des personnes en situations de difficultés, la première personne à qui elles vont s'adresser peut avoir un **rôle déterminant** de soutien et de construction du **lien de confiance**...* ». Il complète : « *Toutes les personnes travaillant dans un lieu d'accueil des familles doivent avoir cette **conscience aiguë de l'importance de la première interaction**, de la rencontre dans la possibilité de tisser le lien de*

confiance et l'**efficacité dans l'offre proposée** ensuite qui va se construire avec les parents pas à pas ».

Ainsi, indépendamment du service proposé aux familles il apparaît que les personnes aient une compétence première **d'accueil et d'écoute bienveillante**.

2-2 CONFIANCE ET ALLIANCE

L'accueil et l'écoute sont les garants de la mise en place **d'une relation de confiance**. Cette confiance est très souvent perdue par des parents, soumis au **culte de la performance**, qui recherchent activement les réponses à leur parentalité, en dehors de leurs propres éprouvés.

Ainsi, il est essentiel de développer **une posture professionnelle**, et donc un positionnement, qui place le parent dans sa responsabilité première d'éducation de son enfant **en valorisant ses compétences parentales**.

Comme le souligne **Isabelle ROSKAM**, Professeure de psychologie du développement et Directrice de Recherche à l'Université de Louvain (UCLouvain) en Belgique : « **En aucun cas**, la formation des professionnels ne devrait les conduire à donner des **recettes**, des conseils avisés, des recommandations pratiques en termes d'éducation aux parents ». Il s'agit de leur permettre de **révéler leurs compétences à devenir parents**, de conserver ou retrouver leur **autonomie** et leur **estime de soi**, suivant les demandes exprimées ou besoins informels identifiés, de façon à **restaurer leur confiance** et valoriser leur expérience.

Ces enjeux des politiques préventives universelles de valoriser et aider les parents à développer leurs compétences parentales s'appuient sur **une posture professionnelle** qu'il s'agit donc sans cesse de questionner et ajuster.

Isabelle ROSKAM nous amène à engager une **posture réflexive** : « *En ce qui concerne les professionnels, une sensibilisation aux enjeux (et aux écueils) d'une prévention « trop » universelle, me semble nécessaire pour éviter les dérives qui risquent de saper le sentiment de compétence de parents qui ont tout pour mener à bien leur mission sans être assisté par des pros. Par ailleurs, une formation à l'accompagnement/intervention des familles selon leurs besoins/leurs demandes inclurait un savoir, un savoir-être et un savoir-faire réflexifs* ».

La contribution de **Catherine GUEGUEN**, pédiatre, participe à ce point de la réflexion : « *Accompagner les parents est un **travail très subtil** qui demande une profonde connaissance, une profonde compréhension de ce qu'est être parent, être un enfant. Il s'agit non **pas d'injonctions ni de recettes à appliquer** et qui conduit alors souvent à un épuisement des parents et à leur **culpabilisation** mais d'un accompagnement au long cours qui développent progressivement **chez le parent des compétences émotionnelles et relationnelles*** ».

La **C.N.A.P.E.** partage cette analyse et précise qu'accueillir l'enfant et sa famille se fait en considérant le prérequis de l'engagement **dans la satisfaction des besoins**

de l'enfant : « développer les connaissances des professionnels et des bénévoles ayant trait aux besoins de l'enfant afin d'identifier et de **développer la sensibilité des parents** en la matière. S'appuyer sur les besoins de l'enfant dans l'accompagnement favorise la **création d'une relation de confiance avec les parents et l'amorce d'un travail avec eux** ».

Afin de garantir un accueil et une écoute de qualité, d'autres compétences mentionnées dans les contributions participent : **l'ouverture d'esprit, la disponibilité psychique, la neutralité bienveillante, le non-jugement.**

2-3 ÉCOUTE ET RELATION D'AIDE

La nature et la **qualité de l'écoute** ont été relevées dans une très grande partie des contributions. Cette qualité d'écoute est attendue dans les différentes missions **d'accueil, d'orientation, d'accompagnement ou de guidance.**

Elle est décrite dans les travaux de **Carl ROGERS** dans les années 1930 qui vont permettre l'essor et le développement de la méthode et du **concept de la relation d'aide**. Celle-ci est basée sur cinq attitudes non directives qui sont : l'écoute active, l'acceptation, le non-jugement, l'empathie et la congruence.

- **L'écoute active** : Écouter est un acte volontaire qui consiste à donner son attention à son interlocuteur. L'écoute active a pour objectif de comprendre le monde intérieur dans lequel vit la personne afin de l'accompagner au plus près de ses propres besoins. Nommée écoute bienveillante, elle permet d'établir un lien profond avec l'usager et de favoriser un climat d'ouverture et de confiance.

EXPLORATION

L'écoute active : Elle est différente de l'écoute que nous vivons tous les jours. La plupart du temps notre écoute est hâtive, nous écoutons pour répondre et sans même se rendre compte que cette écoute est empreinte de jugement, les réponses sont des recherches de solutions pour la personne, qui sont chargées de « il faut que », « tu n'as qu'à », « tu devrais ». L'objectif est bien d'aider la personne mais la réponse donnée peut produire l'effet inverse. Quand on dit à une personne par exemple « tu devrais aller le voir pour lui en parler », nous lui apportons la solution que nous aurions mis en place. Avons-nous questionné ce qu'elle ressent, comment elle vit la situation avant de donner cette réponse ? Il est fort probable que non. La personne risque de se sentir dévalorisée en se disant qu'elle aurait du y penser avant (et donc qu'elle est nulle), de se sentir incomprise, en pensant qu'elle ne parviendra jamais à effectuer un tel acte, etc...

Dans le concept de relation d'aide, elle s'associe à :

- **L'acceptation** : un ensemble de signes verbaux et non verbaux qui veulent dire « je vous accepte comme vous êtes ».
- **Le non-jugement** : le jugement est fondé sur une « idée », une « imagination » partant de soi vers l'autre qui est pourtant différente de soi.
- **L'empathie** : c'est percevoir de façon intuitive le monde d'autrui. Carl ROGERS dit : « percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, 'comme si' ».
- **La congruence**. C'est se comporter de façon naturelle, sans tenter de masquer ce que nous pensons vraiment. Nos paroles et nos gestes seront alors en cohérence avec ce que nous ressentons.

Ainsi, **Mme Sabine PAYSANT**, présidente du Collège National des Sage-Femmes précise : « **Savoir écouter activement** pour pouvoir identifier avec les parents leurs besoins de soutien à la parentalité. Les parents dans cette période sont souvent perdus entre plusieurs problématiques et n'arrivent pas toujours à prioriser l'aide dont ils ont besoin ».

Reprise également par l'équipe de la **PMI de la réunion**, qui nous partage : « Parmi les compétences relationnelles, il est important de développer **l'écoute active, la relation d'aide®, les processus de communication non-violente®**... Tous les outils qui peuvent aider le soutien dans le **non-jugement** ».

La **CNAPE** insiste sur la nécessité de : « **axer davantage l'offre de formation sur le savoir-être à l'égard des familles et des enfants**. Elle doit leur permettre de les accueillir de façon **bienveillante**, de comprendre les enjeux et les éventuels freins à la relation parent-enfant, d'identifier les attentes et les besoins des parents et l'impact de l'environnement et du contexte de vie sur l'enfant et ses parents ».

32
PRÉCONISATION

La base d'habiletés, inscrite dans une lecture interactionnelle doit investir de manière incontournable la question de la posture professionnelle.

En effet, toute action de soutien à la parentalité appelle à :

- **S'inscrire dans une réflexion de la demande d'aide** ou d'accompagnement, considérant que l'orientation vers un service de soutien à la parentalité, en particulier pour les publics vulnérables, peut parfois s'avérer « **menaçante** ».
- **Être soucieux de la qualité de la première rencontre** et de l'accueil, qui va sous-tendre la construction de l'alliance et de la confiance, ainsi que la fréquentation des dispositifs mis à la disposition du public.
- **S'inscrire dans une relation d'aide**, témoin d'un savoir-être mais aussi de techniques particulières d'écoute, associant **disponibilité psychique, attention, acceptation, non-jugement, empathie et congruence**.

Nous proposons que pour établir cette base d'Habilités soit **systématiquement** prévue une formation dédiée aux **techniques d'écoute active**.

2-4 COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DES PROFESSIONNELS

Fondamentalement **humaniste**, cet engagement dans le soutien à la parentalité, est teinté des histoires des professionnels, de leurs parcours et de leurs émotions. Autant d'éléments qui constituent une richesse, et qui justifient d'y prêter une grande attention.

Ainsi, les postures professionnelles sont animées de **représentations** et quel que soit le rôle auprès des parents, la **responsabilité** est grande, quant à ce qui va être apporté dans cette interaction.

En effet, les conséquences sont non seulement à l'échelle du parent qu'il s'agit de soutenir, mais également impactent **la trajectoire développementale de l'enfant**, dont la sensibilité est aujourd'hui mieux connue.

Selon **Thierry CARDOSO**, de Santé Publique France cette écoute nécessite un **travail sur soi** et pour les professionnels cela peut passer par exemple par **développer leurs propres compétences psycho-sociales** :

« Il est indispensable que les personnes engagées dans cette mission aient pu bénéficier d'un socle de **travail personnel** leur permettant de mieux connaître :

- Des compétences permettant de travailler sur la conscience de leurs propres schémas, représentations et conditionnement vis-à-vis de la relation à l'enfance et la relation à eux-mêmes comme la gestion des émotions (la colère, l'agressivité, la peur, l'impatience, l'inconnu, ...); développer leur capacité d'écoute, de bienveillance, comprendre les notions d'empathie et de fatigue empathique afin de (re)connaître leurs propres limites et orienter vers d'autres professionnels le cas échéant
- Des capacités d'autoréflexivité sur leur pratique : la conscience de l'impact que peuvent avoir leur propre vécu vis-à-vis de leur enfance, de la relation à leur parent ou à leur expérience de la parentalité ».

Françoise FONTICH, responsable d'un espace parentalité, développe, quant à elle l'idée que cette écoute de l'autre nécessite **une distanciation professionnelle** : « Il me semble que tout intervenant dans une structure ayant pour projet le soutien à la parentalité doit posséder des compétences de **distanciation de l'expérience personnelle** : savoir se **positionner en fonction de connaissances théoriques** et non à partir de son expérience personnelle de parents ou enfants de... et des connaissances des mécanismes en jeu dans la relation de soutien et d'accompagnement : transfert, projection, identification ».

33

PRÉCON-
SATION

Accueillir la **singularité** des familles interroge la **posture professionnelle**, mais également, les **pratiques professionnelles réflexives**. Celles-ci aident à développer les capacités d'analyse issues de l'observation clinique, du repérage, de l'élaboration participative et collective et de la réflexion pluriprofessionnelle qui croisent les regards de différents champs de compétences.

Une attention particulière doit être portée dans la construction des actions de formations, sur les **compétences psychosociales des professionnels**.

3-LES MODALITÉS DE LA FORMATION

3-1 DE LA FORMATION INITIALE

Point de départ du parcours professionnel, la formation initiale dessine le cadre d'interventions de l'ensemble des acteurs engagés dans le domaine du soutien à la parentalité.

De nombreux métiers sont cités, comme étant en adéquation avec l'exercice lié aux actions d'accompagnement à la parentalité : des métiers de la petite enfance, à ceux du travail social, ou bien encore tout le domaine psychologique. La notion de **formation diplômante ou certifiante** est également souvent mentionnée par nos contributeurs.

*Cécilia CREUZET, dirigeante de MAY considère que : « seules les **formations diplômantes** dans le domaine du soutien à la parentalité peuvent permettre de répondre aux exigences de la Charte, notamment tous les diplômes d'Etat de la petite enfance et du soin aux enfants (AP, IPDE, EJE, ...). Nous observons que nombre de bénévoles ou professionnels se revendiquent accompagnants parentaux sur **simple exercice de leur propre parentalité, ou suite à de courtes formations privées** leur donnant quelques notions qu'ils peuvent difficilement appliquer par manque de mises en situations concrètes durant leur formation, et par manque de connaissances de fond sur le sujet ».*

Cependant pour nombre de contributeurs, cette **formation initiale n'est pas suffisante**. En effet, elle s'inscrit dans une première étape de découverte des enjeux sous-tendus par leurs missions à venir, mais n'aborder pas adéquatement la spécificité des actions de soutien à la parentalité.

Ainsi **la C.N.A.P.E.** évoque ce constat : « Aujourd'hui, certaines formations, notamment celles des travailleurs sociaux, apparaissent comme **trop généralistes** et dédient une place importante à la conduite de projet, **au détriment d'apports concernant l'enfant, les parents, et la famille**. Les renforcer et introduire des éléments concernant la charte et ses principes sont des leviers non négligeables pour les faire connaître aux futurs professionnels ».

Catherine GUEGUEN, pédiatre, rejoint cette analyse : « Quand on réalise que les **professionnels de l'enfance ont absolument besoin d'une formation spécifique au soutien à la parentalité alors qu'ils ont déjà une connaissance approfondie de l'enfant et du lien parent-enfant** et que c'est leur métier, on comprend vite que soutenir les parents est un vrai métier. ... ».

