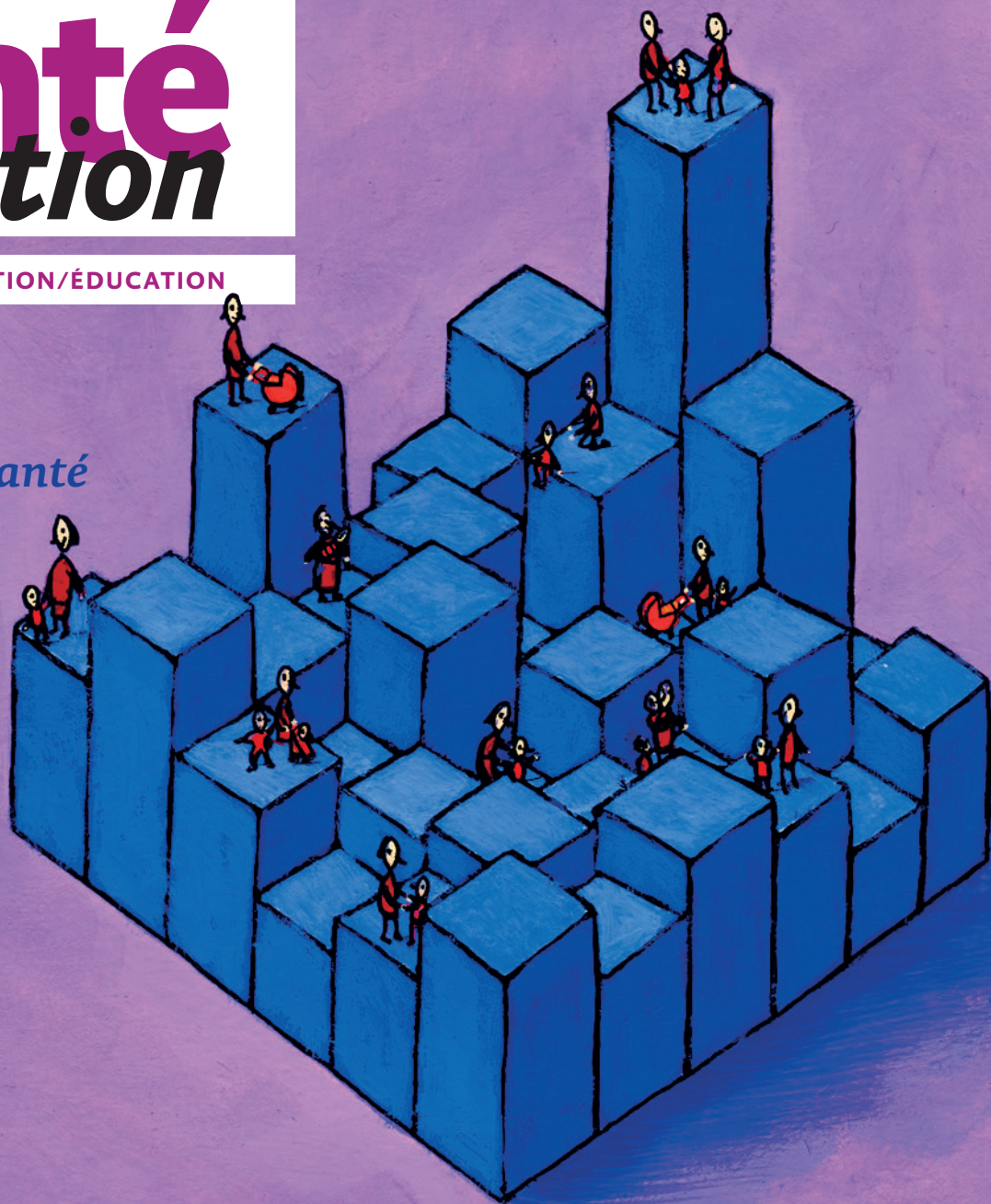


la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

*Promouvoir la santé
des personnes
en situation
de handicap :
exemples
d'actions*



Dossier

Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance

LA SANTÉ EN ACTION LA REVUE DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

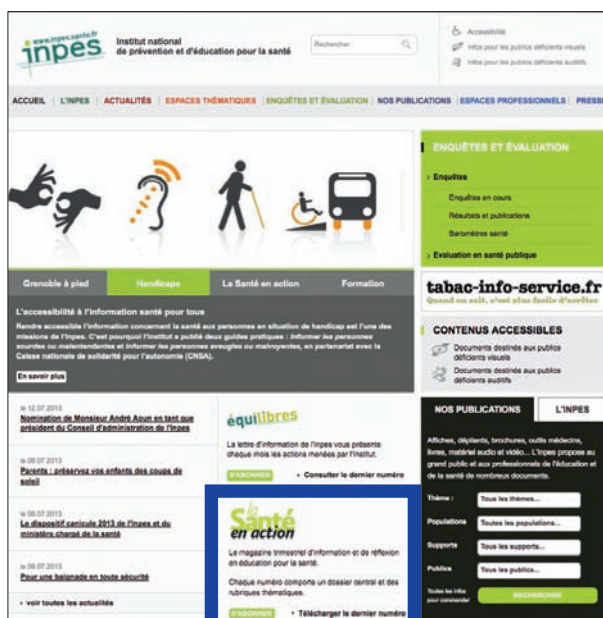
Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr



est éditée par :

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

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

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

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle
Lectures : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), Jean-Christophe Azorin (AFPSSU), Judith Benrekassa (InVS), Dr Michel Berthier (mairie de Poitiers), Dr Zinna Bessa (direction générale de la Santé), Mohamed Boussouar (Ireps Rhône-Alpes), Alain Douiller (Codes de Vaucluse), Christine Ferron (Ireps de Bretagne), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), Annick Gardies (Inpes), Dr Luc Ginot (ARS Île-de-France), Zoë Héritage (Réseau français des villes santé de l'OMS), Laurence Kotobi (université Bordeaux-Segalen), Marika Lefebvre (FNMF), Éric Le Grand (sociologue), Nathalie Lydié (Inpes), Dr Annie-Claude Marchand (ARS Champagne-Ardenne), Claire Méheust (Inpes), Renaud Morin (Inpes), Mabrouk Nekaa (DSDEN Loire), Jean-Marc Piton (Inpes), Jeanine Pommier (EHESP), Dr Stéphane Tessier (Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Olivier Mayer**
Illustrations : **Michel Boucher**
www.michelboucherillustrateur.com
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : en cours
Dépôt légal : 4^e trimestre 2013
Tirage : 10 000 exemplaires

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

Santé et handicap

PROMOUVOIR LA SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : EXEMPLES D' ACTIONS

4 _ Introduction

Cécile Allaire, Christine Ferron,
Yann Moisan, Audrey Sitbon

5 _ Développer les compétences des jeunes pour qu'ils naviguent en autonomie et en sécurité sur Internet

Entretien avec Marion Legeay
et Jessica Saillard

7 _ Centre ressources handicaps et sexualités : pour informer et former les professionnels, les aidants et les familles

Carole Thon

Dossier

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DÈS LA PETITE ENFANCE

Coordination : Nathalie Houzelle, Pilar Arcella-Giroux et Thomas Saïas

Introduction

18 _ Nathalie Houzelle, Pilar Arcella-Giroux
et Thomas Saïas

Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge

20 _ Thibaut de Saint Pol

10 _ « La pratique du sport, c'est l'ouverture vers la société et l'autonomie pour les personnes en situation de handicap »

Entretien avec Éric Vegas-Dangla

12 _ « Mutualiser les expériences des parents et professionnels qui accompagnent les personnes atteintes d'un handicap mental sévère »

Entretien avec Jean-Marie Lacau



Illustration : Michel Boucher

Bouches-du-Rhône : du dépistage du saturnisme infantile à la lutte contre l'habitat indigne

23 _ Olivier Bernard, Jacques Collomb,
Karine Hadji, Remi Laporte, Maurice
Ponsot, Sylvaine Roustan

Aubervilliers : de la lutte contre le saturnisme au développement du bien-être psychique des enfants

26 _ Catherine Peyr, Colette Pejoux

Techniciens de l'intervention sociale et familiale : un soutien au plus près des parents et de l'enfant

30 _ Françoise Lagarde

Comment la PMI de Vanves travaille pour lutter contre les inégalités sociales de santé

33 _ Pascaline Marpeau

Réseau Dapsa : soutenir les familles en difficulté et leur jeune enfant

36 _ Stéphanie Detrez, Marijo Taboada

14 _ En région Languedoc-Roussillon, un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap

Anne Stoebner-Delbarre,
Marie-Ève Huteau, Carolina Baeza-Velasco,
Simon Thezenas, Anne-Marie Clauzel,
Didier Cupissol

À Avignon, des lieux d'accueil parents-enfants pour soutenir les familles dans la parentalité

39 _ Nathalie Stephan, Marion Pathé,
Clémentine Chaix

À Nanterre, la prévention bucco-dentaire chez les enfants, pour lutter contre les inégalités

41 _ Hélène Colombani

Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : une réponse adaptée, un dispositif à déployer

44 _ Michel Dugnat

ATD Quart Monde : au plus près des familles précarisées et de leurs jeunes enfants

47 _ Mariette Legendre

Pour en savoir plus

50 _ Sandra Kerzanet

16 _ Enfants autistes : comment un Institut médico-éducatif travaille sur le brossage des dents

Entretien avec Lionel Willaume

Lectures

54 _ Laetitia Haroutunian

Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap : exemples d'actions

Cécile Allaire,

chargée de l'accessibilité, direction de l'Information et de la communication, Inpes,

Christine Ferron,

psychologue, directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne, Rennes,

Yann Moisan,

chef de projet santé et handicap, Conseils et études en santé publique, La Rochelle,

Audrey Sitbon,

sociologue, chargée d'études et de recherches, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Les actions d'éducation ou de promotion de la santé se développent depuis peu dans le secteur du handicap. La santé y est enfin envisagée sous un angle qui ne se limite pas aux incapacités et aux problèmes de santé directement liés au handicap. Cette approche est alimentée par des études et des rapports, qui dépassent désormais la question de l'accès aux soins, essentielle mais largement insuffisante. Citons parmi les derniers parus les « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles » à l'attention des établissements sociaux et médico-sociaux, de l'Agence nationale de l'évaluation et de qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) » [1], ou encore le Rapport Jacob [2]. Les plans de santé publique tels que le Programme national nutrition santé, le Plan obésité,

le Plan santé mentale ou encore le Plan VIH, visent aussi en partie ces publics.

Un grand nombre de professionnels n'ont pas attendu ces recommandations pour se mobiliser sur l'accessibilité d'actions, au départ destinées au « grand public », ou sur la construction de projets sur mesure.

Santé sexuelle, santé bucco-dentaire, accès au sport, sommeil, dépendance au tabac, usage des réseaux sociaux, etc. La diversité des actions présentées dans la séquence qui suit reflète celle des acteurs qui s'engagent dans ce sens depuis quelques années : ici une association sportive, là un éducateur spécialisé, ailleurs encore une tabacologue. Au-delà des conditions d'accès aux démarches de prévention menées sur un territoire donné, une question se trouve souvent à la base de telles actions : quelle méthodologie mettre en œuvre pour répondre au mieux aux besoins des populations ?

Prendre en compte la singularité des individus

Les projets présentés mettent en évidence les obstacles à contourner et les leviers à activer autour des facteurs plus ou moins spécifiques au secteur du handicap. Parfois la confiance doit d'abord être installée entre les professionnels et les personnes concernées. Elle repose notamment sur l'expertise des intervenants, ainsi que sur l'implication des professionnels et des familles, lesquelles doivent être associées aux projets bien en amont. La capacité pour les initiateurs à mobiliser des compétences

au-delà de leurs murs représente aussi une clé de réussite considérable.

L'adaptation des supports et des outils d'intervention – pour les rendre accessibles – est souvent nécessaire, mais ne suffit pas toujours. Il s'agit aussi de tenir compte de la singularité de chacun, de concevoir du sur-mesure. Ce travail ne peut se faire qu'avec l'aide des personnes concernées, mais aussi de leur entourage, quand il existe des difficultés à exprimer les besoins, les douleurs, ou à faire émerger les possibilités de chacun. Dans ces situations, la peur de « mal faire » ou « de ne pas comprendre » constitue un frein important et génère des angoisses chez les individus en situation de handicap. Les témoignages rappellent par ailleurs l'importance d'utiliser des approches attractives et ludiques pour aborder les questions de santé, comme cela est le cas pour tous les publics.

Enfin, se préoccuper de la santé n'a de sens que si une attention est portée à l'environnement physique et social de ces populations, à leurs conditions de vie. Le lieu de vie, l'entourage familial, l'accès à des activités culturelles et sportives sont à considérer. Les représentations et les attitudes négatives à l'égard du handicap sont également à prendre en compte. Le manque de connaissance de soi, une estime de soi dégradée, certaines représentations de la santé constituent des obstacles. Par exemple, certaines personnes ne se sentent pas autorisées à pousser la porte d'un équipement sportif, et l'expérience qu'elles ont de subir des réactions stigmatisantes participe de ces réticences.

Sensibiliser l'ensemble du corps social

Les actions d'éducation pour la santé à destination du public en situation de handicap sont encore insuffisamment connues, mais les résultats qu'elles produisent deviennent de plus en plus visibles et substantiels. Elles donnent parfois lieu à une « réduction » des situations de handicap ou à la réorientation de certains traitements thérapeutiques. Quand des actions sont mises en place, les intervenants sont unanimes pour souligner la forte motivation des publics concernés. Bien des efforts restent cependant à fournir pour sensibiliser au handicap et convaincre de l'intérêt de mener, avec ces publics, des actions de prévention et de promotion de la santé. Cette démarche doit s'adresser aux professionnels de santé, aux acteurs sociaux, sportifs et culturels mais aussi à l'ensemble du corps social.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Agence nationale de l'évaluation et de qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*. Saint-Denis : Anesm, 2013 : 127 p.

En ligne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

[2] Jacob P. *Un droit citoyen pour la personne handicapée. Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement* [Rapport]. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013 : 233 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>

Le handicap de la surdité freine l'accès à la lecture de la langue française et réduit la compréhension des messages de prévention.

5

Développer les compétences des jeunes pour qu'ils naviguent en sécurité sur Internet

Entretien avec Marion Legeay et Jessica Saillard, chargées de mission en éducation pour la santé, à l'Ireps Pays de la Loire, pôle Maine-et-Loire.

La Santé en action :
Dans quel contexte s'inscrit la création de cet atelier d'éducation aux médias pour des jeunes sourds et malentendants ?

Marion Legeay et Jessica Saillard : Les personnes en situation de handicap sont potentiellement plus vulnérables et moins réceptives aux actions de

prévention diffusées par les médias. Les campagnes de prévention sont difficilement accessibles aux sourds dans la mesure où la maîtrise de la lecture, freinée par le handicap, peut les mettre en difficulté dans la compréhension des messages. Les sourds ont un mode de communication très visuel, qui rend les supports de prévention « classiques » peu adaptés à ce public. D'où la nécessité d'un travail éducatif auprès des sourds et malentendants.

S.A. : **Pourquoi avoir créé ces ateliers ?**

M.L. et J.S. : L'internat – le centre Charlotte Blouin à Angers¹ – accueille des jeunes sourds et malentendants. Les éducatrices ont sollicité l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) pour l'accompagnement de ce projet. Elles observaient un usage d'Internet et des réseaux sociaux important chez les jeunes qu'elles accompagnaient. L'utilisation de cet outil par les jeunes est d'autant plus essentielle, que les technologies d'information et de communication (Tic) sont les outils principaux qui leur permettent de rester en contact avec leurs familles et amis pendant leur présence à l'internat. Toutefois, elles s'inquiètent également des difficultés pouvant être générées par l'utilisation de ces technologies, et notamment une utilisation parfois peu respectueuse de soi-même et des autres.

Santé et handicap
Internet : développer les compétences des jeunes

Un groupe de seize jeunes âgés de 12 à 18 ans était concerné par cette demande. Ils ignoraient notamment les règles de protection des données personnelles et avaient tendance à mettre en scène leur vie privée, avec parfois insultes, mise en image de soi dévalorisée, intimité dévoilée. Dans certains cas, il y avait une compréhension et interprétation erronée des messages lus, car ces jeunes ont des difficultés à comprendre la langue française à l'écrit. Par ailleurs, parfois dans leurs familles, aucune limite n'est donnée concernant le temps passé face aux écrans et certains jeunes consacrent l'essentiel de leur week-end à Internet.

S.A.: Comment avez-vous mis en place ce programme ?

M.L. et J.S.: Nous avons travaillé ensemble avec l'équipe – quatre éducatrices qui encadrent les jeunes de façon permanente, dont une éducatrice sourde, et deux interprètes – avec pour objectif de développer les compétences sociales et techniques de ces jeunes, initier un usage réflexif et citoyen, en concevant ce projet intitulé « Internet et moi ». Lors de dix demi-journées de travail, nous avons analysé avec eux les relations que ces jeunes entretiennent avec l'outil Internet. Il en résulte en particulier que ce qu'ils voient sur la toile est très souvent pris pour argent comptant. Le travail a été de les aider à se forger un regard critique, une réflexion éclairée, tant dans leur communication via Internet que dans les relations avec les autres. Avec ces jeunes, comme la communication passe par un interprète, nous avons à l'issue des premières séances constaté la nécessité d'adapter nos outils d'intervention ; nous avons ainsi privilégié le visuel et mobilisé d'autres techniques d'animation comme les jeux de rôle.

Ce programme a démarré fin 2011 et s'est achevé mi-2012, avec au total sept séances de travail avec les jeunes. Lors de la dernière séance nous les avons invité à réfléchir sur ce qu'ils avaient envie de dire à leurs pairs – les futurs entrants de l'internat à la rentrée – pour les mobiliser, faire de la prévention auprès d'eux, avoir une utilisation plus positive de l'outil Internet. Nous les avons filmés pendant qu'ils prodiguaient leurs conseils et avons créé avec eux une exposition.²

Ils ont notamment pris conscience de l'importance de sécuriser leurs échanges. Ils étaient très demandeurs de préconisations pratiques : créer et changer un mot de passe, car nombre d'entre eux s'étaient fait pirater leur compte, sécuriser et rendre confidentiels les échanges, etc. L'objectif : développer leur autonomie sur Internet afin qu'ils puissent naviguer seuls et en toute sécurité. Ils étaient motivés et intéressés, puisque à l'issue des trois premières séances qui étaient obligatoires, il y a eu peu de décrochage. Nous avons été amenés à déconstruire des représentations : ainsi les éducatrices s'imaginaient que certains jeunes seraient difficilement autonomes. Cette action a permis à l'équipe éducative de mesurer le chemin parcouru pour certains, en partie grâce à ce travail, et a également construit des ponts avec les jeunes pour discuter sur ce sujet. À souligner que ce programme a bénéficié d'un financement de l'Agence régionale de santé (ARS), dans le cadre de sa mission de soutien aux acteurs du territoire.

L'ESSENTIEL

▶ À Angers, des professionnelles de l'éducation pour la santé ont organisé, en lien avec les éducateurs, un atelier d'éducation aux médias, dans un internat pour les jeunes sourds et malentendants.

▶ L'objectif était de leur apporter des connaissances et des compétences afin qu'ils puissent utiliser les réseaux sociaux de façon autonome.

▶ Ces ateliers, co-conçus par les éducatrices et deux professionnelles de l'Ireps, ont permis aux jeunes de mieux maîtriser la technique, afin de protéger leur vie privée, et aussi de découvrir les potentialités d'Internet.

S.A.: Quels résultats avez-vous obtenu ?

M.L. et J.S.: L'évaluation – fondée sur le recueil des points de vue des jeunes, des éducatrices et des intervenants de l'Ireps – a mis en exergue une satisfaction globale des jeunes et des acteurs du projet. La moitié des jeunes ont déclaré que, désormais, ils réfléchiraient à leur usage d'Internet. Ce qu'ils ont le plus apprécié est la connaissance technique pour protéger ses données personnelles et la découverte des ressources d'Internet, au-delà des seuls réseaux sociaux. Par ailleurs, entre éducateurs et jeunes, l'action a permis d'échanger autrement que dans le cadre de relations conflictuelles ou de sanctions. L'axe du développement des compétences a également permis aux jeunes et aux éducatrices d'être pour une fois sur un pied d'égalité, où chacun peut apprendre à l'autre. Parmi les faiblesses constatées, la taille du groupe, trop importante (seize jeunes alors que six à huit aurait été plus profitable). Cet atelier d'éducation aux médias a fait l'objet de plusieurs publications³. À l'issue de ce partenariat nous avons, à la demande des éducatrices, poursuivi le travail sur un autre thème : l'adolescence, avec six séances autour de l'affirmation de soi, des relations amoureuses, de la consommation de produits, des conflits, nombreux au sein de l'internat. Ce nouveau cycle d'échanges s'est terminé au printemps 2013. Un autre atelier est en cours depuis septembre 2013, animé désormais par les éducatrices. En conclusion, cette action s'inscrit bien dans la charte d'Ottawa (OMS), laquelle préconise de conférer « aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». ■

Propos recueillis par Denis Dangaix

1. Établissement rattaché au pôle déficience sensorielle de la Mutualité française. Propose notamment à ses pensionnaires, jeunes et adultes, scolarisés ou non, des démarches de santé et d'accompagnement social, sur le temps extra-scolaire.

2. Exposition dite de « QR code », laquelle permet l'accès direct aux vidéos pour les jeunes qui peuvent les « flasher » avec leurs téléphones.

3. Voir notamment Favoriser l'accès à la santé des sourds et malentendants : exemple d'atelier d'éducation aux médias. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 2 suppl.: p. 235-239.

Centre ressources handicaps et sexualités : pour informer et former les professionnels, les aidants et les familles

Carole Thon,

administratrice du Centre ressources handicaps et sexualités (CeRHeS), et de l'association CH(s)OSE (en faveur de l'accompagnement sexuel), co-responsable de la thématique « Handicaps et sexualités » à l'Association française contre les myopathies (AFM).

Bien que trop souvent passée sous silence par les premiers intéressés, leurs proches et les professionnels accompagnants, la question de la sexualité des personnes en situation de handicap a fait l'objet de nombreuses publications, dans le champ des sciences humaines, depuis plusieurs décennies.

On peut néanmoins dater le début de l'histoire du Centre ressources handicaps et sexualités (CeRHeS) au printemps 2007. Marcel Nuss, alors président de la Coordination handicap et autonomie, militant, écrivain, conférencier, concerné par une pathologie lourdement invalidante, prend l'initiative de l'organisation d'un colloque qui fera date : « *Dépendance physique : intimité et sexualité* ». Rejoint par Handicap international, l'Association des paralysés de France (APF) et l'Association française contre les myopathies (AFM), Marcel Nuss se fait ouvrir les portes du Parlement européen pour réunir, pendant trois jours, les premiers concernés : des personnes en situation de handicap qui viennent partager leurs expériences de vie, dans le champ de l'intimité, la vie sexuelle et affective.

Un événement pour l'ensemble des participants dont les professionnels de la sexologie, qui sortent ainsi de leur cercle d'échanges pour entendre et « métaboliser » la force de cette parole collective.

Les quatre associations organisatrices décident de transformer l'essai, en constituant un premier outil de lobbying : le Collectif handicaps et sexualités (CHS). Les pluriels sont loin d'être anodins : il s'agit bien de ne pas « ajouter de l'exclusion à l'exclusion », en prenant en compte toutes les expressions de la sexualité. Ce Collectif est composé de personnes concernées par une situation de handicap, des professionnels et des associatifs ; il œuvre dans le champ politique, avec notamment l'appui de Patrick Gohet, délégué interministériel au handicap puis président du Conseil national constitutif des personnes handicapées (CNCPH). Le Collectif handicaps et sexualités apporte une contribution conséquente sur le thème de la vie affective et sexuelle à l'occasion de la Conférence nationale du handicap de 2012.

Le Centre ressources handicaps et sexualités

Pour se doter de moyens d'action, les associations fondatrices, rejointes par le Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques (GIHP), créent début 2012, le Centre ressources handicaps et sexualités (CeRHeS)¹, doté d'un chef de mission, d'une documentaliste et d'intervenants extérieurs, financé par les associations et des ressources extérieures².

L'ESSENTIEL

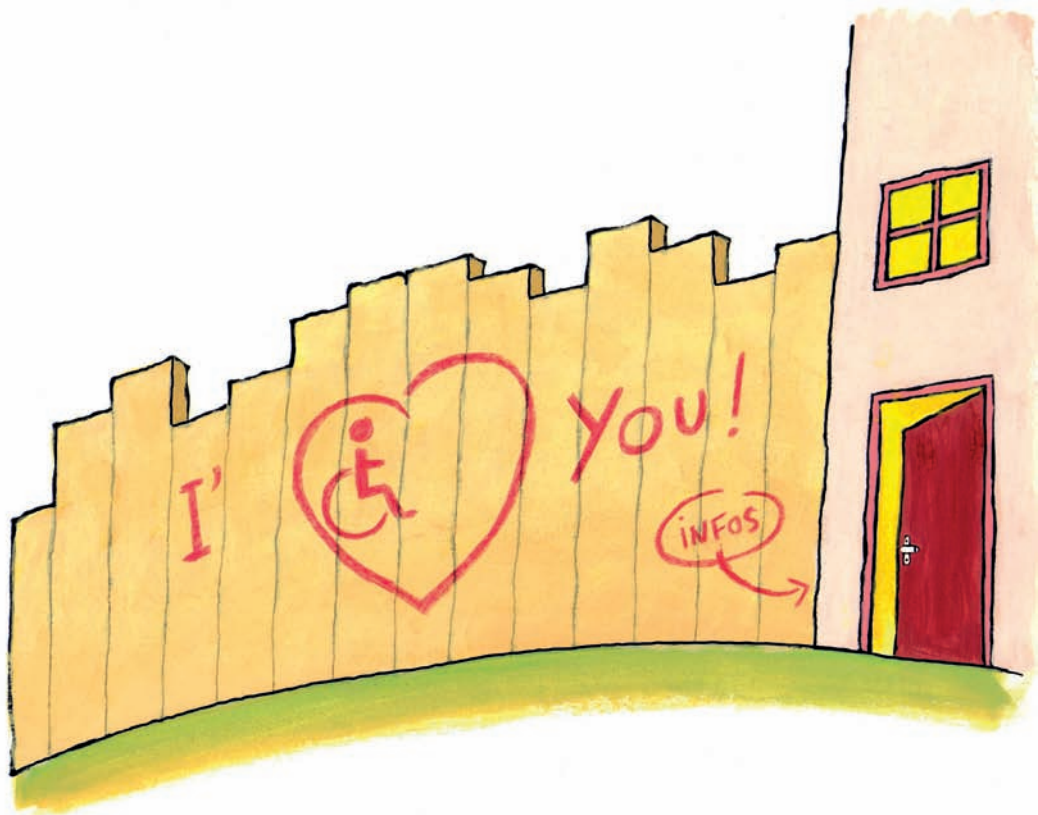
■ **Créé par un collectif d'associations, le Centre ressources handicaps et sexualités informe et forme, à la demande, les professionnels des établissements d'accueil des personnes en situation de handicap, mais aussi les aidants et les familles.**

L'objectif central est la promotion de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap, autour des valeurs suivantes :

- la dimension affective et sexuelle est fondatrice du développement humain ;
- le désir, son expression et sa réalisation sont légitimes pour tout un chacun ;
- la personne en situation de handicap est dans tous les cas associée à la réalisation de son propre développement et de son autonomie, dans un contexte de responsabilité, de prévention et de précaution ;
- l'ensemble des acteurs qui entourent la personne concernée peut être sensibilisé et formé à cette thématique.

Le CeRHeS est doté de quatre outils opérationnels :

- un espace-ressources pour répondre aux demandes d'information et d'orientation des professionnels et des proches ;
- un département recherche et développement ;
- un département formation ;
- un département « accompagnement » pour soutenir les questionnements individuels ou collectifs.



La réponse du CeRHeS s'effectue « à la carte », afin de répondre au plus près aux demandes d'intervention en établissements et à celles des soignants, personnels d'accueil, aidants à domicile, aidants familiaux, proches, conjoints, parents. Concrètement, il s'agit de :

- guider et accompagner les établissements médico-sociaux et sociaux, sous forme de modules d'information (une journée) ou de formation (trois journées) en privilégiant la mixité des catégories professionnelles : de l'hôtesse d'accueil au directeur, en passant par le cadre infirmier, l'aide médico-psychologique (AMP) ou le psychologue, etc. ;
- apporter des informations claires et adaptées, en replaçant la thématique dans le contexte politique et juridique (OMS, législations françaises et européennes) ;
- promouvoir l'éducation à la vie intime, affective et sexuelle dans le respect de l'intégrité morale et physique ; en effet, le déficit d'éducation sexuelle des jeunes, des adultes en situation de handicap et de leurs aidants est réel ;
- assurer la prévention des risques des infections sexuellement transmis-

sibles, de grossesses non désirées, d'abus sexuels ;

-favoriser la prise de parole, ce qui suppose l'émergence de l'estime de soi, en accompagnant la mise en place de groupes de parole et/ou d'auto-support.

En établissement ou à domicile

Tout cela ne va pas de soi, même s'il s'agit de rallier le plus grand nombre à quelques principes de bon sens. Au CeRHeS, nous avons coutume d'utiliser une boutade qui n'en est pas une : « *de quoi je me mêle ?* ». C'est en effet la question que nous renvoyons régulièrement nos détracteurs. Les associations de malades ont gagné, de haute lutte, le droit à compensation³, qu'il s'agit aujourd'hui de ne pas voir régresser. En passant d'une logique d'allocation en fonction du handicap reconnu, à une culture de projet de vie personnalisé, la loi de février 2005⁴ a prévu l'intervention d'un tiers dans l'organisation de la vie quotidienne, le droit à la citoyenneté dans une société inclusive (la personne vulnérable n'a pas à s'adapter à un cadre normatif ; à l'inverse, les dispositifs de droit commun sont accueillants au plus grand nombre). Ce

cadre doit également intégrer le champ de la sexualité, fondateur du développement physique, psychique et social de chaque individu, quel que soit son sexe et son orientation sexuelle. Nous avons tous croisé des hommes et des femmes – notamment en institution – qui n'avaient pour seule expérience du toucher que le soin et le transfert (du lit au fauteuil par exemple).

