



RAPPORT D'ENQUÊTE

**ACCOMPAGNEMENT À LA
PARENTALITÉ, PETITE ENFANCE
ET SANTÉ : FAITES CONNAÎTRE
VOS ACTIONS !**

Mai 2016







Sommaire

EDITORIAL	4
INTRODUCTION	6
CONTEXTE ET DEFINITIONS	8
1. QUELLE DEFINITION DE LA PARENTALITE ?	8
2. LE SOUTIEN/ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE, UNE STRATEGIE EFFICACE POUR REDUIRE ET LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	10
3. LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE : DE NOMBREUX DISPOSITIFS EXISTANTS	11
3.1 LA POLITIQUE ET LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE	11
3.2 LES ACTEURS ET CADRES DE REFERENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE	12
4. LA CAPITALISATION D' ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE AU COURS DE LA PETITE ENFANCE : RENDRE VISIBLES LES ACTIONS - FAIRE LE LIEN AVEC LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	14
METHODOLOGIE	16
1. ETAT DES LIEUX ISSU DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE : UN PREMIER REPERTOIRE D' ACTIONS POUR CONSTRUIRE LA GRILLE DE RECUEIL	16
2. MOBILISATION ET CONSTITUTION DU COMITE D'EXPERTS	16
3. LIEN AVEC LE SITE INTERNET « INTERVENTIONS PRECOCES, SOUTIEN A LA PARENTALITE » DU MINISTERE DE LA SANTE	16
4. ELABORATION DE LA GRILLE DE RECUEIL D' ACTIONS	17
5. LA MISE EN ŒUVRE DU RECUEIL D' ACTIONS	18
5.1 LA MOBILISATION DES RESEAUX ET DES PARTENAIRES POUR PROMOUVOIR LA DEMARCHE	18
5.2 LA METHODE DE RECUEIL : UNE PHASE DE CONSULTATION DES ACTEURS VIA UNE PLATEFORME DE SONDAGE EN LIGNE COMPLETEE PAR DES ENTRETIENS AUPRES DE PORTEURS DE PROJETS	18
5.3 SUIVI DES CONTRIBUTIONS	19
5.4 LES ENTRETIENS AUPRES DES PORTEURS DE PROJET	20
5.5 ANALYSE DES ACTIONS RECUEILLIES	20



RESULTATS COMMENTES	22
1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS DE LA CONSULTATION	22
1.1 CARACTERISTIQUES DES ACTEURS ET CADRE DES ACTIONS	22
1.2 LES CARACTERISTIQUES DES ACTIONS	27
1.2.1 Les objectifs formulés par les acteurs	27
1.2.2. Les milieux d'intervention et les publics visés	29
1.2.3 Les modalités d'intervention et les thématiques abordées	31
1.2.4 Les effets et résultats des actions menées	32
1.2.5 Quels freins ou leviers?	34
2. LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE : LIEN AVEC LA PROMOTION DE LA SANTE, IMPACT SUR LA SANTE ET SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	37
2.1. LES AXES D'INTERVENTIONS DE LA CHARTE D'OTTAWA	37
2.2. L'IMPACT DES ACTIONS SUR LA SANTE	42
2.3 LES EFFETS SUR LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	43
2.4 L'ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE	44
2.4.1 L'accessibilité géographique	44
2.4.2 L'accessibilité économique	45
2.4.3 L'accessibilité physique	45
2.4.4 L'accessibilité culturelle	45
2.5 L'ANALYSE DE LA PARTICIPATION DES PUBLICS CONCERNES	46
2.6 L'ANALYSE DE LA TRANSFERABILITE	47
LES ENSEIGNEMENTS DE LA CONSULTATION DANS UNE PERSPECTIVE DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES	52
LA QUALITE DU RECUEIL ET LA FINESSE DE L'INFORMATION DEPENDENT DE LA CAPACITE DES ACTEURS A UTILISER LES CONCEPTS EN PROMOTION DE LA SANTE	53
LA METHODE ET LA GRILLE DE RECUEIL	54
LES RESEAUX MOBILISES	55
QUELLE(S) METHODE(S) POUR QUEL(S) NIVEAU(X) DE PREUVE ?	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	66
ANNEXE 1 – MEMBRES DU COMITE D'EXPERTS	68
ANNEXE 2 – FICHE-ACTION	70
ANNEXE 3 – LISTE DES FICHES-ACTIONS	84
ANNEXE 4 – LISTE DES SIGLES	90