Karine GOETGHELUCK et **Anne DAGUET**, pour le CeFAP complètent : « notre expérience basée sur les retours des professionnels qui viennent se former au CeFAP, nous a démontré que les **cursus de formations initiales** du secteur médical, social ou paramédical sont **incomplets** en matière de soutien et d'accompagnement ».

Des propositions sont faites par les contributeurs afin de répondre à cette problématique, comme celle de **Mme Françoise FONTICH** : « Il faudrait une **formation modulable**, proposant divers niveaux de formation et plusieurs contenus ». Ou bien pour **Cécilia CREUZET** de MAY : « il faut les proposer en compléments de la formation initiale. Ainsi qu'une **immersion dans la pratique** auprès de professionnels formés, sur plusieurs mois, pour une mise en situation du socle de connaissances ». Elle est rejointe par la **CNAPE** : « Le développement des **stages** et de l'**alternance** auprès de professionnels menant des actions de soutien à la parentalité permettra aux étudiants de mettre en pratique les apports théoriques ».

La **formation initiale** constitue une **base généraliste** mais ne peut être considérée comme suffisante pour permettre l'engagement dans des actions de soutien à la parentalité.

Les formations initiales et référentiels métiers devront faire l'objet :

- d'une **réflexion** quant à l'actualisation des connaissances,
- d'une inscription dans un **processus continu de « remise à niveaux »**,
- d'un complément par des **modules spécifiques** .

3 -2 A LA FORMATION CONTINUE

Pour faire suite à ce constat posé, concernant les limites des formations initiales, dans le champ très spécifique du soutien à la parentalité, la **place de la formation continue est essentielle**.

Ainsi, dans les **contributions**, en complément de la formation initiale des acteurs du soutien à la parentalité positionnent la formation continue comme un **enjeu majeur**.

Selon la **FEHAP** : « Ainsi, les formations associées sont diverses et variées en lien avec les compétences évoquées, et la richesse des échanges vient de cette **hétérogénéité de formations** qui **s'enrichissent les unes des autres** (ex : soin de l'écoute et des apprentissages / expérience clinique et théorique). Les **modalités de formation** évoquées sont très variables, mais complémentaires : séminaire, colloque, journée de réflexions... Les professionnels s'inscrivent bien dans une démarche continue de **re questionnement** de leurs pratiques à travers la formation ».

Selon le **Groupe de Pédiatre Générale, Sociale et Environnementale** (G.P.G.-S.E.)¹¹ : « Il pourrait y avoir une **formation de base**... Pédiatres, pédopsychiatres, psychologues **pourraient être des personnes ressources**. Une formation plus spécifique serait proposée sous forme de **module** qui correspondrait aux particularités du public rencontré par les travailleurs sociaux avec des professionnels plus spécialisés dans ce domaine. Par exemple : Grande précarité : ATD-quart monde / PMI ; Maltraitance : PMI / ASE ; Handicap : pédiatres ; Recomposition familiale : pédopsychiatre, pédiatres, PMI ».

Ainsi les professionnels du mésosystème pourraient, de par leur expérience de terrain, s'engager dans le champ de la formation continue en investissant des « modules » en lien direct avec leurs actions.

Nous souhaitons insister sur la **place de la formation continue** dans le champ du soutien à la parentalité.

- Elle constitue un **élément essentiel** pour maintenir ou renforcer un niveau de connaissances optimal sur le long terme.
- Elle peut prendre différentes formes : **colloques, conférences, actions de sensibilisation, modules complémentaires...**
- Elle peut être animée par des **professionnels partenaires de l'écosystème** qui vont constituer des ressources sur les territoires et permettre également de travailler sur l'interdépendance des pratiques et des institutions.

3-3 EN PASSANT PAR DES TEMPS DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE ET D'ANALYSE DES PRATIQUES.

Soutenir la parentalité soumet à être exposé, en tant que professionnels, à des situations qui peuvent être très impactantes sur un plan émotionnel.

Des « **espaces de pensées** » sont alors essentiels pour intégrer ces mouvements émotionnels, inhérents à la posture des acteurs de ce champ d'intervention. Sans les « diaboliser », car ils sont source d'informations précieuses¹², il devient alors nécessaire de les mettre « à distance », en les « assimilant » comme autant d'éléments d'analyse et d'observation.

Dans le **plan Périnatal 2005-2007**¹³, **Françoise MOLENAT**¹⁴ avait mis en exergue cette dimension « humaniste » et ces mouvements émotionnels des professionnels.

Elle avait réfléchi aux enjeux de la parentalité et avait proposé, outre la mise en œuvre de **l'Entretien Périnatal Précoce**, la création du référentiel AFREE¹⁵. Il a pour objectif de développer et préciser les conditions nécessaires à **l'analyse**

11 | Journée GPGe – Groupe de Pédiatrie Générale Sociale et Environnementale (journées-gpge.com)

12 | GUEDENEY Nicole. « Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement », Devenir, vol. 20, no. 2, 2008, pp. 101-117.

13 | https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

14 | MOLENAT Françoise, Prévention précoce: Petit traité pour construire des liens humains Broché – Eres- 2009

15 | <http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-pour-la-mise-en-place-et-l'animation-de-formations-au-travail-en-%C3%A9seau-personnalis%C3%A9-de-soins.pdf>

interdisciplinaire des situations à haut risque émotionnel, de la période de grossesse à la petite enfance, afin d'améliorer les pratiques d'accompagnement étroitement coordonnées autour de la singularité de chaque femme enceinte et de sa famille.

Quel que soit le nom, qui leur est donné : Analyse des pratiques, supervision, régulation d'équipe ou accompagnements des pratiques professionnels, ils sont à **l'intersection de l'accompagnement, de la formation et de la réflexion sur les vécus** liés à des situations professionnelles. Dans ces trois modalités d'action auprès des professionnels, il y est fait appel à un tiers.

EXPLORATION

Analyse des pratiques, régulation d'équipe et supervision peuvent souvent être confondues.

Dans les différents types de demandes, il s'agit de mutualiser les compétences, les connaissances des différents acteurs, de réfléchir et d'élaborer.

Ces temps visent l'objectif de **renforcer la cohésion d'équipe** et contribuent à la **prévention des risques psychosociaux**.

La **régulation** arrive généralement dans un moment de crise avérée, la régulation est donc une recherche de sortie de cette crise. L'objet du travail s'appuie sur les fonctionnements de l'équipe, les relations entre les collègues professionnels, l'organisation du travail, l'accompagnement au changement ainsi que la communication entre les membres.

En analyse des pratiques, l'objet du travail concerne **l'usager**, ses problématiques et la relation à celui-ci.

Lorsqu'il y a crise, la régulation peut souvent être le préalable à l'analyse des pratiques.

La régulation aura permis d'évacuer les plaintes et de traiter les facteurs organisationnels pour faire, dans un second temps, la place à la prise en compte de l'usager.

A la différence de l'Analyse des Pratiques Professionnelles, lors d'une **supervision**, les difficultés ou les questionnements professionnels sont mis en liens avec l'histoire personnelle. C'est pour cette raison que la supervision est préférentiellement et **généralement individuelle**.

Selon le **GPG-SE** : « Dans l'analyse des pratiques, il est fondamental de mettre en avant une **culture du lien** entre les différents professionnels qui interviennent autour de l'enfant et de sa famille. C'est le seul moyen pour que l'enfant reste au cœur de toute action ».

Selon l'**E.P.E.-I.D.F.** : « Il est important que des séances d'analyse de la pratique soient organisées (en présentiel ou distanciel) sous la forme de **réunions mensuelles obligatoires régulées par un formateur**. Un temps de **partage d'expériences** entre professionnels doit également être proposé pour favoriser la **circulation des informations entre pairs** (rythme mensuel), Des réunions de réseau doivent être systématisées. Un catalogue d'actions pourrait être édité et actualisé périodiquement ».

La **notion d'intelligence collective** apparaît dans les contributions, dans celle de **Catherine DUMONTEIL KREMER** pour le réseau Parentalité Créative¹⁶ ou encore **LMDP**. Ces derniers proposent : des ateliers d'intelligence collective et de travail collaboratif de résolution de problématiques professionnelles : le **Développement (ou CODEV)**.

Françoise FONTICH évoque, quant à elle, de **techniques de co-vision**, il s'agit alors de faire du groupe de pairs une force, bénéficier de différents regards, croiser diverses théories et informations afférentes aux différents courants.

EXPLORATION

Les professionnels de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) proposent des pratiques innovantes :

« Afin de permettre et de faciliter les échanges et les rencontres entre orthophonistes. Le but est de faire évoluer leurs pratiques professionnelles en lien avec la diffusion des connaissances et des pratiques innovantes permettant l'intégration des parents.

Cela passe par le **développement d'actions en région** (journées d'actualisations de pratiques/réunions de concertation intra ou interprofessionnelle).

La fréquence des rencontres doit être adaptée pour une évolution des pratiques en rapport avec les avancées scientifiques, les données de santé, les territoires.

De plus, la FNO prend part au **maillage en matière de prévention et de promotion de la santé** grâce à son réseau d'associations de prévention.

Cela permet la mise en place d'**actions nombreuses à destination des parents** (par exemple les actions "1Bébé, 1Livre", "lire l'école", "un livre pour grandir", les actions de lutte contre l'illettrisme ou de prévention des troubles de l'oralité alimentaire, d'éducation aux écrans...). Des dispositifs novateurs sont déployés afin de permettre une meilleure diffusion de ces pratiques innovantes comme :

- Le dispositif DP2O (Dépistage et Prévention en Orthoptie et Orthophonie)
- La P.P.S.O. (Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie). Cette plateforme est un dispositif en 3 étages permettant de fournir un accueil aux parents, d'apporter des réponses à leurs questionnements afin de faciliter leur inscription dans un parcours de soins, de promouvoir les soins et d'accompagner la parentalité. L'entrée dans ce dispositif se fait à partir du site www.allo-ortho.com qui est répertorié par l'Assurance Maladie.

Ces compétences en matière de soutien à la parentalité sont davantage reconnues grâce au **bilan de prévention et d'accompagnement parental**, (sur ordonnance médicale) **nouvel acte de la nomenclature** mis en place le 27 octobre 2022¹⁷ qui témoigne des actions de conseil et accompagnement des parents.

16 | La Parentalité Créative | Catherine Dumonteil Kremer (parentalitecreative.com)

17 | Le NOUVEAU bilan de prévention (parution mars 2022) – S.D.O.P

Quelle que soit leur forme, les « **espaces à penser ensemble** » doivent être mis en œuvre pour tous les acteurs du soutien à la parentalité : : analyse des pratiques, supervision, régulation, espaces de partage d'expérience...

- Ils constituent un **maillon indissociable** de la formation des professionnels du champ du **soutien à la parentalité**.
- Ils ne peuvent être désolidarisés **d'un plan de formation**.
- Ils devront s'appuyer sur des référentiels déjà existants ou passer par des techniques innovantes, incluant **l'intelligence collective** et les **connaissances fondamentales actualisées**.
- Ils pourront être l'**occasion de réunir des acteurs de différents dispositifs**, faisant ainsi vivre sur le territoire l'écosystème.

4-LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

C'est à travers leur mise en application, que les préconisations précédentes peuvent prendre tout leur sens.

Sont-elles ajustées au **besoin du public** accompagné ? Répondent-elles aux objectifs posés par les enjeux des interventions précoces ? Permettent-elles l'amélioration des **indicateurs** définis par les orientations de **santé publique** ?

Nous estimons, qu'afin de répondre à l'ensemble de ces questionnements, des **préconisations complémentaires sont indispensables**.

4-1 ECOSYSTÈME ET INTERCONNAISSANCE

La construction de l'**écosystème** constitue à nos yeux, la **clé de voûte** de toute la réflexion que nous avons menée, tout au long de cette mission.

Depuis les années 2000 et en particulier depuis la publication de l'article 20 de la loi du 2 janvier 2002, la nécessité de mettre en place des **réseaux efficaces** s'impose.

Initialement pensés dans le cadre des pathologies chroniques, ceux-ci doivent s'étendre aujourd'hui avec la conscience incontournable du « **travailler ensemble** ». La création des REAAP s'inscrivait déjà dans cette intentionnalité. Cependant, le bilan reste réservé et appelle à un décloisonnement au risque de la poursuite du morcellement déjà observé.

La multiplicité des dispositifs ne constitue plus, à nos yeux, la réponse aux besoins en lien avec cette politique de santé publique. Il s'agit bien, maintenant, de « faire réseau ».

Nous faisons ce même constat dans les contributions reçues, avec, en particulier, la volonté des acteurs du mésosystème de venir en appui des acteurs du microsystème. L'objectif est de **développer une interconnaissance** et penser l'enfant et sa famille dans une **dynamique de parcours** où chacun connaîtrait la place et les missions de l'autre et où le partage de connaissances mais surtout d'expériences nourrirait un enrichissement mutuel.