Les sollicitations de formation des établissements ou institutions sont souvent le fait de situations récurrentes, face auxquelles les professionnels restent sans réponse. Nous intervenons à leur demande – via un apport d'informations, des mises en situation se fondant sur une réflexion collective des professionnels du médico-social – pour apporter une réponse digne et citoyenne. Le constat est invariable : lorsque l'on tire sur le fil de la sexualité, l'on touche finalement à tout le reste : le respect de l'intégrité, la bonne posture professionnelle, la bienveillance, le vivre ensemble, etc.

Au domicile, les situations sont parfois les mêmes puisque les parents et les proches sont débordés et épuisés par la violence des diagnostics, les

manifestations de la pathologie, les deuils successifs de pertes fonctionnelles ou cognitives. Nous persistons à militer en faveur de l'arrivée – le plus tôt possible – d'un tiers dans le champ familial, pour soulager l'aidant, le laisser à sa place de parent ou de conjoint, et surtout permettre à l'être sexué (avant d'être handicapé) de se développer dans l'autonomie. Nous avons souvent entendu dans la bouche de parents : « *j'ai un enfant handicapé* ». Notre travail est de leur dire : « *vous avez un petit garçon ou une petite fille qui va devenir un homme ou une femme !* ». Dans ce contexte, la définition de l'empathie du psychiatre, Serge Tisseron, prend tout son sens : « *la faculté de s'approcher du paysage intime de l'autre, de recevoir ce qui fait résonance et d'accepter d'en être changé* » ■

1. Sous forme d'un Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).
2. Financement assuré, les trois premières années, par les contributions des membres fondateurs, complétées par des subventions telles que celles de la Fondation de France ou des collectivités territoriales, avec l'objectif à terme d'une auto-suffisance liée à la vente de services de formation.
3. La compensation englobe des aides de toute nature en réponse aux besoins des personnes handicapées :
 - pour permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne ;
 - quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, quels que soient son âge ou son mode de vie ;
 - en prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie.
4. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour en savoir plus

Pour en savoir plus : <http://www.cerhes.org/>

Contacts

François Crochon, chef de mission du CeRHeS
 – contact@cerhes.org
 CH(s)OSE : chs.ose@gmail.com – <http://www.chs-ose.org/>

BIBLIOGRAPHIE

- Nuss M., dir. *Handicaps et sexualités. Le Livre Blanc*. Paris : Dunod, coll. Santé social, 2008 : 272 p.
- Dangaix D. Le maintien à domicile, ce n'est pas de l'autonomie. Entretien avec Marcel Nuss. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2011, n° 412 : p. 24-25. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf>

SOIXANTE PROFESSIONNELS FORMÉS À PARTIR DE LA PREMIÈRE EXPÉRIENCE D'UNE MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

La demande de formation des personnels d'établissements accueillant des personnes en situation de handicap moteur ou psychique est toujours le fait d'un(e) directeur(trice), culturellement sensibilisé à cette thématique, ou ayant entendu les demandes tacites ou exprimées des professionnels et/ou des résidents. Prenons l'exemple d'une Maison d'accueil spécialisée (MAS), dont le directeur vient de prendre ses fonctions. Nouvellement bâtie, elle n'offre pas de chambre double, alors qu'elle accueille parmi ses premiers résidents un jeune couple. Cette évidence est la partie visible de l'iceberg, mais quand le directeur vient à la rencontre du CeRHeS, différents professionnels de proximité et des résidents font part de leur malaise.

La première formation que nous proposons s'adresse à un premier groupe de quinze professionnels de différents métiers. Le travail des formateurs consiste, en s'appuyant sur des outils pédagogiques, à favoriser l'expression et les échanges : témoignages (projection-débat) ; définition du champ de la sexualité, de la santé sexuelle, du droit, afin d'acquérir une culture et un vocabulaire communs ; jeux

de rôles autour des pratiques professionnelles ; spécificités liées aux situations de handicap. Et enfin, la présentation de différentes aides techniques. La dernière journée de formation permet de faire émerger les solutions propres à chaque établissement.

À ce jour, quatre sessions de formation ont été organisées, incluant d'autres établissements de l'institution ; elles ont mis en évidence d'emblée la solitude des personnels face aux manifestations parfois très explicites des résidents. Les réactions sont souvent le déni, un traitement par la dérision, dans tous les cas, un malaise. Ces séances permettent de travailler sur la bonne distance – ou la juste proximité – et d'inclure cette thématique dans le champ de la bien-traitance : respect de l'intégrité physique, de l'intimité, écoute et orientation.

Nombre de professionnels découvrent que la sexualité des personnes qu'elles accompagnent est légitime, fait l'objet d'études et d'analyses de chercheurs et de spécialistes. Mais ils découvrent aussi l'impact d'une approche humaine empreinte de bon sens, respectueuse de la dignité et d'aspirations au plaisir, hors champ médical.

L'engagement constant du chef d'établissement et de professionnels porteurs va être déterminant pour pérenniser ce travail. Le CeRHeS n'a pas vocation à suivre, au long cours, les établissements et les évaluations ne peuvent être que ponctuelles. Mais, une fois la parole libérée, d'autres demandes peuvent nous être adressées pour aller plus loin dans la prise en compte des attentes des résidents.

C. T.

« La pratique du sport, c'est l'ouverture vers la société et l'autonomie pour les personnes en situation de handicap »

**Entretien avec
Éric Vegas-Dangla,**
conseiller technique national
à la Fédération française
du sport adapté.

La Santé en action :
**Quelles sont
les principales
associations qui
travaillent sur
le champ du sport
adapté, et que
recouvre ce terme ?**

Éric Vegas-Dangla :

Il existe deux fédérations spécifiquement dédiées aux personnes en situation de handicap qui pratiquent une discipline sportive. Handisport, fédération très connue pour sa participation majeure aux Jeux paralympiques, et la nôtre (avec respectivement trente mille et cinquante mille licenciés). Handisport regroupe des personnes en situation de handicap physique et sensoriel, alors que la Fédération française du sport adapté touche des sportifs handicapés mentaux et psychiques.

L'appellation « sport adapté » correspond au fait que nous proposons des pratiques adaptées à chacun en fonction de ses besoins et de ses capacités. Nous adaptons l'accompagnement de l'activité sportive en fonction du type et de la forme du handicap mental et psychique de la personne.

**S.A. : Pourquoi des fédérations
spécifiques alors que le sport
devrait être ouvert à tous ?**

ÉV.D. : Justement, parce que cela n'est pas une évidence pour tout le monde. Il existe une forte inégalité d'accès à la pratique sportive. Si nous examinons les chiffres de l'enquête Drees/ Insee¹, 25 % de la population générale a accès à la pratique sportive versus 5 % des personnes en situation de handicap.

De plus, le public touché par un handicap mental ou psychique séjourne à 80 % en institution et hélas, la pratique sportive est très peu proposée au sein de ces établissements spécialisés. Nous considérons que ce public n'a pas une liberté de choix et d'accès à la pratique sportive, pourtant bénéfique pour leur épanouissement et leur intégration sociale.

**S.A. : Comment expliquez-vous cet
état de fait ?**

ÉV.D. : Plusieurs phénomènes se cumulent dans le champ du handicap mental et psychique. Le premier – et sans doute le plus important – est que, de toutes les catégories de handicap, celui qui touche au mental est le plus tabou. Le sport est pratiqué par toutes les catégories de personnes en situation de handicap, mais la question est rarement évoquée s'agissant de personnes souffrant de ce type de handicap. Pourquoi ? Parce que la question génère une forme de pudeur, de crainte de la société. On n'en parle pas, on cherche même à le cacher. Ces personnes sont donc stigmatisées.

Ainsi, l'ouverture à la vie sociale des établissements accueillant cette population entraîne souvent des levées de boucliers de riverains, qui assimilent le handicap mental et les déficiences intellectuelles à la folie, la violence. Cette attitude est symptomatique de l'état des consciences dans notre société. Seconde explication pour cette situation : d'une manière générale, les équipes d'éducateurs spécialisés sont parfaitement convaincues, dans leurs pratiques et dans la réalité du service public,

L'ESSENTIEL

- **Les établissements qui hébergent et prennent en charge les personnes souffrant d'un handicap mental et psychique ne prévoient pas, en général, d'activités physiques et sportives pour cette population. La question fait encore l'objet d'un tabou social.**
- **Pourtant, l'activité physique est extrêmement profitable aux personnes handicapées mentales et psychiques, participant à leur développement et leur épanouissement.**
- **Tel est le constat dressé par la Fédération française du sport adapté, qui organise des activités sportives au profit de cette population.**

qu'elles doivent protéger ces personnes d'un regard social possiblement hostile, ce qui a pour conséquence, dans une certaine mesure, de les retirer du monde.

Notre expérience montre pourtant que nos sportifs s'épanouissent d'autant plus qu'on leur permet de gagner en autonomie par la pratique du sport. Il y a donc un équilibre nouveau à trouver dans la défense de leur intérêt.

**S.A. : Comment intervenez-vous,
dans ce contexte difficile ?**

ÉV.D. : Nous pensons qu'en surprotégeant les personnes en situation de handicap mental et psychique, nous leur enlevons une chance réelle d'évolution et d'accession à une véritable autonomie, à un rôle social, à leur place dans la cité. Pour une partie du public concerné, nous avons montré que la pratique sportive – outre l'ouverture

sur la société – permet de gagner en intelligence, tant d'un point de vue cognitif que social. Des études très avancées sont en cours à Poitiers, notamment, sur les gains de quotient intellectuel (QI) des collectifs France suivis depuis 2010. La personne qui découvre ainsi l'activité sportive et la pratique va commencer à gérer des situations de plus en plus complexes, à imaginer des stratégies collectives, à développer des relations interpersonnelles. Si la personne est accompagnée et que son apprentissage est adapté à ses capacités, le sport va lui ouvrir l'accès à une qualité de vie qu'elle n'aurait pas forcément connue en institution.

S.A. : Pouvez-vous nous donner quelques exemples au regard de trajectoires de vie ?

É.V.D. : Bien sûr. Je pense à Joseph. Il est atteint de trisomie 21. Ce jeune garçon, très stimulé dans son entourage familial, est au départ aquaphobe. Aujourd'hui, à l'issue d'une période importante de suivi et d'accompagnement, il nage remarquablement le papillon. Il a un travail, il est autonome. Il a beaucoup évolué grâce à la pratique sportive. D'autres témoignages peuvent être mis en avant. Je pense à Grégory qui, aujourd'hui, est capitaine de l'Équipe de France et l'un de nos principaux porte-paroles. Nos meilleurs sportifs ont aujourd'hui une vie sociale épanouie, ce qui aurait été impensable il y a seulement cinq ans. L'impact du sport est plus important que d'autres pratiques dites « occupationnelles », le sport peut, par exemple, permettre de réduire la consommation de psychotropes et de médicaments. Le jeune handicapé pratiquant le sport en aura moins besoin pour rester stable et gérer sa vie quotidienne. Le sport est une lutte contre la sédentarité, un fléau pour notre public. L'activité sportive apporte des repères sains dans la consommation, dans l'hygiène, dans la santé. Notre fédération prend le temps, que d'autres n'ont peut-être plus, de s'adapter à chacun pour qu'il puisse trouver un meilleur équilibre.

S.A. : Comment s'effectue l'apprentissage à l'activité sportive ?

É.V.D. : Nous travaillons sur un temps particulier. Chez une personne en situa-

tion de handicap mental et psychique, l'activité sportive s'appréhende par d'autres approches que pour la population générale : à la place de l'apprentissage mental, c'est par le corps que l'on appréhende la réalité, les situations, afin de permettre la découverte de cette activité. Il n'est pas adapté de vouloir standardiser ces apprentissages et de rationaliser l'observation, car les facteurs déclenchants et le parcours de chaque personne sont uniques. Ainsi, chacun de nos sportifs est une énigme. Nous tentons de décrypter comment il apprend, perçoit, communique, pour qu'à un moment, la performance puisse émerger. Pour nous, cette dernière ne se mesure pas en chronomètre, en record ou en victoire sur les autres, mais en victoire sur soi, sur le handicap, sur la société : « À chacun son défi », c'est là le sens de notre devise. Mais ce déclic demeure en quelque sorte un mystère. En revanche, nous avons pu vérifier par la pratique que tout repose sur un temps d'accompagnement individualisé, deux à trois fois plus important que pour un apprentissage classique.

En conclusion, l'immense majorité des personnes handicapées mentales ou psychiques n'a pas accès aux pratiques sportives. Or, dans la plupart des cas, les obstacles sont parfaitement surmontables. Par ailleurs, nous ne recherchons pas le palmarès sportif mais l'épanouissement de tous. Il faut donc développer les coopérations, les partenariats, les actions concrètes, jusqu'à ce que la conscience de la société ait évolué sur ce public. Plus on nous ouvrira les portes, plus il nous sera facile d'intervenir auprès d'établissements, auprès des éducateurs spécialisés. C'est ensemble que nous pourrions faire découvrir plus largement l'activité sportive à cette population.

Propos recueillis par Denis Dangaix

1. Enquête HID (handicap, incapacité et dépendance) de 2002 à 2006 et enquête All Sports for All réalisée par EOSE pour le Conseil de l'Europe avec la participation du Pôle ressources national sport et handicap et du Comité paralympique & Sportif français.

« Mutualiser les expériences des parents et professionnels qui accompagnent les personnes atteintes d'un handicap mental sévère »

Entretien avec Jean-Marie Lacau,
directeur de l'association Réseau Lucioles, Lyon.

La Santé en action : Quel est l'objectif de votre association Réseau-Lucioles ?

Jean-Marie Lacau : Mutualiser les savoirs et les expériences des parents et des professionnels pour faire évoluer la qualité de l'accompagnement des personnes atteintes d'un handicap mental sévère. Nous entendons par là que ces personnes ont un handicap complexe, résultant à la fois d'une déficience intellectuelle sévère et d'une déficience motrice plus ou moins importante¹. Elles ont un polyhandicap, un syndrome de Rett, d'Angelman, de West, un autisme « déficitaire », etc., ou une autre pathologie (rare ou moins rare) mais s'accompagnant d'une déficience intellectuelle sévère.

Réseau-Lucioles s'adresse à cette population, dont on ne parle pas ou très peu ; qui n'a pas accès à une communication verbale et a besoin d'une aide permanente pour tous les actes du quotidien : s'habiller, se laver, communiquer, jouer, parfois marcher. Les personnes atteintes d'un handicap mental sévère vivent à l'écart de la société, n'ont pas accès à l'école (sauf parfois à la maternelle) et vivent soit dans un établissement spécialisé, soit dans leur famille par défaut de solution.

La Santé en action : Comment prendre en compte la santé de ces personnes ?

Véritables énigmes pour les parents et les professionnels qui les entourent, l'acquisition de la propreté, le développement d'une autonomie, l'accès aux

soins et aux loisirs, au sport, à la culture, la résolution de troubles du sommeil ou du comportement, la prévention et la détection de la douleur sont des défis que l'on ne peut surmonter seul. Ces parents, occupés entre les soins et la recherche d'idées pour faire progresser leur enfant, ont peu de solutions pour se faire aider et trouver du répit. L'un des deux parents se retrouve souvent contraint à sacrifier sa vie professionnelle pour se consacrer à l'enfant ; toute la cellule familiale est soumise à rude épreuve.

Quant aux professionnels, ils sont souvent déstabilisés dans leur pratique, n'ayant pas été préparés à aider cette population. Il n'existe que très peu de ressources partagées concernant l'accompagnement de ce handicap complexe de grande dépendance.

Réseau-Lucioles cherche à créer du lien entre parents et professionnels, pour les amener à confronter leurs expériences, leurs réponses, leurs interrogations et ainsi construire un savoir partagé. L'association tente aussi de vaincre l'idée, trop répandue, selon laquelle l'autre, le parent ou le professionnel, n'est pas bon, dans le sens « compétent ». L'information doit circuler pour que nul ne soit tenu à l'écart du projet de vie de la personne handicapée.

S.A. : Pourquoi vous êtes-vous engagé en faveur de cette population ?

J.M.L. : Ayant une fille atteinte de ce type de handicap, j'ai très vite compris la difficulté de la situation. À 40 ans, j'ai quitté la vie professionnelle classique. Je faisais du conseil en innovation et

L'ESSENTIEL

▣ **Jean-Marie Lacau a une fille atteinte d'un handicap mental sévère. Ancien cadre dans le privé, à 40 ans, il a tout abandonné pour créer l'association Réseau-Lucioles.**

▣ **Cette association conduit des projets de recherche visant à rassembler les savoirs et les expériences sur le handicap mental sévère pour soutenir les parents et les professionnels.**

▣ **Elle diffuse ces informations grâce à des articles, des ouvrages, des films, des journées techniques, des formations, des outils et des recommandations pratiques.**

en création d'entreprises issues de la recherche. Je me suis aperçu que toutes les techniques que j'employais en marketing et en communication étaient tout à fait utiles pour faire avancer la cause du handicap : une structure industrielle analyse toujours les besoins du marché avant de formuler une offre adaptée. Le secteur du handicap, quant à lui, est très peu armé pour mener à bien cette démarche. Je suis donc entré dans ce milieu en me disant « *tout ce que je sais faire, je vais le faire pour le handicap* ». C'est ainsi que le réseau est né.

Depuis, nous menons des études importantes sur l'ensemble du territoire, des enquêtes et des entretiens auprès des parents et des professionnels, afin de toujours mieux comprendre les attentes, les difficultés et découvrir aussi des actions inédites mises en œuvre avec succès en France ou à l'étranger. Nos travaux s'organisent

autour d'une thématique : le sommeil, la douleur, l'éducation. Nous les menons systématiquement en collaboration avec des spécialistes reconnus sur le sujet, avec des étudiants en médecine, en psychologie, en sciences de l'éducation. Et chaque étude doit conduire à la formalisation de préconisations et d'un plan d'action que nous mettons en œuvre. Nous diffusons nos résultats sous forme de publications, de formations, de film, d'outils, etc.

S.A. : Vous avez constaté lors d'une enquête que ces personnes sont souvent en situation de malnutrition, faute d'une capacité à s'alimenter et s'hydrater correctement. Qu'en est-il exactement ?

J.M.L. : En 2007-2008, nous avons réalisé une étude « Troubles de l'oralité, de l'alimentation et de la digestion et leurs conséquences pour les personnes atteintes d'un handicap mental sévère ». 365 familles y ont participé. Ce travail a souligné des éléments très importants ; notamment le fait que, pour la population étudiée, les reflux gastro-œsophagiens sont largement sous-évalués. 60 % ont des problèmes de mastication, 15 % sont ou ont été alimentés par sonde, 10 % font des fausses routes, 15 % ont des dents en mauvais état et ne trouvent pas de dentistes, 22 % sont probablement dénutris, 45 % sont confrontés à des problèmes aigus de sommeil, 40 % des nourrissons ont des problèmes de succion.

Grâce à cette étude, nous avons également pu rassembler des informations concernant le bon accompagnement de ces problématiques. Ce sont des pratiques encore trop méconnues, des gestes simples de stimulation, des positions à adopter pour éviter les fausses routes, des techniques de rééducation parfois très efficaces, des trucs et astuces pour hydrater, des méthodes simples pour identifier le reflux gastro-œsophagien, etc.

Réseau-Lucioles coordonne actuellement la réalisation d'un ouvrage collectif sur les « troubles de l'alimentation et handicap mental sévère », qui sera publié au premier semestre 2014 et s'adressera tout particulièrement aux familles et aux professionnels des établissements.

S.A. : Nombre de ces personnes souffrent de troubles du sommeil. Quel constat avez-vous dressé lors de votre étude ?

J.M.L. : Nous avons là aussi travaillé à partir d'une étude « Troubles du sommeil et handicap mental sévère ». Nous avons réalisé deux enquêtes, l'une à laquelle 292 familles ont répondu et l'autre 154 médecins. Ce travail a été mené avec le docteur Charles Rouzade, alors étudiant en médecine rédigeant sa thèse, et avec l'appui du professeur Des Portes, responsable du service de neuropédiatrie, et du docteur Franco, spécialiste du sommeil, tous deux à l'hôpital Femme-mère-enfant (HFME) de Lyon. 90 % des familles ayant répondu à notre enquête nous ont dit être confrontées à des troubles du sommeil et 60 % ont vu des médecins, voire des spécialistes, pour ces troubles, sans solution satisfaisante. Il en ressort souvent que, lorsque la famille trouve enfin une solution, celle-ci n'est parfois pas très académique, mais permet de supporter le court terme. Il y a, par exemple, des mères qui dorment avec leur fille âgée de 30 ou 40 ans, parce que c'est la seule solution qu'elles aient trouvée, le père faisant chambre à part. Dans d'autres familles, c'est devant la télévision que l'enfant parvient à s'endormir. Convenons cependant que bon nombre de solutions plus académiques demeurent efficaces, à condition qu'elles soient connues.

Les médecins, quant à eux, n'ont pas caché leur désarroi face à l'accompagnement de ces personnes. Ils sont intéressés par un outil d'aide au diagnostic et à la décision thérapeutique, ou encore par une meilleure connaissance de l'utilisation des médicaments.

Le constat général de cette étude sur les troubles du sommeil a mis en évidence le besoin d'information des familles, la nécessité de faire connaître des outils et des méthodes et d'en développer d'autres, d'échanger tous ces savoirs et de créer des formations ouvertes aux soignants. Réseau-Lucioles, pour répondre à ces besoins, a publié avec le Réseau de rééducation et réadaptation en Rhône-Alpes (R4P), un ouvrage collectif intitulé « Troubles du sommeil et handicap ». Il rassemble les connaissances actuelles sur les troubles du sommeil, des témoignages

de parents, des fiches techniques et un outil d'aide au diagnostic spécialement conçu pour les médecins. De plus, de nombreuses formations ont eu lieu depuis.

S.A. : Et concernant l'accès aux soins ?

J.M.L. : Lors de l'organisation d'une journée sur l'accès au soin, au sein de l'Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales (Adapei) du Rhône, nous avons dressé un état des lieux avec les professionnels impliqués sur ce sujet : hygiène, soins dentaires, suivi gynécologique et urologique, ophtalmologie, détection de la surdité, douleur, troubles du comportement, soins palliatifs, etc. Il apparaît clairement que la personne en situation de handicap intellectuel n'a pas les mêmes possibilités d'accès au soin que la personne dite « normale ». La qualité de la collaboration entre établissements médico-sociaux et hôpitaux est très variable, et dépend souvent de la sensibilisation des personnels au handicap. Il est nécessaire qu'un module éprouvé et complet de sensibilisation et de formation au handicap soit ajouté dans toutes les formations initiales des personnels soignants.

Réseau-Lucioles cherche à faire progresser les pratiques sur tous ces sujets, et d'autres encore, qui entravent l'accès à une qualité de vie digne pour les personnes handicapées et ceux qui les accompagnent au quotidien.

Propos recueillis par Denis Dangaix

Pour en savoir plus

Les résultats des actions menées par l'association Réseau-Lucioles et les projets en cours sont accessibles gratuitement sur le site : www.reseau-lucioles.org

1. L'association Réseau-Lucioles préfère parler de « handicap mental sévère », d'autres recourent à l'expression « handicap complexe de grande dépendance », d'autres encore évoquent le terme de « polyhandicap », lequel a deux définitions différentes en France, souligne Jean-Marie Lacau.

Une expérimentation, menée dans plusieurs Établissements et services d'aide par le travail, montre que l'aide à la réduction ou au sevrage tabagique en établissement est efficace, moyennant certaines conditions.

En région Languedoc-Roussillon, un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap

Anne Stoebner-Delbarre,
médecin de santé publique,
addictologue, coordonnateur
du Pôle Prévention Epidaure,

Marie-Ève Huteau,
tabacologue,

Carolina Baeza-Velasco,
psychologue, chercheur,

Simon Thezenas,
statisticien, Epidaure Pôle Prévention,
Institut régional du Cancer
Montpellier (ICM).

Anne-Marie Clauzel,
tabacologue,

Didier Cupissol,
Président,
Gefluc Languedoc-Roussillon,
Montpellier.

Un programme pilote de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac en Établissements et services d'aide par le travail (Ésat) a été mis en place en 2010 et 2011 par deux opérateurs de santé publique, le Gefluc Languedoc-Roussillon (LR)¹ et le Pôle Prévention Epidaure², dans le cadre d'un projet scientifique financé par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon (ARS LR). Ce programme³ a été construit avec l'aide des Ésat « Les Ateliers de Saporta » de Lattes, « l'Envol » de Castelnau-le-Lez, ainsi qu'un groupe de travailleurs en situation de handicap.

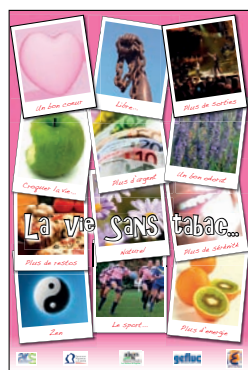
Parmi les 59 Ésat du Languedoc-Roussillon, 31 ont été volontaires pour organiser le programme sur leur site, pour 2 253 travailleurs. Pour la première fois en France, ces personnes en situation

de handicap ont répondu à une enquête sur leurs consommations de produits psychoactifs. 846 ont souhaité assister à des réunions d'information et près de 200 salariés ont participé à des groupes d'aide à l'arrêt du tabac pendant six mois. Leur handicap était essentiellement de type mental ou psychique.

Impact du programme

Les résultats observés à un an dépassent les objectifs initialement fixés. Contrairement à ce qui avait été redouté par des professionnels du champ sanitaire ou social, la participation des personnes en situation de handicap a été importante et active. Plus de 72 % des personnes concernées ont accepté de participer aux enquêtes par questionnaires, et près de 38 % des travailleurs en Ésat ont assisté aux conférences-débats. Dans les Ésat où il était proposé des groupes de sevrage, le nombre de conférences a dû être doublé pour répondre aux demandes.

L'Ésat « Les Ateliers de Saporta » de Lattes a réalisé avec des travailleurs, des affiches d'information adaptées pour leur public. Elles ont été distribuées dans les 59 établissements de la région.



L'analyse statistique des questionnaires a souligné de grandes variations de consommations de tabac suivant les Ésat, ainsi qu'une augmentation du risque d'être fumeur lorsque l'on travaille dans un établissement où le tabagisme est parfois toléré dans les locaux communs⁴.

L'analyse a aussi montré que les personnes ayant bénéficié du programme de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac ont davantage réduit leur consommation ou arrêté de fumer au bout d'un an, que celles qui ont uniquement bénéficié des temps d'échange sans possibilité de poursuivre la démarche avec des groupes d'aide.

Facteurs favorisant la mise en place et la réalisation du programme

Trois facteurs favorables liés aux structures engagées, aux attentes des Ésat en matière de sevrage tabagique, et au dynamisme des travailleurs en Ésat, ont facilité ce programme.

Avant le démarrage, le Gefluc LR et Epidaure œuvraient déjà ensemble dans la prévention en milieu du travail depuis plus de vingt ans. Ils avaient mis au point une méthodologie d'action en entreprise et organisé plusieurs centaines de groupes de sevrage tabagique.

Les attentes en Ésat en matière de prévention du tabac étaient pressenties par ces deux structures. Une action de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac réalisée, en 2008, dans un Ésat de l'Hérault avait mis en évidence une prévalence tabagique de plus de 30 %, un désir de sevrage, un intérêt

L'ESSENTIEL

▣ **▶ Pendant deux ans, une équipe de professionnels est intervenue en soutien dans plusieurs Ésat et services d'aide par le travail (Ésat) afin d'aider les personnes en situation de handicap à réduire leur consommation de tabac ou à arrêter de fumer.**

▣ **▶ Ces personnes sont demandeuses d'un tel programme. En effet, dans certains Ésat, 30 % de la population fume. Une évaluation menée de manière scientifique a démontré que ce programme permet bien de réduire ou d'arrêter de fumer. Efficace, il mériterait d'être généralisé.**

et une participation des adultes fumeurs à des groupes d'aide. Cette action avait prouvé la faisabilité d'une intervention. Un an après, une enquête qualitative, réalisée auprès d'un échantillon de 10 directeurs d'Ésat, avait également démontré leur forte motivation pour mettre en place dans leur structure des programmes de prévention pour les adultes handicapés. Leur taux d'acceptabilité pour des actions de prévention était supérieur à 50 %.

Cet engagement s'est confirmé. Lors de la proposition du programme, 31 directeurs d'Ésat sur 59 se sont portés volontaires et ont nommé un référent pour accompagner la démarche. Les équipes des Ésat ont organisé la réalisation du programme sur leur site. Le Gefluc LR et Epidaure ont fourni la méthodologie d'intervention et sélectionné les intervenants en tabacologie. Le contenu des interventions a été défini conjointement, puis pré-testé auprès d'un groupe de travailleurs au sein d'un Ésat. Ce travail préalable a été utile pour adapter les actions à cette population, et au fonctionnement des Ésat (horaires, modalités de réalisation des enquêtes, respect de l'autonomie des personnes, liens avec les familles).

Enfin, l'un des facteurs les plus favorables a été l'implication des personnes en situation de handicap, leur motivation et leur énergie. Leur participation aux séances d'information a été très active. Ceux qui ont assisté aux groupes de sevrage ont adhéré aux exercices et enrichi les échanges. Leur volonté de modifier leurs habitudes tabagiques et les efforts mis en œuvre

ont forcé l'admiration de leurs référents en Ésat et des intervenants. Plus de 98 % des participants aux groupes de sevrage ont recommandé le programme à leurs collègues. Deux tiers auraient souhaité poursuivre les groupes plus longtemps.

Freins rencontrés

Trois principaux freins liés à l'innovation de la démarche, aux habitudes de vie en Ésat et en structures de prévention, ainsi qu'à l'organisation et la restructuration de certains Ésat ont été identifiés.

Innovation de la démarche

En 2008-2009, en France comme dans le monde, aucune expérience équivalente n'avait été publiée. Cela peut expliquer que la démarche ait rencontré, dès 2009, un relatif scepticisme de la part des professionnels du champ socio-sanitaire, doutant d'une réelle demande des travailleurs en Ésat pour une aide au sevrage du tabac.

L'innovation du programme a aussi nécessité que les intervenants remettent totalement en question leur mode de travail, pour être au plus près de la demande des participants, en séance d'information ou lors des réunions de groupe de sevrage.