Editorial

Avec ce rapport, la Société Française de Santé Publique poursuit son travail de valorisation du travail des intervenants de proximité et de capitalisation de l'expérience qu'ils forgent au quotidien. Les enjeux sont multiples :

- En sus des indispensables actions de prévention de la maladie ou des infirmités ciblées sur les facteurs de risque (ici, des « problèmes sanitaires, éducatifs et sociaux et conséquences qui pourraient en découler »), il est possible de promouvoir la santé en renforçant les facteurs protecteurs ;
- Ceci suppose d'élargir la palette de compétences des professionnels du soin (mais plus généralement ici « de l'ensemble des professionnels de l'enfance (soin, social, éducatif) et d'agir avec l'ensemble des parties prenantes de ces questions dans un cadre intersectoriel (ici pour promouvoir des conditions d'existence favorables à la parentalité : transports, logement, loisirs...). Tant il est vrai que « L'accompagnement à la parentalité ne peut se limiter à évoquer des principes et des normes. Il s'agit d'engager une réflexion sur la condition parentale dans les sociétés contemporaines en tant qu'elle dépend étroitement des conditions quotidiennes d'existence avec leurs contraintes profondément inégales ».

Ce travail conduit à faire vivre les principes de la Charte d'Ottawa, en commençant par le premier, élaborer des politiques publiques favorables à la santé. Celles-ci peuvent se dessiner à un niveau local, avec une importance toute particulière des collectivités territoriales et du monde associatif à ce niveau de proximité, même si le cadre national est profondément structurant (en matière d'inégalités de revenus par exemple ou de politiques familiales), tout comme l'action sur l'environnement physique et social.

A l'autre bout du spectre proposé dans la Charte, il s'agit aussi de favoriser la « réorientation des services », sachant que les « bonnes pratiques » sont loin d'être toutes codifiables et codifiées, leurs possibilités de mise en œuvre encore moins. Ces possibilités dépendent de contextes toujours particuliers qui demandent aux intervenants d'ajuster leurs façons de faire aux contraintes et ressources du milieu dans lequel ils vivent ou travaillent et de les adapter aux caractéristiques des « publics » pour lesquels ils travaillent. Quand ces ajustements sont le fait de professionnels, généralement mus par le souci de bien faire, en partenariat plus ou moins étroit avec les « bénéficiaires », ils conduisent à élaborer des stratégies, méthodes et outils qui peuvent s'avérer prometteurs et méritent d'être connus et évalués. Les spécialistes du domaine parlent alors de la capitalisation comme « le passage de l'expérience à la connaissance partageable ». Les actions présentées ici intéressent donc la SFSP à un double titre, celui que nomme l'IGAS, à savoir s'attaquer aux inégalités sociales de santé à la racine, dès l'enfance, et apprendre pour ce faire de l'expérience de terrain.



Pour autant, l'enjeu de réduction (ou de non aggravation) des inégalités sociales de santé ne peut être relevé s'il n'est pas systématiquement nommé / visé. C'est ce que pointent les auteurs du rapport quand elles écrivent : « La capitalisation d'actions d'accompagnement à la parentalité au cours de la petite enfance : rendre visibles les actions - faire le lien avec la lutte contre les inégalités sociales de santé ». Le but de la capitalisation est bien « d'identifier, analyser, expliciter et modéliser le savoir acquis lors d'une expérience de projet ou de programme pour que d'autres puissent se l'approprier, l'utiliser et l'adapter, ou ne reproduisent pas les mêmes erreurs ». Cette démarche, complément indispensable du transfert de connaissances scientifiquement éprouvées, n'est pas familière de professionnels qui ne l'ont pas apprise et doivent apprendre à expliciter des savoirs tacites. L'objet de ce rapport est de montrer son apport et les conditions pour aller plus loin ensemble.

Pierre Lombrail,
Président de la SFSP



Introduction

Le rapport IGAS de 2010 « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action » souligne le paradoxe existant en France entre un état de santé moyen plutôt bon et des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge, se maintenant tout au long de la vie.

Ces inégalités se définissent comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* » [1] et ne relèvent donc pas uniquement de la biologie. Elles sont influencées par des déterminants socialement construits, selon un gradient social continu qui se traduit par des disparités territoriales qui s'accroissent, et par une différence d'espérance de vie entre catégories sociales [2, 3].

Parmi les déterminants sociaux de la santé, les conditions de vie dans l'enfance [4] jouent un rôle important. Le contexte socio-économique des parents impacte la constitution d'un capital de santé et d'un capital de revenus. Ce capital de santé initial influencera l'état de santé du début de la vie adulte et le potentiel de santé pour la vie future.