Trois axes viennent nourrir les propositions recueillies dans les contributions :

- Savoir **identifier les acteurs** constituant le réseau de professionnels accompagnant les enfants et leurs parents (professionnels médicaux, sociaux ou paramédicaux) pour interagir avec efficacité.
- **Construire un écosystème territorial** afin de connaître les réseaux locaux des professionnels, y compris ceux du champ de la santé, et d'orienter de façon adaptée et pertinente.
- **Mutualiser les ressources de l'écosystème** ainsi constitué, pour repérer, analyser et animer les dispositifs d'aide et de soutien à la parentalité : interventions coconstruites, utilisation outils numériques partagés, formations coanimées. ...

4-1-1 L'interconnaissance, source de continuité

Avant de parler d'interconnaissance, nous aurions peut-être dû insister sur la nécessité pour chaque professionnel d'avoir intégré les missions du service qu'il propose, mais aussi avoir repéré la singularité de la déclinaison de ce service.

Cette question est particulièrement prégnante lorsque le professionnel travaille dans une institution qui peut avoir un projet d'établissement de référence qui met en valeur la manière dont les missions et le service est décliné par « cette » institution.

Il s'agit avant même d'orienter vers un autre partenaire de savoir de quelle place l'on s'adresse à un autre professionnel.

Le professionnel doit avoir une connaissance et compréhension de sa fonction et des compétences attendues à son poste.

Cela entraîne de savoir notamment présenter sa fonction, ses missions, ses compétences au service de l'enfant et sa famille. Cela veut aussi dire connaître les limites de ses missions et par conséquent les raisons qui amènent à proposer une orientation : un autre qui n'a pas les mêmes missions et n'a pas la même place et qui peut prendre le relais.

De cette appropriation de ses missions découle la posture professionnelle.

Ainsi les acteurs du soutien à la parentalité vont ainsi prendre leur place dans l'écosystème en participant à en déployer **l'interconnaissance parce qu'ils savent présenter leurs missions ont une posture professionnelle.**

Ce processus va également permettre aux familles de repérer ce que fait chaque acteur qu'elle sollicite dans son parcours de parent.

Afin d'être un acteur de ce parcours, les professionnels doivent pouvoir rendre clair leur champ d'intervention en complémentarité des autres acteurs afin de faciliter la compréhension pour les usagers.

Connaitre sa place dans le réseau et savoir la présenter est la base de toute action d'information et d'orientation.

4-1-2 Informer et orienter

Selon le **Conseil National Professionnel des sages-femmes**, dans leurs contributions il s'agit de : « *Accueillir et écouter les parents veut dire : **savoir écouter activement pour pouvoir identifier avec les parents leurs besoins de soutien à la parentalité. Les parents dans cette période sont souvent perdus entre plusieurs problématiques et n'arrivent pas toujours à prioriser l'aide dont ils ont besoin... Puis proposer et orienter : Savoir orienter les parents sur des actions de soutien à la parentalité dans un parcours cohérent pour les familles*** ».

Selon, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes¹¹⁸ (ANFE) Rédigé par **Clémence TANNEAU**¹¹⁹ et **Marc SEENE**¹²⁰ : « *Lorsqu'une famille est "parachutée" dans un monde médico-social, celui-ci a peu les codes et les informations relatives au monde socio-éducatif classique. **Ainsi les ponts ne sont pas faits** et certains parents ne sont **pas soutenus globalement*** ».

Cette réflexion se retrouve dans les contributions de la **CNAPE** : « *Les professionnels au contact de l'enfant et de ses parents doivent également être en mesure de répondre à leurs besoins, parfois par une **orientation vers un service spécialisé**. À titre d'exemple, en cas de repérage d'écart de développement, les acteurs intervenant auprès de l'enfant doivent être en mesure de **l'orienter lui et ses parents vers un dispositif spécialisé** (CAMSP, centre ressources enfance et handicap), ce qui nécessite de renforcer **leurs connaissances des ressources existantes et des démarches y afférant**. En cas de danger ou de risque de danger pour l'enfant, ils doivent être en mesure de **repérer les signes** et bénéficier d'une **compréhension fine des différents acteurs de la protection de l'enfance et des procédures** de remontées d'informations préoccupantes ».*

D'une manière générale, l'objectif majeur est de : « **Repérer** une difficulté ou un problème d'ordre organisationnel, physique, psychique ou relationnel (situations à risques, dépression, addictions) **et orienter** vers l'interlocuteur compétent le cas échéant ».

118 | Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) | Tous à l'école (tousalecole.fr)

119 | secrétaire générale de l'ANFE

120 | bénévole de l'ANFE

L'**interconnaissance** est au cœur de nos préconisations. Elle est **incontournable** afin que les professionnels puissent interagir avec efficacité et puisse **informer et orienter** vers les ressources ajustées aux besoins de l'enfant et de ses figures d'attachement.

Nous préconisons que la formation des acteurs du soutien à la parentalité comporte un **module propre à ce point spécifique**, avec la connaissance de l'**écosystème des acteurs** et leurs missions de soutien à la parentalité.

Afin d'**éviter toute perte de chance** pour l'enfant, les professionnels, s'appuyant sur la **connaissance de l'écosystème**, devront être capables :

- D'appréhender le sens d'une orientation la plus précoce possible,
- De percevoir l'importance de passer le relais vers les services plus spécialisés pouvant accompagner les familles,
- De traiter les signes d'alerte et éventuellement savoir quand engager une information préoccupante,
- D'alerter sur les situations de danger.

4-1-3 La graduation dans le soutien à la parentalité

Globalement les professionnels du mésosystème estiment qu'ils méconnaissent les services du soutien à la parentalité présentés dans le microsystème.

C'est ce dont témoignent pour l'association Les Médecins de La Parentalité, les **Dr Elise GRUSON** et **Dr Clémentine JAUSSAUD** : « *En tant que médecin, nous constatons dans notre pratique quotidienne auprès des enfants et de leurs familles **beaucoup de souffrance**. **L'aggravation** de l'état psychique des parents et professionnels de l'éducation pouvant conduire parfois au burn-out et à la maltraitance des enfants. Professionnaliser le soutien à la parentalité, c'est **se donner les moyens d'un accompagnement de qualité**. Un accompagnement adapté à chaque situation familiale, aux besoins spécifiques de chaque adulte en position d'éducation, pour que chaque enfant puisse bénéficier d'un **environnement propice à son développement** en bonne santé physique et mentale, qu'il est en droit d'avoir. L'accompagnement des familles n'est pas anodin. Il intervient en prévention de nombreux troubles de santé physique et psychique et plus largement de la **souffrance psychosociale**. Ces dernières années, de nombreux acteurs interviennent dans le soutien à la parentalité avec des niveaux de formation très inégaux et des motivations différentes* ».

Le **F.E.H.A.P.** souligne l'importance de pouvoir compter sur des acteurs du champ médico-social des professionnels bénéficiant de compétences reconnues afin de construire des parcours sécurisants : « *Il est important que les professionnels*

intervenant dans le champ de la parentalité soient **formés** sur la connaissance du champ du handicap, mais également de la protection de l'enfance, ou encore sur le secteur des personnes en difficultés spécifiques et sociales. Ainsi les formations doivent aussi s'axer sur ces thématiques d'autant que les établissements et services nous font part de **problématiques parentales de plus en plus lourdes** (ex : maladie psychique, grandes difficultés sociales et affectives) ».

Cet élément est notamment repris par **Amandine GROSSE-BUFFIERE** dans sa contribution au titre du **F.D.C.M.P.P.** : « Les compétences socles doivent être à la fois pratiques du côté de formation à l'écoute, mais aussi théoriques sur le développement normal et pathologique de l'enfant, les besoins de l'enfant, les aspects psychiques de la parentalité. Le soutien à la parentalité nécessite de mon point de vue **beaucoup plus de professionnalisme** qu'il n'y paraît, en psychologie de l'adulte comme de l'enfant et dans le champ des psychothérapies parent-enfant, peu développés finalement en France ».

EXPLORATION

Brigitte Prevost MESLET, Présidente de l'ANPDE et **Laetitia STANISLAWSKI**, Responsable de la commission des IPDE de ville synthétisent bien ces attentes :

« Différentes compétences socles sont attendues dans les missions de soutien à la parentalité :

- Maîtriser les connaissances scientifiques en lien avec les différents développements de l'enfant (cognitifs, neuromoteurs, ...),
- Évaluer les besoins de l'enfant et de sa famille à travers une observation, des échanges et une analyse fine et étayée,
- Évaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents,
- Proposer un positionnement professionnel favorable à l'établissement d'un lien de confiance avec l'enfant et sa famille dans le respect et la bienveillance,
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de prévention et d'accompagnement à la parentalité en lien avec les besoins de chaque parent et avec les différents enjeux de santé publique et de prévention,
- Mettre en œuvre des actions d'accompagnement à la parentalité ou de prévention adaptés aux enfants présentant des altérations de santé ou en situation de handicap,
- Concevoir et conduire des projets de prévention et d'accompagnement à la parentalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire,
- Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.
- S'inscrire dans une dynamique de veille au niveau de la littérature universitaire et scientifique sur le sujet de la prévention et de la parentalité,
- S'inscrire dans une dynamique réflexive concernant sa pratique ».

Les acteurs qui gravitent autour des services aux familles **méconnaissent les acteurs du soutien à la parentalité**, quand ils ne **s'inquiètent pas d'un manque de formation** des professionnels qui interviennent au quotidien auprès des familles.

Leurs contributions soulignent leur **fort niveau d'attente** dans les habiletés attendues de ces acteurs. Leurs attentes apparaissent légitimes au regard des missions confiées à ce secteur.

38 PRÉCONISATION

Afin de garantir à l'enfant, qu'il obtienne, la réponse à ses besoins fondamentaux, les **acteurs du soutien à la parentalité** doivent **construire une chaîne de sécurité** autour de lui.

La **structuration** et l'**animation** d'un réseau efficient passe par la confiance mutuelle entre tous les partenaires.

Ainsi, la **cohérence**, la **stabilité** et la **prévisibilité** d'un travail collaboratif passe par :

- La garantie proposée par le **point 8 de la Charte** du soutien à la parentalité, sécurisant les acteurs qui œuvrent au quotidien auprès de l'enfant et de sa famille.
- La **perception d'un réseau gradué**, où chaque partenaire est informé et respectueux de la place que chacun occupe.
- La définition d'une **gradation dans la formation**. Elle devra, à l'issue de nos préconisations, s'élaborer au **cœur d'une réflexion** à mener sur les formations plus spécifiques. Elles seront à **définir par professions et référentiel métier** et pourront s'adosser aux **3 axes de la Parentalité**, référentiel partagé.

4-2 MODALITÉS D'INTERVENTION

4-2-1 Les compétences psychosociales parentales

Les modalités d'interventions auprès de l'enfant et de sa famille ont évolué au fil de l'actualisation des connaissances sur les besoins fondamentaux de l'enfant et les fonctions parentales ou de caregiving.

Les compétences psychosociales sont aujourd'hui reconnues comme une voie de compréhension, qui ouvrent à l'élaboration de nouveaux outils de mise en œuvre des actions de soutien à la parentalité²¹. En effet, les données scientifiques accumulées ces dernières années ont permis d'identifier les CPS comme un déterminant majeur de la santé, du bien-être et de la réussite éducative.

EXPLORATION

Dans sa **première définition** proposée dans les années 90, l'OMS définit de façon générale la compétence psychosociale comme *« la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement »* (WHO, 1994).

21 | LAMBOY Béatrice. « Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes », Devenir, vol. 30, no. 4, 2018, pp. 357-375.

Le développement de cette capacité psychosociale globale peut se faire par « l'enseignement de compétences de base utiles à la vie (dénommé en anglais " life skills ") » (WHO, 1994). Aujourd'hui, les données de la littérature nous permettent de définir de façon précise et fondée les CPS. Il s'agit d'un **ensemble cohérent et interlié de capacités psychologiques** (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de **maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives**

En gardant le cadre théorique de l'OMS des années 2000, en partant de l'ensemble des CPS mentionnées dans les classifications internationales et en s'appuyant sur les données probantes actuelles, en 2021 **Santé publique France** propose une classification des CPS actualisée. Elle résulte de la synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisée avec la collaboration de plusieurs chercheurs, acteurs de terrain et décideurs.



En 2022, **Santé publique France** a publié un **référentiel** pour un déploiement des Compétences Psycho-Sociales (CPS) auprès des enfants et des jeunes. Leur mise en œuvre doit cependant intégrer certaines interrogations autour des questions de transférabilité et d'implantation, qui doit considérer la singularité des publics et des territoires. En effet, le recours à un programme CPS validé n'est pas une condition suffisante pour garantir l'efficacité de l'intervention¹²². Il est donc essentiel de croiser et développer une synergie entre les données scientifiques et les savoirs et savoir-faire du terrain.

Dr **Corinne ROEHRIG**, Médecin de santé publique, souligne l'importance de mettre les Compétences Psycho-Sociales dans les parcours de formation continue :

« Pour les thématiques qui manquent cruellement dans la formation des acteurs du soutien à la parentalité, je citerai en tout premier lieu la promotion de la santé mentale, qui vise à offrir à chacun les moyens de faire face aux défis du quotidien (du parent en l'occurrence).