Représentations, habitudes et modes de vie des acteurs

Ce programme a remis en cause les représentations de tous les acteurs impliqués. Plus des deux-tiers des Ésat ont accueilli le programme avec beaucoup de dynamisme et de professionnalisme, et ont facilité toutes les étapes du projet. Dans quelques Ésat cependant la situation a été moins favorable, notamment lorsque les habitudes de vie sur site encourageaient le tabagisme (lieux fumeurs, pauses fumeurs). Plusieurs réunions ont été nécessaires pour obtenir une confiance mutuelle entre les participants, les éducateurs et les intervenants. Dans cinq Ésat, les conditions d'information ou la tenue des groupes de sevrage ont été rendues difficiles en raison de problèmes logistiques. Le rôle des éducateurs ou des responsables d'atelier participant au groupe a été capital. Certains fumeurs étaient plutôt défavorables à une action de prévention

pour les personnes en situation de handicap. Les intervenants en tabacologie ont dû faire un effort quasi permanent pour adapter leurs interventions au public, et prononcer des phrases courtes, sans pour autant utiliser un langage infantilisant.

Les travailleurs en Ésat ont apprécié l'arrivée de ces intervenants extérieurs au sein de l'établissement. Néanmoins, une période de mise en confiance, correspondant environ à trois séances, a été nécessaire.

Les personnes handicapées et leur encadrants (responsables d'ateliers, moniteurs, éducateurs, psychologue, psychiatre, médecins, etc.) avaient aussi initialement une image plutôt négative des modalités de prise en charge de la dépendance au tabac. Les principales représentations associées aux traitements étaient leur inefficacité, ou l'importance des effets secondaires, notamment en cas de comorbidités. L'intérêt pour ce type de traitement a commencé vers le troisième, voire quatrième mois de suivi, lorsque des participants ont réalisé que ceux qui prenaient les substituts arrivaient plus facilement à réduire leur consommation, voire arrêter de fumer.

Organisation et restructuration de certains Ésat

Les autres difficultés rencontrées au cours de ce programme ont été liées aux réorganisations ou aux fusions d'établissements en cours d'année, s'accompagnant parfois de changements de direction ou de personnel affecté au projet.

Enfin, une dernière faiblesse demeure deux ans après la fin de ce projet. Il s'agit de la difficulté à passer de la recherche à la vie quotidienne. Ce programme de recherche a permis d'élaborer, pour la première fois en France, une méthode de réduction et d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap dans les Ésat, mais aussi de prouver son efficacité. Pour l'inscrire dans le temps et la diffuser dans les Ésat, il est indispensable que les institutions bénéficient des leviers et/ou financements nécessaires à la mise en œuvre d'actions quotidiennes, en accord avec les plans de lutte contre les addictions.

Conclusion

Ce travail, financé par l'INCa et l'ARS LR, et mis en place en Languedoc-Roussillon par le Gefluc LR et Epidaure Pôle prévention de l'ICM, a permis, pour la première fois en France, d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un programme de prévention du tabac pour des personnes en situation de handicap travaillant en Ésat.

Les résultats soulignent la nécessité de porter la prévention au plus près de ces populations. Ils sont aussi en faveur d'une amélioration de l'accès aux soins en addictologie, grâce à des programmes adaptés aux besoins et aux réalités de la vie quotidienne des personnes en situation de handicap.

L'évaluation souligne enfin la nécessité d'inscrire ce type d'action dans le temps.

1. Le Gefluc LR (Groupement des entreprises françaises de lutte contre le cancer Languedoc-Roussillon) est une association de loi 1901, ayant trois missions principales : financer des projets de recherche dans le domaine de la lutte contre le cancer; soutenir psychologiquement, socialement et financièrement des salariés atteints de cancer; et développer au sein des entreprises des actions de prévention et de sensibilisation sur les risques de cancer.

2. Le Pôle Prévention Epidaure de l'Institut régional du Cancer de Montpellier (ICM) est dédié à la prévention des cancers et à l'éducation pour la santé. Il développe des programmes et des actions de prévention et d'éducation pour la santé pour la population générale et des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et leur famille.

3. Il s'agit d'un essai randomisé en cluster ou essai randomisé par grappes : c'est un type d'essai clinique où des groupes entiers de sujets, ici les personnes dans les Ésat, sont alloués de façon aléatoire dans les deux groupes – intervention ou témoin – de l'essai afin d'établir une comparaison des résultats. On compare donc deux populations avec un protocole scientifique rigoureux.

4. Odds ratio=1.66, intervalles de confiance 95 % [1.11-2.48]

Remerciements

À l'équipe de l'Ésat « l'Envol » de Castelnaud-le-Lez; l'équipe de l'Ésat des « Ateliers de Saporta » et à Anne-Christine, Frédéric, Lionel, Roc, Soundes, Véronique et Marie; aux directeurs des Ésat du Languedoc-Roussillon et leurs équipes.

BIBLIOGRAPHIE

- Stoebner-Delbarre A., Schaub R., Thezenas S., Carlier J., Delaye B., Cupissol D. Aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap : un programme-pilote en Languedoc-Roussillon. *La Santé de l'homme*, 2011, n° 412 : p.40-41. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf>

En Lorraine, un Institut médico-éducatif initie les jeunes autistes qui y résident au brossage des dents. Un apprentissage qui mobilise ces jeunes sur leurs capacités et leur permet d'accroître leur autonomie.

Enfants autistes : comment un Institut médico-éducatif travaille sur le brossage des dents

Entretien avec Lionel Willaume, éducateur spécialisé, Institut médico-éducatif Raymond Carel, Vandœuvre-lès-Nancy.

La Santé en action :
Pourquoi cette action autour du brossage des dents auprès d'enfants autistes ou atteints de troubles du comportement ?

Lionel Willaume : Ce projet, porté par Chantal André, infirmière, une équipe de trois éducateurs – Carine Bouilly, Sébastien Saussier et moi-même – en lien avec le docteur

Vuillemin, pédiatre de l'Institut médico-éducatif (IME) Raymond Carel, est parti d'un certain nombre d'observations menées auprès d'enfants autistes ou connaissant des troubles du comportement, et des familles concernées.

Le constat principal était que le brossage des dents ne faisait pas partie du quotidien de ces enfants. Pour une grande majorité d'entre nous, cet acte est ancré dans l'hygiène quotidienne. Mais pour les enfants et les adolescents que nous accompagnons, c'est un peu plus compliqué. Le geste du brossage nécessite un apprentissage particulier. Une partie des familles le considère souvent comme non prioritaire, compte tenu de toutes les autres difficultés quotidiennes de leur enfant. Nous avons constaté que se rendre chez le dentiste était aussi une difficulté, car ces professionnels ne sont pas toujours formés pour accompagner et soigner ces enfants. Nous avons partagé ces observations avec le docteur Dominique Droz, de la faculté d'odontologie de Nancy et monté un partenariat avec des étudiants de sixième année.

S.A. : Comment avez-vous procédé ?

L.W. : Suite au dépistage organisé pour un groupe d'enfants et d'adolescents polyhandicapés avec les étudiants de sixième année, piloté par le docteur Droz, un travail sur le brossage des dents a été mené. Ensuite, pour répondre aux difficultés de l'ensemble des enfants de l'IME, une action sur les supports visuels a été développée via un groupe de travail animé par Sébastien Saussier, éducateur spécialisé et un étudiant de la faculté d'odontologie, pour perfectionner l'enchaînement des gestes à effectuer lors du brossage des dents.

Après ce premier travail, nous avons souhaité mettre en place un accompagnement spécifique avec six enfants autistes, âgés de 4 à 8 ans, suivis à l'IME. Nous avons très vite saisi que le brossage des dents ne pouvait pas être abordé comme un simple geste du quotidien, mais comme une finalité. Pour y parvenir, il fallait passer par de multiples paliers, avec nombre d'éléments à travailler en amont. Il importait aussi de comprendre et d'observer ces enfants, concernés par des formes différentes d'autisme, chaque cas étant unique. Il nous a fallu expliquer tout ce travail préalable aux parents, qui ont adhéré à ce projet. Nous avons dû accepter de prendre le temps nécessaire à chacun.

Nous avons déconstruit la phase du brossage des dents, en pointant tout ce qui pouvait parasiter les enfants au cours de cet apprentissage. Il a fallu avant tout travailler sur l'attention et la concentration, une question importante. Prenons l'exemple d'Isidore, qui, à son arrivée dans ce groupe, avait une capacité de concentration d'une minute environ. Il lui était impossible de rester assis davantage. En outre, il ne pouvait fixer son attention que quelques secondes sur un objet. Alors, nous avons réorganisé l'espace de façon à ce que les enfants puissent avoir des repères fixes, et avons réfléchi à une organisation du temps individualisée. Cela a pris une bonne année pour que cette organisation prenne du sens pour les enfants. Mais cela fonctionne. Isidore, au bout de deux ans, peut rester assis plus de trente minutes. Ce travail a eu des effets au niveau des apprentissages pour chacun des enfants, de manière singulière, mais aussi dans leur quotidien.

S.A. : Ce travail était-il quotidien ?

L.W. : Oui. Nous nous sommes appuyés sur différents supports au quotidien : les ateliers cognitifs, la musique, le sport, etc. pour travailler ce dont nous avons besoin. Pour donner du sens aux gestes du brossage des dents, nous avons décortiqué le temps de prise en charge en différents ateliers afin de travailler les différents axes souhaités : attendre son tour, rester en place, effectuer des gestes de motricités fines, accepter la brosse dans la bouche, etc.

Voici différents exemples : tous les matins, nous leur présentons les photos des enfants du groupe, et chacun devait attendre son tour avant d'être appelé puis se reconnaître sur la photo. Cela a permis un apprentissage sur le tour de rôle et le temps d'attente.

Chez les enfants autistes, l'introduction d'un objet dans la bouche est une difficulté récurrente. Pour faire accepter

L'ESSENTIEL

-
- ▶ **L'institut médico-éducatif Raymond Carel accueille des enfants et des adolescents déficients intellectuels, polyhandicapés, autistes ou ayant des troubles du comportement.**
- ▶ **L'équipe éducative, par le biais de l'infirmière de l'établissement, a sollicité le docteur Droz, dentiste et enseignante à la faculté d'odontologie de Nancy ainsi que des étudiants, pour initier un travail en partenariat sur le brossage des dents.**
- ▶ **Il s'agit d'un travail en équipe avec une forte implication des différentes parties prenantes.**
- ▶ **Les résultats sont spectaculaires, puisqu'à l'issue d'un long apprentissage, les enfants ont appris à développer leur autonomie vis-à-vis de ce soin quotidien, en prenant plaisir à l'effectuer.**

une brosse à dents, du dentifrice, nous avons travaillé sur le souffle. Pour cela, nous nous sommes servis d'objets ludiques comme une flûte, un sifflet, des instruments à vents pour faire des bulles, etc. Puis, nous avons travaillé avec eux sur le matériel. En effet la couleur d'une brosse à dent, le goût du dentifrice, sont autant de détails qui ont leur importance car ils peuvent perturber, voir arrêter ce moment.

Le travail coopératif avec l'ergothérapeute a été majeur pour une jeune fille qui avait des difficultés à se saisir de la brosse à dents, nous avons modifié la forme du manche et ainsi nous avons pu travailler avec elle sur la préhension.

S.A. : Quels sont les principaux enseignements et bénéfices de cette action ?

L.W. : L'un des principaux enseignements est l'attention qu'il faut apporter aux particularités de chaque enfant, car le moindre détail a son importance. Par ailleurs, il faut de la cohésion, et surtout du temps, et que toutes les compétences soient mobilisées. Le partenariat mis en place a permis à ces enfants de se brosser les dents de manière plus efficace et de bénéficier d'un suivi régulier de la part des étudiants en odontologie, qui effectuent des dépistages annuels. Par exemple, Isidore se brosse les dents quasiment seul ; certes, il faut encore le regard de l'adulte pour contrôler les différents gestes ; mais c'est devenu chez lui en particulier un acte de plaisir, qui lui permet de progresser dans la quête de l'autonomie. Enfin, le travail avec les familles a permis un suivi régulier au domicile, avec des supports adaptés. Le projet bucco-dentaire a été inscrit dans la vie du service et il est aujourd'hui mis en œuvre par d'autres professionnels, qui ont pris le relais. ■

Propos recueillis par Denis Dangaix

Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance



Dossier

Dossier coordonné par Nathalie Houzelle,

chargée de mission en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Pilar Arcella-Giroux,

médecin référent santé mentale et addictions, Délégation territoriale de la Seine-Saint-Denis, Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France,

Thomas Saïas,

docteur en psychologie, chargé d'expertise scientifique, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

La petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire les inégalités sociales en santé¹, c'est en effet à ce « moment » que se constitue le capital-santé. Les conditions – favorables ou défavorables – dans lesquelles se développe le jeune enfant ont un impact sur son développement émotionnel, relationnel et cognitif immédiat, et, à long terme des répercussions sur son état de santé adulte.

Depuis plusieurs années se développent des interventions préventives centrées sur le soutien à la parentalité, l'accompagnement des familles et le développement des compétences psychosociales des enfants et de leurs parents. Ces interventions sont destinées à réduire l'impact des inégalités sociales de santé sur le développement de l'enfant.

Agir sur les « déterminants socio-environnementaux » est un axe majeur d'intervention pour réduire les inégalités, y compris durant la petite enfance. Ces déterminants sont bien connus : logement, conditions matérielles, accès

aux dispositifs de droit commun, maîtrise de la langue pour pouvoir communiquer et être entendu, accès à l'emploi pour les parents afin de disposer d'une autonomie, etc.

Car travailler sur les compétences des parents et des enfants ne suffit pas, si cette population ne dispose pas de conditions minimales pour vivre décemment. Ce constat est dressé au quotidien, par les différents professionnels qui travaillent dans les territoires et les quartiers, au plus près de ces populations. Bien sûr, il est admis que la précarité sociale des parents, quand elle entraîne mal-être et souffrance psychique, rejaillit fréquemment sur les enfants, lesquels peuvent présenter des attitudes de repli, des comportements inadaptés ou des difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture. Toutefois, la prudence s'impose face à toute généralisation hâtive.

Premiers déterminants : le logement, l'éducation...

Un premier déterminant émerge : le logement insalubre, et dans certains cas, la lutte contre le saturnisme. Habiter dans un logement indigne ne permet pas d'offrir à l'enfant les condi-



Illustration : Michel Boucher

tions nécessaires à son développement cognitif et relationnel. Plus largement, l'habitat inadapté est un déterminant défavorable. Ainsi par exemple, un logement trop exigü par rapport à la taille de la famille aura un impact sur la relation parentale, plus complexe lorsque les enfants ont à sortir chaque soir leur matelas placé sous le canapé, pour faire leur lit dans le salon. Se pose aussi le problème du logement inaccessible pour les familles « hébergées ».

Un second déterminant joue un rôle majeur : la non-maîtrise de la langue française. Un niveau insuffisant d'instruction et d'éducation est un handicap, entravant l'insertion des populations – parents et enfants –, et donc leur accès aux services de droits commun (santé, social, etc.). Dans un tel contexte, tous les dispositifs qui permettent l'accès des parents à l'instruction, l'information, la maîtrise de la langue, concourent à leur autonomie, à l'accès aux services sociaux, à l'emploi, etc., et génèrent de facto des effets favorables pour le développement du jeune enfant.

L'enjeu est bien ici de travailler sur les déterminants socio-environnementaux, de permettre aux parents l'accès aux droits (santé, social, éducation, emploi, etc.), afin que l'enfant se sente

davantage en sécurité et bénéficie de conditions de vie meilleures. Les dispositifs – tels que les crèches, les PMI, les centres de santé et d'insertion, les ateliers d'alphabétisation, les parents médiateurs pour d'autres parents d'une communauté – favorisent l'accès des familles à des services sociaux, de prévention et de santé.

Au-delà de ces dispositifs, un autre facteur favorable peut entrer en jeu : pour améliorer leurs conditions de vie quotidienne, des populations – épaulées par des professionnels – s'organisent, tissent des réseaux et des dispositifs de solidarité, dont les enfants sont souvent les premiers bénéficiaires. Cette solidarité permet notamment le « transfert de compétences » d'un parent à l'autre. Par ailleurs, le portage collectif des besoins ressentis permet d'obtenir des équipements et des infrastructures offrant de meilleures conditions de vie.

Toute stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance pose enfin une question éthique, que nombre des experts que nous avons sollicités soulèvent : comment intervenir sans stigmatiser ? Comment faire en sorte que les besoins prioritaires par les parents soient entendus, pris en compte, afin qu'ils soient considérés comme partenaires, et non pas uniquement comme bénéficiaires finaux d'une intervention ? Ce dossier propose un état des connaissances et des pratiques sur cette problématique, en présentant notamment des programmes qui tentent de contrebalancer les inégalités au stade de la petite enfance.

1. « Écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux » [1].

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : p. 31. en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

UN GUIDE INPES POUR L'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) publie courant du premier trimestre 2014 un ouvrage intitulé « Promouvoir la santé dès la petite enfance : concepts et méthodes pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité ». Ce document réunit les connaissances et les pratiques d'experts dans les champs de la petite enfance, de la parentalité et de la promotion de la santé. Il est conçu comme un outil d'accompagnement pour les professionnels de la petite enfance et, au-delà, pour l'ensemble des professionnels de la santé, du social et de l'éducation. Il pourra également être utile à certains parents souhaitant entreprendre des actions alliant promotion de la santé et accompagnement à la parentalité.

L'ouvrage fait le point des connaissances scientifiques disponibles, présente des actions, des programmes et des pratiques professionnelles et propose une méthodologie d'intervention ainsi que des outils concrets. Il accorde une large part à la promotion de la santé et à son outil majeur, le « modèle socio-écologique ». Ce concept, méconnu, peut pourtant être utilisé quelle que soit l'intervention que le professionnel, ou le réseau, souhaite mettre en place. Ce modèle permet d'identifier – pour les prendre en compte – les différents niveaux d'influences sur la relation entre un enfant et son parent ou son référent. Ces niveaux d'influences peuvent être proches (comme le milieu familial ou professionnel, le lieu où se trouve l'enfant dans la journée – crèches par exemple –, ou encore les lieux de loisirs de l'enfant ou du parent, etc.) ou plus lointains (comme les conditions socio-économiques du pays, la répartition des ressources, le système juridique, l'organisation politique, etc.). Les méthodologies d'intervention présentées sont illustrées par des actions menées par des professionnels de la petite enfance. Cet ouvrage est gratuit et sera publié sous deux formats : en version imprimée (sur demande auprès de l'Inpes) et en version électronique (www.inpes.sante.fr).

Nathalie Houzelle

Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge

Thibaut de Saint Pol

Sociologue,
Institutions et dynamiques
historiques de l'économie,
École normale supérieure
(IDHE-ENS), Cachan,
chef du bureau « État de
santé de la population »,
Direction de la recherche,
des études, de l'évaluation
et des statistiques (Drees),
Paris.

Parler d'« inégalités sociales », c'est reconnaître qu'une partie des écarts observés en termes de santé ne provient pas de causes naturelles, mais de l'influence d'un certain nombre de facteurs économiques et sociaux, tels que les revenus, les modes de vie ou encore l'accès aux soins.

Ces différences ont été largement étudiées à l'âge adulte, mais elles s'observent aussi dès le plus jeune âge. L'enfance constitue en effet une période particulière en termes de santé, dans la mesure où un grand nombre d'habitudes sont acquises à cet âge, mais aussi en raison des risques sur le long terme des problèmes de santé des enfants¹.

Réfléchir aux déterminants de ces inégalités, et aux moyens de les réduire, demande au préalable de faire un état des lieux de la situation en France, objectif que se donne cet article.

Des inégalités avant même la naissance

Bien avant la naissance, il existe déjà des inégalités en lien avec la situation sociale des parents, et en particulier de la mère, notamment dans la manière dont se déroule la grossesse. Les enquêtes nationales périnatales, réalisées régulièrement en France, font ainsi apparaître un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères [1]. Les femmes les moins diplômées, comme celles n'ayant

aucune ressource ou percevant une allocation chômage ou le RSA, effectuent moins de consultations prénatales que les autres femmes. Ainsi, 20 % des femmes ayant un niveau d'étude s'arrêtant au primaire effectuent moins de sept visites prénatales, nombre d'exams fixés par la réglementation, contre 5 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au baccalauréat [1]. Elles ont également un moins bon suivi échographique. Les femmes les plus défavorisées sont aussi plus nombreuses à être hospitalisées pendant la grossesse, signe de problèmes de santé plus fréquents [2].

Les femmes qui renoncent pour des raisons financières à des consultations ou des examens pendant leur grossesse vivent plus fréquemment dans un contexte social difficile : outre un plus bas niveau d'études, elles habitent plus souvent seules et sont plus souvent de nationalité étrangère [2]. Le fait que la grossesse des femmes de milieu défavorisé soit généralement moins suivie est d'autant plus problématique que plusieurs facteurs de risques pour la santé de l'enfant et celle de sa mère sont plus importants chez elles, comme les conditions de travail difficiles, la consommation de tabac ou encore les grossesses précoces [3].

Des inégalités autour de la naissance

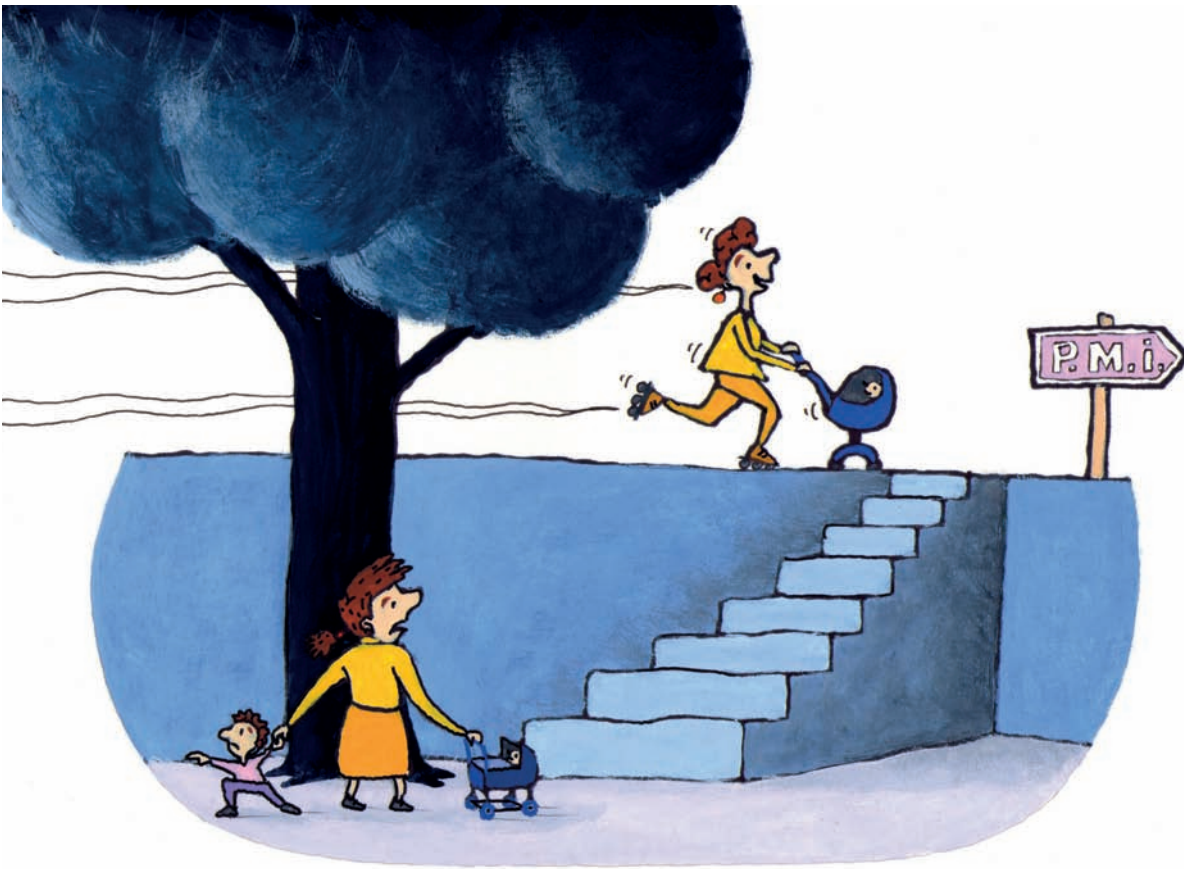
Ces inégalités perdurent autour de la naissance. Le taux de prématurité (moins de trente-sept semaines d'aménorrhée) des femmes n'ayant aucune ressource, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, est plus

élevé que celui des femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle (9 contre 6 %). Le faible poids à la naissance, indicateur important de la santé du nourrisson - en raison de sa corrélation avec la mortalité et la morbidité infantiles - varie de la même manière : la proportion d'enfants de poids inférieur à 2,5 kilogrammes est de 10 % chez les femmes n'ayant aucune ressource, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, contre 6 % chez les femmes avec une activité professionnelle [2].

Si la mortalité des enfants a fortement baissé en France au cours du XX^e siècle, et avec elle les inégalités sociales des enfants devant la mort [4], la mortalité infantile reste liée aux critères socio-économiques des parents. Elle semble ainsi plus forte pour les mères de moins de 20 ans, celles de nationalité d'Afrique Noire, ou encore lorsque le père est ouvrier [5]. Ces inégalités sont plus importantes dans certaines zones géographiques, les départements d'outre-mer (DOM) étant particulièrement touchés.

Une situation plus préoccupante dans les DOM

Si on observe des différences entre les grandes régions de la métropole, c'est surtout avec les départements d'outre-mer que l'écart est important, en raison notamment de conditions socioéconomiques plus défavorables. La surveillance prénatale est moins régulière et les taux de prématurité sont deux fois plus élevés dans les DOM (*Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte, ndlr*) qu'en métro-



pole (16 contre 7 %). C'est aussi le cas des naissances d'enfants de faible poids (13 contre 7 %) [2]. Les interventions à la naissance ainsi que les caractéristiques des nouveau-nés témoignent de l'existence de complications et d'un état de santé plus fragile des nourrissons [6].

Sur la période 2000-2008, le taux de mortalité infantile – décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants – reste deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer (7,8 décès pour mille) qu'en France métropolitaine (3,8 pour mille), et notamment en Guyane (11,8 décès pour mille naissances vivantes) [6].

Des inégalités qui se creusent dans l'enfance

Les inégalités présentes à la naissance se creusent durant l'enfance. L'enquête sur la santé, réalisée en grande section de maternelle à l'occasion du bilan obligatoire, montre que de fortes inégalités sociales existent entre enfants avant l'entrée à l'école élémentaire. Ainsi, à l'âge de 6 ans, les enfants ayant un père ouvrier sont 14 % à présenter une surcharge pon-

L'ESSENTIEL

- **Les inégalités présentes à la naissance se creusent pendant l'enfance, période durant laquelle un grand nombre d'habitudes de vie sont acquises.**
- **Ces inégalités de santé sont liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants.**
- **Elles ont un caractère d'autant plus intolérable qu'elles échappent à toute responsabilité individuelle.**

dérale (4 % de l'obésité), contre 9 % (1 % de l'obésité) pour ceux ayant un père cadre [7]. Comme pour les adultes [8], on observe un fort gradient social pour le surpoids et l'obésité, qui se retrouve selon le secteur de l'école fréquenté, lui-même segmenté socialement. Les enfants de 6 ans scolarisés dans une école publique située en zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 16 % à être en surpoids, contre 12 % dans une école publique hors ZEP et 9 % dans le privé² [7].

Ces écarts sont liés aux niveaux de revenu, mais reflètent aussi des dif-

férences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Les académies où la surcharge pondérale et l'obésité sont les plus importants sont aussi celles où les enfants sont plus nombreux à consommer des boissons sucrées tous les jours ou à passer beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo [9]. Ainsi, les jours avec école, la moitié des enfants d'ouvriers en grande section de maternelle passent au moins une heure devant un écran contre un quart des enfants de cadres. Ils sont également deux fois plus nombreux à consommer des boissons sucrées au moins quatre fois par semaine (42 contre 20 %) [7]. On observe les mêmes différences, défavorables aux enfants des milieux les moins aisés, pour la consommation de fruits et légumes, la prise d'un petit-déjeuner tous les jours ou encore le temps de sommeil.

Cinq fois plus de caries non soignées chez les enfants d'ouvriers

De fortes disparités apparaissent aussi en termes de santé bucco-

dentaire. Ainsi, 30 % des enfants d'ouvriers ont déjà eu au moins une carie à l'âge de 6 ans contre seulement 8 % des enfants de cadres [10]. Ils consultent également moins, ce qui se traduit par un repérage plus tardif des caries. Lors de l'examen de santé obligatoire avant l'entrée en primaire, 23 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée contre 4 % des enfants de cadres.

De même, les enfants de grande section de maternelle qui ont au moins un parent au chômage sont plus nombreux à avoir des caries (soignées ou non soignées) : c'est le cas de plus d'un quart d'entre eux [10]. On retrouve ces écarts entre secteurs d'école : 17 % des élèves scolarisés en ZEP présentent au moins deux dents cariées non soignées contre 6 % de ceux scolarisés hors ZEP. Ces différences peuvent s'expliquer par le coût de ces soins, mais aussi les habitudes (hygiène bucco-dentaire, alimentation, etc.) et les représentations (crainte du dentiste, intérêt de soigner des dents non définitives, etc.) liées au milieu socioculturel [7].

Les inégalités sociales de santé ne se limitent bien sûr pas au surpoids et à la santé bucco-dentaire. De nettes différences apparaissent aussi dès l'âge de 6 ans en matière de repérage précoce des troubles sensoriels. Les troubles de la vision repérés à l'occasion de l'examen scolaire se révèlent plus fréquents parmi les élèves scolarisés en ZEP, toutefois ils ont été plus rarement dépistés avant [7]. Et ces troubles sont moins souvent corrigés. En effet, ces enfants sont moins nombreux à porter des lunettes que ceux qui fréquentent une école privée (13 contre 17 %).

Mais les élèves de ZEP ne sont pas toujours les plus défavorisés en termes de santé. En effet, les couvertures vaccinales sont systématiquement plus élevées en ZEP pour les vaccinations contre la rougeole et l'hépatite B. Cette situation peut notamment s'expliquer par le recours plus fréquent en ZEP aux services de PMI, très impliqués dans le suivi de la couverture vaccinale, mais aussi par la défiance moins forte des milieux populaires à l'égard de la vaccination [7].

Peu de données sur la santé psychique des enfants

D'autres aspects relatifs à la santé, en particulier à la santé psychique et au bien-être des enfants, mériteraient d'être développés, mais il existe peu de données fiables sur ces questions à cet âge. La France semble occuper une position plutôt moyenne au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en termes de bien-être des enfants de moins de 18 ans, notamment en termes de bien-être à l'école [11]. Il est ainsi probable qu'il existe des inégalités sociales en termes de santé psychique de l'enfant, qui nécessiteraient des études plus poussées.