Lutter contre les inégalités sociales de santé nécessite de mettre en œuvre de nombreuses stratégies permettant d'agir sur un plus grand nombre possible de déterminants. Ces stratégies relèvent de plusieurs niveaux : politiques publiques, pratiques professionnelles, offre de soins, comportements individuels etc. Le renforcement des facteurs de protection se construit dès le plus jeune âge. En effet, les conditions socio-sanitaires de la naissance mais aussi l'accès à l'éducation, l'existence de liens familiaux et sociaux solides constituent une part importante de ces facteurs. Agir dessus implique des interventions précoces et des politiques publiques en faveur de la petite enfance qui en tiennent compte.

Les interventions précoces constituent donc une de ces stratégies efficaces pour agir sur les déterminants sociaux et développer des conditions de vie favorables pour les familles et les enfants [3, 5] ; il s'agit, à travers les projets et actions mis en œuvre, « *d'introduire l'équité dès le départ* ». Ces interventions visent notamment à renforcer les liens sociaux, à soutenir les parents, développer l'accès au langage, favoriser le développement psychomoteur dès le plus jeune âge ; elles contribuent à protéger la population de risques ultérieurs. « *Le développement du jeune enfant, physique, social, affectif... a une influence déterminante sur l'espérance de vie et sur la santé plus tard au cours de l'existence car il met en jeu l'acquisition de compétences, l'instruction et les possibilités d'emploi. Directement et par ces mécanismes, la petite enfance influe sur le risque ultérieur d'obésité, de malnutrition, de problèmes de santé mentale, de cardiopathie...* » [9].

Le soutien à la parentalité participe de ces interventions précoces. Les parents sont des acteurs clefs du développement des conditions favorables à la santé des enfants, que ce soit par les fonctions qu'ils occupent et les soins qu'ils leur apportent, la continuité de leur présence, ou encore par la relation affective qu'ils entretiennent avec eux.

Repérer le plus en amont possible les conditions socio-environnementales qui peuvent rendre le rôle parental plus difficile, et offrir des services gradués en fonction des besoins des familles (en partant d'un socle universel à adapter en fonction des situations) pourrait permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents et contribuer ainsi à la lutte contre les inégalités sociales de santé [3, 6]. L'accompagnement à la parentalité donne lieu en France, à une multitude de dispositifs et



d'actions diversifiées [7] dans différents champs d'action mobilisant de nombreux acteurs de secteurs différents.

Cependant, les acteurs impliqués dans ces actions relèvent plus souvent du champ social, éducatif que de la santé publique, hormis pour ce qui relève des soins et de la prévention. Leur action étant déterminante dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, il apparaît indispensable de créer des ponts entre les deux mondes et de développer la connaissance concernant les actions mises en œuvre : à quels publics s'adressent-elles ? Quels sont leurs objectifs ? Ont-elles un impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé ? Sont-elles transférables ?

Pour rendre visibles ces actions et dans le cadre d'une démarche de capitalisation des interventions contribuant à la lutte contre les inégalités sociales de santé, la Société Française de Santé Publique (SFSP) a mis en œuvre un projet de recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité, dans une vision de promotion de la santé et dans le but de contribuer à l'élargissement de la vision intersectorielle des champs de la santé et de la parentalité.

▪ LES POINTS-CLES :

Dans la perspective d'identifier des stratégies de lutte contre les inégalités de santé (ou de non aggravation de celles-ci), la SFSP cherche à identifier avec les intervenants concernés des pistes concrètes d'actions. Cela passe par l'identification, la compréhension et l'analyse de ce qui se fait, la valorisation des expériences contributives et les évolutions à encourager.

Le rapport IGAS sur les inégalités sociales de santé préconise notamment de développer des actions d'accompagnement éducatif, de renforcement des liens enfants parents et la valorisation des compétences parentales. Il existe un enjeu fort à lier les questions de parentalité et de santé, avec de nombreuses initiatives menées dans différents champs d'actions et une multitude d'acteurs, issus de différents secteurs.