Il serait dommage, alors qu'il a fallu 30 ans pour que le concept des compétences psychosociales irrigue l'éducation nationale, de ne pas s'en inspirer plus vite dans le soutien à la parentalité... Une compétence parentale, c'est un savoir-faire en action, un ensemble de compétences cognitives, sociales et émotionnelles qui sont complémentaires et s'articulent, toute situation faisant appel à plusieurs d'entre elles à la fois... Au plan théorique, cela veut dire aussi pour les « formateurs » connaître le champ de la communication et des émotions, de la résolution de conflits et la discipline non violente, l'approche systémique, l'attachement et la résilience... et les techniques d'animation ».

4-2-2 Des programmes de soutien à la parentalité

Un grand nombre de **programmes de soutien aux parents** ont été développés avec un objectif commun, celui d'améliorer la vie des enfants et de leurs parents, ainsi qu'une **stratégie commune** : modifier l'attitude, les connaissances et/ou le comportement des parents d'une manière qui soit bénéfique aux enfants, par le biais d'une variété d'outils de soutien sociaux et pratiques psychoéducatives.

Dr **Corinne ROEHRIG** cite son travail sur le **Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité** (PSFP) dont elle est une experte : *« Le **Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité**, programme basé sur des données probantes. Les objectifs de **PSFP** sont de valoriser les compétences parentales et les compétences psychosociales des enfants, au cours d'ateliers qui mutualisent connaissances et mises en situation concrètes. Ce programme a bénéficié d'une évaluation de grande ampleur en France qui lui a permis d'être **validé par Santé Publique France** ; il est nommément cité en exemple dans le référentiel sur les compétences psychosociales que l'Agence a publié en 2022. Lors de l'élaboration de son protocole d'implantation, j'ai mis en place une formation spécifique pour les professionnels qui l'animent sur le terrain auprès des familles ; il y est question des théories support de la parentalité, des modalités et pratiques d'intervention des professionnels auprès des parents et des compétences parentales elles-mêmes, dans le détail de chacune et selon les recommandations internationales des programmes de soutien à la parentalité qui ciblent les plus importantes ».*

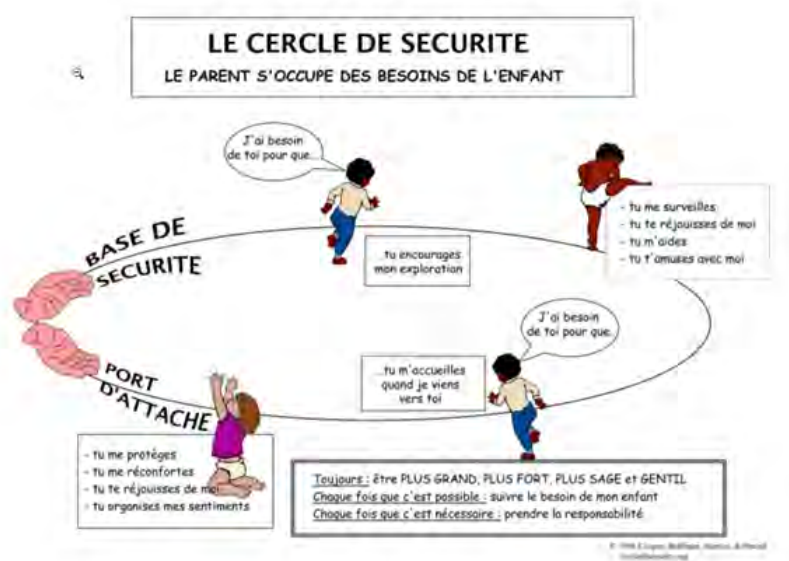
Le programme Cercle de sécurité parental ^{|23}

Le programme Circle of Security (C.O.S.), développé par les cliniciens américains **Glen COOPER, Kent HOFFMAN, Bert POWELL, Robert MARVIN** (2006), cible à la fois l'attachement, les représentations, la fonction réflexive et la sensibilité parentale.

Il vise à transmettre de façon accessible les notions d'attachement aux figures parentales plus vulnérables, à partir du concept du Cercle de sécurité (figure 1). En se référant à leur expérience - actuelle en tant que parent et passée en tant qu'enfant - ce programme vise à stimuler chez les figures parentales un dialogue réflexif quant aux liens entre leurs états mentaux, leurs comportements et ceux de leur enfant.

L'objectif est d'optimiser la capacité des parents à occuper la fonction de base de sécurité pour soutenir l'exploration de leur enfant et la fonction de refuge lorsque ce dernier a besoin de proximité ou de réconfort. Le programme C.O.S., qualifié d'intensif, est constitué de vingt rencontres de groupe et inclut le recours à la rétroaction vidéo individualisée pour chaque dyade.

Dans un souci d'accessibilité en termes de formation et de ressources, une version brève du programme a été développée en 2009, Circle of Security Parenting (COS-P ; Cooper, et al, 2009), et vise une population à plus faible risque. Constitué de huit chapitres habituellement présentés en autant de séances, ce programme sur DVD guide l'exploration des besoins d'attachement et de la réponse à ceux-ci à partir d'extraits vidéo génériques plutôt qu'individualisés.



Maelle LeLARDIC, a contribué à la mission, en partageant les informations concernant la mise en œuvre du **programme Triple P** (Positive Parenting Program) : « Triple P est un système d'interventions axées sur la famille, fondé sur des **données probantes** et conçu pour prévenir et traiter les problèmes de santé mentale chez les enfants. L'un des principaux objectifs de Triple P est de **soutenir les compétences sociales et émotionnelles des enfants**. Pour ce faire, il faut d'abord soutenir les parents, qui sont à leur tour les mieux placés pour soutenir leurs enfants. Les stratégies du modèle Triple P soutiennent directement la santé sociale

et émotionnelle, notamment la confiance en soi, l'auto-efficacité, l'autorégulation, l'agence personnelle, la patience, la persistance, la résolution des conflits, la communication efficace et l'empathie ».

Autre programme américain qui a bénéficié d'une implantation en France : **the Incredible Years**, « ces incroyables années ». Il a été présenté dans la contribution de l'association **le Prado**, qui déploie depuis 2017, dans l'Ain ces premiers programmes :

« Ce fut davantage le fruit d'une découverte et d'une opportunité que celui d'une recherche de solution à un besoin. C'est à l'occasion d'échanges de pratiques professionnelles entre une équipe du territoire de l'Ain du Prado (Association intervenant dans la Protection de l'Enfance) et une équipe des Centres Jeunesse de Montréal (Montréal-Québec), que les professionnels du Prado ont découvert les effets du programme Incredible Years® sur les parents accompagnés dans le cadre de la Protection de l'Enfance. Riches de cette expérience, ils ont sollicité des financeurs et des partenaires afin de trouver les moyens de proposer ce P.E.H.P. sur le territoire de l'Ain et en permettre l'accès à tous les parents se questionnant sur l'éducation de leur enfant. [...] En 2022, nous avons enrichi notre service de **Renforcement des compétences parentales** par un programme à destination des parents d'adolescents de manière à pouvoir proposer nos actions de manière complémentaire aux familles. [...] Depuis 2017, notre volonté est toujours la même : permettre au plus grand nombre d'enfants de bénéficier d'outils d'éducation positive grâce à la démarche collaborative et aux programmes « **Ces années incroyables et Parent d'ado** ». C'est pourquoi, nous avons à cœur de continuer à diversifier nos actions et nos formats d'intervention, qu'ils s'adaptent suffisamment aux politiques des acteurs de l'enfance pour être intégrés sur les territoires, dans les structures et qu'ils finissent par avoir un impact sur les familles et les enfants ».

La recherche¹²⁴ montre que les programmes destinés aux parents ont tendance à être plus efficaces :

- Lorsqu'ils couvrent plusieurs domaines, notamment l'écologie sociale de l'enfant et de la famille,
- Lorsqu'ils ciblent des comportements spécifiques ou des transitions développementales,
- Lorsqu'ils offrent du soutien par les pairs
- Lorsqu'ils impliquent les parents (par exemple, en leur donnant l'occasion d'agir comme modèles auprès de leurs enfants).

Plus de recherches seront nécessaires pour étudier l'évolution des enfants et des pratiques parentales dans une gamme élargie de groupes culturels et socio-économiques. De même, plus de recherches doivent être menées sur le rôle spécifique, dans le développement des enfants, des cognitions et attitudes paternelles en matière d'éducation des enfants.

4-2-3 La pair-aidance

La pairaidance¹²⁵ est un modèle de soutien proposé entre pairs : « *c'est dans la recherche de similitudes, mais aussi dans le partage des différences et des expériences que nous pourrions lutter contre les fragilités individuelles. L'entraide entre pairs et le renouveau des solidarités ne seraient-ils pas des manières de renouer avec une société de partage, et de lutter contre la disqualification sociale ?* ».

Ce modèle d'intervention est proposé par plusieurs contributeurs.

Ainsi, celle du **FEHAP** : « *Pour les bénévoles, tels que des parents, il ne peut pas être défini de compétences socles. Le parent va partir de son vécu et de sa propre expérience pour que l'autre parent, qui va se projeter par procuration, puisse trouver des réponses aux questions qu'il se pose pour déterminer son positionnement face à une situation avec son enfant. Ce bénévolat de parents se développe beaucoup depuis ces dernières années sous la **forme de pairaidance**. Ainsi, plutôt que de mettre en place des formations, la FEHAP propose que la pairaidance puisse se réaliser avec l'appui d'un professionnel, comme garant de ce qui se dit, et susceptible d'intervenir si besoin* ».

L'association **Ensemble pour l'Éducation de la Petite Enfance**, présidée par **Nathalie VICARINI**, partage son expérience de mise en œuvre des maisons des 1000 premiers jours fondées sur le principe de la pairaidance : « *Les **groupes de pairs** organisés dans des lieux de soutien à la parentalité, tels que les Maisons des 1000 premiers jours seraient une réponse adaptée pour répondre aux grands principes de la Charte. En 2016, deux études menées par **Diane JACKSON** et **Martin NEEDHAM** en Australie et en Angleterre ont démontré que les « **duals focused groups** » ou groupes de parents se retrouvant régulièrement avec leurs enfants présentent de nombreux avantages. Les témoignages des familles mettent en lumière le soutien relationnel dont ils bénéficient grâce au **contact avec le facilitateur**, le soutien entre pairs leur permettant de relativiser sur leur pratique parentale, le soutien émotionnel pour les mères, le soutien du rôle parental permettant aux familles de gagner en confiance en soi* ».

Dr Amandine BUFFIERE, présidente FDCMPP complète par cette analyse : « *La fameuse pairaidance pourrait se situer au **premier niveau d'intervention**, avant les dispositifs sociaux de type maison des familles, crèche, et ensuite les structures spécialisées comme les centres de soins pour enfants et adolescents* ».

Les actions de soutien à la parentalité font l'objet de recherches scientifiques internationales.

Les compétences socles et base d'habiletés devront s'enrichir des avancées issues des **pratiques fondées sur les preuves**, tout en s'appliquant à porter une attention particulière sur :

- La **considération de la singularité** de la relation, au cœur de la construction de la relation parent-enfant
- La **synergie** entre les **données scientifiques** et les **savoirs** et **savoir-faire** du terrain.
- La **préservation du processus réflexif** et de **mentalisation** du public soutenu

Devront être considérées par ces pratiques :

- Les **compétences psychosociales**, dont le **rôle est primordial** est le développement chez les individus des **comportements favorables à leur santé**.
- Les **programmes internationaux** de soutien aux **habiletés parentales**
- Les dispositifs de pair-aidance

4-3 LIMITES ET PRÉCAUTIONS

4-3-1 La place des bénévoles

Les bénévoles doivent-ils être formés et quelle place peuvent-ils occuper auprès des familles, dans la politique du soutien à la parentalité ?

Cette question a été fréquemment interrogée au fil des contributions. L'idée soulevée n'est pas d'exclure ces personnes dont l'engagement est précieux dans notre société, mais **d'interroger la nature des actions**, qu'ils peuvent porter auprès des familles.

En effet, il est usuel de penser que l'expérience parentale est suffisante pour mener des actions de prévention et de soutien à la parentalité. **Or, prévenir, ne peut se résumer à partager son expérience ou à donner ce que l'on peut nommer des « bons conseils ».**

Isabelle ROSKAM pose ce questionnement : « *Les bénévoles font-ils partie du soutien formel ou informel ? Le **parrainage** entre familles par exemple, nécessite-t-il que les « parrains/marraines » soient formés (et à quoi) ? Ou peut-il s'agir d'une **entraide spontanée**, d'un partage d'expérience où les différents acteurs se situent dans un **rapport strictement égalitaire** (sans que l'un soit l'expert et l'autre, le*

parent « non formé ») ? En ce qui concerne les bénévoles, je me questionne sur **l'opportunité (ou non) de les former...** ou au contraire de restaurer des **liens de solidarité, et d'échanges égalitaires entre pairs...** Ceci n'empêche que dans certaines situations d'accompagnement spécifique, les bénévoles reçoivent une information minimale (à voir au cas par cas) ».

Le Dr Catherine GUEGUEN va plus loin et considère que les bénévoles ne doivent pas s'inscrire dans des actions de soutien à la parentalité, notamment au regard de leur manque de compétences et s'en inquiète : « J'ai pu mesurer **l'extrême complexité** et difficulté de cet **accompagnement** qui nécessite une **formation très solide**. J'ai donc complété ma formation de pédiatre par de nombreuses formations et de nombreuses lectures. C'est pourquoi il me paraît **inimaginable voire dangereux** de confier cet accompagnement à des bénévoles.