De ce rapide état des lieux, il convient de retenir que les inégalités sociales de santé chez l'enfant soulèvent des questions spécifiques. Tout d'abord, parce que ces inégalités, échappant à toute logique de responsabilité individuelle, peuvent sembler encore plus intolérables que chez l'adulte. De plus, les facteurs professionnels, essentiels dans bon nombre de cas chez les adultes, ne jouent pas à cet âge. Les inégalités chez les enfants témoignent donc de l'importance des facteurs économiques (coût des soins, budget alimentaire, etc.) et sociologiques (modes de vie, représentations, etc.). Elles rappellent ainsi que les inégalités de santé sont inextricablement liées à l'ensemble des autres inégalités sociales, notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité des enfants.

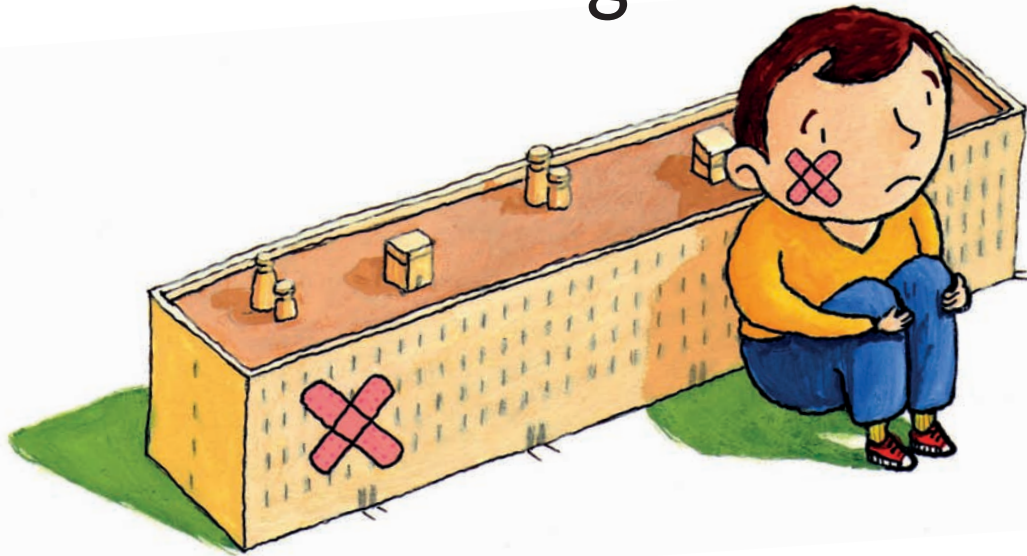
1. C'est aussi en termes de santé positive l'âge de la constitution du « capital santé ».

2. Selon une étude de la Drees, publiée le 4 octobre 2013, sur la santé des élèves en CM2, l'obésité touche 7 % des enfants d'ouvriers contre moins de 1 % des enfants de cadres. Seuls 23 % des enfants d'ouvriers mangent tous les jours des fruits et légumes, contre 45 % des enfants de cadres. Par ailleurs, les enfants d'ouvriers en CM2 ont quatre fois plus de risque de rencontrer des difficultés de lecture.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Vilain A., Gonzalez L., Rey S., Matet N., Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. *Études et résultats*, 2013, n° 848 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>
- [2] Blondel B., Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Paris : Inserm, DGS, Drees, 2011 : 132 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- [3] Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008 : 297 p.
- [4] Barbieri M., Toulemon L. Les enfants tous égaux devant la mort ? Problèmes d'observation et de mesure des différences sociales de la mortalité infantile en France. In : Lefèvre C., Filhon A., dir. *Histoires de familles, histoires familiales*. Paris : Puf, coll. Les cahiers de l'Ined, 2005, n° 156 : p. 407-422.
- [5] Niel X. *Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'appartenance de l'échantillon démographique permanent (EDP). Document de travail F1106*. Paris : Insee, 2011 : 35 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1106.pdf
- [6] Boulogne R., Gonzalez L., Aouba A., Danet S., Jouglu E., Rey G. La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008). *Études et résultats*, 2012, n° 808 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er808.pdf>
- [7] Guignon N., Collet M., Gonzalez L., de Saint Pol T., Guthmann J.-P., Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats*, 2010, n° 737 : 8 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf>
- [8] de Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2008, n° 20 : p. 175-179. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/20/beh_20_2008.pdf
- [9] de Saint Pol T. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2011, n° 31 : p. 333-338. En ligne : [ww.invs.sante.fr/content/download/17025/106959/version/7/file/BEH_31_2011.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/17025/106959/version/7/file/BEH_31_2011.pdf)
- [10] Calvet L., Moisy M., Chardon O., Gonzalez L., Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats*, 2013, n° 847 : 6 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>
- [11] OCDE. *Assurer le bien-être des enfants*. Paris : éditions OCDE, 2009 : 209 p. En ligne : <http://www.oecd.org/fr/social/famille/assurerlebien-etredesenfants.htm>

Bouches-du-Rhône : du dépistage du saturnisme infantile à la lutte contre l'habitat indigne



Olivier Bernard,
pédiatre,
Jacques Collomb,
médecin, directeur,
direction Protection maternelle
et infantile et santé publique,
Conseil général des Bouches-du-Rhône,
Karine Hadji,
ingénieur d'études sanitaires,
service Santé Environnement
de la délégation territoriale
des Bouches-du-Rhône pour l'ARS Paca,
Remi Laporte,
pédiatre,
Maurice Ponsot,
infirmier,
consultation Enfant-Environnement,
CHU Nord, APHM,
Sylvaine Roustan,
directrice adjointe,
Comité départemental d'éducation
pour la santé des Bouches-du-Rhône.

Si l'existence d'inégalités sociales de santé (ISS) en France est aujourd'hui un phénomène reconnu par les professionnels [1-3], les réponses proposées pour les réduire relèvent autant de stratégies nationales que d'initiatives locales ou régionales. La dimension contextuelle et les approches partenariales et intersectorielles ont, ici plus qu'ailleurs, une place importante.

Le contexte dans les Bouches-du-Rhône

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, un million de personnes vivaient en 2009^[4] dans un des 282 quartiers prioritaires inscrits dans les programmes des équipes de la politique de la ville, soit un habitant sur cinq. Les habitants de ces territoires cumulent les difficultés : faibles revenus, problèmes de logement, chômage, familles monoparentales, etc. Avec 29 % des habitants vivant dans un quartier prioritaire, le département des Bouches-du-Rhône est le plus concerné. Aux difficultés financières s'ajoutent des conditions

de logement plus précaires et un recours plus fréquent à la location [5].

En réponse à ces situations dans le département, des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont été mis en place. Ces dispositifs intègrent une approche de promotion de la santé et de lutte contre les ISS. Ils ont été mis en place au niveau des communes et de leurs quartiers défavorisés. Les actions développées au titre de la santé sont coordonnées par des Ateliers Santé Ville (ASV). Ainsi onze communes – dont Marseille et Aix-en-Provence – se sont dotées d'Ateliers Santé Ville (ASV). Les actions santé des Cucs fonctionnent en articulation avec la politique régionale de santé publique (plans locaux de santé, plan régional santé-environnement, etc.) ; ils permettent de soutenir des actions au plus près des populations et de leurs besoins.

Au-delà de ces actions développées dans le cadre des Cucs (actions d'amélioration de la vie quotidienne des habitants sur les thématiques telles que : le chômage, le logement, l'amé-

Dossier

Petite enfance et inégalités sociales de santé

nagement urbain, la santé, etc.), il nous a semblé intéressant de présenter le dispositif mis en place dans les Bouches-du-Rhône, dès 1999, pour lutter contre le saturnisme infantile et l'évolution de cette action sanitaire vers le champ plus large des ISS et de la lutte contre l'habitat indigne.

Du dépistage du saturnisme infantile à la lutte contre l'habitat indigne dans les Bouches-du-Rhône

En 1999, dès la parution des premiers textes réglementaires sur la lutte contre la présence de plomb dans l'habitat et la prise en charge des cas de saturnisme infantile, un groupe de travail départemental pluridisciplinaire – « Saturne Sud » – s'était constitué. Il avait été initialement composé de représentants de la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) – service Santé Environnement (SE), du Conseil général (Protection maternelle et infantile – PMI –), du service de Médecine scolaire de l'académie Aix-Marseille, du centre anti poison et de la consultation de dépistage du saturnisme infantile (CHU Timone) de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM). L'objectif de ce réseau visait le dépistage et le suivi des enfants à risque de saturnisme infantile sur orientation médicale (services d'urgences, PMI, professionnels libéraux) ou environnementale (Ddass-SE, service communal d'hygiène et de santé (SCHS), opérateurs de lutte contre l'habitat indigne) et l'éviction des sources d'exposition au plomb selon les procédures en vigueur (travaux de suppression des peintures dégradées contenant du plomb par les propriétaires ou, par substitution, par le préfet).

Compte tenu de l'absence de dépistage systématique organisé (absence d'obligation réglementaire dans le cadre du suivi pédiatrique) [6], ce dispositif, concentré sur l'agglomération marseillaise, permettait le dépistage d'enfants vivant dans des îlots d'habitat dégradé. Le dispositif s'est ensuite élargi à l'ensemble du département. Les infirmiers des consultations du réseau recevaient à l'hôpital les familles orientées par les différents partenaires afin de pratiquer les dépistages, de prodiguer des conseils d'éviction des

risques et signalaient les imprégnations élevées et les cas de saturnisme infantile. Sur la période 2004-2011, la file active a été multipliée par 2.2 (médiane : 11 cas de saturnisme infantile dépistés par an) par rapport à la période 1995-2003 (médiane : 5 cas de saturnisme infantile dépistés par an). Cette dynamique a permis en parallèle de concevoir deux types d'actions de prévention à destination des populations des quartiers ciblés : des outils de sensibilisation et de repérage des enfants à risques à destination des professionnels libéraux et une action éducative auprès des enfants de CE1/CE2 (conte pour enfants avec apport de connaissance, jeu de plateau afin de mobiliser et fixer les apprentissages, livret distribué à chaque enfant pour sensibiliser leurs parents).

Du saturnisme à l'habitat insalubre

Dès 2007-2008, un projet de réduction des ISS, intégrant un programme d'actions de prévention du saturnisme infantile, a permis d'expérimenter, sur deux quartiers, les outils de sensibilisation élaborés. Le projet a marqué une évolution dans la prise en charge de cette problématique. En parallèle, la Revue générale des politiques publiques et l'intégration des services Santé Environnement des Ddass et Drass au sein des Agences régionales de santé a conduit, à partir de 2010, à un recentrage de la division territoriale des Bouches-du-Rhône, service Santé Environnement (DT13ARS-SE), sur les actions de prévention et de promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire.

À Marseille, trois Ateliers Santé Ville et les équipes du Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) ont choisi de développer, parmi leurs actions, des programmes axés sur les risques sanitaires de l'habitat, dont le saturnisme infantile. Ainsi, des projets de prévention du saturnisme infantile ont débuté, portés par le Codes 13, sur les quartiers Noailles-Belsunce, Les Crottes-La Cabucelle et Ruisseau Mirabeau. Le Codes 13 a été mandaté pour permettre la sensibilisation des médecins libéraux au dépistage, mener des actions d'information auprès des associations, des parents et des en-

L'ESSENTIEL

-
- ▶ Dans le département des Bouches-du-Rhône, un dépistage du saturnisme infantile a été organisé pour les enfants de moins de 6 ans vivant dans des îlots d'habitat dégradé.
- ▶ Un programme expérimental de consultation pédiatrique médico-sociale et de soutien infirmier à domicile a permis d'élargir la problématique au-delà du saturnisme, pour rechercher d'autres pathologies liées à l'environnement de l'enfant, tenant compte des conditions de vie des familles, et s'intégrant dans une prise en charge sanitaire globale.
- ▶ Toutefois, ce programme se heurte à d'importantes limites, à commencer par le manque de moyens matériels et humains.

fants, conseiller et accompagner les familles au dépistage.

Parallèlement, sous l'impulsion de la DT13ARS-SE, une nouvelle consultation médico-sociale pédiatrique « Enfant Environnement » a remplacé la consultation spécialisée saturnisme infantile. Le développement des missions de cette nouvelle consultation a permis de porter un regard sur l'ensemble des pathologies liées à l'environnement précaire et dégradé de l'enfant. Ainsi, le risque de saturnisme infantile, avec ses conséquences sur le développement de l'enfant, est devenu une porte d'entrée pour élargir l'investigation aux risques liés aux conditions de vie des familles, s'intégrant dans une prise en charge sanitaire globale.

Présentation du dispositif actuel autour de la consultation enfant environnement, CHU Nord

La consultation Enfant Environnement a été ouverte fin 2011 au CHU Nord à Marseille (AP-HM), constituée d'une vacation médicale et d'un temps plein infirmier. Elle aspire à une prise en charge médico-sociale des enfants en défaut d'accès aux soins ou exposés à des pathologies environnementales. L'innovation dans le fonctionnement de cette consultation réside dans les activités extérieures de l'infirmier (visites à domicile, rencontres avec les

partenaires de terrain, participation aux actions de prévention, etc.), qui permettent à la fois de recueillir des informations et de prodiguer des conseils directement au domicile des familles, mais aussi de développer un réseau de partenaires (DT-ARS, PMI, médecins scolaires, associations) afin d'entretenir et de diversifier les orientations. Cette action « hors les murs » fait d'ailleurs explicitement partie des « missions d'intérêt général » demandées aux établissements de santé¹.

L'infirmier effectue une visite d'évaluation de l'habitat et des conditions de vie des familles. Les données sur l'habitat sont transmises aux services compétents, au regard des dispositifs de lutte contre le saturnisme infantile et l'habitat indigne (principalement la DT13ARS-SE et le SCHS). Autant que possible, les enfants sont adressés à leur médecin traitant pour le dépistage sanguin du saturnisme infantile. Une conseillère médicale en environnement intérieur (CMEI) peut également intervenir au domicile d'un patient dont le médecin traitant suspecte un lien entre des symptômes et l'environnement intérieur. La visite de l'infirmier est souvent renouvelée, pour expliquer les résultats des analyses et les risques identifiés, sensibiliser les familles aux moyens de prévention, les assister dans les procédures administratives, voire les accompagner à des consultations médicales. Le soignant fait partie d'un réseau comprenant des médecins traitants, des services de PMI et de médecine scolaire, la DT13ARS-SE, le SCHS, des acteurs de la prévention et d'éducation à la santé, des services d'action sociale, des services de « politique de la ville » et des Ateliers Santé Ville. Afin de développer le dépistage des pathologies liées à l'insalubrité, des séances de sensibilisation des professionnels et des visites à domicile conjointes sont organisées avec des PMI.

Les enfants présentant une situation nécessitant une évaluation médicale ou sociale plus étendue, en rupture de suivi médical ou de droits à une couverture sociale, peuvent être examinés par le pédiatre de la consultation, au regard des éléments recueillis sur le logement ou des problématiques sociales rencontrées. Un rattrapage vaccinal est proposé si nécessaire. La

mise à jour de la couverture sociale est vérifiée, en lien avec une assistante sociale (dispositif Pass). Des traducteurs intrafamiliaux, associatifs ou professionnels sont fréquemment sollicités. L'objectif *in fine* est la reprise du suivi pédiatrique universel par les structures de proximité avec la spécificité des risques et pathologies identifiés.

Dès le premier semestre 2012, le nombre de cas de saturnisme infantile dépistés dans les Bouches-du-Rhône a fortement augmenté (21 cas en six mois)². De nombreuses pathologies méconnues ont été dépistées : troubles de la croissance et neurosensoriels, carences en zinc, en fer, en vitamines A et D, asthme, dermatoses, tuberculose latente et autres infections sévères (VIH, hépatite C).

Malgré tout, l'amélioration de l'état de santé de ces enfants et l'efficacité de la prévention dépendent d'abord de la lutte contre l'habitat indigne et de l'insertion sociale des familles. Les difficultés multiples rencontrées par ces familles ainsi que la haute complexité des voies de recours pour l'amélioration de leur habitat sont des entraves puissantes à la résolution de ces situations. Les ressources de la consultation Enfant Environnement sont, à ce jour, encore largement insuffisantes pour répondre à la demande sur ce territoire. L'implication des médecins effectuant le suivi pédiatrique universel reste insuffisante pour le dépistage du saturnisme infantile et des pathologies environnementales. Enfin, la coordination des procédures est complexe, du fait des problèmes soulevés, au croisement du médical, du social, du juridique, de l'environnemental et de l'anthropologique.

Conclusion

Le département des Bouches-du-Rhône est marqué par d'importantes inégalités sociales et territoriales de santé. Les conditions de logement et l'habitat indigne font partie des principaux déterminants de ces inégalités. Nous avons souhaité, à travers l'exemple de la lutte contre le saturnisme infantile, montrer comment s'est opéré le passage d'actions ciblées de dépistage et de prise en charge vers une politique de prévention et de promotion de la santé prenant en

compte les conditions de vie de ces enfants. L'approche partenariale a été, ici plus qu'ailleurs, une constante, et s'est révélée indispensable. Même si des résultats encourageants sont à noter, la complexité actuelle des procédures d'amélioration de l'habitat dégradé ou d'accès au logement (parc social/parc privé) reste un obstacle important en termes de réponses que nous pouvons proposer aux familles.

1. Circulaire n°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général. En ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf

2. Site InVS. Saturnisme chez l'enfant. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant/Donnees-de-la-surveillance-du-depistage-et-de-la-declaration-obligatoire>.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* [Rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 100 p. En ligne : <http://www.hcsp.fr>
- [2] Inégalités sociales de santé. *BEH*, mars 2011, n° 8-9 : p.73-100. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf
- [3] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [4] Chéron S., Dotta D., Pougard J., Jaillet J.-C. Quartiers prioritaires. Des situations de précarité plus hétérogènes qu'en France métropolitaine. *Analyse n° 24*, décembre 2012 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/analyse/ana24/ana24.pdf
- [5] Dispositif régional d'observation sociale. *Atlas social de la région Provence-Alpes-Côte d'azur 2013*. Marseille : Dros, 2013 : 70 p. En ligne : http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/ATLAS_SOCIAL/Atlas_social_2013.pdf
- [6] Boyer M., Maurin N., Prudhomme J., Duponchel J.-L., Collomb J., Pelleing F., *et al.* Dépistage du saturnisme chez les jeunes enfants dans les Bouches-du-Rhône [France], avril-juillet 2008. *BEH*, 2010, n° 44 : p. 441-445. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/44/BEH_44.pdf

À Aubervilliers, les enfants habitant dans un bâtiment à risque se voient proposer un dépistage d'une éventuelle intoxication au plomb. En parallèle, un programme ayant une approche beaucoup plus globale apporte un appui aux familles et à leurs enfants, sur le plan social, éducatif, psychologique.

Aubervilliers : de la lutte contre le saturnisme au développement du bien-être psychique des enfants

Catherine Peyr, directrice du Service communal d'hygiène et de santé, **Colette Pejoux,** infirmière, responsable du programme de prévention, mairie d'Aubervilliers.

Depuis de nombreuses années, le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS)¹ de la ville d'Aubervilliers développe une intervention volontariste dans le domaine de l'habitat insalubre et ses conséquences sanitaires, en ayant recours à tous les dispositifs réglementaires disponibles.

Près de quatre logements sur dix ont été construits avant 1949. L'habitat est caractérisé par un parc privé potentiellement indigne important, d'environ 29 % et pouvant atteindre 42 % pour certains quartiers alors que la moyenne du département se situe à 10 %. L'abord des déterminants de santé – et en premier lieu de l'habitat dégradé – est le fondement de l'action municipale.

Le service intervient le plus souvent à la demande des occupants, autour de la santé des enfants dont voici quelques exemples significatifs : « *mes enfants sont toujours malades, en plus il y a de l'humidité, ils sont allergiques car dans l'appartement nous vivons avec les cafards* ». Un autre facteur déterminant concerne la sur-occupation et le mal-être : « *mes enfants ne peuvent pas dormir, ils ne travaillent pas bien à l'école car ils n'ont pas de chambre, on est tous entassés, personne n'a d'intimité* ».

De plus en plus de situations ne relevant pas de procédures sont identifiées : sur-occupation, conflits de droit privé, ainsi que de nouvelles

formes d'insalubrité liées à la paupérisation et au déficit de logements sociaux : des propriétaires peu scrupuleux découpent des pavillons, louent des combles, des garages, des caves à des familles ne sachant pas où se loger.

Dans bon nombre de situations, la seule réponse acceptable sur le plan sanitaire est le relogement.

La santé des enfants dans l'habitat insalubre représente un enjeu essentiel pour le service. Le saturnisme infantile est la résultante de l'intoxication des enfants par le plomb, contenu dans les peintures anciennes des bâtiments construits avant 1949, dégradés et sur-occupés. D'autres sources sont identifiées comme l'utilisation de céramiques alimentaires d'origine artisanale (type plats à tajine) ou le Khôl (transmission *via* le placenta ou utilisation chez les jeunes enfants en contour de l'œil).

Dépistage et réduction des risques

La ville s'est engagée dans un important travail de dépistage et de réduction des risques. À partir de 1987 – lorsqu'un enfant est décédé à Aubervilliers d'une encéphalopathie saturnine – une collaboration étroite entre le Service communal d'hygiène et de santé et les équipes de PMI a été mise en place. Il faudra attendre la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, pour que l'ensemble des communes aient la possibilité de mettre en œuvre des actions de réduction des risques, *via* l'obligation de réalisation des travaux. Base de la stratégie de

L'ESSENTIEL

- **En cas de risque avéré ou/et constaté d'intoxication au plomb, les services de la commune prennent en charge l'accompagnement des familles, le logement temporaire ou relogement, le suivi médical des personnes concernées.**
- **Enfants et femmes enceintes font l'objet d'un suivi avec une vigilance particulière, étant tout particulièrement exposés aux risques.**
- **Ce suivi permet aussi de détecter et prendre en charge d'autres pathologies en lien avec des conditions de vie précaires.**
- **En parallèle, un programme a été développé avec une approche plus globale, portant sur le bien-être psychique du jeune enfant.**

dépistage à Aubervilliers, une liste de bâtiments dans lesquels des prélèvements de peintures ont été réalisés est transmise à tous les centres de PMI ainsi qu'aux médecins généralistes et pédiatre du Centre municipal de santé.

Les enfants habitant un bâtiment à risque se voient proposer une mesure de plombémie, soit par la PMI, soit par le SCHS, ou encore par leur médecin généraliste. Tous les prélèvements sont effectués au Centre municipal de santé, et les analyses sont réalisées par le laboratoire central de la préfecture de Paris (LCPP). Le SCHS est opérateur, au même titre que les associations mandatées par le préfet pour toutes les missions : diagnostic, accompagne-

ment des propriétaires, suivi des travaux avec prélèvements de poussières avant, pendant et après travaux, accompagnement social des familles, mise en place des mesures d'hébergement temporaires pendant la phase de décontamination, dépistage et suivi des enfants ainsi que la conduite de l'enquête environnementale en cas d'intoxication.

En matière d'hébergement, par mesure de protection, nous avons fait le choix de proposer systématiquement un éloignement de jour comme de nuit pour tout enfant de 0 à 6 ans, ainsi que pour les femmes enceintes. Les solutions personnelles sont toujours recherchées avec les familles, avant de leur proposer un hôtel, qui se trouve être la seule solution dont nous disposons au niveau de la ville (on pourrait avoir des logements tiroirs, qui ne servent qu'à l'hébergement pendant les travaux, mais cela n'est pas encore le cas). Pour les enfants de plus de 6 ans, un éloignement de jour est proposé, avec une surveillance des poussières tous les soirs durant la phase de décontamination, avant leur réintégration au domicile. Le suivi des enfants permet également de diagnostiquer la source des intoxications : un enfant peut ne pas être intoxiqué à un instant donné, puis avoir lors des prélèvements suivants une intoxication imputable à des changements de comportement Pica (trouble du comportement alimentaire qui consiste à ingérer des substances non alimentaires comme la terre, l'argile), prise de repas dans des plats à tajine, etc.

Cette action volontariste a des effets positifs, que nous pouvons enfin mesurer sur le nombre d'intoxications, ne cessant de diminuer (depuis 1997, nous sommes passés de 17 % d'intoxication à 2,5 %). Malgré tout, il nous faut rester vigilants et ne pas baisser le niveau de dépistage.

Bien-être psychique du jeune enfant

Au-delà des interventions ciblées sur le saturnisme, l'équipe travaille en partenariat étroit avec celle du programme de « Promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0 à 3 ans)

des quartiers Paul-Bert et Quatre Chemins » développé par l'Atelier Santé Ville. Ce programme, porté par une infirmière à temps complet et une psychologue à mi-temps, vise à promouvoir des conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants de 0 à 3 ans, sur deux quartiers de la ville classés en zone urbaine sensible.

Le programme cherche à exercer une influence positive sur les conditions de naissance et de vie des jeunes enfants. Il intervient, non seulement sur la santé de l'enfant et de la famille, mais aussi sur les déterminants sociaux-économiques et environnementaux (logement, éducation, emploi, accès aux droits et à la langue française).

Développant un travail de proximité pluripartenarial, ce programme se décline par la mise en place d'actions étroitement liées, à savoir : des Visites à domicile (VAD) proposées de manière systématique aux femmes enceintes à 20 semaines de grossesse jusqu'aux 3 ans de leur enfant, deux Accueils parents-enfants (APE) hebdomadaires, un Atelier socio-linguistique (ASL) pour les mamans ne parlant pas le français, avec un mode de garde associé pour les enfants, une supervision technique des accueillantes des sept APE d'Aubervilliers, et l'animation d'un groupe pluri-institutionnel et pluridisciplinaire, apportant de la cohérence sur les interventions menées sur les quartiers cibles.

Dans le cadre des VAD, si la problématique familiale s'avère être celle du logement, un travail partenarial et pluridisciplinaire s'instaure avec l'équipe de lutte contre le saturnisme, les inspecteurs d'hygiène ou les assistantes sociales de la ville. Il s'agit de favoriser les modalités d'accès au logement, les démarches à engager pour améliorer les conditions d'habitat, l'ouverture ou le renouvellement de la demande de logement social, le recours à la loi « Droit au logement opposable » (Dalo), les dépôts de plaintes pour logement indigne ou mise en demeure du propriétaire à effectuer des travaux de remise en état, le recours juridique et la sollicitation de la mairie pour pré-

venir une expulsion, l'orientation vers la Maison de la justice et du droit pour un appui juridique et, enfin, d'apporter une aide morale dans les situations bloquées.

Le programme « Promotion du bien-être du jeune enfant » a initié ce travail intersectoriel très serré en s'adaptant aux besoins réels et exprimés de la famille (demande de logement) : les professionnels se connaissent bien et les informations utiles sont rapidement partagées pour que les situations sociales précaires soient résolues de manière la plus efficace possible pour la famille.

Une évaluation a été financée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2010 et réalisée par le cabinet de sociologues « Recherches et Sociétés », avec l'outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Elle souligne l'impact positif du programme auprès des familles.

1. Cinq inspecteurs d'hygiène, deux techniciens saturnisme, une infirmière à mi-temps, deux agents de proximité, une secrétaire, une comptable à mi-temps et une directrice.

En vivant dans 20 m² avec trois enfants, « *les parents ont su préserver et structurer la vie de famille* »

La présentation d'un cas concret illustre le travail du programme du bien-être psychique du jeune enfant présenté ci-avant : en septembre 2011, l'infirmière réalise une visite à domicile chez la famille D. Les parents sont originaires d'un petit village au Mali, issus d'une famille d'éleveurs et n'ont pas été scolarisés. Monsieur est en France depuis treize ans, en situation régulière, et travaille comme agent d'entretien pour deux employeurs. Madame est en France depuis 2006, en situation de séjour irrégulier et parle le bambara. Elle a eu recours à l'Atelier socio-linguistique (ASL) et l'Accueil parents-enfants (APE) organisés par le programme, mais aussi à d'autres structures/dispositifs : Programme de Réussite éducative, centres de loisirs, bibliothèque municipale.

Ils ont trois filles – 4 ans, 2 ans et 8 mois – et ils habitent dans une chambre meublée de 20 m² d'un hôtel vétuste avec présence de cafards et de souris, destiné à la démolition (un WC sur le palier pour sept chambres, et une douche pour une trentaine de chambres occupées surtout par de jeunes travailleurs immigrés célibataires).

Dans la pièce, il y a un grand lit où toute la famille dort ; au fond, sous une petite fenêtre se trouve un réchaud où Madame cuisine, et sur les côtés, par terre, des faitouts. Sur la gauche, un lavabo, un pot en dessous pour les enfants car les toilettes de l'étage sont trop sales. Sur les quatre murs, en hauteur, des étagères où se trouvent les papiers, les médicaments, etc. Sous

le lit, des valises pour le rangement des vêtements et une petite télé suspendue au mur. Pour les repas, un saladier est posé sur un tabouret à côté du lit. Ils paient un loyer de 390 euros et ne bénéficient d'aucune aide au logement, puisque celui-ci est impropre à l'habitat d'une famille nombreuse.

Les Visites à domicile (VAD) permettent d'identifier très précisément le cadre de vie dans lequel évolue la famille, de mieux appréhender les difficultés qui peuvent en découler, de mettre en place avec la famille les solutions adaptées et de les appuyer ensuite auprès des services compétents par des courriers, des appels téléphoniques, des emails ou des rencontres avec les professionnels.

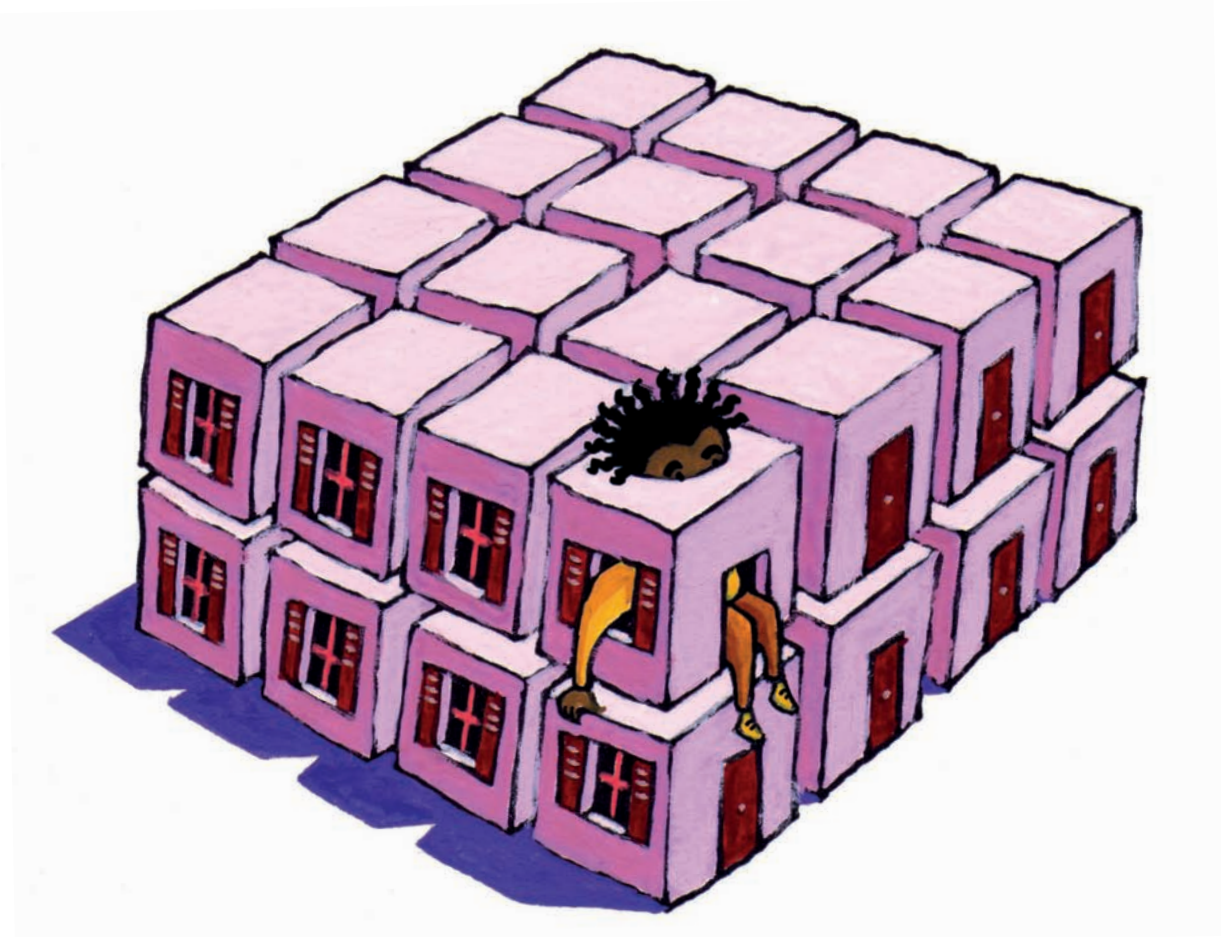
Extérieurement, il était difficile d'imaginer les conditions précaires dans lesquelles cette famille vivait. On aurait pu penser que ces conditions de logement et de vie très précaires auraient influencé négativement le développement des enfants. Or, les trois petites filles étaient adorables, souriantes et timides. Les vêtements étaient toujours propres et leur hygiène était satisfaisante. Les parents ont su préserver et structurer la vie de famille.

En novembre 2012, Madame appelle l'infirmière pour lui dire que le propriétaire était venu chez elle en criant sur elle, en présence des enfants. Il sait que Madame est enceinte de son quatrième enfant et veut les expulser, car il n'a pas le droit de loger une famille dans une seule pièce !

Monsieur étant parti au Mali, Madame va tout de suite demander de l'aide au service municipal de l'Habitat.

Au sein de la famille, l'aînée, au fil des VAD, devenait renfrognée, ne voulant pas parler à l'infirmière et disant à ses parents ne pas vouloir de petit frère. À l'école, la directrice avait aussi constaté un changement de comportement (plus fatiguée, manque de sommeil, plus agressive) et pensait que cette petite fille commençait à souffrir de ses conditions de vie, en comparaison avec ses copines.

Le service social municipal et l'Unité territoriale¹ habitat – missions communales – interviennent également. Le logement est situé dans un quartier en rénovation urbaine ; cet hôtel meublé fait l'objet d'une déclaration d'utilité publique car le propriétaire refuse les prix proposés par le promoteur et en demande un prix exorbitant. Par la suite, une expropriation est demandée au juge. Finalement, le propriétaire est condamné à vendre au prix fixé par le juge. En attendant, il peut expulser la famille et relouer à une seule personne, afin de tenter d'en obtenir un meilleur prix à la vente. Le document « Le statut et les droits des occupants » a été lu à la famille afin qu'elle connaisse ses droits et qu'elle soit protégée : cette chambre est considérée comme leur résidence principale puisqu'ils ont des quittances mensuelles et le propriétaire ne peut, donc, pas les expulser sans un préavis de trois mois. Un dossier « Dalo » a été constitué parallèlement.



Un F4 dans une autre ville du département

De son côté, l'infirmière, qui assure les visites à domicile, rencontre le propriétaire afin d'apaiser le climat verbalement violent et lui expliquer que la famille effectue toutes les démarches pour trouver un logement. Réponse du propriétaire : « *Cela fait six ans que j'attends qu'ils partent, je peux bien attendre encore un peu et il faut bien rester humain* ». Les relations se sont pacifiées. En janvier, la famille a reçu une proposition de relogement, un F4 dans une autre ville du département ; ils y ont emménagé en février 2013. Un petit garçon est né en mars à la grande joie de toute la famille. En mai, Madame a reçu sa carte de séjour pour un an. Malgré sa joie, elle dit regretter infiniment tout le réseau

relationnel et professionnel d'Aubervilliers.

En conclusion, la situation sociale et de santé de cette famille s'est améliorée grâce à :

- la ténacité de ces parents à effectuer toutes les démarches nécessaires concernant le logement (quatre ans de demande) ;
- les compétences dont ils ont fait preuve en éduquant et prenant soin de leurs enfants, sans que ces conditions de vie très précaires de logement influent négativement sur leur développement ;
- l'appui du réseau sectoriel du logement (Service social, Unité territoire habitat), du programme Réussite éducative pour les deux plus grandes (colonies, centres de loisirs), de l'Association solidarité emploi d'Aubervilliers pour l'Atelier socio-linguis-

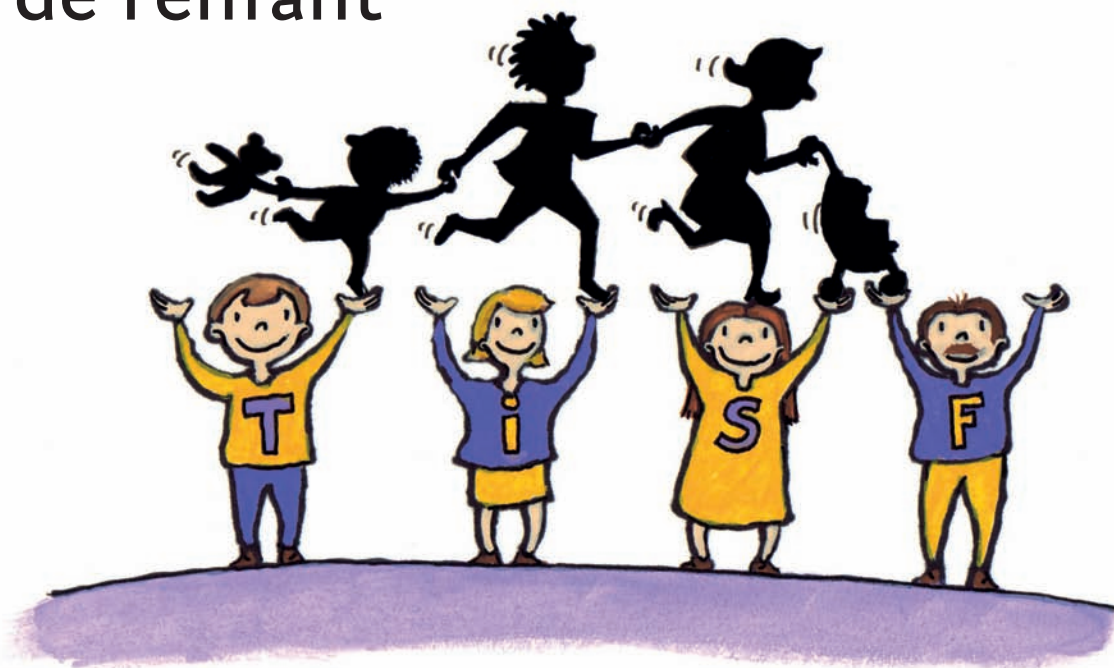
tique pour la maman, et la crèche « La Pirouette » pour la garde du plus jeune ;

- et enfin, aux politiques publiques communale et nationale concernant le logement, la petite enfance et la jeunesse, qui sous-tendent cet ensemble.

1. Service territorialisé de la communauté d'agglomération Plaine Commune intervenant dans le domaine de l'habitat privé (missions principales : pouvoirs de police du maire en matière d'immeubles menaçant ruine, conseils juridiques dans le domaine du logement, dispositifs d'accompagnement des propriétaires dans la réalisation de travaux de requalification de l'habitat privé ancien, campagnes de ravalement, animation du protocole de lutte contre l'habitat indigne).

Profession méconnue, les « TISF » visitent les familles en difficulté pour épauler les mères et trouver des solutions pratiques, afin que l'enfant puisse se développer dans des conditions favorables.

Techniciens de l'intervention sociale et familiale : un soutien au plus près des parents et de l'enfant



Françoise Lagarde, directrice de l'association Aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD), Île-de-France sud et ouest, Sceaux.

La spécificité de leur mode d'intervention est fondée sur le « faire », le « faire avec » et sur le « faire-faire ». Ils apportent un soutien professionnel dans la relation tant aux parents qu'aux enfants, lors d'interventions longues et répétées au domicile. Ils permettent, conjointement avec les familles, d'agir sur les compétences parentales et de favoriser l'intérêt de l'enfant. Leur action trouve son fondement et son financement dans le cadre de missions d'actions sociales différenciées de prévention : missions déléguées par les caisses d'Allocations familiales pour les familles rencontrant des difficultés ponctuelles, missions de prévention et de protection de

l'enfance déléguées par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Les TISF sont partie prenante des réseaux médico-psychosociaux qui tentent de se développer en période périnatale. *(voir également une autre publication de l'auteur)* [1].

Soutien à la relation parent-enfant

L'action des TISF concourt à réduire les inégalités sociales face à la santé. Ce dispositif demeure méconnu des familles, mais aussi des professionnels. L'on peut lister leurs principales missions comme suit :

- soutien à la relation parent-enfant ;
- soin et éducation des enfants ;
- aide à la vie quotidienne (mise en œuvre des règles d'hygiène, d'éducation alimentaire, etc.) ;

- orientation et soutien aux démarches de santé ;
- offrir un répit pour les parents d'enfants handicapés ;
- aide à leur socialisation ;
- accompagnement et prise en charge des enfants en relais des parents pour des activités d'éveil et de loisirs ;
- soutien budgétaire ;
- aide aux démarches administratives.

Les TISF agissent dans le cadre d'un travail d'équipe, en concertation et en réseau avec les autres professionnels médico-sociaux de l'enfance et de la famille. Les familles ainsi aidées souffrent le plus souvent d'isolement, d'absence ou de perte de repères, de difficultés sociales ou/et de santé, de pauvreté. Dans ce cas, les TISF peuvent orienter l'enfant ou/et les parents vers des soins médicaux, qu'ils soient soma-

tiques ou psychologiques. Le TISF exerce ainsi une fonction de médiation vers les structures de soins de proximité telles que la Protection maternelle et infantile, les centres médico-psychologiques, les centres de santé, le médecin traitant, les consultations hospitalières et autres. Selon les cas, l'accompagnement va de l'aide à la prise de rendez-vous jusqu'à l'accompagnement physique aux consultations et diverses prises en charge. Les interventions des TISF débutent après une évaluation de la situation de la famille et de ses besoins. L'accord de la famille est recueilli et formalisé dans le cadre d'un contrat d'intervention. Cet accompagnement permet, par exemple, au TISF d'orienter vers la prise en charge en cas de pathologies comme la dépression maternelle (voir l'article de M. Dugnat dans ce même numéro) et les troubles du développement de l'enfant.

Forces et faiblesses

Les principaux points forts de ce dispositif d'action sociale sont les suivants : il s'adresse à toutes les familles, ce qui a pour effet de réduire les inégalités sociales ; face aux difficultés constatées par le TISF, l'action concrète immédiate mise en œuvre minimise l'impact de ces difficultés et favorise leur résolution. Les TISF « font avec » les familles, suggèrent, mettent en place des actions simples, permettant des évolutions, des actions que parents et enfants reprendront à leur compte pour les faire perdurer. L'accompagnement s'effectue sur des temps longs (environ quatre heures), donnant lieu à une aide dans la globalité des besoins, instaurant une relation de confiance et développant une posture d'écoute. L'accompagnement a lieu sur des temps répétés (une à plusieurs fois par semaine) en fonction des besoins, pour consolider les acquis et favoriser l'autonomie des personnes.

Les principales faiblesses du dispositif sont, d'une part, qu'il demeure méconnu, et d'autre part, qu'il rencontre des obstacles financiers. En effet, les interventions des TISF requièrent une participation financière de la famille¹. Certaines familles, pour ce motif, renoncent à cette aide alors

qu'elles en éprouvent et expriment le besoin. Par ailleurs, nos services s'inquiètent des répercussions possibles des réductions budgétaires annoncées, lesquelles pourraient modifier la singularité de ce dispositif en limitant de façon drastique la durée et la modalité des interventions. À souligner également que le métier de TISF est peu valorisé, y compris au niveau de la rémunération et du statut des personnels. Pourtant, de nombreuses études montrent le bien-fondé de ce dispositif. Ainsi, une recherche menée par le réseau périnatal des Hauts-de-Seine met en lumière l'impact des TISF durant les grossesses gémellaires, démontrant que leur intervention entraîne un accouchement plus tardif, plus proche du terme, donc des bébés moins prématurés, au poids de naissance plus important. En d'autres termes, en minimisant les risques liés à la prématurité, tant du point de vue médical que social et psychologique, non seulement le coût financier se trouve réduit, mais, plus encore, les aspects humain et affectif sont davantage pris en compte.

1. Les interventions des TISF financées par la caisse d'Allocations familiales sont soumises à participation financière des familles, calculées en fonction de leur quotient familial (et donc de leurs ressources), elles sont comprises entre 0,30 cts et 12,42 € / heure. Les interventions TISF financées dans le cadre des missions PMI ou ASE n'appellent pas forcément une participation financière de la famille. Pour les départements appliquant le principe d'une participation des familles, celle-ci est évaluée au cas par cas, les familles en situation de pauvreté en sont, en général, exonérées.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Lagarde F., Sacre P., Ouhnia F., Dhellin M., Eliot I., Manh A. Prévention précoce au domicile : une revue de littérature et une description d'un service français d'intervention sociale et familiale. *Devenir*, 2011, vol. 23, n° 1 : p. 33-68.

L'ESSENTIEL

- **Comment, en période périnatale, soutenir et accompagner les familles qui en ont besoin ? Parmi les différents professionnels intervenant à domicile, les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) occupent, depuis de nombreuses années, une place spécifique.**
- **Travailleurs sociaux diplômés, ils apportent une aide de proximité aux familles dans l'organisation de la vie quotidienne, les soins et l'éducation aux enfants, le soutien aux démarches et à l'insertion sociale, qui constituent le cœur de leur métier.**

INTERVENIR À DOMICILE DANS L'INTIMITÉ DE LA RELATION MÈRE/FILS

Madame C., d'origine asiatique, est une mère seule avec son fils, Martin, né prématurément. Quand la puéricultrice les rencontre, Martin est âgé de 10 mois. La mère est isolée, et l'enfant en difficulté dans son évolution. La puéricultrice contacte l'association Aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD) Île-de-France sud et ouest, et demande l'intervention d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) pour accompagner la mère dans un travail de socialisation, car elle a tendance à se replier sur elle-même.

Après un entretien à domicile réunissant la puéricultrice, la TISF et la mère, des objectifs de travail sont définis et les interventions commencent « sur la pointe des pieds ». L'appartement est un petit deux pièces, la pièce principale est composée d'un coin cuisine, d'un clic-clac, d'un meuble avec la télé et d'un petit espace où l'enfant pourrait jouer. Au fil des rencontres, une fois la confiance établie, Mme C. devient demandeuse. Elle raconte ce qu'elle a fait pendant la semaine, et accepte des conseils pour les démarches administratives. Après plusieurs rencontres, nous pouvons envisager de partir de ses propres demandes, échanger sur le sens de notre intervention.

Pendant les premières interventions, elle garde son fils collé sur son ventre. Elle le porte toujours et le pose très occasionnellement sur des couvertures bien douillettes. Martin ne parvient pas à s'asseoir. Notre présence permet de montrer à la mère que Martin peut bouger seul, sans se faire mal. Cette séparation physique est tout un travail dans lequel accompagner la mère et l'enfant, afin qu'ils prennent de l'indépendance l'un vis-à-vis de l'autre, et que Martin puisse exister par lui-même. Peu à peu, elle nous conte son histoire : elle a dû fuir son pays en guerre à travers les forêts et frontières, gardant avec elle ses sœurs, les parents étant décédés. Concernant le père de son enfant, il est absent et elle ne conçoit pas de le nommer. Tout est impressionnant dans son histoire, qui se révèle entre deux biberons et des dossiers administratifs à remplir.

À l'analyse de la situation, facilitée par les écrits qui permettent de prendre de la distance, par des échanges avec les collègues en réunion mensuelle, par la réflexion

en supervision, par les réunions de synthèse avec les partenaires (puéricultrice, assistante sociale, médecin de PMI), nous percevons combien il serait important que Mme C. puisse bénéficier d'un lieu de parole psychothérapeutique. Il faudra beaucoup de temps et de tentatives pour que la question puisse être abordée, et acceptée. Alors, notre travail commencera d'abord par la « sortir de son monde » de peurs, pour l'aider à « réhabiter l'espace relationnel » [1]. C'est ainsi qu'après plusieurs interventions au domicile nous faisons, ensemble, l'expérience de sortir de l'appartement et d'aller à la rencontre du monde extérieur, des autres partenaires sociaux : puéricultrice, PMI, assistante sociale. « *Sortir de chez soi, c'est perdre le contenant familial groupal, seule cloison assurant une certaine protection* » [1]. La persévérance aide la mère à accepter, à laisser ses craintes de côté. Ensemble, cela devient possible.

Les bienfaits de l'espace collectif

La chance pour cette famille, c'est que dans cette commune, des actions collectives sont organisées, portant sur l'accueil collectif des mères de familles aidées par les TISF avec leurs enfants de moins de 3 ans. Ainsi, tous les quinze jours, dans une maison socioculturelle, les mères – par les activités – et les enfants – par le jeu – prennent du temps pour eux, expérimentent que chacun peut avoir son espace et en profiter, sans ce que cela mette l'autre en danger. Mme C. accepte de s'y rendre, pensant qu'il est bon que son fils rencontre d'autres enfants. À sa demande, nous sommes présents à chaque rencontre. Très vite, en deux rencontres, Martin, qui ne tenait toujours pas assis, commence à s'asseoir et accepte très facilement les jeux avec d'autres enfants.

Sans pouvoir restituer ici l'ensemble de ce cheminement, soulignons que, récemment, lors d'une intervention, nous avons constaté que Martin, désormais âgé de 2 ans, fait l'apprentissage du « non » avec sa mère. Le travail, qui se poursuit, consiste à accompagner la mère pour qu'elle laisse grandir son fils dans ce qu'il exprime, car l'enfant continue d'être très souvent blotti auprès de sa mère. Il est tout aussi important de prendre du temps avec la mère pour qu'elle puisse verbaliser son vécu et son évolution. Elle nous confiera ainsi plus tard combien elle a appréhendé notre venue. Aujourd'hui, elle remercie la puéricultrice qui nous a mis en relation : elle sent combien ce travail fait ensemble lui a permis de se

tourner vers l'extérieur (mairie, halte-garderie, assistante sociale) et, ainsi, accepter que son fils grandisse moins « collé » à elle.

En conclusion, à chaque famille sa situation. La richesse de notre travail consiste à nous adapter à leur réalité, pour leur offrir une solution « sur mesure ». En tant que Techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF), comprendre et accepter leur réalité est primordial. Leurs situations de pauvreté et de dénuement, tant matériel que psychologique, nous troublent et nous demandent une adaptation jour après jour.

Patricia Sacre,

Technicienne d'intervention sociale et familiale

à l'association Aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD), Île-de-France sud et ouest, Sceaux.

Référence bibliographique

[1] Lamour M., Barraco-De Pinto L. Approche à domicile et travail en réseau. Dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. *Spirale*, 2003, n° 25 : p. 117-132.

Comment la PMI de Vanves travaille pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Pascaline Marpeau,
infirmière-puéricultrice,
responsable du centre de PMI,
Vanves.

La PMI de Vanves dans les Hauts-de-Seine s'appuie sur des compétences pluridisciplinaires. L'équipe comprend deux auxiliaires de puériculture, deux médecins, une sage-femme, une psychologue, une éducatrice de jeunes enfants et deux infirmières puéricultrices dont l'une est responsable du centre. Il y a, en moyenne, trois cent soixante-dix naissances par an sur la commune. En dépit d'une structure de population générale favorisée, nous accompagnons des familles en grande difficulté (chômage, emploi à temps partiel, logement insalubre, etc.) vivant dans des cités ou logées par le Samu social. Nous suivons aussi des mères seules, immigrées, dont certaines ne parlant pas français. La plupart de ces familles nous sont adressées par les professionnels des maternités environnantes.

La vocation du service départemental de PMI du Conseil général des Hauts-de-Seine est « d'accompagner plus particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité et de s'assurer que celles-ci bénéficient des prestations semblables à l'ensemble des citoyens. La PMI a avant tout une mission de promotion de la santé et de l'égalité des chances pour un bon développement de tous les enfants... Le succès de cette mission repose pour l'essentiel sur des actions de repérages précoces et efficaces

auprès des familles et sur la faculté des professionnels de la PMI, en lien avec ses partenaires, à évaluer la nécessité de réaliser un suivi pour les familles en situation de vulnérabilité. »¹.

Modalités d'accompagnement des familles

L'accompagnement est ponctué d'opportunités de rencontres régulières et gratuites avec les familles que sont l'accueil-pesée, les consultations médicales, les visites à domicile (VAD) et le bilan en école maternelle (BEM).

À la sortie de la maternité, il est proposé aux familles d'aller peser leur bébé à la PMI. Nous recevons certains mois 90 % des nouveau-nés. Ce premier contact constitue, pour beaucoup de jeunes mères, sorties très précocement de la maternité, une aide d'autant plus précieuse et rassurante que, lorsqu'elles ont peu de moyens, elles ne peuvent entamer ailleurs un suivi médical régulier.

Les consultations médicales, avec examen clinique et vaccinations, les visites à domicile, qui permettent de se rendre compte de façon plus précise du cadre de vie de l'enfant, le bilan en école maternelle facilitant le dépistage précoce des troubles préjudiciables à la vie scolaire, constituent des modalités d'actions particulièrement adaptées aux familles en situation précaire, favorisant généralement un lien de confiance avec elles.

L'accompagnement prend appui sur le travail en équipe au sein de la PMI et en réseau avec différents partenaires : Conseil général (service social,

L'ESSENTIEL

- **Infirmières-puéricultrices, médecins, sage-femme, psychologue et éducatrice : l'équipe de la PMI de Vanves accompagne les familles après une naissance.**
- **La PMI leur propose des rencontres régulières notamment des accueils-pesée, des consultations médicales mais aussi des visites à domicile.**
- **Certaines de ces familles sont dans une situation socio-économique difficile, comme en témoigne le parcours de cette jeune mère et de son enfant, présenté ici.**

Aide sociale à l'Enfance), autres partenaires extérieurs (maternités, service « Petite enfance » de la mairie, crèches, Relais assistantes maternelles, écoles, médecins, Centre médico-psychologique, Centre de Guidance infantile, associations des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), Samu social, etc.).

L'équipe de la PMI se réunit chaque semaine pour échanger sur les familles suivies. Chacun partage ses observations, qui varient en fonction du cadre de ses interventions. Les attitudes et les réactions des parents et des enfants diffèrent, en effet, selon les personnes et les circonstances (salle d'attente, accueil-pesée, consultations, etc.). Ces échanges croisés favorisent une vision plus complète de la famille et de son fonctionnement. Ce partage de l'information et des ressentis donne du sens, et peut conduire à repenser l'accompagnement. Il permet à chacun de se

sentir reconnu dans sa spécialité et d'être d'avantage partie prenante du suivi. La cohésion d'équipe ainsi créée a un impact fort sur les familles qui perçoivent un discours commun, ce qui les rassure et contribue à leur donner confiance.

Le recours, en accord avec les parents, à nos partenaires permet de mettre les familles en lien avec des structures qu'elles ne contacteraient pas d'elles-mêmes.

Exemple d'un suivi

E., née en 2012, a une grande sœur de 3 ans qui a été suivie à la PMI. Ses parents sont arrivés en France en 2007, la mère a 18 ans, le père 27. La mère parle le français.

E. avait sept jours lors de son premier accueil-pesée et semblait aller très bien. Mais la grossesse ayant été difficile, la mère devait faire des examens qui l'inquiétaient. Ainsi fragilisée, nous lui proposons un suivi régulier. Elle rencontre le médecin du centre de PMI dix jours après. Auparavant, lors d'un rendez-vous à la PMI, elle nous a expliqué que sa fille vomit après chaque biberon. Mais l'enfant grossit bien et l'examen clinique est normal.

L'équipe observe régulièrement E. en pesée et en consultations. Nous constatons que le regard du bébé est difficile à capter et ne suit pas forcément un mouvement. Dans les bras de sa mère, E. détourne la tête en position d'hyperextension.

La maman reste inquiète et décrit toujours d'importants vomissements. Nous lui proposons de venir observer un repas à domicile. Elle accepte. Lors de cette première visite à domicile, nous sommes frappés par l'exiguïté de son logement. Elle nous raconte ses débuts difficiles en France, alors qu'elle était jeune et loin de sa mère restée en Roumanie. Elle propose alors un biberon à sa fille qui le prend puis le vomit. Elle nous révèle qu'après la naissance de sa fille aînée, elle a fait une grave dépression (« *je tombais dans un trou et pleurais toute la journée, je donnais le biberon au prix d'un effort immense...* »). Son médecin lui a prescrit un traitement et l'a orientée vers une psychologue libérale qu'elle n'a pas consultée pour des raisons financières. L'été suivant, elle a revu sa mère et sa

dépression a disparu. Elle ne s'en était jusqu'alors jamais ouverte à quiconque car elle en avait honte.

Nous la suivons, chaque semaine, à la PMI et lui téléphonons chaque lundi. Nous observons que l'échange mère-bébé reste difficile, E. évitant systématiquement le regard maternel. La maman nous apprend que sa fille n'accepte de prendre ses biberons que dans son lit et qu'elle y passe une grande partie de sa journée. Nous lui proposons une deuxième visite à domicile pour aménager un espace d'éveil au sol. La mère évoque alors sa difficulté à prendre en charge ses enfants. Nous lui proposons l'aide d'une technicienne en insertion sociale et familiale mais elle refuse. Nous lui proposons aussi de l'accompagner au groupe « berceuses et comptines », au centre périnatal du centre hospitalier Sainte-Anne, CPBB². L'objectif de ce groupe, animé par une pédopsychiatre et un orthophoniste, est d'établir un temps privilégié mère-bébé, la mère chantant des comptines de son enfance. Elle préfère réfléchir.

Quelques jours après, elle nous informe que les vomissements sont terminés. Nous la recontactons pour nous en assurer et la trouvons en pleurs, E. refusant de manger depuis deux jours. Le père s'est énervé. Sentant la maman démunie, nous lui proposons une troisième visite à domicile. La mère raconte le vécu de sa première grossesse : suspicion de Trisomie 21 avec proposition d'interruption volontaire de grossesse (IVG), chute avec risque de perte du bébé, suspicion de cardiopathie avec intervention envisagée à la naissance. Malgré ses inquiétudes, sa fille est née en bonne santé et dit-elle, « *est intelligente !* ».

Par la suite, la mère acceptera de consulter au centre périnatal lorsque E. n'aura pas pris le poids escompté et aura manifesté encore plus de troubles alimentaires. Nous l'y avons accompagnée et, sur sa demande, avons assisté au premier entretien. Dès la semaine suivante, une prise en charge régulière mère-bébé par le centre périnatal s'est instaurée, en complément du suivi de la PMI. Depuis lors, nous avons constaté une diminution des troubles. Le suivi entamé doit toutefois être encore prolongé.

Difficile de solliciter une aide

Le souci constant que génère la précarité de sa situation (isolement, logement, santé, revenus, etc.) parasitait la pensée et l'action de cette maman, en incapacité de voir sa difficulté relationnelle avec E. Il nous semble que le fait de ne pas lui imposer une solution, tout en continuant à la solliciter de manière respectueuse, lui a permis de prendre peu à peu de la distance avec ses problèmes immédiats et de nous exprimer ses souffrances passées, vraisemblablement à l'origine de ses difficultés actuelles.

Le temps laissé à cette maman, la gratuité et le caractère non contraignant de nos propositions lui ont permis d'accepter un suivi régulier, ce qui n'avait pas été possible dans un cadre de médecine libérale, lors de la première naissance.

Lorsque l'on est étrangère et isolée, il est difficile de solliciter une aide. La PMI est devenue l'interlocuteur privilégié de cette maman et le lieu où elle a pu faire connaissance d'une autre femme avec laquelle elle échange régulièrement désormais, une mère de nationalité moldave qu'elle retrouve à l'extérieur. En facilitant de telles rencontres, la PMI est créatrice de lien social et favorise l'intégration.

Disposer d'un réseau de partenaires que l'on peut solliciter (ici, le centre périnatal du centre hospitalier Sainte-Anne) permet de faire appel à des compétences spécifiques intervenant dans les délais courts (parfois dans les vingt-quatre heures), qu'exigent les situations de précarité.

Une nécessaire cohésion d'équipe

En conclusion, la lutte contre les inégalités sociales de santé, conformément aux orientations du schéma départemental, nécessite une cohésion d'équipe renforcée pour conduire des actions efficaces et pérennes. Cette cohésion repose notamment sur l'acquisition de connaissances communes (caractéristiques des inégalités sociales de santé et manière de les appréhender, observation des bébés, accueil et écoute des familles, etc.). Les formations correspondantes devraient être suivies en équipe, pour favoriser l'interaction et la complémentarité de tous

ses membres. Or actuellement, les personnes se forment séparément.