Voudrions-nous mettre nos enfants dans des écoles où l'enseignement serait fait par des bénévoles ? Quand nous sommes malades consultons-nous des bénévoles ? (Je suis désolée pour cet exemple) quand nous faisons réviser ou réparer notre voiture confions-nous notre voiture à des bénévoles ???

Bref, confier cette mission extrêmement difficile qui demande une expertise professionnelle à des bénévoles c'est considérer que soutenir les parents est simple et ne demande pas des professionnels, or c'est tout le contraire !

C'est aussi très **dévalorisant pour les professionnels de l'enfance** (médecins, paramédicaux, psychologues, enseignants, éducateurs) d'imaginer qu'on peut les remplacer sans aucun problème par des bénévoles. A quoi servent alors les professionnels de l'enfance qui sont des spécialistes de l'enfant, qui ont étudié le développement moteur, cognitif, affectif de l'enfant et les difficultés, les pathologies de l'enfant et du lien parent-enfant ? ».

Pour le **Conseil National professionnel des sages-femmes** : « Ces compétences nécessaire aux actions de soutien à la parentalité se constituent dans un cadre formatif normatif **professionnalisant et diplômant**. Il ne s'agit pas d'être parents soi-même pour prétendre à une VAE. L'expérience personnelle de la parentalité ou celles des bénévoles pourrait ouvrir l'entrée à des études ou une formation diplômante ».

Pour le **FEHAP**, il s'agit de différencier des bénévoles : « Il est souhaité distinguer dans un premier temps la question des professionnels de celles des bénévoles. En effet, les **bénévoles** peuvent avoir des **profils très variés** : du parent bénévole au professionnel ou ancien professionnel bénévole... » et de se saisir de leur expérience dans le cadre de la pairaidance telle que nous l'avons vu précédemment.

Le **Dr Amandine BUFFIERE**, présidente FDCMPP complète ces propos : « Les bénévoles peuvent avoir un rôle dans la réalisation de **missions définies** et concrètes dans le quotidien qui peuvent être d'une grande aide d'ailleurs ; les professionnels jeunes retraités sont souvent assez enclins à travailler dans ce champ également et leur **place pourrait être différente** du fait de leurs compétences ».

L'Union Nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) a déjà défini le champ d'interventions des bénévoles engagés dans leurs missions : « Les bénévoles des associations que nous représentons **n'interviennent pas nécessairement au domicile des familles directement**, mais leurs fonctions au sein des associations, que cela soit au sein des **instances de gouvernance** ou par leurs **actions militantes** de soutien à la vie associative, nécessitent en effet d'être formés sur certains enjeux, notamment la question de la diversité des familles, et de comment **s'adapter aux différents profils d'interventions** ».

Nous proposons de faire un cas particulier des **bénévoles**.

En effet, les actions de soutien à la parentalité impactent la trajectoire développementale de l'enfant. Cette responsabilité implique un questionnement à approfondir sur la question de la place et des missions portées par les bénévoles dans le cadre d'actions de soutien à l'enfant et sa famille.

Dans ce contexte, il nous semble important de :

- Reconnaître l'**importance de l'engagement bénévole** et **altruiste** de ceux qui décident de consacrer du temps aux autres et à la société.
- **Préciser** dans un travail complémentaire à notre mission, les places et modalités d'intervention des bénévoles dans le domaine du soutien à la parentalité
- **Cibler les missions portées** par les bénévoles, au sein des dispositifs, en considérant la responsabilité que les actions de soutien à la parentalité peuvent avoir sur la **trajectoire développementale de l'enfant**.

4-3-2 Temps et disponibilité

« **Prendre le temps** », cette expression a émaillé de nombreux retours de contributeurs ou questionnaires. Notre relation au temps a évolué, bousculée par des stimulations multiples et la culture de l'immédiateté.

Écouter, accueillir, accompagner, « prendre soin » ... exige **temps et une disponibilité (en particulier une disponibilité psychique)**.

Il était important dans ce processus élaboratif autour des « compétences socles » de ne pas, au-delà de du « fond » que peut constituer la définition de cette base d'habiletés, en oublier la « forme ».

Véritable étape de transformation, le devenir parent, **ne peut** s'appréhender de façon instantanée, entraînant une nouvelle manière de regarder le monde. Le « temps psychique » doit être respecté.

Citons la contribution de **La Fédération Nationale des Educateurs.trices du Jeune Enfant (F.N.E.J.E.)** : « Nous **manquons de temps** pour être disponible comme

il le faudrait avec des parents qui nous sollicitent. Nous manquons de temps et de moyens pour organiser avec les familles que nous accueillons des **moments d'échanges et de dialogues**, ou des temps d'information. Nous manquons de temps et de personnel pour **observer l'enfant** au sein de la collectivité et **repérer** ainsi peut-être des problématiques (développement, comportement, langage, relation à l'autre...) qu'il pourrait soulever et dont on pourrait parler au parent. Alors que les professionnel.le.s des modes d'accueil de la petite enfance sont souvent les premiers pros à intervenir après le congé maternité ou parental, le **manque de temps car non financé** par les pouvoirs publics comme du temps d'accueil nécessaire **ne permet pas d'accompagner les parents comme il le faudrait** ».

Le Dr Catherine GUEGUEN complète cette analyse : « C'est un travail de longue haleine avec les parents. Changer de façon d'être **demande du temps**. L'accompagnement des parents nécessite un **travail long** sur de nombreux mois pour que les parents sachent faire face à leurs émotions et impulsions, diminuer leur stress, comprendre leur enfant, être empathique avec lui tout en sachant lui transmettre un cadre, savoir dire non quand il a un comportement inadéquat mais sans l'humilier... Cela nécessite des consultations **longues** [qui doivent être] **correctement rémunérées** ».

41 PRÉCONISATION

Les actions de soutien à la parentalité appellent à s'inscrire dans une temporalité et une disponibilité ajustées aux besoins des enfants et de leurs figures d'attachement.

La considération de ces conditions indispensables à un accompagnement ajusté passe par :

- Une **reconnaissance** de la spécificité des **actions de soutien** à la parentalité et la considération du temps psychique incontournable et nécessaire à toutes modalités de soutien à la parentalité.
- Une **valorisation des actions** et des actes de nomenclature pour les professionnels entrant dans le cadre de conventionnements avec la C.P.A.M..

4-3-3 Les limites de la mission de dépistage

Dans les contributions, revient fréquemment la notion de dépistage précoce.

Selon la **Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O.)** : « Le professionnel doit être expert de son champ de compétence et des troubles pris en soins. Il doit aussi être dans une démarche de formation continue (sous toutes ses formes). Il est très souhaitable que les professionnels s'investissent dans la mise en place d'un réseau de prévention et de dépistage ». Ou encore **Les Médecins de la Parentalité**, pour qui les acteurs du soutien à la parentalité doivent : « Être en mesure de pouvoir dépister les troubles psychiques et organiques, savoir ré-adresser vers un.e professionnel.le compétent.e si besoin... » et « Être en mesure de dépister et prévenir les maltraitances à enfant ».

Les services de soutien aux familles bénéficient d'un acteur majeur du champ de la prévention : **les services de la PMI** jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Interlocuteur bien identifié des professionnels des services aux familles, ils proposent un **soutien à la parentalité** qui s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé et en continuité avec les services départementaux de la protection de l'enfance par exemple.

Ces services sont de plus particulièrement impliqués dans un premier niveau des démarches de dépistages des troubles de santé de l'enfant et de sa famille qui en fait un **acteur majeur de l'orientation spécialisée** en complémentarité avec les services médicaux de ville ou encore hospitalier.

Entre les services aux familles et les services spécialisés, le niveau de dépistage des troubles de l'enfant est constitué d'une **graduation**.

Prenons l'exemple du Centre de Ressources Autisme (C.R.A.)¹²⁶, structure médico-sociale financée par les Agences Régionales de Santé et animée par une équipe pluridisciplinaire. Ces structures n'assurent pas les soins, mais sont cependant amenées à intervenir conjointement avec les dispositifs de soins, comme les dispositifs médico-sociaux de leur région.

Les **C.R.A.** remplissent aujourd'hui **10 missions** précisées dans le décret du 5 mai 2017¹²⁷ :

- L'accueil, l'orientation, la documentation et le conseil pour toutes personnes concernées ou intéressées par le TSA¹²⁸, professionnels ou non.
- Appui aux bilans diagnostics et fonctionnels et réalisation d'évaluation pour les cas complexes.
- Diffusion des recommandations de bonnes pratiques de la H.A.S.¹²⁹ et des informations générales sur le T.S.A..
- Sensibilisation et formations pour les proches aidants et les professionnels.
- Aide aux équipes des MDPH.
- Veille et réflexions sur les pratiques professionnelles.
- Participation aux études et recherches dans le domaine de l'autisme.
- Participation à l'animation du réseau régional des acteurs.
- Expertise et conseil aux ARS, services territoriaux de l'État et collectivités territoriales.
- Expertise et conseil aux instances nationales et internationales intervenant dans le champ de l'autisme.

Les différentes missions des C.R.A. sont à destination des personnes qui sont concernées ou tout simplement intéressées par les Troubles du Spectre de l'Autisme (T.S.A.). Il s'agit alors des patients, les parents, les membres de la famille ou les proches

126 | Les CRA, Centres de Ressources Autisme | Autisme Info Service

127 | Parution du décret n° 2017-815 du 5 mai 2017 relatif aux [...] centres de ressources autisme | CRA (cra-npdc.fr)

128 | Trouble du Spectre de l'Autisme

129 | Haute Autorité de Santé

aidants des personnes ayant un T.S.A. ou encore les professionnels (éducateurs, enseignants, psychiatres, médecins généralistes, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthopédagogues, orthophonistes, psychoéducateurs, psychologues, psychologues scolaires, travailleurs sociaux, etc...).

Ces structures ressources témoignent de l'importance de venir soutenir les acteurs de terrain qui sont au plus proches des usagers. Il s'agit d'être en appui, notamment par la formation sensibilisation (ou action d'accueil de stagiaires afin de transmettre le savoir).

4 -3-4 Éthique et soutien à la parentalité

Comment faire l'impasse sur la dimension éthique, en abordant ce vaste sujet qu'est le soutien à la parentalité ?

Nous souhaitons y poser quelques mots, invitant le lecteur à ne pas négliger cette réflexion, à l'instar de **Gérard NEYRAND** qui nous précise : « *Nous avons réalisé plusieurs formations en ce sens avec ma collègue animatrice **Diane KHOURY** (malheureusement disparue récemment), et l'importance de la réflexion historique et éthique sur le sens des actions dans le contexte d'une société en mutation est apparue, compte tenu de la nécessaire prise de distance critique pour optimiser une intervention auprès de parents ; alors même que des techniques d'animation de groupe ou de sensibilisation à l'écoute restent, elles aussi, indispensables ... si l'on veut surmonter tous ces obstacles, et dépasser les multiples contradictions dont le dispositif souffre¹³⁰ »*



V . DES EXEMPLES DE PARCOURS POUR PENSER ENSEMBLE



Nous souhaitons à travers la présentation de quelques parcours d'enfants et de leurs familles, illustrer la pensée qui nous a guidée tout au long de notre travail et la mettre en application à travers des situations cliniques.

C'est l'occasion de mettre à l'épreuve de la réalité les préconisations que nous vous avons proposées. En effet, professionnels de terrain, engagés auprès des enfants et de leur famille, nous sommes soucieux que notre réflexion soit inscrite dans une dimension pragmatique et en adéquation avec leurs besoins.

Nous insistons ici, sur le fait que **notre souhait n'est pas de dénoncer des dysfonctionnements, mais de pouvoir les éclairer afin d'y apporter les améliorations**, dont ont besoin les enfants pour aller mieux et s'inscrire sur une **trajectoire développementale harmonieuse et épanouie**.

1 LES 1000 JOURS D'EVA

Mélissa et **Adrien** attendent leur premier enfant.

Éloignés de leurs familles pour des raisons professionnelles, ils se retrouvent seuls pour vivre cet événement qu'ils attendent depuis longtemps. Ils se sentent un peu perdus mais n'osent pas demander de l'aide et ne connaissent que peu de personnes dans cette nouvelle région, dans laquelle ils viennent juste d'arriver.

Leur nouvelle voisine leur a conseillé une sage-femme, qu'elle connaît bien, pour le suivi de la grossesse, mais ils ne savent pas encore vers quelle maternité se tourner. Pourtant, ils ont très peur de tout ce qui peut arriver pendant la grossesse, d'autant qu'elle est particulièrement précieuse pour eux. En effet, c'est au bout d'un **parcours de PMA** de 3 ans, qu'elle a pu survenir.

Isabelle, leur **sage-femme**, installée en libéral leur propose un **entretien prénatal précoce**. Ce fut l'occasion pour eux de partager leurs grandes inquiétudes autour de la venue de ce bébé et aussi tout l'espoir qu'ils y ont mis. Pour eux, cet enfant, c'est juste un cadeau incroyable et ils ont très peur de ne pas être à la hauteur de ce bébé.