Il convient aussi de développer les visites à domicile, qui permettent d'observer les conditions réelles de la précarité de vie des familles, – ou en tout cas de les approcher – de tisser des liens favorables à l'efficacité du suivi, de rendre les familles davantage actrices de leur propre devenir, en leur donnant la possibilité d'accueillir dans leur lieu de vie, les professionnels qui les accompagnent pour progressivement aller vers une prise en charge et un soutien relevant du droit commun. Nous pensons que permettre à des familles de recevoir dans leur lieu de vie, des professionnels, au lieu de les faire se déplacer systématiquement dans une institution comme une PMI, est un facteur « d'autonomisation » et de reconnaissance pour ces familles. Le maintien d'un accueil indifférencié des familles demeure la condition *sine qua non* d'un accès aux soins pour tous. Enfin, il faut garder présent à l'esprit que la fragilité des personnes concernées nécessite de leur laisser du temps pour retrouver une autonomie et une capacité à agir.

1. Projet schéma départemental de PMI, 2009 : p.32.
2. Centre périnatal boulevard Brune (26, bd Brune – 75014 Paris) : unité pédopsychiatrique du centre hospitalier Sainte-Anne, prenant notamment en charge les enfants de 0 à 3 ans et leurs parents présentant des troubles relationnels précoces.

À GRENOBLE, UN PROGRAMME POUR COMBLER LE RETARD DE LANGAGE CHEZ LES TOUT-PETITS

Petite enfance et lutte contre les inégalités sont des priorités affichées par la ville de Grenoble. Dans ce cadre, le chercheur Michel Zorman, médecin de santé publique, a conçu un programme intitulé « Parler bambin » ou l'art de la conversation avec les tout-petits, programme de prévention précoce pour l'égalité des chances, dans tous les lieux d'accueil de la petite enfance. Inspiré de dispositifs mis en place au Canada et aux États-Unis, « Parler Bambin » est destiné aux enfants âgés de 18 à 36 mois. Il permet l'acquisition des compétences langagières par tous, à travers l'attention portée à l'enfant et le développement des interactions entre les professionnels et les enfants, en coopération avec les parents. Michel Zorman l'a dans un premier temps évalué de manière expérimentale, puis, à partir de 2012, le programme a été généralisé par le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Grenoble à l'ensemble de ses structures petite enfance. Grenoble transfère aujourd'hui son expérience à d'autres collectivités. Six cents professionnels grenoblois ont été formés en trois ans et 2 500 enfants sont accompagnés chaque année. Nombre d'enfants entre 24 et 30 mois issus des quartiers sud de la ville, classés en Zone urbaine sensible, accueillis dans les structures municipales petite enfance de Grenoble ne présentent pas un niveau de développement cognitif et du langage correspondant à leur âge. Ces « retards » de langage à l'entrée de l'école maternelle entraînent un taux d'échec scolaire très élevé. Ce programme est un élément pour y remédier.

Aline Chevit,
CCAS de Grenoble.

Dossier

Petite enfance et inégalités sociales de santé

Un binôme constitué d'une éducatrice ou d'une psychologue et d'une psychomotricienne intervient auprès de familles en situation difficile, avec de jeunes enfants. Objectif : les aider à « constituer » la relation qui sera la plus favorable au développement de l'enfant.

Réseau Dapsa : soutenir les familles en difficulté et leur jeune enfant

Stéphanie Detrez,
psychomotricienne,
Marijo Taboada,
psychiatre,
Réseau Dapsa, Paris.

Le Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires (Dapsa) est un réseau francilien ayant pour mission de favoriser l'accès et la continuité des soins quand les parents, ou futurs parents, souffrent de troubles psychiques et/ou somatiques, notamment en lien avec une consommation problématique de substances psychoactives, licites ou illicites. Le Dapsa intervient pendant les périodes pré et post natales, en direction de femmes enceintes, de futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 ans.

Permettre un accès aux soins ne se limite pas aux aspects économiques, ni même réglementaires, même si ces points ne sont pas à négliger. Le Dapsa se concentre davantage sur les obstacles intimes, les points qui vont faire résistance à la proposition de soins faite par le professionnel de proximité.

Le Dapsa est un réseau intégrant des professionnels mais, dans le cadre de l'accès aux soins, il a également développé « une équipe mobile¹ » pouvant intervenir directement auprès des groupes familiaux².

L'accès aux soins peut concerner l'adulte et/ou l'enfant voire les deux. Ici, nous présenterons un travail concernant plus particulièrement l'enfant, même si nous savons qu'il est un peu artificiel de dissocier les troubles présentés par l'enfant des difficultés psychiques des parents.

Le Dapsa travaille selon la méthodologie d'intervention suivante :

- du côté du groupe familial : repérer ce qui fait lien et ce qui fait barrage, repérer le soin « supportable », expliciter les demandes du/au « groupe soignant » (porte-parole du corps social), travailler sur l'altérité (en l'occurrence différencier les besoins de l'enfant de ceux de l'adulte) ;
- du côté du groupe soignant : de qui est-il composé ? Quelles alliances ? Qui fait quoi pour qui ? Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas ?

Le problème de l'accès aux soins

Les inégalités sociales ne sont pas superposables aux inégalités économiques. On peut être « pauvre » et disposer des ressources psychiques et intellectuelles pour offrir à son enfant ce dont il a besoin. Par ailleurs, une femme enceinte à la présentation originale ou négligée provoquera une certaine sollicitude, une proposition d'aide pour elle et son enfant ; à l'inverse, une femme enceinte « bien sous tout rapport » pourra passer inaperçue, aucune proposition particulière ne lui sera faite même si elle souffre de dépression plus ou moins masquée par une consommation de produits psychoactifs...

Que ce soit pour l'une et l'autre, dans la mesure où un soin est désiré, demandé ou imposé, des dispositifs existent et peuvent être mis en place. Mais certaines situations familiales amènent à questionner justement le fonctionnement de ces dispositifs et surtout leur accès. La précarité sociale (hébergement à

l'hôtel), l'isolement affectif, la vulnérabilité ou la souffrance psychique sont autant de facteurs qui empêchent ou freinent la mise en place de cet accompagnement. Parfois, il est possible mais fort discontinu. C'est dans cet interstice là que vont se nicher les inégalités sociales d'accès aux soins : la personne en souffrance et l'« institution » à même d'apporter soulagement, conseil, réponse, écoute, ne parviennent pas à se rencontrer ; ou se rencontrent, mais ne parviennent à s'entendre : le décalage est trop important. C'est le cas par exemple, lorsque la maternité ou la PMI est inquiétée par une situation dans laquelle les parents ne réussissent pas à percevoir les difficultés manifestées par leur enfant : des conseils ou des orientations pertinents sont proposés, mais ces parents ne sont pas en capacité de les suivre.

Le Dapsa intervient dans ces situations délicates

C'est alors que le Dapsa peut être saisi, par un professionnel présent auprès de la famille, dans cet entre-deux entre l'institution inquiète de la situation et le projet de soin qui n'est pas encore accessible, par manque de ressources sur le plan psychique, affectif ou matériel. Le travail de concertation avec les professionnels présents peut conduire à demander qu'une équipe mobile rencontre la famille, pour voir avec elle ce qui fait obstacle au projet. Mais cela peut-être aussi, parfois, dans une approche préventive, lorsqu'une inquiétude est notée quant au manque de continuité ou de cohérence dans les soins prodigués à l'enfant. Il s'agit alors de

L'ESSENTIEL

▣ **Le réseau Dapsa apporte un soutien aux familles en difficulté, souffrant de troubles psychiques et/ou somatiques, ayant un enfant en bas âge.**

▣ **Il effectue un travail de suivi et évalue si ce soutien est suffisant ou s'il faut orienter vers des dispositifs soignants plus structurés.**

▣ **Les professionnels du réseau Dapsa travaillent notamment avec les parents, afin qu'ils puissent développer leurs propres compétences parentales.**

soutenir l'interaction, les compétences et dispositifs existants pour minimiser l'apparition d'un éventuel problème (tant du côté des professionnels institutionnels que de la famille, pour le parent et pour l'enfant).

La proposition de cette rencontre est faite au parent, et généralement facilement acceptée, le lieu est choisi par le parent : domicile, square, café, bureau prêté par la PMI ou la crèche, salle d'attente. Cette première rencontre est assez floue : la personne ne connaît pas les raisons pour lesquelles nous venons, et nous n'avons pas forcément une idée précise de la nature de notre intervention. L'objectif est de pouvoir co-construire, avec l'adulte, ce qui pourrait être un espace d'attention et de soin pour son enfant.

Il s'agit alors de permettre au parent de se dégager suffisamment de ce qui lui fait obstacle, afin qu'il puisse être disponible et observer son enfant, c'est-à-dire repérer ses besoins, ses demandes, ses difficultés, mais aussi ses progrès, ses compétences. Ce dernier point est essentiel, car il faut tout d'abord que ce parent puisse être « satisfait », « fier » de son enfant. Les interventions se font à deux. L'interlocuteur de l'adulte peut être une éducatrice spécialisée ou une psychologue clinicienne et l'interlocuteur du bébé – son interprète –, une psychomotricienne.

Une maman et son bébé de 4 mois

Le Dapsa a été sollicité pour une maman et son bébé de 4 mois, Hubert, sortant tous deux d'un lieu de soin, se retrouvant dans un environnement

assez isolé. La PMI, au regard de ses observations et du parcours de vie de la jeune mère, demande notre intervention avec plusieurs missions : soutenir la mère et l'enfant dans cette période de transition ; aider la maman à trouver des réponses adéquates à son enfant ; offrir à ce dernier un espace un peu dégagé aussi bien sur le plan matériel (la chambre d'hôtel étant assez exigüe) que psychique (la maman ayant du mal à libérer l'enfant de son étreinte) ; voire les orienter vers un lieu de soins si la situation venait à se dégrader. La proposition est faite d'un soutien en binôme : éducatif (pour la mère) et en psychomotricité (pour la mère et l'enfant, ainsi que pour Hubert uniquement), conjointement ou séparément. Seul l'accompagnement par la psychomotricienne d'Hubert et de sa maman est relaté de manière très synthétique ci-après.

Lors de la première rencontre, Hubert est un enfant sage, bien calé sur les genoux de sa maman ; souriant, calme, son regard montre une grande avidité relationnelle. Il rit aux éclats à chaque fois que sa maman le bouge avec énergie ; le reste du temps, il écoute attentivement toutes les histoires plus ou moins structurées, plus ou moins douloureuses qu'elle raconte sur son (leur) passé.

L'enfant interpelle pour susciter l'intérêt

Les rencontres avec la psychomotricienne sont centrées sur Hubert, ce qui n'est pas toujours facile pour sa maman, angoissée, mais Hubert interpelle pour susciter de l'intérêt (vocalement, corporellement, par son regard). Lorsqu'il ne le fait pas, un petit jeu mis en place par la psychomotricienne aide à ramener l'attention sur lui, sur ce qu'il peut ou aime faire, comme être bercé dans le « hamac ». Des mots sont mis sur le plaisir ou déplaisir éprouvé, ou sur ses besoins exprimés tant au niveau de son développement que de ses rythmes de vie. Lorsqu'Hubert est fatigué, il s'agace, s'agite, se frotte les yeux. Il a besoin de calme et la réponse que sa maman peut lui apporter est de le bouger avec énergie. L'ajustement entre eux deux n'est pas toujours simple, d'autant plus qu'il est difficile

pour cette mère de le concevoir différent d'elle.

En parallèle, l'éducatrice spécialisée rencontre la mère, si possible seule, en tout cas dégagée de sa fonction maternelle. Elle a alors toute latitude pour formuler ce qui la préoccupe, parfois au point de l'envahir et de ne pas entendre les besoins de son enfant. L'idée est la suivante : les adultes peuvent organiser ainsi leurs pensées : une partie d'eux est parent de son enfant, et dévouée à cet enfant, une partie d'eux peut être une personne en souffrance, mais leur enfant doit en être dégagé.

Verbaliser les envies, étayer l'un et l'autre

Vers le mois de juin, la maman veut emmener Hubert à la piscine. Elle demande à la psychomotricienne de les accompagner, afin qu'ils soient chacun plus rassurés. Ce projet a été intéressant, puisqu'il a montré, d'une autre façon, le manque d'ajustement de sa mère vis-à-vis de son fils.

Hubert et sa maman ont tous les deux envie de profiter de ce temps, mais ne se comprennent pas toujours. Lorsqu'il souhaite aller découvrir un jouet ou imiter un autre enfant qui patauge, elle le retient ; il n'arrive pas à se détendre dans l'eau car il est peu rassuré dans ses bras. L'intermédiaire de la psychomotricité aide à verbaliser les envies et besoins de chacun, en apportant l'étayage manquant à l'un ou à l'autre : en soutenant le désir de découverte d'Hubert dans un jeu de déplacement avec sa maman, ou en aidant cette dernière à porter de manière contenant son enfant. L'accompagnement est un appui sur lequel la dyade peut se reposer, pour ensuite faire l'expérience de cette découverte sans tiers. Ce fut le cas lors de la dernière rencontre. Après le repas, Hubert est retourné dans l'eau avec sa maman uniquement, pour qu'ils se baladent ensemble, un moment qu'elle décrira comme « bien et amusant ».

Un espace tiers pour accepter l'altérité

Une découverte et un accompagnement importants : en effet Hubert et sa maman n'ont pas d'entourage amical ou familial qui leur permettrait de trouver un espace tiers, médiatisé, pour

mieux se repérer réciproquement, se parler, accepter l'altérité. Dans cette phase initiale, nous sommes au cœur même d'une prévention active : permettre à cette mère et à cet enfant de trouver les modalités d'échanges les plus appropriés pour le développement de l'enfant, mais également observer si ce soutien sera suffisant ou s'il faudra orienter vers des dispositifs soignants plus structurés. Dans un tel cas, nous les aurons familiarisés avec le monde du soin.

Toujours parallèlement, un travail est mené avec les professionnels présents, par un troisième membre du Dapsa. Réunions de concertation, appels téléphoniques, réflexion commune prenant en compte les impératifs des uns et des autres en terme de missions, autant d'outils permettant de faire la distinction entre, d'un côté, les inquiétudes que suscitent parfois

quelques attitudes de la maman, et de l'autre, la réalité du lien mère-bébé soutenu par la fonction maternelle et les compétences de l'enfant. Pour le dire autrement, il s'agit d'essayer de distinguer les troubles psychopathologiques parentaux des capacités parentales. Et de veiller à ce que se maintiennent actifs et ouverts les dispositifs existants.

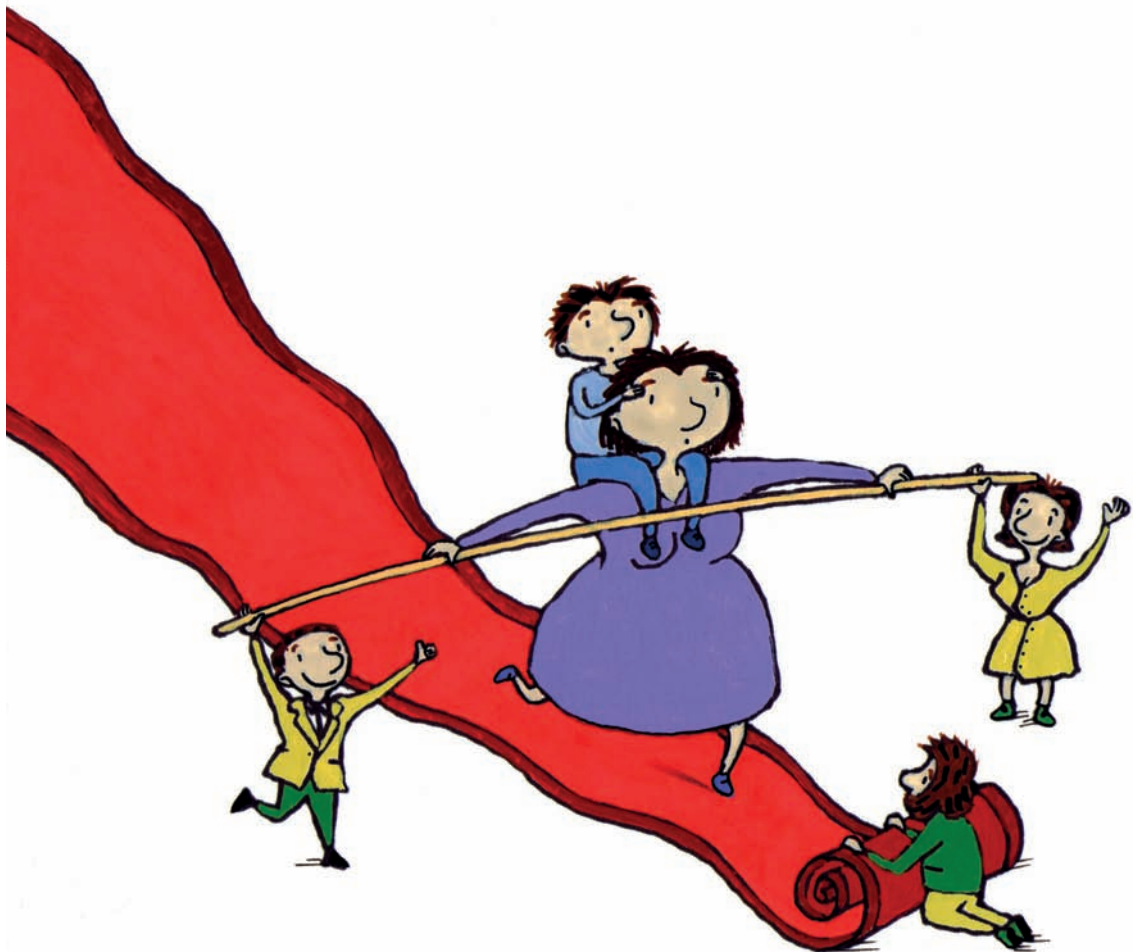
En conclusion, théoriquement, l'amélioration de l'état de santé psychique et la diminution de la souffrance parentale permettent au parent de mieux être à l'écoute des besoins de son enfant. Mais, en réalité, nous sommes freinés par la différence de temporalité de l'adulte, dont l'accès au soin n'est parfois effectif qu'après plusieurs mois, et celle du jeune enfant, en attente, pour lequel ces quelques mois peuvent être un facteur de risque pour son développement.

Nous cherchons à ce que ce parent puisse développer ses propres compétences parentales. En parallèle, nous veillons également à entendre ce que le bébé a à nous dire de cette curieuse relation.

Pour en savoir plus
www.dapsa.asso.fr

1. L'équipe du Dapsa est composée d'une psychiatre, une psychologue clinicienne, une sage-femme, deux éducatrices spécialisées et une psychomotricienne. Toutes ces personnes peuvent faire partie d'une équipe mobile dont la composition est adaptée à chaque situation familiale.

2. Le Dapsa est financé par l'ARS Île-de-France ; son équipe mobile est financée par l'ARS et le département de Paris. Le Dapsa a également développé une antenne en Seine-et-Marne, financée par l'ARS Île-de-France. La Fondation de France soutient régulièrement des actions expérimentales du Dapsa, dont l'action de la psychomotricienne.



À Avignon, des lieux d'accueil parents-enfants pour soutenir les familles dans la parentalité

Nathalie Stephan,
éducatrice spécialisée, coordinatrice
de *La Parenthèse*,
Marion Pathé,
animatrice sociale, accueillante,
La Parenthèse,
Clémentine Chaix,
accompagnatrice sociale,
centre social *Espace Pluriel*,
Centre communal d'action sociale
(CCAS), Avignon.

La ville d'Avignon se positionne face aux inégalités sociales dès la petite enfance, avec notamment l'existence de trois lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) dont deux – *La Parenthèse* et *Un Pas de Plus* – en zone urbaine sensible (ZUS), anciennement zone d'éducation prioritaire (ZEP), implantés à La Rocade et aux Grands Cyprès. Sur ces territoires, on recense 3 700 enfants dont 45 % sont âgés de 0 à 6 ans (source : Caf, 2010). Les familles monoparentales avec un à trois enfants représentent 33 % du nombre total des femmes.

La Parenthèse, créée en 2000, répond à différents besoins identifiés lors du diagnostic de territoire. Ce dernier avait mis en exergue des problématiques sur la ville, telles que l'isolement et la peur du placement des enfants, ainsi que la nécessité de construire de nouvelles relations parents/professionnels. Ce lieu d'accueil enfants-parents est situé au sein du centre social « Espace Pluriel » mais possède une ouverture extérieure indépendante. Il accueille des parents et des enfants de 0 à 4 ans, sur une plage horaire de 15 heures par semaine, une amplitude intéressante pour ce type de

dispositif. Une éducatrice spécialisée et une animatrice socioculturelle forment l'équipe.

Un Pas de Plus, créé en 2010, accueille les enfants de 2 à 6 ans et leurs parents, sur la même amplitude horaire. L'accent est mis sur l'acquisition des pré-requis pour l'entrée des enfants au cours préparatoire (CP). Ce service se situe à proximité immédiate de l'école maternelle « Les Grands Cyprès ». L'équipe est composée de trois accueillantes : une éducatrice jeunes enfants, une monitrice-éducatrice et une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) (pour les missions de ces professionnels, voir l'article de Françoise Lagarde dans ce même dossier).

Ces lieux d'accueil enfants-parents sont anonymes et gratuits, l'accès se fait de manière libre et sans inscription. Ils permettent aux parents de se rencontrer, de s'informer, d'échanger. Les enfants évoluent dans des espaces ludiques ou de détente sécurisés, où ils apprennent petit à petit la séparation et l'autonomie, la socialisation et le jeu, etc. La pluridisciplinarité des accueillants permet de proposer une orientation adaptée et pertinente. L'objectif premier des équipes est d'accompagner les parents dans leurs rôles de parents, de les conforter aussi dans leurs compétences et savoir-faire, ainsi que de favoriser les meilleures interactions possibles entre enfants et parents.

Objectif : l'épanouissement de l'enfant

Au vu des difficultés rencontrées par la majorité des familles accueillies,

L'ESSENTIEL

■ **À Avignon, trois lieux d'accueil parents-enfants, portés par le Centre communal d'action sociale (CCAS), permettent aux familles en difficulté de trouver un espace d'écoute, de transmission des savoirs et de valorisation de leurs propres compétences parentales.**

■ **L'objectif est d'épauler les parents afin de faciliter le meilleur épanouissement pour l'enfant.**

■ **Le Centre communal d'action sociale a créé des ateliers pour les familles afin de travailler avec elles sur la prévention du surpoids et de l'obésité.**

il serait réducteur de ne s'intéresser qu'à la relation enfant-parent. L'épanouissement de l'enfant nécessite la disponibilité physique et psychologique du parent. Ce n'est pas toujours le cas. La plupart des familles qui fréquentent *La Parenthèse* vivent des minimas sociaux. Elles sont suivies par des assistantes sociales, mais aussi dans certains cas par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, qui semblent avoir une place « symbolique » prédominante dans leur vie, plaçant parfois en ces professionnelles des attentes trop importantes, ne relevant pas de leurs compétences ou de leurs missions.

En effet, les familles de ces quartiers sont fragilisées par l'accumulation de difficultés : taux de chômage important, insécurité grandissante au sein de leurs propres immeubles (squats, rackets, deals, etc.), problématiques liées au logement (insalubrité), nuisances sonores (conflits de voisinage, situation

du quartier au bord d'une voie de circulation très fréquentée). Ces violences sociales peuvent se répercuter sur la santé de la population (du jeune enfant à l'adulte). Par ailleurs, les problématiques de santé récurrentes sont : le handicap, l'obésité et le diabète liés à l'alimentation, etc.

« Le coin change et soins » : l'espace de l'intime et du corporel

La Parenthèse propose aux familles de jeunes enfants une bulle de décompression. L'espace est pensé de façon à ce que chaque pièce puisse être le prétexte à aborder des sujets, des thématiques précises. À l'abri des regards des autres familles, les parents y prodiguent les soins de tous les jours à leurs enfants. Il est important pour l'équipe de travailler sur ce qui relève de « l'intime ». Les parents peuvent interpeller les accueillantes afin de demander conseil sur le bain, la propreté, les rougeurs, etc. Les accueillantes peuvent également remarquer des problématiques liées à l'hygiène, et ainsi construire avec les parents des réponses ou des solutions cohérentes avec les moyens dont ils disposent.

Le lieu met à disposition une baignoire qui peut être utilisée à plusieurs fins :

- soutenir une jeune maman qui appréhende de baigner seule chez elle son nourrisson. Les accueillantes aident, conseillent, font émerger les peurs et dédramatisent ;
- permettre à une famille qui n'a plus d'eau chaude de baigner ses enfants ;
- enfin, cette pièce est également le lieu où se trouve la trousse à pharmacie, et où les petits bobos des enfants sont traités, considérés.

« La chambre » : le sommeil respecté

Deux lits d'enfants sont à disposition pour permettre à tout moment de la journée que l'enfant dorme ou se repose au calme pendant que les autres jouent. Les accueillantes sont attentives aux signes annonciateurs de fatigue chez l'enfant et vont le signifier aux parents s'ils n'en ont pas pris conscience. Autour du sommeil, deux visions s'entrechoquent :

- les accueillantes mettent l'accent sur l'importance du sommeil pour un enfant de 0 à 4 ans ;
- les parents, qui font la démarche de venir au lieu d'accueil, expriment souvent leur déception lorsque leur enfant est fatigué, comme si le sommeil l'empêchait de profiter du lieu, d'optimiser sa présence. Il est donc nécessaire que les deux parties, *via* un échange argumenté, « négocient » pour le bien-être de l'enfant.

La cuisine : lieu propice aux apartés et confidences

Tous les jeudis, *La Parenthèse* propose un temps d'accueil de onze heures à seize heures. Les familles ont la possibilité de venir déjeuner ensemble. Chacune d'entre elles apporte son repas, peut cuisiner sur place ou réchauffer un plat. C'est l'occasion pour les accueillantes d'observer les habitudes alimentaires des familles et de parler d'éducation autour de l'alimentation et du comportement de l'enfant pendant le repas. Pour certaines familles, prendre le temps de déjeuner autour d'une table, tous ensemble, ne leur est pas coutumier. Ces moments sont propices à la convivialité, aux échanges, à la découverte de nouvelles saveurs et aux partages. En général, ces repas partagés réunissent une vingtaine de personnes.

En matière de santé alimentaire, les accueillantes constatent que les repas se composent principalement de plats sous vide ou surgelés, que les féculents et les boissons sucrées sont omniprésents au détriment des légumes, des fruits et de l'eau. L'esthétique, le visuel n'a pas de place. Lors des sorties proposées par la structure, les pique-niques sont composés pour certains uniquement de chips et de sodas. On remarque que la plupart des familles manifestent peu de plaisir autour de l'assiette.

Les conversations autour de l'alimentation, impulsées par les familles, sont quasiment quotidiennes. Pour les informer, les accueillantes ont mis en place plusieurs actions dans le cadre de partenariats :

- préparation de petits déjeuners équilibrés dans le cadre du programme « Bouge pour ta santé » ;
- informations *via* des supports du Comité départemental d'éducation

pour la santé (Codes) ;

- orientation vers le Centre d'examen de santé de l'Assurance maladie (diététiciens, nutritionnistes) et la PMI. Par ailleurs, les professionnels sont formés sur la thématique de la cuisine méditerranéenne par la Mutuelle sociale agricole (MSA).

En conclusion, plutôt que d'intervenir *via* des groupes de parole, *La Parenthèse* se positionne comme un lieu momentané de vie commune où les thématiques abordées vont spontanément émerger d'une personne ou d'une situation. De là découle un échange collectif où chaque protagoniste, parent ou professionnel, peut s'exprimer librement, parler de son vécu et de ses expériences. Les accueillantes sont ici des facilitatrices de parole dont l'objectif est de faire naître des prises de conscience sans poser de jugement. Ainsi, les accueillantes peuvent par la suite orienter les familles qui en ont besoin vers les partenaires compétents, pour une prise en charge adaptée. Enfin, dans certains cas et à la demande des familles, elles accompagnent ces parents et leurs enfants dans les démarches de la vie quotidienne (mode de garde, santé).

À Nanterre, la prévention bucco-dentaire chez les enfants, pour lutter contre les inégalités

Hélène Colombani,
directrice de la santé,
ville de Nanterre,
médecin généraliste et santé
publique,
secrétaire générale de la Fédération
nationale des centres de santé
(FNCS).

Nanterre est une ville d'environ 93 000 habitants marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé. La moitié des habitants vivent en zone urbaine sensible (ZUS).

Bien que n'ayant aucune compétence officielle en santé, Nanterre, sous l'impulsion de ses élus, a depuis longtemps travaillé à l'accès aux soins et à la santé de ses habitants. La ville est un lieu privilégié pour développer une approche globale et solidaire de la santé, améliorant les conditions de vie et de bien-être.

Sans pouvoir détailler ici l'histoire de la politique locale de santé, soulignons que cette politique s'est adossée à des « diagnostics santé participatifs », réalisés dans plusieurs quartiers en ZUS, avec l'ambition de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Les actions concernent en priorité les enfants scolarisés dans les zones urbaines sensibles. Le service de la santé a développé des actions de façon prioritaire sur ces quartiers. En 2011-2012, 68 % des actions du programme santé de l'enfant ont bénéficié aux quartiers « politique de la ville ».

L'exemple de la prévention bucco-dentaire

Le programme de prévention bucco-dentaire, qui a concerné les écoles élémentaires à partir de 1998 et les maternelles, à partir de 2001, s'inscrit dans cette ambition. À Nanterre, comme dans de nombreuses zones urbaines sensibles, la santé dentaire est un marqueur d'inégalités territoriales de santé. L'indicateur suivant en témoigne : le taux d'enfants ayant besoin de soins dentaires est de 17,5 % dans les écoles maternelles en zones d'éducation prioritaire (ZEP)/réseaux d'éducation prioritaire (REP), supérieur de 27 % par rapport aux écoles non ZEP/REP.

Ce dispositif a obtenu le label du programme Arcade (labellisation d'actions de prévention bucco-dentaire en direction des jeunes franciliens). Il est destiné à améliorer la santé dentaire des enfants, et à réduire en parallèle les conséquences des inégalités sociales de santé sur un plan bucco-dentaire. Il dispose d'une excellente implantation au sein de la quasi-totalité des écoles maternelles et élémentaires de la ville.

Chaque année, environ 7 500 enfants de la ville bénéficient du programme de prévention bucco-dentaire. Environ 3 000 élèves des 24 écoles maternelles de la ville ont bénéficié du programme soit 120 classes, dont 75 % d'enfants scolarisés en ZEP/REP.

Depuis deux ans, ce programme s'est étendu aux plus jeunes enfants d'âge préscolaire, par le biais des crèches et des PMI. Actuellement, il concerne les deux PMI municipales et une crèche.

L'ESSENTIEL

- **La moitié des habitants de Nanterre vivent dans des quartiers populaires.**
- **Le service de la santé s'est développé de façon prioritaire dans ces quartiers.**
- **À titre d'exemple, 7 500 enfants (écoles maternelles et élémentaires) bénéficient, chaque année, du programme municipal de prévention bucco-dentaire.**
- **L'un des fers de lance de ce programme est l'ouverture d'une consultation de pédodontie dans trois centres de santé.**

Les objectifs spécifiques sont :
- la promotion de la santé dentaire : apprentissage du brossage des dents, impact de l'alimentation, éducation pour la santé ;
- le dépistage bucco-dentaire, par un chirurgien-dentiste de prévention, appuyé par une assistante de prévention ;
- l'accès aux soins : en mobilisant les familles sur l'importance des soins, en informant sur les structures de soins, *via* un accompagnement individualisé par une médiatrice, par l'ouverture dans les centres de santé de la ville de consultations de pédodontie. Un lien peut être fait entre les objectifs du programme et les déterminants d'une bonne santé dentaire (voir tableau 1 page 43).

Amélioration de la santé dentaire

Le programme est doté d'un volet « évaluation ». Depuis le début, un recueil des indicateurs de santé dentaire est effectué systématiquement lors de chaque dépistage ; ceci permet d'évaluer

le besoin en soins y compris urgents, le nombre d'enfants indemnes de caries, etc. L'ensemble des données sont saisies et analysées par l'Observatoire local de la santé, grâce à un logiciel épidémiologique. Cela permet de suivre, depuis quinze ans, l'évolution de la santé dentaire des jeunes nanterriens.

Principal résultat, on constate une amélioration de la santé dentaire depuis 1998, y compris dans les ZUS. Cela montre l'intérêt d'une politique de santé active, qui permet de faire reculer des indicateurs défavorables dans les quartiers prioritaires (voir tableau 2 page suivante). En effet, même si on ne peut pas scientifiquement démontrer que cette amélioration découle du programme mis en œuvre (il existe d'autres facteurs évolutifs à prendre en compte), l'hypothèse formulée est que ce programme a joué un rôle déterminant dans l'obtention de ces résultats. D'autres résultats sont indiscutables : la part des enfants pris en charge *via* les consultations municipales de pédodontie.

Le recrutement d'assistantes de prévention dès les premières années du programme, grâce aux centres sociaux de la ville, a favorisé la diffusion des messages de prévention au sein des communautés. Elles interviennent, en binôme avec les chirurgiens-dentistes de prévention, dans les actions de promotion de la santé et de dépistage et participent au recueil des données. Fortement impliquées, elles jouent un rôle majeur dans la dynamique du programme.

Les limites du programme

Cependant, cet environnement favorable reste fragile, pour deux raisons principales :

- la pérennité du financement n'est pas acquise et nécessite, tous les ans, de déposer de nombreux dossiers de demande de financement. Le coût du programme est d'environ 150 000 euros par an. L'Agence régionale de santé (ARS) participe à hauteur de 21 %, la politique de la ville à hauteur de 14 % et la région à hauteur de 4 %. Les 61% restants sont à la charge de la commune ;
- les enfants dépistés sont difficiles à soigner, pour deux raisons principales :

- l'initiation de la démarche de soins est complexe. Un effort particulier est fait pour renforcer l'impact des actions de dépistage bucco-dentaires dans les écoles, en s'assurant que les parents auront à disposition tous les éléments pour comprendre l'importance de la démarche de soins (envois de courrier, contacts téléphoniques directs, implication de personnes relais pour un suivi auprès des parents, invitation à participer à des petits déjeuners pédagogiques),
- la disponibilité de chirurgiens-dentistes acceptant de soigner les enfants : la densité en chirurgien-dentiste est faible sur la ville. Les soins dentaires aux enfants nécessitent du temps et sont mal valorisés financièrement. Aussi, la ville a-t-elle choisi d'ouvrir des consultations de pédodontie au sein des centres de santé municipaux, pour favoriser l'accès aux soins.

Un programme qui repose sur le partenariat

Dans ce programme, nos partenaires sont multiples :

- le service « Petite enfance » : un partenariat naturel dans ce domaine, mais difficile à faire vivre. L'autonomie des crèches rend l'implantation des actions très dépendante des équipes en place, notamment de la direction de la crèche. Nous n'en sommes qu'à un niveau d'expérimentation dans certaines crèches ;
- l'Éducation nationale (les enseignants, la médecine scolaire, l'inspection d'académie) : un partenariat fort s'est développé et renforcé depuis dix-huit ans de « vie commune » ;
- le Conseil général, par l'intermédiaire des PMI et consultations prénatales ;
- autres partenaires : les quartiers, le service des sports, les services de l'enseignement et de la restauration, les centres sociaux, le service de stomatologie de l'hôpital Max-Fourestier.

À partir de ce programme, un partenariat a été élaboré avec l'Éducation nationale, se traduisant notamment par la « matinée partenariale ». Chaque année, à la rentrée, lors d'une demi-journée réunissant l'inspection académique, les enseignants de la ville et les services municipaux, le service de la santé pilote et co-anime des ateliers

d'éducation pour la santé, destinés aux enseignants, avec des professionnels de santé et des enseignants partenaires. Cette matinée permet des échanges sur la promotion de la santé bucco-dentaire, l'éducation à la vie relationnelle, l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique. C'est l'occasion de présenter l'offre du service de la santé, et de discuter avec les enseignants des problèmes de santé qu'ils perçoivent dans leurs classes.

Un marqueur fort des inégalités

En conclusion, agir sur la santé bucco-dentaire dès la petite enfance, c'est agir sur un marqueur fort d'inégalités sociales et territoriales de santé. Notre action a permis de faire reculer la prévalence carieuse, comme le montrent les données recueillies.

Cependant, ces résultats sont fragiles et nécessitent une action continue dans le temps avec des financements stables. Ces deux dernières années, nous avons engagé des actions plus précoces auprès des enfants d'âge préscolaire et des femmes enceintes, en espérant ainsi améliorer encore les résultats.

Au final, et en élargissant le sujet au-delà de la santé bucco-dentaire, le plus complexe reste la mise en œuvre d'actions intersectorielles : placer la santé au cœur de la politique de la petite enfance ne va pas de soi. Aussi, en l'absence d'une prise de conscience réelle dans ce domaine, nous progressons lentement, au gré de l'implication d'une directrice de crèche qui accepte d'encourager, au sein de sa structure, le brossage de dents. Les politiques restent peu informés de la démarche relayée par le Réseau des Villes-Santé¹ (voir encadré ci-contre) – dont nous sommes adhérents – pour développer un environnement favorable à la santé et au bien-être. Les professionnels de santé, quant à eux, sont souvent peu au fait des déterminants sociaux de la santé et inscrivent leur action dans une vision qui reste très médicalisée. La situation évolue pourtant au fil du temps.

1. La France est partie prenante dans le réseau des Villes-Santé de l'OMS. Ce réseau réunit des villes et s'est assigné les missions prioritaires suivantes : favoriser un environnement propice à la santé / agir sur les déterminants de la santé / réduire les inégalités / prévenir les risques en amont / collaborer dans l'intérêt des plus vulnérables.

Tableau 1. Santé bucco-dentaire, déterminants de santé et actions mises en œuvre

	Déterminants	Actions potentielles	Actions Santé à Nanterre	La santé dans les autres politiques
Facteurs individuels	- génétique - mode de vie - développement des aptitudes individuelles	- alimentation - promotion de la santé bucco-dentaire - brossage des dents régulier - renforcement de l'estime de soi	- équilibre alimentaire - promotion de la santé bucco-dentaire	- faciliter l'accueil des enfants en âge préscolaire : crèches
Influences sociales	- attention positive portée à la santé dentaire - habitudes de santé	- promouvoir une visite régulière chez le dentiste - promouvoir de bonnes habitudes de vie en santé	- dépistage dans les écoles - brossage des dents régulier	- mettre des lavabos adaptés dans les nouvelles écoles pour le brossage des dents
Conditions de vie et de travail	- accès au système de santé - couverture sociale	- donner les clés d'accès (les codes) - offrir des soins dentaires adaptés	- consultation de pédodontie dans les trois centres de santé - médiation pour faciliter la réalisation des soins après les dépistages	
Milieu de vie	- attention positive portée à la santé	- renforcer l'importance d'une bonne santé au sein de la famille et du tissu social	- assistantes de prévention recrutées dans les centres sociaux - actions dans les différents lieux de vie en lien avec l'Atelier Santé Ville	

Tableau 2. Proportion des enfants ayant besoin de soins, en zone d'éducation prioritaire et dans les autres quartiers

Indicateur	Public	2002	2010	Variation
Enfants ayant besoin de soins	Total	34,3 %	24,0 %	- 10,4
	ZEP REP	42,3 %	30,3 %	- 11,9
	Hors ZEP REP	22,5 %	17,2 %	- 5,4

RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS : AGIR CONTRE LES INÉGALITÉS

Le Réseau français des Villes-Santé (RFVS) de l'OMS a publié, en septembre 2013, un guide méthodologique intitulé « Santé et parentalité, l'approche des Villes ». Accompagner les parents dans l'exercice de leurs tâches éducatives et des soins quotidiens, ainsi que dans leur expérience de la relation parentale, c'est améliorer leur bien-être et participer à la mise en place de conditions favorables au bon développement des enfants. L'accompagnement à la parentalité est un des leviers

de la réduction des inégalités sociales de santé dès l'enfance.

Les collectivités locales jouent un rôle-clé auprès des familles, par les services et les structures dont elles assurent la gestion (crèche, écoles, etc.), par les actions qu'elles proposent, par leurs aménagements (transports, espaces verts, etc.) ou par l'organisation de leurs infrastructures. Les collectivités locales sont ainsi des acteurs des politiques d'accompagnement à la parentalité.

C'est pourquoi, le Réseau français des Villes-Santé, suite à la mise en place d'un groupe de travail, d'une enquête et d'un colloque en octobre 2012, a réalisé un guide méthodologique sur cette thématique. Ce document a pour vocation de donner

des clés aux collectivités locales souhaitant renforcer ou mettre en place une politique d'accompagnement à la parentalité, dans une perspective de promotion de la santé. Le guide est enrichi de 18 fiches sur des actions innovantes et pertinentes mises en place par des Villes-Santé françaises. L'Inpes a contribué à la réalisation de ce guide, notamment par sa participation au groupe de travail.

Cet ouvrage, publié en septembre 2013, est disponible sur le site du RFVS (www.villes-sante.com) en version PDF et aux Presses de l'EHESP sur commande.

Alice Brochard
Chargée d'étude au RFVS de l'OMS.

Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : une réponse adaptée, un dispositif à déployer

Michel Dugnat,
pédopsychiatre, psychiatre,
praticien hospitalier,
responsable de l'unité
d'hospitalisation conjointe
parents-enfant
du service de psychiatrie
infanto-juvénile,
Assistance publique-
hôpitaux de Marseille.

Les besoins de soins psychiques en période périnatale constituent un problème de santé publique [1]. La grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant sont un déterminant fondamental de sa santé en général et de sa santé psychique, y compris à l'âge adulte.

Les médias qualifient très souvent de « baby blues » les dépressions du post-partum. Distinguons donc : le baby-blues, période de la vie émotionnelle dans la semaine suivant l'accouchement qui n'est pas une pathologie et concerne, suivant les critères de définition, entre deux tiers et trois quarts des femmes, et la dépression du post-partum¹, qui elle, concerne, suivant les critères de définition choisis, 5 à 15 % des femmes. Ces dépressions du post-partum constituent un trouble désormais mieux reconnu mais qui à ce jour ne fait pas l'objet d'une prise en charge cohérente et globale au niveau du territoire. Moins connues sont les psychoses aiguës du post-partum, décompensations brutales et spectaculaires de l'après-naissance s'inscrivant le plus souvent dans le cadre des troubles de l'humeur. Avec une fréquence de un pour mille naissances, elles représentent plusieurs centaines de cas par an en France.

Mais ces troubles très directement liés à la grossesse ne doivent pas faire oublier que toutes les pathologies psychiatriques avérées préexistantes

sont susceptibles d'être déstabilisées par la grossesse, l'accouchement et le post-partum, avec les exigences liées à la réponse aux besoins du bébé, un être profondément dépendant.

Les réponses à apporter à ces situations, dont l'impact sur le devenir de la famille est non négligeable, sont évidemment extrêmement variables et mobilisent des professionnels et des institutions complémentaires. Si la prévalence des troubles dépressifs pose de redoutables questions, il est nécessaire de porter une attention particulière aux cas les plus difficiles.

Soigner la mère, veiller au développement de l'enfant

La réponse privilégiée aux troubles aigus (plus qu'aux décompensations de pathologies chroniques) est l'hospitalisation conjointe mère-bébé dans des unités qui ont pour objectif de soigner la mère, tout en étant très attentif au développement du bébé. Il s'agit le plus souvent, d'unités de petite taille (deux à huit places mère-bébé) dans lesquelles travaillent une dizaine de professionnels. L'unité est généralement rattachée à des services de pédopsychiatrie et située dans l'enceinte d'un hôpital. L'on dispose, en France, d'une soixantaine de lits à temps plein et à peu près autant de places d'hospitalisation conjointe de jour².

La mise en application des recommandations des sociétés scientifiques britanniques de psychiatrie – le Royaume-Uni a, pour des raisons historiques, mis en place un tel dispositif vingt ans plus tôt que la France – néces-

L'ESSENTIEL

▣ Ces services consistent en l'hospitalisation de la mère et de son enfant lorsque la mère fait face à une dépression grave ou à un autre trouble psychiatrique avéré après l'accouchement.

▣ Ces unités ont fait l'objet d'une évaluation, laquelle confirme le bien-fondé de ce type d'intervention, tant pour la santé psychique de la mère que pour celle de l'enfant.

▣ Néanmoins ces unités demeurent trop rares en France.

Plus généralement, une prise en charge adaptée de la mère et de l'enfant repose sur un réseau de professionnels – hôpital et hors hôpital – travaillant en partenariat et interdisciplinarité.

siterait de multiplier par au moins cinq ce nombre de places (825 000 naissances par an en France et un taux recommandé de 0, 5 lit pour 1000 naissances si le travail en réseau en périnatalité est organisé) [2, 3].

En France, les unités d'hospitalisation mère-bébé se sont développées depuis les années 80, de manière hétérogène, tant dans leur répartition géographique que dans leur fonctionnement. Elles sont devenues l'un des outils de soins en psychiatrie périnatale. Le constat étant de plus en plus partagé, elles n'ont de sens qu'articulées et intégrées dans un réseau pluri-institutionnel, pluri-professionnel et partenarial [4]. Mais ce partenariat, qui vise à rendre possible un travail en réseau personnalisé autour de chaque famille, suppose le développement d'une culture commune de coopération



entre médecine de ville et médecine hospitalière, équipes de soins somatiques et équipes de soins psychiques, institutions du sanitaire et services médico-sociaux départementaux (protection maternelle et infantile – PMI –) et autres équipes médico-sociales [5, 6]. Le Plan périnatalité et plusieurs circulaires [7, 4] ont souligné l'impérieuse nécessité de proposer et de coordonner ces soins psychiques en période périnatale. Dans ce contexte, les unités mère-bébé ont vocation à devenir des dispositifs de conseil et de ressources [8].

Une répartition géographique inégale

Leur répartition n'obéit pas à une logique de santé publique ou à une politique régionale, et seules quelques régions ont mené une réflexion volontariste. Le plus souvent, la création d'unités a répondu à la conjonction de facteurs divers : volonté d'un professionnel de la psychiatrie convaincu de la nécessité de la prévention, existence de moyens humains à affecter à de nouvelles fonctions institutionnelles ou cliniques et/ou obtention, après de nombreuses années, de moyens nouveaux, mobilisation de partenaires dans le champ de la périnatalité.

Quoi qu'il en soit, en Île-de-France comme dans les autres régions, les moyens mis en œuvre ne permettent pas de répondre aux besoins. Toutefois quelques dispositifs (associant travail en partenariat intensif, co-consultations, accueils thérapeutiques à temps partiel, hospitalisation de jour, hospitalisation temps plein et travail en réseau) fonctionnent désormais, en particulier à Bordeaux et à Nantes.

Prenant en compte la circulaire de 1992 sur la pédopsychiatrie, qui enjoignait aux unités d'hospitalisation mère-bébé de s'évaluer, la plupart d'entre elles participent à un groupe de recherche coordonné par la Société Marcé francophone (société savante, association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales regroupant des professionnels). Cette recherche, en rassemblant grâce à un dossier commun les données de près de 1 300 dyades mères-bébé, a permis de préciser, au travers de plusieurs publications, les caractéristiques et les issues du soin en unité mère-bébé et les effets du soin en hospitalisation conjointe [10, 11].

Les dispositifs partenariaux

En France, les unités d'hospitalisation mère-bébé font l'objet d'un recen-

sement complet^{2, 3}. En revanche, ce n'est pas le cas à ce jour concernant les dispositifs de partenariat entre les services d'obstétrique, les services de psychiatrie et les services de protections maternelle et infantile. En effet, les pratiques de collaboration inter institutionnelles parfois très intensives font rarement l'objet de conventions ou de formalisation entre les équipes.

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) des départements ont au cœur de leur mission le suivi et la prise en charge des situations de précarité sociale, des situations de dépression du post-partum « simples ». Mais ce suivi est inégal et un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) met en valeur les différences considérables d'un département à l'autre, en matière de moyens humains des PMI. L'évaluation du plan périnatalité [9] et de la Cour des comptes (deux rapports 2006 et 2012 sur la politique périnatale), insiste sur le fait que l'accompagnement des femmes de milieu défavorisé nécessite tout particulièrement une démarche partenariale cohérente, afin de s'attaquer aux inégalités.

Pour autant, il existe quelques facteurs d'espoir : certains réseaux régionaux de périnatalité (par exemple, le réseau Ombrel à Lille) se sont saisis des

questions médico-psycho-sociales en période périnatale. Et, en dépit de l'absence de soutien des tutelles pour la création de réseaux, l'on constate ici et là un développement progressif du travail en réseau de proximité informel, mais également des créations de réseaux de proximité formalisés, comme par exemple, le réseau Présence Périnat de La Ciotat. Celui-ci a pour particularité d'avoir été impulsé par une association de « techniciennes en intervention sociale et familiale » (TISF), avec une coordinatrice à mi-temps sur le territoire de cette maternité de 700 naissances. Ce réseau développe des liens entre l'ensemble des partenaires (services d'obstétrique, secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, maison de la solidarité départementale, crèches, médecins généralistes, etc.). Ceci conduit à rappeler que les TISF ont un rôle croissant à jouer dans l'accompagnement des conséquences sur la vie de la famille, des troubles psychiques en période périnatale (voir l'article de F. Lagarde dans ce même numéro).

En conclusion, les unités mère-bébé constituent un lieu précieux de prise en charge, dont l'articulation doit être réfléchie avec les familles et programmée avec l'ensemble des structures du champ, tant d'amont que d'aval (services d'obstétrique, de pédiatrie, secteur de psychiatrie, services de PMI, associations de TISF, etc.). Et, en l'absence de telles unités sur un territoire, ce partenariat doit être plus important encore et doit prendre fortement en compte les potentialités des familles.

1. Trouble dépressif sans caractère psychotique survenant dans l'année suivant l'accouchement.

2. <http://www.marce-francophone.fr>

3. On dénombre 18 unités d'hospitalisation mère-bébé à temps plein en France, implantées dans les régions suivantes : Alsace (Strasbourg, Mulhouse, Brumath), Aquitaine (Bordeaux), Franche-Comté (Besançon), Île-de-France (sept unités : Paris (2), Saint-Denis, Le Vésinet, Montesson, Kremlin-Bicêtre, Créteil) Limousin (Limoges), Nord/Pas-de-Calais (Lille), Pays de la Loire (Nantes), Poitou-Charentes (Poitiers), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille), Rhône-Alpes (Lyon).

Par ailleurs, les régions suivantes disposent d'unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé de jour, soit 12 au total : Aquitaine (Bordeaux), Alsace (Strasbourg, Brumath, Erstein), Bourgogne (Chalon-sur-Saône), Île-de-France (Saint-Denis), Loire-Atlantique (Nantes, La Roche-sur-Yon), Limousin (Limoges), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille, Avignon, Montfavet), Rhône-Alpes (Lyon/Bron). Recensement septembre 2013.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Cour des comptes. Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. In : *Rapport public annuel 2012*. Paris : Cour des comptes, 2012 : p. 395-428. En ligne : www.ccomptes.fr/content/download/1859/18646/version/2/file/Politique_perinatalite.pdf

[2] Oates M. *Perinatal Maternal Mental Health Services*. London : Royal College of Psychiatrists, 2000 : 32 p. En ligne : <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR88.pdf>

[3] *Antenatal and postnatal mental health. The nice guideline on clinical management and service guidance*. Leicester/London: The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists, 2007 : p. 54-78. En ligne : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>

[4] Circulaire DHOS/O1/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>

[5] *Vocation Sage-femme [dossier]*, 2006, vol. 5, n° 42 : p. 9-32. En ligne : <http://www.em-consulte.com/revue/VSF/5/42/table-des-matieres>

[6] Capgras-Baberon D., Dugnat M. Développement d'un réseau local de périnatalité. *Vocation Sage-femme*, 2006, vol. 5, n° 46-47 : p. 11-16. En ligne : <http://www.em-consulte.com/revue/VSF/5/46-47/table-des-matieres>

[7] Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

[8] Ministère de la Santé et des Sports, direction générale de la Santé. *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007 [Rapport final]*. Planète publique, 2011 : 140 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/resultats-de-l-evaluation-du-plan-perinatalite-2005-2007.html>

[9] Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein : leurs rôles en psychiatrie périnatale. *Pluriels/ La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, 2009, n° 80 : 12 p. En ligne : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-96.pdf>

[10] Poinso F., Glangeaud-Freudenthal N. dir. *Orages à l'aube de la vie*. Paris : éditions Érès, coll. La vie de l'enfant, 2009 : 256 p.

[11] Jourdain-Menninger D., Roussille B., Vienne P., Lannelongue C. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse*. Paris : Igas, 2006 : 489 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139/0000.pdf>

ATD Quart Monde : au plus près des familles précarisées et de leurs jeunes enfants

Mariette Legendre,
médecin,
alliée du Mouvement ATD
Quart Monde.

Dans les familles en grande précarité sociale et économique, les enfants évoluent dans un contexte d'injustices sociales. Les droits fondamentaux ne sont pas respectés pour tous les parents : chômage, travail précaire, absence de logement ou logement insalubre, mauvaise alimentation, manque de soins sont la réalité de nombreuses familles que nous côtoyons. Elles ne peuvent assurer les conditions de vie souhaitables pour le développement de leur enfant. Les parents en sont souvent conscients et s'en sentent responsables et coupables ; ils éprouvent alors un sentiment de honte.

Le Mouvement ATD Quart Monde¹ est convaincu que le bien-être du petit enfant et son développement (physique, psychique et affectif) harmonieux passent par l'accès aux droits fondamentaux de sa famille et par le mieux-être de ses parents dans notre société. Pour lutter contre ces inégalités sociales, il mène des actions pilotes comme celles de la cité de promotion familiale de Noisy-le-Grand, de l'espace « jeux-rencontres » du canton d'Antrain en Ille-et-Vilaine ou des actions de moindre envergure réalisées par des alliés auprès de familles, comme à Brest.

Ces actions se caractérisent par une présence régulière et dans la durée

auprès des familles, pour les connaître, permettre, petit à petit, l'émergence de leurs projets, et rechercher ensemble des conditions qui les feront sortir de la dépendance.

Aller à la rencontre, être présent dans la durée et accompagner

Cette étape est indispensable pour permettre d'accéder aux droits fondamentaux et franchir le pas vers une action collective.

Des volontaires permanents et/ou des alliés bénévoles vont à la rencontre des familles à leur domicile, comme à Bazouges et à Brest. D'autres volontaires permanents du Mouvement ATD Quart Monde vivent auprès d'elles dans la même cité ou le même quartier, construisent des liens de voisinage dans la vie quotidienne comme à Noisy-le-Grand, à Fives (Lille) ou à Maurepas (Rennes).

La présence dans la durée auprès de ces familles permet de créer une relation de confiance. Les parents, qui ont vécu dans des hôtels ou des squats, qui ont vu leurs enfants placés, qui n'ont pas de travail et ont une santé fragilisée, sont méfiants et ne croient plus en la société. Ils ont souvent peur et honte d'effectuer des démarches, peur du regard porté sur eux, des jugements et de leurs conséquences sur la famille. Ils évitent certains services.

Cette présence, par des visites régulières et fréquentes, parfois sur plusieurs années, a pour objectif de créer une relation permettant à ces adultes de nous faire découvrir leurs compétences bien souvent cachées, d'exprimer

leurs souhaits pour leur bien-être et celui de leur famille. Ce « compagnonnage » soutient la réalisation de leurs projets.

En effet, nos perspectives et nos priorités pour les sortir de la misère et leur permettre l'accès aux droits fondamentaux ne sont pas forcément ceux qu'ils choisissent. Nous devons être vigilants à ne pas leur imposer nos idées, mais chercher à les soutenir pour qu'ils puissent développer leurs propres ressources. Avant d'aller à leur rencontre, nous devons laisser de côté nos certitudes, et nous placer dans une posture d'écoute réelle, de récepteur, sans penser à leur place.

Ainsi, les projets des familles accueillies à la cité de promotion familiale, sociale et culturelle de Noisy-le-Grand (voir encadré page 49) se construisent ensemble, après des échanges nombreux, au cours desquels les parents s'expriment à la fois avec les volontaires qu'ils côtoient dans le quartier et avec l'équipe de la cité (volontaires, animateurs des diverses actions et assistante sociale). Les projets personnels des parents (travail, formation choisie, etc.) sont soutenus par l'équipe car, tout comme l'organisation de la vie en appartement ou la participation aux activités, ils concourent à renforcer leurs responsabilités parentales.

À Brest ou à Bazouges, l'accompagnement dans les démarches extérieures est proposé à des familles qui n'osent plus, par exemple, rencontrer l'assistante sociale pour une demande d'aide financière, la référente ASE de leur enfant pour une augmentation des droits de visite, la PMI vécue par-

fois comme un lieu de contrôle, le professionnel des HLM face à des impayés de loyer, ou encore aller simplement à l'école de leur enfant.

Pendant cet accompagnement, le membre du Mouvement ATD Quart Monde, médiateur discret, est là pour favoriser une meilleure compréhension des difficultés et des potentiels de la famille par les professionnels, pour écouter et ensuite expliquer, si besoin, les informations reçues. Les parents nous disent souvent que la présence d'une tierce personne entraîne plus de respect du professionnel envers eux. Cet accompagnement n'est pas toujours bien perçu par certains services, qui le vivent comme un contre-pouvoir, et ont des difficultés à reconnaître les facettes positives et les efforts faits par les parents.

Dans ce compagnonnage et dans les activités que pratiquent les parents avec le Mouvement ATD Quart Monde, nous découvrons leurs potentialités, pas toujours visibles dans une rencontre au sein d'une institution. En effet, au cours de cette rencontre, les parents, par peur, mettent souvent en place une logique de défense, tandis que les professionnels pensent souvent « savoir » et proposent leur solution. Peuvent-ils avoir l'humilité d'admettre qu'ils ne connaissent pas tous les aspects de la vie d'un parent et essayer de le comprendre ? Quand un autre regard est posé sur la personne, quand les murs d'incompréhension tombent, celle-ci peut s'exprimer plus librement. Alors, la construction ensemble de l'avenir de l'enfant est possible.

Pour ne pas entrer dans une relation de dépendance, ce soutien individuel se conjugue avec une action collective indispensable aux parents, afin qu'ils tissent des liens positifs. À tous les adultes sont proposés des lieux de parole et de rencontre avec d'autres citoyens, comme les Universités populaires Quart Monde, des activités culturelles et artistiques, etc.

Les parents, accompagnés de leurs jeunes enfants, peuvent être accueillis à la pré-école communautaire de Noisy-le-Grand où aux lieux d'accueil parents-enfants de Bazouges ou de Brest. Leurs conditions d'existence, sans sécurité, avec parfois un sentiment de perte identitaire, ont fortement fragilisé les

liens parents-enfants et le développement de leurs compétences et savoir-faire de parents. Dans ces lieux, ils peuvent les renforcer.

Les lieux d'accueil parents-enfants

Les enfants vivent une inégalité sociale puisque, leurs parents n'ayant pas d'emploi, ils ne peuvent être accueillis en crèches. On constate également que les lieux d'accueil parents-enfants ne sont pas fréquentés par les parents en grande précarité. Ils n'osent pas y aller, pour différentes raisons (peur du regard des autres parents, peur du jugement du professionnel, insécurité devant cet espace inconnu ou peur de s'absenter de son logement, etc.) ou ils n'y retournent pas parce qu'ils ne se sont pas sentis accueillis, mais observés.

Pourtant, très tôt dans l'histoire du Mouvement ATD Quart Monde, vers les années 1960, la pré-école communautaire de Noisy-le-Grand a été créée pour lutter contre les retards de langage et les placements. Elle existe toujours, et permet la rencontre entre parents de la cité, accompagnés de leurs tout-petits. Ils osent franchir la porte de ce lieu collectif après invitation d'une voisine, parfois volontaire permanente, ou de quelqu'un en qui ils ont confiance. L'enfant choisit un jeu ou une activité, seul ou avec d'autres, sous le regard de son parent ou d'une accueillante. Les parents apprennent à observer l'enfant qui, se sentant soutenu, peut aller plus loin dans son expérimentation. L'ambiance sereine permet au parent d'être auprès de son enfant, et d'oublier un instant les difficultés quotidiennes. Certains parents, n'ayant jamais joué avec leurs propres parents, découvrent l'importance du jeu pour l'enfant. Ou encore, en regardant d'autres façons de faire pour les soins corporels ou l'alimentation, ils les essaient. Ils échangent leurs idées et leurs interrogations sur le développement de l'enfant. La réalisation d'un album de développement pour leur enfant permet l'échange des observations faites à la maison et dans le lieu d'accueil.

Lieux ouverts à tous

Dans le canton d'Antrain, des espaces « jeux-rencontres » ont été créés, en 1995, dans plusieurs com-

munes, en partenariat avec l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural), la Caisse d'allocations familiales et le Conseil général. À Brest, le lieu d'accueil parents-enfants de la Maison des parents ouvert, en 2009 sous la direction de la Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence du Finistère, a été également construit en partenariat avec la Caisse d'allocations familiales, le Conseil général et la mairie.