Ils sont déjà passés par des montagnes russes émotionnelles, lors de leur parcours de PMA et espèrent que tout se passera bien. La pression est grande sur leurs épaules. Ils n'ont pas évoqué cela avec leur gynécologue, qui était déjà très satisfait de l'obtention de la grossesse et qui se réjouissait de ce résultat positif. Peut-être de la pudeur ? Ou ne se sont-ils pas sentis invités à aborder ces ressentis.

Devant ce grand besoin de réassurance et cette vulnérabilité émotionnelle, Isabelle propose d'associer à son suivi, Nathalie, sa collègue **sage-femme de PMI**, afin de permettre une continuité et une contenance plus importante de ce couple relativement isolé socialement. Ils étaient également en difficultés pour trouver un mode d'accueil et Isabelle pensait que Nathalie pourrait les guider dans leurs démarches, considérant le lien entre la PMI et les services municipaux de la petite enfance. Isabelle savait aussi, que Aurélie la **puéricultrice de PMI** pourrait être une ressource en post-natal ou encore Julie, la **psychologue de la PMI** pourrait les recevoir. Isabelle n'était pas sûre que Mélissa était prête à ne serait-ce que penser se séparer de cet enfant tant attendu.

Finalement, le 6 septembre 2021, Mélissa donne naissance à Éva. L'accouchement par voie basse nécessite une extraction instrumentale et la mise en place de l'allaitement est difficile. La fragilité émotionnelle déjà observée en anténatal se majore et la famille est adressée en **consultation psychiatrique péri-natale**. Devant l'absence de pathologie psychiatrique avérée et le fait que la famille est hors secteur, une orientation est proposée vers une **psychologue en libéral**. Mais l'absence suffisante de moyens, ne permet à Mélanie de consulter, qu'à deux reprises cette professionnelle.

Mélissa retardera de quelques semaines sa reprise de travail et confiera Éva, alors âgée de 6 mois, à une **assistante maternelle**.

Le couple qui a bénéficié de la visite de la famille sur les premiers jours après la naissance se retrouvent à nouveau seuls et se sentent très démunis face aux pleurs fréquents d'Éva. Le sommeil est également très complexe, avec des troubles de l'endormissement et de réveils nocturnes qui épuise le couple. Les tensions commencent à se faire sentir, d'autant qu'ils avaient totalement idéalisé cette maternité et que la réalité était beaucoup plus éprouvante qu'ils ne l'avaient imaginé.

Ils pouvaient alors compter sur **leur pédiatre**, formée plus spécifiquement aux enjeux du soutien à la parentalité et à la théorie de l'attachement, avec laquelle ils avaient construit un vrai lien de confiance et qui répondait à toutes leurs demandes de rendez-vous, finalement très fréquents. Les troubles du sommeil, les refus d'alimentation et les pleurs constituaient les principaux motifs des nombreuses consultations.

Épuisés, éprouvés et tendus, leur couple commençait à souffrir de cette situation. Les tensions se majoraient dans le couple, avec la survenue inhabituelle dans leur histoire, d'épisodes de disputes. Celles-ci survenaient de plus en plus fréquemment, comme si, ils ne se comprenaient plus. Les nuits très courtes et ce long parcours très

éprouvant entre PMA, déménagement, isolement, nouveaux emplois, semblaient avoir eu raison de leur stabilité de couple.

Leur pédiatre leur a bien parlé de ce que l'on nomme **épuisement parental**, mais auprès de qui trouver du **répit** ? Pas de famille à proximité, des connaissances amicales encore très fragiles. Stéphanie, leur « nounou », les dépannaient de temps en temps, mais pas facile de tout le temps lui demander. Cette médecin restait également très soucieuse de ce couple, qu'elle voyait fragilisé par cette maternité et elle s'était appliquée à leur parler du risque du bébé secoué. Aurélie, la puéricultrice de PMI, passait également régulièrement pour soutenir le couple.

Ils avaient aussi vu sur le tableau d'affichage de la **mairie**, en passant devant le feu de la boulangerie, qu'il existait un lieu, qui accueillait parents et enfants. Ils ont ensuite découvert qu'il s'agissait d'un **LAEP**. Ils étaient de caractères plutôt discrets et avaient toujours appris à se débrouiller seuls. Ils n'avaient pas pensé demander de l'aide. Être parent, cela va de soi, non ? Ils se sont rendus régulièrement dans ce lieu accueillant, qui leur permettait de passer des bons moments avec Éva.

Et puis Éva a grandi, Mélissa et Adrien ont réussi à traverser cette étape qu'ils auraient souhaité beaucoup plus apaisée et épanouissante, et qui a été finalement source de beaucoup de souffrance.

Ils avaient le sentiment que leur insécurité avait impacté le développement d'Éva. En effet, elle restait souvent en retrait et son langage n'était pas encore suffisamment développé. Ils avaient conscience que les cris et les tensions quotidiennes avaient eu des conséquences sur leur disponibilité parentale.

Leur couple avait finalement résisté, mais le prix leur semblait lourd.

Éva est ensuite rentrée à l'école, qui s'inquiétait de son retard de langage, pensant très vite à de l'autisme. Pour la pédiatre, il s'agissait surtout d'un environnement insécurisant pour Éva, qui justifiait une plus grande cohérence entre les professionnels et la construction autour de l'enfant et de sa famille d'un cercle de sécurité sur lequel ils pourront s'adosser pour répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant.



2-ENZO AU CŒUR DU CONFLIT DE SES PARENTS

Sylvie et Sébastien avait depuis toujours l'impression que leur couple était source de beaucoup de joies mais aussi de grandes tensions. Leurs amis les soutenaient souvent lors des menaces répétées de ruptures qui se terminaient en retrouvailles passionnées. Le désir d'enfant s'inscrivait dans cette même hésitation.

Ils avaient été suivis au **Planning familial** et avaient sollicité de l'aide quand ils ont fait le choix de recourir à une IVG, au début de leur relation. Ce n'était pas le moment pour Sébastien. Ce fut beaucoup plus compliqué à accepter pour Sylvie. Des blessures avaient commencé à se construire et les tensions conjugales, avaient alors été accompagnées par le **CIDFF, Centre d'Information sur les Droits des**

Femmes et des Familles.

Puis, vient le moment d'une grossesse désirée ensemble. Celle-ci est complexe avec l'annonce échographique d'une malformation, par la **gynécologue de la maternité**, qui finalement n'est pas confirmée à l'échographie suivante. La grossesse psychique est alors bousculée par cet épisode¹, qui va impacter leur future fonction parentale. Déjà fragilisée, l'ambiance dans le couple se dégrade et des épisodes de violence verbale sont décrits par Sylvie et Sébastien. La grossesse vient fragiliser une qualité relationnelle déjà dégradée.

Enzo, naît en octobre 2019. L'accouchement est compliqué par une stagnation du travail qui pose l'indication d'une césarienne. L'équipe de la **maternité** perçoit bien quelques tensions, mais n'observe pas d'éléments très préoccupants lors du séjour à la maternité.

Pourtant le conflit reste marqué dans les mois qui vont suivre le retour à la maison. Enzo présente des problèmes de santé, en particulier digestifs. Difficile de savoir s'il s'agit de coliques, ou d'allergies alimentaires. Il ne grossit pas bien et Sylvie se sent incompétente à prendre soin d'Enzo. De nombreux **professionnels de santé** sont consultés, mais sans concertation entre eux.

De plus Sébastien, craint de prendre Enzo dans les bras et il a l'impression que Sylvie ne lui fait pas confiance. Il préfère se réfugier sur ses jeux en ligne, ce qui le calme beaucoup, dit-il.

Les disputes s'enchaînent sur la conduite à tenir avec leur enfant et finit pas entraîner la décision d'une séparation, alors qu'Enzo a 2 ans. Les conflits sont tellement intenses, qu'ils sont à l'origine de la survenue de violences physiques, d'abord banalisées mais qui finissent par leur faire peur. Ils ne pensaient pas en arriver à cela ! Ils prennent conscience que cela va trop loin.

Leur entourage amical se sent démuni face à de tels comportements et proposent parfois de garder Enzo, pour l'extraire de cet environnement particulièrement désorganisant pour l'enfant. Une de leur amie, a même hésité à faire une information préoccupante devant le comportement inquiétant d'Enzo. Ses cris stridents et son agitation lui semblaient le témoin d'une grande souffrance.

Finalement, elle parvient à décider le couple, de solliciter de l'aide. Dans le cadre de leur séparation, ils sont orientés vers un **service de médiation familiale** et se sentent rassurés par cette démarche. Il y a enfin un tiers entre eux qui ne les juge pas.

Cependant les troubles de Enzo restent très préoccupants et **la crèche (EAJE)** à qui il est confié, par l'intermédiaire de la psychologue les oriente vers le **CMPP**. Enzo est-il perturbé par l'ambiance de violences intrafamiliales, que la séparation n'avait pas apaisée ? ou souffre-t-il d'autre chose ? Le couple conjugal l'emportait sur l'équipe parentale, qui ne parvenait pas à se mobiliser autour des besoins fondamentaux de leur enfant. L'organisation de la garde d'Enzo était également

1 | Viaux-Savelon, Sylvie. « La parentalité échographique », Dialogue, vol. 199, no. 1, 2013, pp. 19-31.

source de nombreuses disputes, et les troubles digestifs de l'enfant ne faisait que s'aggraver.

Perdus face à tant de difficultés, Sylvie et Sébastien sollicitent l'intervention d'une **aide éducative à domicile**, afin de les soutenir. Le délai d'attente au CMPP n'avait pas encore permis la prise en charge d'Enzo et son état était de plus en plus préoccupant.

Par ailleurs, une audience auprès du **juge aux affaires familiales**, apporte le cadre dont ils avaient besoin pour organiser leur nouvelle vie. Cependant les conflits restent fréquents surtout en présence d'Enzo, qui continue à être exposé à l'indisponibilité de ses deux parents, qui deviennent par leur accès de violence finalement menaçants pour lui.

L'entrée à l'**école** est également très compliquée et très rapidement une équipe éducative se met en place. Enzo est très perturbateur, ne rentre pas dans les apprentissages et fait preuve de peu d'attention. Très rapidement, l'hypothèse d'un TDAH est évoquée par la maîtresse. Un dossier **M.D.P.H.** est initié, mais il n'y a pas de place en Ulis et seule une AESH collective est obtenue. Cette aide s'avère insuffisante pour l'enseignante, déjà confrontée à trois enfants en grande difficulté dans sa classe. L'équipe du **RASED** est sollicitée mais attend impatiemment l'accueil d'Enzo et de ses parents au CMPP.



3- LE HANDICAP DE GABRIEL

Amélie et Vincent désiraient depuis quelques mois un troisième enfant. L'horloge biologique d'Amélie tournait. Elle craignait de ne plus pouvoir avoir d'enfant et de basculer dans une autre étape de sa vie de femme. Elle en parlait souvent à sa gynécologue. Vincent, quant à lui, semblait comprendre ses préoccupations.

Ils étaient très heureux avec leurs deux enfants, Théo et Amandine, et ce désir tardif d'enfant est venu presque les surprendre. Fort de leur expérience, ils se sentaient plus solides dans leurs habiletés parentales et prêts à accueillir un nouvel enfant.

Leur vie était aujourd'hui très stable sur le plan matériel et professionnel. Leurs deux enfants de 8 et 12 ans allaient très bien. Alors, ils font le choix de s'engager dans ce projet de dernière grossesse. Amélie a stoppé sa contraception.

Au bout de 3 mois, Amélie tombe enceinte. Elle déclare sa grossesse et fait aussi auprès des services municipaux une demande de place en EAJE. Elle espère tout particulièrement un nouvel équipement qui a ouvert récemment et en proximité de son lieu de travail. Ce serait l'idéal. L'**agent d'accueil** qui a procédé à son inscription l'a rassurée sur les disponibilités de place en crèche sur sa commune, elle lui a aussi parlé d'accueil familial, mais Amélie a préféré prioriser des **établissements d'accueil collectif**. Elle a toutefois les coordonnées du **Relais Petite Enfance** de son secteur et pourra solliciter l'animatrice au besoin et en fonction de la réponse de la commission d'attribution municipale.

Elle débute son suivi avec les professionnels qui avaient déjà pris soin d'elle lors des deux premières maternités. Amélie et Vincent se sentent en confiance. Le suivi se déroule sans souci, jusqu'à l'échographie réalisée à la 22^{ème} semaine d'aménorrhée.

En effet, sa **gynécologue** a un doute sur l'anatomie du cerveau et en particulier le corps calleux. Elle décide de l'adresser à la **maternité du CHU**, pour avoir un avis spécialisé. Celui-ci confirme ce doute et de nombreux examens s'enchainent pour le couple et ce bébé à venir. Il est évoqué par cette équipe, une éventuelle interruption médicale de grossesse devant l'incertitude quant au devenir du bébé. Dans le discours des médecin les conséquences de l'anomalie détectée ne sont pas certaines et ils ne peuvent affirmer le devenir de l'enfant et son profil développemental.

Amélie et Vincent font le choix finalement de garder ce bébé tant désiré et dont les perspectives sont trop imprécises pour faire le choix de mettre un terme à sa petite vie débutante.