Le principe posé est que toutes les familles soient associées dès la conception du projet. Un membre du Mouvement ATD Quart Monde tisse, à leur domicile, une relation de confiance incitant le parent à franchir la porte de ce lieu collectif. À la Maison des parents, les accueillantes assurent le transport si besoin est, favorisent les échanges avec des lieux fréquentés par ces personnes (centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Resto du cœur). Les accueillantes cherchent à mettre en valeur les savoir-faire des parents. À la Maison des parents, une maman peut demander à donner le bain ou commencer à se séparer de son enfant pendant la sieste. Les ateliers parents-enfants et parents leurs permettent de développer leurs compétences parentales autour de thèmes qu'ils ont choisi et ainsi de gagner en estime de soi. Les parents les plus éloignés de la société préfèrent venir en atelier, plutôt que sur les temps d'activités libres, lors desquels les parents sont plus nombreux. Dans tous ces lieux, où règne une certaine sérénité, les parents se parlent pendant les pauses café ou les ateliers, échangent sur l'éducation (langage, propreté, séparation puis entrée à l'école, etc.), la santé de leur enfant (allaitement ou non, introduction des aliments solides, éruptions, vaccins, etc.) mais aussi sur leurs projets personnels. Les accueillantes (volontaires ou professionnelles) font circuler la parole et apportent des éclairages.

À la Maison des parents, les réunions parents-professionnelles permettent à chacun de revoir leurs représentations sur des thèmes comme la famille, l'éducation, le vivre ensemble.

Les accueillantes sont accompagnées par un psychologue ou un pédopsychiatre. Comme les membres du Mou-

vement ATD Quart Monde, elles cherchent toujours à respecter le développement de l'enfant, son bien-être et le temps nécessaire aux parents pour que leur situation évolue. Parfois, de fortes interrogations se posent, quant à l'intérêt de l'enfant, devant les difficultés des parents à intégrer tous les besoins de l'enfant. Cela nécessite de la part des accueillantes une grande attention aux enfants comme aux parents, de la créativité pour rechercher avec eux les réponses les plus adaptées.

Tous ces lieux sont reliés aux partenaires du quartier : présence régulière de la puéricultrice PMI à Bazouges, présence ponctuelle de la PMI pour délivrer des informations aux parents dans les autres lieux, visite de l'école maternelle et activités autour du livre au sein de celle-ci, participation avec d'autres parents à une journée festive et au projet éducatif local d'un centre de loisirs ou de l'école. Ces lieux sont ainsi des « espaces passerelles » vers la société.

Des actions culturelles ou artistiques sont proposées aux parents

Les parents accompagnés par le Mouvement ATD Quart Monde ont la possibilité de participer à des Universités populaires ou à des échanges de savoir. Sur chaque thème, les personnes réfléchissent en petit groupe, pendant une ou plusieurs réunions. Puis, chaque groupe prépare un écrit qu'il pourra lire, ou utilise une autre forme de communication. Le jour de l'Université populaire Quart Monde, les groupes présentent leur réflexion. Ce sont des lieux de formation pour les parents, qui mettent en mots leur expérience, et aussi pour les experts invités, qui découvrent le quotidien des personnes en grande précarité, les obstacles rencontrés, les réponses inadaptées proposées par la société. A titre exemple, ces dernières années, le groupe de parents d'ATD Quart Monde de Brest a pu échanger avec le médecin départemental PMI et la surveillante de la maternité sur la périnatalité, avec le service Santé Environnement de la ville sur le bien-être, etc. Les parents ont aussi la possibilité de participer à d'autres actions culturelles et artistiques (chorale, dessin, théâtre, etc.).

Tous ces lieux d'ouverture sociale et culturelle peuvent être des tremplins formidables pour permettre aux familles, parents et enfants, très enfermés dans des situations de grande pauvreté et d'exclusion sociale, de pouvoir, peu à peu, nouer des relations avec des personnes qu'elles ne rencontreraient pas dans d'autres circonstances. Mais cela exige une grande volonté de la part des porteurs de projet, professionnels et bénévoles, une attention particulière aux plus isolés et beaucoup de patience et de confiance, pour accompagner les personnes et avancer à leur propre rythme.

1. ATD Quart Monde signifie « Agir Tous pour la Dignité Quart Monde ». Pour en savoir plus : www.atd-quartmonde.fr

NOISY : UN LIEU QUI ACCUEILLE LES FAMILLES TRÈS PAUVRES ET LEURS ENFANTS

La cité de Noisy s'enracine dans l'histoire des personnes très pauvres. Le Mouvement est né dans le bidonville de cette commune, la cité de promotion familiale était voulue par le Mouvement à la destruction du bidonville, avec pour objectif d'accueillir et d'accompagner des familles sans domicile, ayant perdu des repères de vie en société depuis plusieurs années. La toute première initiative de Joseph Wresinski fut, vers 1960, de créer un jardin d'enfants, lequel fut transformé en pré-école communautaire. Cette cité, gérée par une équipe d'une vingtaine de personnes du Mouvement, accueille des familles très pauvres et leurs enfants. Elle leur propose un logement et un accompagnement global, pour une durée de trois ou quatre ans en moyenne, préparant leur réinsertion dans un milieu « ordinaire ». L'action menée par cette cité de promotion familiale s'inscrit dans un partenariat avec l'État, dans le cadre du financement des Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), et avec des bailleurs sociaux pour la mise à disposition des logements de première étape et la recherche de relogements s'inscrivant dans le droit commun.

M. L.

Pour aborder le sujet des inégalités sociales de santé et de la petite enfance, nous avons délibérément circonscrit nos recherches, en proposant quelques références incontournables sur les inégalités et quelques documents sur la parentalité, puis des ressources qui traitent des deux sujets et proposent des modèles ou exemples d'interventions. Cette sélection documentaire porte, dans une première partie, un éclairage sur le concept d'inégalités sociales de santé, ses déterminants et ses mesures. Dans une deuxième partie, une sélection de références sur les inégalités et la petite enfance sont proposées puis une troisième partie présente des ressources et des leviers d'action. Enfin, des organismes/sites ressources clôturent cet article. *Pour aller plus loin*, nous conseillons deux précédents numéros de *La Santé de l'homme*, qui complètent les problématiques de ce dossier :

- Moquet M.-J., Potvin L. coord. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention [dossier]. *La Santé de l'homme*, 2011, n° 414 : p. 7-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-414.pdf>

- Houzelle N., Coulon N., Fortin J. coord. Petite enfance et promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 400 : p. 11-35. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-400.pdf>

Sandra Kerzanet,
documentaliste
à l'Inpes.

GÉNÉRALITÉS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- Aïach P. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Economica/Anthropos, 2010 : 280 p.
- Boarini R., Demuijnck G., Le Clainche C., Wittwer J. *Déterminants des inégalités sociales et économiques et intervention publique : une analyse des intuitions morales des individus*. Rapport pour la Mire dans le cadre du programme de recherche de la Mire « Construction des inégalités sociales », 2006.
- Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'économie de la santé*, 2010, n°154 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>
- Case A., Fertig A., Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstances. *Journal of Health Economics*, 2005, vol. 24, n° 2 : p. 365-389. En ligne : http://www.princeton.edu/~accase/downloads/The_Last_Ing_impact_of_Childhood_Health_and_Circumstance.pdf
- Cres Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Éducation pour la santé environnementale. Inégalités de santé environnementale. Enjeux et connaissances* [Actes]. Marseille : Cres Paca, 2013 : 132 p.
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_inegalites_sociales_sante.pdf
- Adelf. 3^e colloque thématique « Épidémiologie sociale et inégalités de santé ». Toulouse, 15-16/05/2013. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, suppl. 2 : S37-S119.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 2002, vol. 20, n° 4 : p. 75-128.
- Lang T. coord. Les inégalités sociales de santé. *ADSP*, 2010, n° 73 : p. 7-57. En ligne : <http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/adsp?ae=ads&p&clef=113&menu=111282>
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social, 2008 : 297 p.
- Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 2-3 : p. 9-27. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- Lombraïl P., Pascal J. Les inégalités sociales de santé [chapitre 3]. In : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, coll. Traité, 2009 : p. 14-19.
- Lang T. coord. Inégalités sociales de santé [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 8-9 : p. 73-99. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf
- Pampalon R., Hamel D., Alix C., Landry M. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013 : 71 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf
- Regards aigus sur les inégalités sociales de santé [numéro thématique]. *Contact santé*, 2010, n° 231 : p. 1-54.
- Vigneron E. *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011 : 194 p.

INÉGALITÉS ET PETITE ENFANCE : CONSTATS, DISPOSITIFS

- Berthier M. Famille et précarité. *Archives pédiatriques*, 2002, vol. 9, suppl. 2 : p. 251-254.
- Berthier M. Risque néonatal et devenir des enfants de familles vulnérables. *Revue de médecine périnatale*, 2009, vol. 1, n° 2 : p. 39-44.
- Berthier M. État actuel de la lutte contre le saturnisme en France. *Médecine & enfance*, 2001 : p. 291-299.
- Berthier M., Maheu-Caputo D., Bruel H. coord. *Première table ronde naissance et précarité. Risque néonatal et devenir des enfants de familles vulnérables*. 39^e journées nationales de la SFMP. Congrès, Angers, 14-16/10/2009. Rueil-Malmaison : Arnette, 2009 : p. 35-44.
- Blondel B. *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Étude réalisée avec les services de PMI de 21 départements*. Paris : direction générale de la Santé, Inserm U149 et services départementaux de PMI, 1994.

• Bolte G., Tamburlini G., Kohlhuber M. Environmental inequalities among children in Europe. Evaluation of scientific evidence and policy implications. *European journal of public health*, 2010, vol. 20, n° 1 : p. 14-20.

• Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé*, 2007, n° 118 : 6 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/colloques/inegalites/pdf/devaux_jusot_texte.pdf

• Delour M., Desplanques L. S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de Protection maternelle et infantile de Paris. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 209-218.

• Delour M., Blondel B., Brodin M. Du constat épidémiologique à l'adaptation du dispositif de prise en charge : l'expérience parisienne d'accès aux soins périnataux à partir de 1996. In : Serfaty A., Papiernik E. dir. *L'action collective périnatalité en Île-de-France (1996-2000)*. Rennes : École nationale de santé publique, 2005 : p. 140-151.

• Desjardins N., Dumont J., La Verdure J., Poissant J. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an. Québec : Santé et services sociaux Québec, 2005 : 177 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-836-01.pdf>

• Haut Comité de la santé publique, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Rennes : École nationale de santé publique, coll. Avis et rapports du HCSP, 1994 : 276 p.

• Kristjansson B., Petticrew M., MacDonald B., Krasevec J., Janzen L., Greenhalgh T., et al. School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, n° 1 : 135 p.

• Menahem G. Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance. *La Revue du Praticien*, vol. 54, n° 20 : p. 2255-2262.

• Martin C., Boyer G. *Naître égaux et grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : Direction générale de la santé publique, 1995 : 213 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf>

• Ministère de la santé et des services sociaux. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*. Québec : Santé et services sociaux, 2004 : 79 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

• Lopez A., Moleux M., Schaezel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [Rapport]*. Paris : Igas, 2011 : 204 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf

• Poilpot M.-P., dir. *Être parents en situation de grande précarité*. Toulouse : éditions Érès, coll. Fondation pour l'enfance, 2000 : 156 p.

• Polesi H., Schauder N., Imbert F. Les inégalités sociales de santé à 6 ans : une illustration du système des inégalités. *Le Furet*, 2009, n° 59 : p. 43-44.

• Unicef Innocenti Research Centre. *Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches. Bilan Innocenti 10*. Florence : Centre de recherche Innocenti de l'Unicef, 2012 : 36 p. En ligne : http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc10_fre.pdf

INÉGALITÉS ET LIEU DE VIE

• Chauvin P., Parizot I., Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. *ADSP*, 2013, n° 82 : p. 29-32.

• Ginot L. Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé. *ADSP*, 2013, n° 82 : p. 49-50.

• Ginot L., Peyr C. Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 5 : p. 493-503. En ligne : www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-5-page-493.htm

• Joubert M. Politiques locales de santé et cohésion sociale : les nouveaux modes de mobilisation et de contractualisation. *ADSP*, 2013, n° 82 : p. 35-41.

• Lagarde F. Prévention précoce au domicile : une revue de la littérature et une description d'un service français d'intervention sociale et familiale. *Devenir*, 2011, vol. 23 : p. 33-68. En ligne : www.cairn.info/revue-devenir-2011-1-page-33.htm

STRATÉGIES ET MODALITÉS D'ACTION

• Bosse-Platière S., Loutre-du-Pasquier N., Gelot J. *Accueillir les parents des jeunes enfants. Un soutien à la parentalité*. Toulouse : Érès, coll. Petite enfance et parentalité, 2004 : 222 p.

• Basset B., Collin G.-A., Maione E. *Les projets régionaux de santé en France. Ambitions et réalités*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : 132 p.

• Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP. *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012*. Rennes : EHESP, 2013 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>

• Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la Santé. *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [Rapport final]*. Genève : OMS, 2008 : 32 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

• Doumont D., Feulien C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention*. Louvain : UCL-RESO, Série de dossiers techniques, 2010 : 20 p. En ligne : www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf

• Doumont D., Feulien C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Stratégies locales d'intervention*. Louvain : UCL-RESO, Série de dossiers techniques, 2010 : 18 p. En ligne : <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier62.pdf>

• Durning P., Boutin G. *Les interventions auprès des parents. Innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 1999 : 201 p.

• Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars). *Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité*. Paris : Fnars, 2009 : 167 p. En ligne : <http://www.fnars.org/publics/enfance-famille/ressources-enfance-famille-menu/publications-fnars-menu-enfan-fam/1556-guide-de-bonnes-pratiques-de-soutien-a-la-parentalite>

• Hamel M.-P., Lemoine S. *Centre d'analyse stratégique. Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale*. Paris : La Documentation Française, coll. Rapports et documents, 2012 : 258 p. En ligne : <http://www.strategie.gouv.fr/content/rapport-aider-les-parents-etre-parents-le-soutien-la-parentalite-une-perspective-internation>

- **Hyppolyte S.R.** *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Québec : Direction régionale de santé publique, 2012 : 161 p.
En ligne : http://www.dspq.qc.ca/documents/RapportISS_versionintegrale.pdf
 - **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Élus, Santé publique & Territoires, Réseau français villes-santé OMS.** *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 12 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>
 - **Potvin L., Moquet M.- J., Jones C.-M. dir.** *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La santé en action, 2010 : 379 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>
 - **Houzelle N., Rebillon M. dir.** *Promouvoir la santé dès la petite enfance : concepts et méthodes pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2013 : 192 p. [A paraître en 2014]
 - **Mannoni C., coord.** *Les ateliers santé ville. Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé*. Paris : Profession banlieue, Pôle de ressources Ville et développement social, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris, 2010 : 70 p. En ligne : http://www.professionbanlieue.org/f1298_Les_ateliers_sante_ville_Une_plus_value_locale_pour_la_reduction_des_inegalites_de_sante_70_p_.pdf
 - **McIntosh J., Shute J.** *The process of health visiting and its contribution to parental support in the Starting Well demonstration project*. Health and Social Care in the Community, 2006, vol.15, n°1 : p. 77-85.
 - **Neyrand G.** *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*. Toulouse : éditions Érès, 2011 : 171 p.
 - **Niewiadomski C., Aïach P., coord.** *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Recherche santé social, 2008 : 288 p.
 - **Pham-Daubin N.-C., Jourdan D.** *L'éducation à la santé en milieu scolaire peut-elle participer à la réduction des inégalités sociales de santé ?* *La Santé de l'homme*, 2011, n° 414 : p. 44-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>
 - **Prévot O.** *Évaluer un programme de soutien à la parentalité : identification de critères partagés*. Acte du colloque de l'AIFREF, Luxembourg, 07/09/2011.
 - **Prévot O., dir.** *Intervenir auprès des parents : réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen*. Paris : Familles Rurales, 2010 : 262 p.
 - **Réduire les inégalités sociales de santé [dossier]**. *Éducation santé*, 2009, n° 245 : p. 1-31.
En ligne : <http://www.refips.org/files/generale/Education%20Sante.pdf>
 - **Réseau français des villes-santé de l'OMS. Santé et parentalité. L'approche des villes**. Rennes : Presses de l'EHESP, 2013 : 81 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodologique_parentalite_sante.pdf
 - **Terrisse B., Larivée S. J., Kalubi J.-C.** *Soutien à la parentalité. Les attentes des parents*. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2008, n° 23 : 164 p.
 - **Steward Brown S.** *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what in the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2006 : 26 p.
En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf
 - **Tang K.C., Nutbeam D., Aldinger C., Saint-Leger L., Bundy D., Hoffmann A.M., et al.** *Schools for health, education and development: a call for action*. *Health Promotion International*, vol. 24, n°1 : p. 68-77. En ligne : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/1/68.full.pdf+html>
 - **Vuille J.-C., Schenkel M.** *Social aqualization in the health of youth. The role of the school*. *European Journal of Public Health*, 2001, vol. 11, n° 3 : p. 287-293. En ligne : <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/11/3/287.full.pdf+html>
- ## ORGANISMES RESSOURCES SUR LES INÉGALITÉS DE SANTÉ
- Mouvement ATD (agir tous pour la dignité) Quart monde**
Le Mouvement ATD Quart Monde lutte pour les droits de l'homme, avec l'objectif de garantir l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et d'avancer vers l'éradication de l'extrême pauvreté. Il développe des projets sur le terrain avec des personnes qui vivent en situation de pauvreté. ATD Quart Monde anime en outre dix réseaux de professionnels en France, qui cherchent à toucher les plus pauvres dans les différents domaines des droits fondamentaux (famille, culture, école, habitat-ville, travail-métier, santé, vie locale citoyenne, vacances, participation-croisement des savoirs et dialogue avec le parlement).
En ligne : <http://www.atd-quartmonde.org/-France-.html>
- Centre de recherche Léa-Roback : centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal**
Le centre Léa-Roback est né d'une initiative conjointe de la chaire approches communautaires et inégalités de santé et de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé. Il a pour mission d'observer l'impact du milieu sur la santé physique et mentale et ainsi de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Il s'implique dans le développement de la recherche, en créant des alliances entre chercheurs, décideurs publics et acteurs de terrain et promeut le transfert de connaissances vers l'action.
En ligne : <http://www.centreleoroback.org/>
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS**
Créée en mars 2005 par l'Organisation mondiale de la Santé, cette Commission a pour objectif de présenter aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions de vie quotidiennes aux individus, communautés et populations. Les dossiers que propose la Commission sur son site Internet sont essentiellement consacrés aux déterminants sociaux de la santé et à la façon de s'attaquer aux causes sociales des inégalités en matière de santé.
En ligne : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- EuroHealthNet**
EuroHealthNet est un réseau européen associant agences, organismes de santé, et chercheurs pour promouvoir la santé et l'équité. Le réseau prend part à de nombreux projets relatifs à l'équité en santé et la réduction des inégalités comme : *Determine, Gradient ou encore Crossing Bridges*.
En ligne : <http://eurohealthnet.eu/>
- Health-inequalities.org : portail européen pour agir sur l'équité en santé**
Ce portail est le résultat de la collaboration d'acteurs européens des univers de la santé et du social regroupés en deux initiatives paneuropéennes : « Comblent l'écart : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé dans l'Union européenne » (*Closing the gap: Strategies for action to tackle health inequalities in the EU, 2004-2007*) d'une part, et d'autre part, *Determine (2007-2010)*, qui s'appuie sur *Closing the gap* et qui établit un consortium communautaire d'actions sur les déterminants socio-économiques de la santé.
En ligne : <http://www.health-inequalities.org>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Espace thématique « Inégalités sociales de santé »**
Cet espace d'information a pour objectif de mettre à disposition des professionnels de terrain les principales connaissances et les repères sur les inégalités sociales de santé. Les données présentées sont

issues de travaux utilisés par des groupes d'experts dans le cadre de rapports nationaux ou internationaux. Elles sont déclinées en cinq parties : définition et concepts, situation des inégalités sociales de santé, les déterminants de la santé, recommandations et liens avec les interventions, outils d'aide à la construction des actions, bibliographie et liens Internet. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/index.asp>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

L'Irdes contribue à nourrir la réflexion sur l'avenir du système de santé. Ses chercheurs observent et analysent les politiques de santé, les comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous différents angles : économique, médical, géographique, international, etc. L'Irdes édite et met à disposition les résultats de ses recherches. Il dispose d'un riche fonds documentaire ouvert au public. *En ligne* : <http://www.irdes.fr>

Institut Théophraste-Renaudot

Ce centre de ressources en santé communautaire met à disposition sur son site Internet de nombreux documents dont certains relatifs aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités sociales de santé et au rôle de la promotion de la santé et de la santé communautaire dans la lutte contre ces inégalités. *En ligne* : <http://www.institut-renaudot.fr>

Observatoire des inégalités

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.

En ligne : <http://www.inegalites.fr/>

Également un espace « jeunes » : <http://www.inegalites.fr/spip.php?page=espacejeune>

Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips)

Le Réfips se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe environ cinq-cents membres, répartis sur une trentaine de pays de la Francophonie, qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Sa base de données ou « centre de ressources francophones » est accessible via un autre site <http://www.promosante.org> et propose des ressources notamment, sur les inégalités sociales de santé.

En ligne : <http://www.refips.org/apropos.php>

ORGANISMES RESSOURCES SUR LA PETITE ENFANCE

Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa)

Fondée en 1990, l'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa) regroupe la majorité des pédiatres ayant un mode d'exercice à prédominance libérale (cabinets de ville et maternités privées). Bon nombre d'entre eux exercent aussi une activité publique hospitalière ou communautaire (crèches, Protection maternelle et infantile (PMI), maisons et établissements d'enfants à caractère sanitaire (MECS), structures de prise en charge des handicaps, médecine scolaire, etc.). L'Afpa compte aujourd'hui plus de 1 400 adhérents. Ce site permet d'accéder aux conseils personnalisés de pédiatre, à une sélection d'articles ainsi qu'à des outils sur la santé de l'enfant.

En ligne : <http://www.mpedia.fr/afpa.html>

Le furet Petite enfance & diversité

Association qui a pour but de lutter contre les phénomènes d'exclusion, de discrimination, notamment dans le secteur de l'Enfance et de la Petite Enfance, et de développer dès la petite enfance des actions de prévention favorisant à la fois la socialisation, l'éveil et un équilibre affectif qui apporte une sécurité suffisante à tous les enfants. C'est un organisme éditeur, de formation des professionnels, d'animation de colloques, de travaux d'études et de recherches dans les domaines de la petite enfance et de la parentalité.

Association Le Furet

6 quai de Paris – 67000 Strasbourg

En ligne : <http://www.lefuret.org/qui-sommes-nous>

Interventions précoces, soutien à la parentalité

Site de la DGS, créé à destination des professionnels de la santé et de l'enfance, des acteurs du milieu associatif et des familles, comme un espace d'information et de partage. Sous sa nouvelle présentation, il propose une présentation du cadre juridique et des services, des ressources documentaires validées, une mise en valeur d'expériences innovantes et d'initiatives locales.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/interventions-precoces.html>

Observatoire national de la petite enfance

Piloté par la Caisse nationale des Allocations familiales, l'Observatoire associe l'ensemble des services statistiques et d'études des institutions impliquées dans les politiques de la petite enfance, ainsi que les services qui définissent ou mettent en œuvre ces politiques :

- La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ;

- l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ;

- l'Éducation nationale et la Mutualité sociale agricole (MSA).

En ligne : <http://www.mon-enfant.fr/web/guest/>

Parentel

Créée en 1989, par des professionnels et des associations sensibilisés aux questions de l'enfance et de la famille, l'association Parentel offre des services en vue d'ouvrir des espaces de parole et d'action aux membres de la famille et aux professionnels concernés par la question de la parentalité, des relations parents/enfants et des liens familiaux, et librement demandeurs d'échanges à ce sujet.

L'association Parentel a pour vocation d'initier et de soutenir la réflexion et l'action au sujet de la parentalité et des liens familiaux, compris comme fonctions sociale et psychologique fondatrices du lien social. Elle édite une revue « Les carnets de Parentel », ainsi que des numéros spéciaux thématiques, et diffuse une newsletter.

En ligne : <http://www.parentel.org/rubrique3.html>

Protection maternelle et infantile (PMI)

Le service de Protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Ce service organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue 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. La PMI est un acteur important de la petite enfance et de la réduction des inégalités de santé.

Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative

Sous la direction de Florence Parent, Jean Jouquan

Cet ouvrage fait suite à la formation « Développement des formations dans les organisations de santé » organisée en 2011 par l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Il met à disposition des acteurs concernés par la problématique de la formation des professionnels de santé une compilation des contributions dispensées au cours de ce cursus. Il s'agit de textes originaux issus de plusieurs disciplines : pédagogie, sciences cliniques, sociologie, santé publique et promotion de la santé, certains amenant le lecteur autour d'une réflexion théorique, d'autres s'appuyant sur des expériences de terrain évaluées. L'ouvrage est organisé en cinq sections, précédées d'une introduction sur le cadre conceptuel et les enjeux de la formation professionnalisante en santé.



La première section, assez théorique, fournit les cadres conceptuels internationaux et nationaux : stratégies, plans de développement ; la deuxième section invite à la réflexion autour des enjeux de l'interculturalité, du genre et de l'interprofessionnalité dans les réformes pédagogiques et tente d'apporter une réponse aux problèmes de communication interculturelle, interdisciplinaire et d'intégration du genre dans les programmes de formation. La troisième section présente un cadre théorique ayant pour objectif la construction « d'un référentiel de compétences intégré », en cohérence avec la formation et l'évaluation. La quatrième section est dédiée aux dispositifs de formation et d'évaluation, et plus particulièrement sur les concepts de planification, construction et d'animation d'un dispositif de formation et d'évaluation. Enfin, la cinquième et dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la notion d'évaluation des programmes et propose notamment des outils de pilotage des dispositifs.

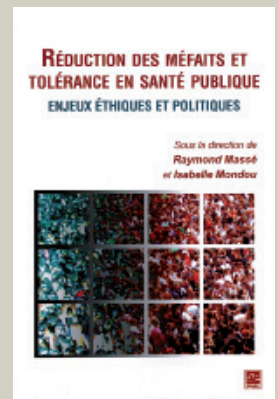
Laetitia Haroutunian

Bruxelles : De Boeck, coll. Pédagogies en développement, 2013, 440 p., 40 €.

Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques

Sous la direction de Raymond Massé et d'Isabelle Mondou

Cet ouvrage propose une réflexion sur une nouvelle approche de prévention en santé publique, la réduction des méfaits (RdM). Réalisé sous l'égide du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), l'ouvrage réunit des textes issus d'un travail scientifique multidisciplinaire (sciences sociales, santé publique) initié en 2011. Il se divise en trois parties ; la première partie s'attache à définir la notion de réduction des méfaits, ne proposant pas une seule mais plusieurs définitions, tant la notion est largement débattue entre les différents acteurs du champ. Elle propose également une réflexion sur les fondements éthiques et les enjeux que sous-tend l'implantation d'interventions en réduction des méfaits : tolérance, justice sociale, pragmatisme, humanisme. La deuxième partie s'intéresse à l'institutionnalisation de la réduction des méfaits, à savoir comment cette notion s'inscrit dans l'historique de la santé publique et dans l'évolution des politiques des sociétés contemporaines. L'ouvrage s'achève sur une troisième partie consacrée aux modalités pour appliquer cette approche à des problématiques éloignées du champ de la toxicomanie (habituellement cité en exemple pour ce type d'approche), telles que la violence conjugale et les pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation, en mettant l'accent sur ses enjeux et ses limites.



L. H.

Laval : PUL, 2013, 214 p., 28 €.

Maison & santé : vivre chez soi sans risque

Christine Laouénan



La Mutualité Française et les Éditions Pascal coéditent ce guide à destination du grand public, mettant à disposition des bonnes pratiques pour éviter tout type d'accident pouvant survenir dans le foyer : chutes, intoxications, étouffements, etc. À travers cinq chapitres dont un consacré aux enfants en bas âge et un aux personnes âgées, les différents problèmes de sécurité liés à l'habitat sont présentés, avec une réponse sous forme de conseils et de préconisations (ce qui est à éviter). Chaque point abordé dans l'ouvrage se termine par une partie « bon à savoir », apportant au lecteur des éléments complémentaires sur le sujet (À quel âge puis-je laisser mon enfant seul à la maison ? Que faire en cas d'ingestion de produit toxique ?). Ce guide s'achève sur une partie plus généraliste, proposant des conseils pour se protéger des risques domestiques divers (asphyxie, incendie, risques liés aux animaux domestiques, etc.) ainsi que sur les « gestes qui sauvent » : description en image de la méthode de Mofenson et de la méthode de Heimlich pour faire face aux risques d'asphyxie par obstruction complète de la gorge.

L. H.

Paris : La Mutualité Française/Éditions Pascal, coll. Mon guide, 2013, 110 p., 5 €.

Alcool Info Service : apporter une information et un accompagnement personnalisé à chacun

Afin de répondre aux enjeux de santé publique posés par la consommation excessive d'alcool, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'Inpes et le GIP Adalis ont mis à disposition du grand public, fin 2013, un nouveau dispositif d'information et d'aide, Alcool Info Service, accessible à tous via Internet www.alcoolinfoservice.fr ou par téléphone au 0 980 980 930, de 8 h. à 2 h., appel non surtaxé).

L'objectif de ce dispositif est de contribuer à libérer la parole des usagers et de leurs proches, d'encourager les interactions et l'entraide en proposant un véritable espace de contact et de dialogue et également une source d'information fiable.

Le nouveau site Internet s'articule autour d'un univers grand public et d'un univers spécifiquement dédié aux jeunes (15-25 ans) : www.jeunes.alcoolinfoservice.fr

Il met à disposition des contenus informatifs et des modules interactifs (Questions-réponses, forums, témoignages, etc.). À souligner deux outils de dialogue interactif : les chats (dialogues) individuels, sur le modèle de l'entretien téléphonique permettent à l'internaute de dialoguer en temps réel avec un professionnel de l'équipe Adalis. Enfin, un système de rappel des internautes « web call back » permet d'être rappelé sur son téléphone par un professionnel d'Adalis et de bénéficier ainsi d'une gratuité des appels.



équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



VIH, chlamydia, syphilis... la meilleure défense, c'est le préservatif



Plus d'informations au 0800 840 800*
ou sur sida-info-service.org

* Gratuit depuis un poste fixe.