L'accouchement se passe bien, mais survient finalement plus tôt que prévu. Gabriel

est un bébé prématuré et naît par voie basse, le 20 septembre 2019. Après un séjour de 3 semaines en néonatalogie, il regagne le domicile familial.

Il semble aller plutôt bien dans les premières semaines. Le couple sait que c'est son développement neurologique qui risque d'être impacté par l'anomalie du corps calleux. Il va donc falloir attendre et surveiller de près tous les progrès de Gabriel.

Amélie et Vincent décident qu'un des deux doit rester auprès de Gabriel. Un mois avant la fin du congé de maternité, c'est Amélie qui décide de s'engager dans un congé parental. Le couple décide de le maintenir durant au moins un an et sait que ce congé peut être renouvelé.

Elle a de bons rapports avec son employeur et ses collègues. Ils l'encouragent dans sa décision. Amélie va certes bénéficier de **prestation partagée d'éducation de l'enfant PreParE**, mais elle est consciente que ses ressources vont baisser. Elle suspend aussi sa demande d'attribution de mode d'accueil.

Ils sont suivis par l'équipe du **CAMSP**, qui a été sollicitée dès la période anténatale par les équipes de la **maternité**, puis celle de **néonatalogie**. Cette situation est compliquée pour Amélie et Vincent, qui se sentent désemparés par tant d'incertitudes, venant teinter de beaucoup d'angoisses cette dernière maternité et impacter aussi leur disponibilité pour leurs deux aînés.

Ils ont besoin d'aide et ils ont reçu un courrier de la CAF présentant l'**Aide à Domicile**. Le couple n'a jamais recouru à ce service et décide d'engager les démarches. Une **TISF** va intervenir à domicile, qui travaille pour une association agréée. Cette professionnelle surprend Amélie car elle l'aide à mieux organiser ses tâches quotidiennes, la conseille dans ses démarches et lui propose même de garder Gabriel au besoin. Amélie peut prendre un peu de **répit**. Elle apprend aussi à se séparer un peu de Gabriel.

Amélie est toutefois épuisée. En effet, les rendez-vous sont nombreux pour le suivi de Gabriel et l'organisation de la vie quotidienne pas si facile avec les deux grands qui ont aussi besoin qu'on s'occupe d'eux.

Amélie et Vincent, pensaient avoir un peu d'expérience dans la pratique de la parentalité, mais là, tout est différent. Ils ne savent jamais si ce qu'ils font est ajusté. Gabriel pleure beaucoup. Est-ce normal ou plutôt en lien avec son handicap ? Comment comprendre ce bébé si différent ?

Amélie doit reprendre bientôt son travail. En effet, bien que soutenue financièrement par la **PreParE**, cela n'est pas suffisant et la baisse dans les revenus du couple entraîne beaucoup d'insécurité.

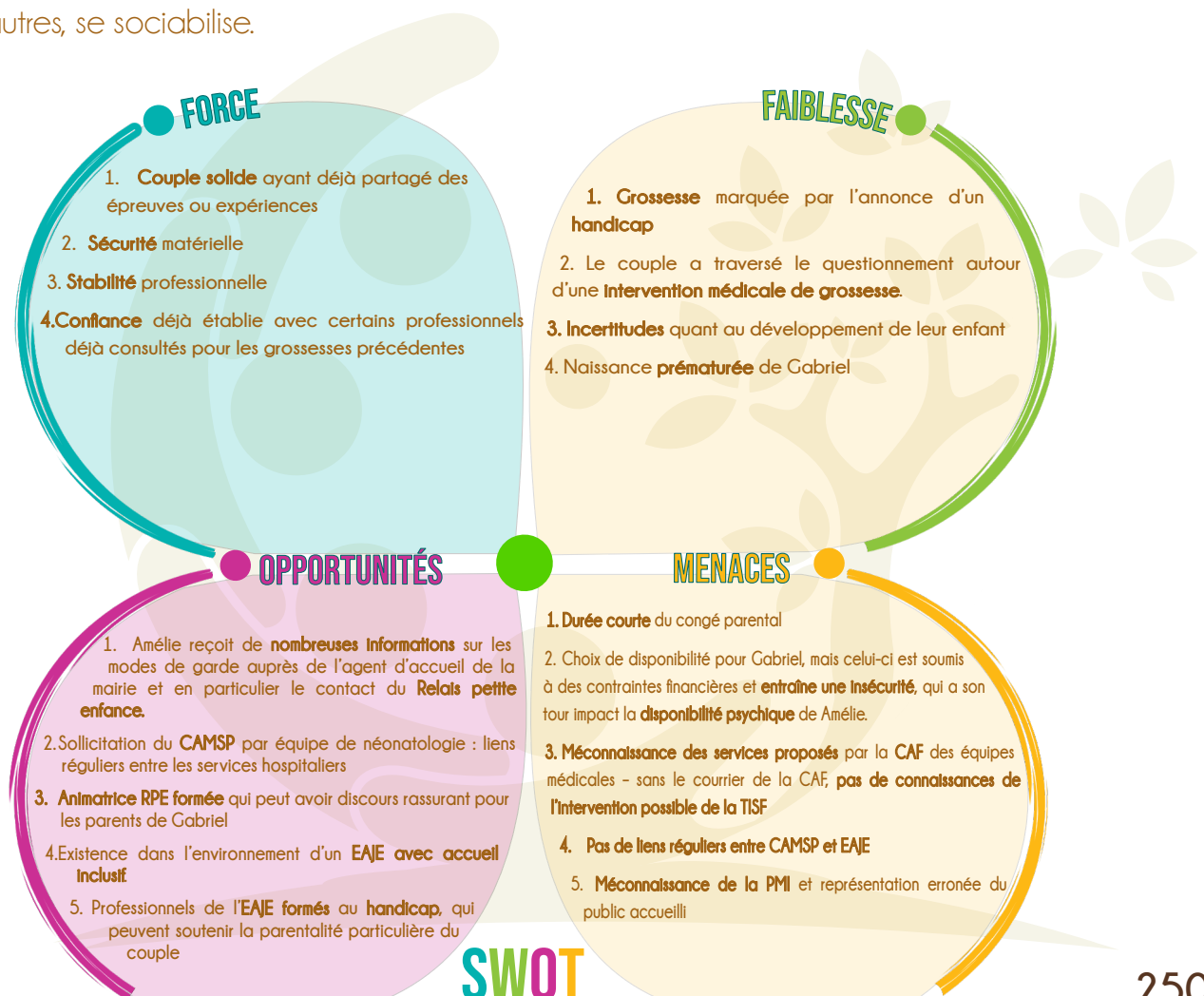
Le couple prend contact avec le **Relais petite enfance RPE** pour échanger sur sa situation. L'animatrice se révèle très compréhensive et accompagne le couple en leur expliquant les possibilités d'accueil qui s'offre à eux. La particularité de développement de Gabriel ne semble pas inquiéter cette professionnelle de l'accueil du jeune enfant.

Amélie et Vincent arrivent finalement à bénéficier d'une place dans un **E.A.J.E** de leur quartier, et découvrent que cet établissement accueille les enfants porteurs de handicap. Cet **accueil inclusif** constitue une chance pour Gabriel qui va se retrouver avec d'autres enfants et bénéficier d'un environnement stimulant.

Amélie et Vincent apprécie de pouvoir être compris dans leurs difficultés par l'équipe de la crèche, qui les soutient dans la construction d'une vie hors de l'hôpital et des soins, qui rythment toutes les journées.

Un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** est mis en place qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant dans la collectivité. La directrice est une puéricultrice qui explique à la famille que ce P.A.I. sera réajusté au fur et à mesure du développement de l'enfant. Elle déplore que des liens réguliers ne puissent être établis avec l'équipe du C.A.M.S.P. qui aurait pu faire un lien avec l'accueil de Gabriel. Elle conseille aussi aux parents de ne pas hésiter à fréquenter la **P.M.I.** de leur secteur. La directrice est d'ailleurs plutôt étonnée que cette orientation n'ait pas été faite avant. Amélie découvre alors que les services de la PMI sont ouverts à toutes les familles, elle pensait jusqu'alors que ces services étaient plutôt destinés à des familles rencontrant des problèmes sociaux ou éducatifs et ne se sentait pas concernée.

L'équipe des professionnels de la section des moyens fait des transmissions le soir aux parents, qui ne concernant pas toujours la dimension de son développement mais parlent plutôt de la manière dont Gabriel s'intègre dans la collectivité, s'ouvre aux autres, se sociabilise.



4-ET PUIS, TANT D'AUTRES PARCOURS...

Les parcours sont multiples et les expériences singulières.

Nous aurions pu ainsi traiter d'autres histoires de vie, mais nous vous faisons la proposition de mettre en œuvre, **à votre tour**, notre analyse afin que vous puissiez rechercher les points forts et aussi ceux qui justifient d'y apporter des points d'amélioration, pour les enfants et les familles qui fréquentent vos dispositifs de soutien à la parentalité.

4-1 MÉLISSA ET SA FILLE ROSE SUIVIE PAR LES SERVICES DE L'ASE

Nous aurions pu découvrir Mélissa, qui a 16 ans et qui fréquente Quentin depuis quelques mois. . . .

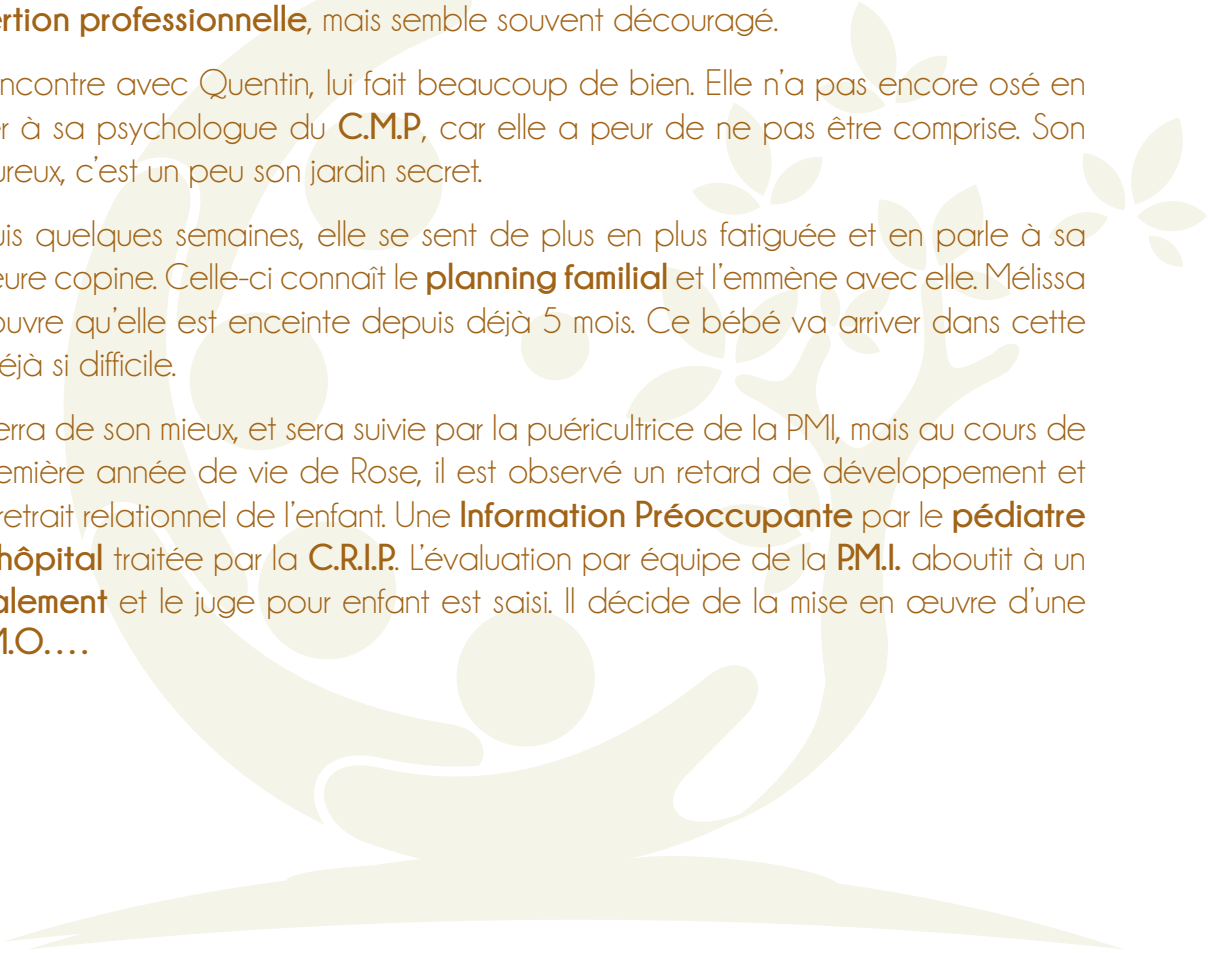
Elle a grandi dans un milieu familial violent et est suivie au **C.M.P.** Elle a bien entendu des informations sur la pilule mais n'a pas encore fait la démarche, car a peur d'en parler.

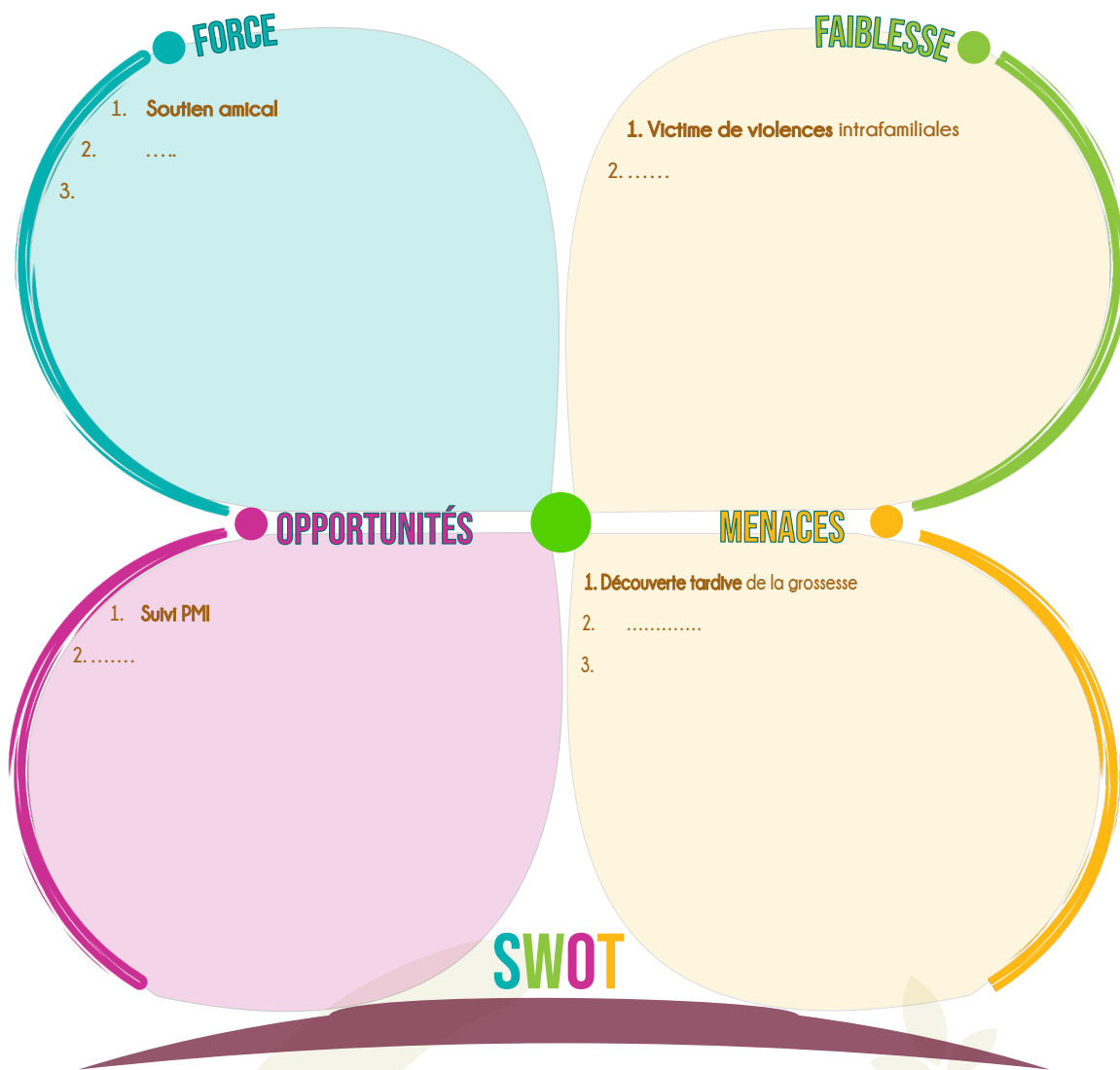
Sa mère est peu disponible car à la maison l'ambiance est très compliquée. Son père ne supporte pas la longue période de chômage qu'il traverse et s'alcoolise très fréquemment. Alors les insultes et les humiliations fusent. Il bénéficie d'une **aide à l'insertion professionnelle**, mais semble souvent découragé.

La rencontre avec Quentin, lui fait beaucoup de bien. Elle n'a pas encore osé en parler à sa psychologue du **C.M.P.**, car elle a peur de ne pas être comprise. Son amoureux, c'est un peu son jardin secret.

Depuis quelques semaines, elle se sent de plus en plus fatiguée et en parle à sa meilleure copine. Celle-ci connaît le **planning familial** et l'emmène avec elle. Mélissa découvre qu'elle est enceinte depuis déjà 5 mois. Ce bébé va arriver dans cette vie déjà si difficile.

Elle fera de son mieux, et sera suivie par la puéricultrice de la PMI, mais au cours de la première année de vie de Rose, il est observé un retard de développement et d'un retrait relationnel de l'enfant. Une **Information Préoccupante** par le **pédiatre de l'hôpital** traitée par la **C.R.I.P.** L'évaluation par équipe de la **P.M.I.** aboutit à un **signalement** et le juge pour enfant est saisi. Il décide de la mise en œuvre d'une **A.E.M.O....**





4-2 THÉO, 15 ANS, EN DÉCROCHAGE SCOLAIRE

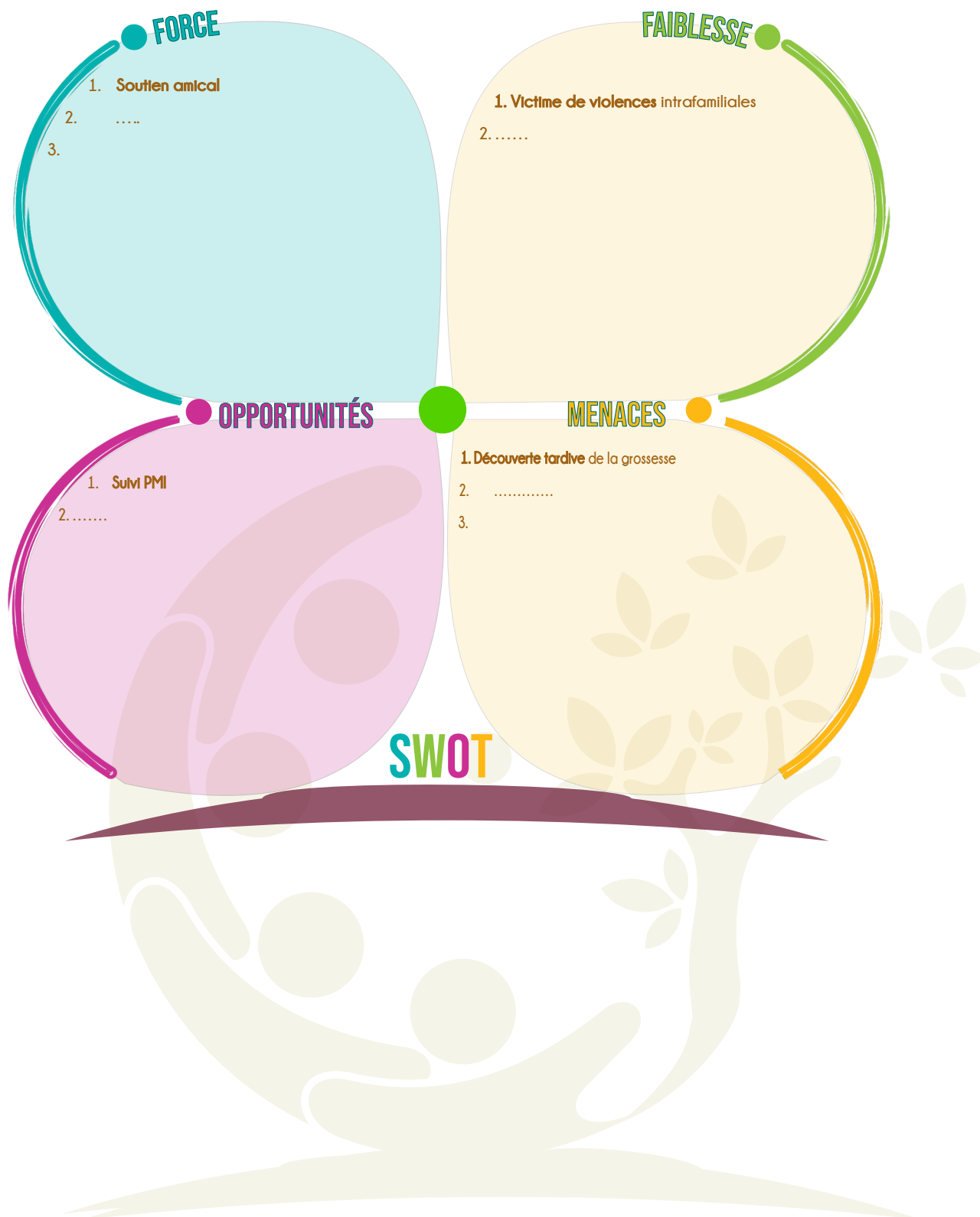
Théo a maintenant 15 ans. Quand il avait 3 ans, sa mère est décédée dans un accident de voiture. Quelques années plus tard, l'arrivée d'une belle mère a été très compliquée. L'ambiance familiale s'est dégradée et la naissance de ses deux petits frères, l'ont éloigné de son père.

Vers l'âge de 8 ans, il est observé par son enseignant des difficultés d'apprentissages. Il était également très agité et de plus en plus provocateur. Théo raconte alors qu'il est victime de harcèlement scolaire depuis des années. Une demande au CMP est faite, mais il devra attendre 2 ans, avant de pouvoir être suivi, mais les rendez-vous sont trop espacés pour lui et prennent finalement fin, faute d'adhésion.

Il traîne alors souvent dans son quartier, car se sent de trop dans cette « nouvelle famille », qui ne l'a pas vraiment intégré. Il aurait subi des violences car il rentre un jour avec le visage « abîmé » mais il se refuse d'en parler. Il décide d'aller à la **M.D.A.**, dont un ami lui a parlé car il la fréquente aussi. Il y rencontre des professionnels qui ne le jugent pas.

Un lien est proposé avec les parents et il apprend qu'ils s'inquiètent. En effet, il consulte des sites dits « de propagande », et a pu tenir des discours très « arrêtés ». Son père essaye de lui parler un peu plus mais ils n'ont jamais vraiment appris à communiquer. Le mot radicalisation est finalement soulevé, sûrement mal amené dans la conversation... c'est un sujet d'actualité qui fait peur à la belle mère.

La M.D.A. propose de prendre contact avec le C.M.P. et le psychologue scolaire.





VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES



CONCLUSION ET PERSPECTIVES

C'est autour de l'enfant que s'est construit l'ensemble de notre pensée. **Notre responsabilité est grande**, qu'elle soit parentale et plus largement sociétale, dans notre manière de lui façonner l'environnement dans lequel il va grandir.

La **souffrance** que certains enfants témoignent aujourd'hui, qui a été majorée par la **crise sanitaire et** dont les effets sont profonds, justifie un **engagement collectif fort** autour de la reconnaissance de leurs besoins fondamentaux.

La clé de voûte de l'écosystème du soutien à la parentalité est la **synergie des acteurs** qui le constituent, visant ainsi l'efficacité et devenant le garant à terme d'une **chaîne de sécurité**.

Nous faisons le rêve qu'à l'issue de ce travail nous puissions ensemble construire le « mode d'après » :

Un écosystème efficient des acteurs du soutien à la parentalité...

- Associant tous les professionnels du microsystème et du mésosystème, soutenus par ceux engagés dans l'exosystème.
- Construisant ensemble les modalités de la mise en œuvre de l'interconnaissance.
- Organisant ensemble de nouvelles formes de réseaux intégrés dans lesquels la place de chacun est reconnue comme essentielle.
- Articulant les niveaux de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé et de la protection de l'enfant.

... Réunis par une culture commune partagée...

- Fondée sur les besoins fondamentaux de l'enfant.
- Établie par tous, comme le référentiel sur lequel construire les actions de soutien à la parentalité.
- Adossée à une base d'habiletés des acteurs qui serait constituée de savoirs fondamentaux, de techniques d'écoute et de relation d'aide, et d'une connaissance de l'écosystème.

... Partageant un sens donné à l'action...

- Le sens de l'accueil et d'une pratique fondée sur l'expérience et la rencontre humaine, et des espaces communs où penser ces pratiques et les faire évoluer.
- Le sens de la complémentarité de dispositifs qui s'organisent dans des parcours intégratifs où santé et social ne sont plus clivés mais permettent une approche globale du sujet.
- Le sens d'une orientation qui s'ajuste à une graduation de l'intervention.
- Et enfin un sens partagé entre les professionnels, les familles et l'enfant où les objectifs et enjeux de ces orientations sont clarifiés et transparents.

... Et construisant une chaîne de sécurité autour de l'enfant.

- Comme la garantie de la cohérence, de la prévisibilité et de la stabilité dont l'enfant et sa famille ont besoin pour s'épanouir.
- Comme la boussole sur laquelle l'enfant et sa famille vont pouvoir s'appuyer pour explorer ensemble.
- Comme l'engagement de tous de participer à la construction d'un environnement sécurisant pour l'enfant et sa famille.





Charles Ingles

Anne Raynaud