Contexte et définitions

1. QUELLE DEFINITION DE LA PARENTALITE ?

Le mot parentalité apparaît dans les années 60, en réponse à plusieurs transformations profondes de la famille [8]. La fonction éducative, affective... peut être exercée au sein de la famille par nombre de personnes qui ne constituent pas le noyau nucléaire- « père-mère biologiques/enfants ». La multiplicité des formes parentales rend nécessaire le fait de trouver des termes spécifiques pour chaque situation (monoparentalité...) en construisant un dénominateur commun : la parentalité [8]. Malgré l'apparition de ce nouveau terme, celui-ci a fait l'objet de nombreuses définitions et aucune aujourd'hui n'apparaît comme consensuelle. Un des éléments commun à l'ensemble de ces définitions est qu'elles vont toutes au-delà de la fonction de géniteur. La parentalité se distingue en cela de la parenté, qui inscrit l'enfant dans une lignée généalogique : « être parent ne se réduit pas à la fonction de géniteur. Les géniteurs ont à devenir parents ; c'est pourquoi la fonction même peut être élargie à toute personne répondant aux besoins des enfants » [9].

La définition est d'abord centrée sur une dimension psychique ; Paul-Claude Racamier introduit ce terme en France, traduction de « parenthood », développé par la psychanalyste Grete Bibring, qui désigne le processus de développement psycho-affectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant (processus intrapsychique). Philippe Gutton la définit comme « l'ensemble de processus psychiques conscients et inconscients concernés par les expériences de parenté » [10].

Mais d'autres propositions apparaissent, qui caractérisent la parentalité dans toute sa complexité. Être parent ne relève pas que du psychisme. L'ouverture de la famille vers l'extérieur, les formes d'être en couple et de faire famille, le partage des fonctions éducatives avec d'autres sphères de la société complexifient la notion de parentalité pour y intégrer une dimension sociale et environnementale. Les frontières sont redéfinies entre le privé et le public et la parentalité est construite entre l'individuel et le collectif.

Catherine Sellenet [11] illustre ces deux pôles en définissant la parentalité « comme un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale »

Si on se situe du point de vue des parents, Didier Houzel [12] propose d'approcher la parentalité à travers trois axes :

- **l'exercice de la parentalité** qui fait référence aux droits et devoirs des parents vis-à-vis de leurs enfants ainsi qu'aux normes socialement attendues et valorisées ;
- **l'expérience de la parentalité** dans des dimensions subjectives et psychiques, relative aux vécus, représentations, émotions... ;
- **la pratique de la parentalité** qui se traduit par les actes concrets de la vie quotidienne (soins psychiques et physiques de la part des parents).



Mais au-delà du lien entre l'émergence d'un terme nouveau et l'évolution des modèles familiaux, l'apparition du terme parentalité s'inscrit aussi dans le cadre d'un discours public fondé sur la notion de responsabilité (ou d'irresponsabilité), de défaillance parentale.

Claude Martin [13] montre comment les discours médiatiques et politiques ont longtemps désigné la démission des parents comme une explication au phénomène de délinquance notamment, préférant ainsi blâmer les victimes plutôt que d'analyser plus finement les causes. Laurent Mucchielli dans les années 2000 [14] souligne combien ce n'est pas la démission parentale qui est en cause, mais bien le contexte socioéconomique et les dynamiques relationnelles dans lesquels les parents peuvent exercer leur rôle.

Dans une perspective de lutte contre les inégalités sociales de santé, l'impact des conditions de vie et la qualité du réseau social du ou des parents sur leur santé et celle de leurs enfants relève de la même logique : « *le manque d'argent peut transformer la pratique, l'exercice et l'expérience de la parentalité en un défi plus difficile à relever, non par manque de compétences mais du fait de l'accumulation d'évènements négatifs, de contraintes s'exerçant sur la vie du groupe familial, ou de l'isolement dans le cas de la stigmatisation liée à la pauvreté* ». Tenir compte des circonstances de la vie des familles et des défis auxquels elles sont soumises permet d'éviter les raccourcis parfois simplistes entre structure familiale et problèmes sanitaires, éducatifs et sociaux et les conséquences qui pourraient en découler notamment sur la définition des « responsabilités » parentales [15, 16]. Il est cependant important de souligner que le besoin de soutien et d'accompagnement est commun à l'ensemble des familles et des parents et ne concerne pas seulement ceux dont les conditions de vie socio-économiques sont les plus difficiles, même si cet indicateur vient souvent majorer d'autres difficultés.

Afin d'intégrer la dimension complexe et plurielle de la parentalité, nous retenons la définition du Conseil national de Soutien à la Parentalité :

« La parentalité est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercées dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant ».

Ce choix conduit naturellement à envisager l'action sous l'angle de l'ensemble des axes de la Charte d'Ottawa.



2. LE SOUTIEN/ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE, UNE STRATEGIE EFFICACE POUR REDUIRE ET LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La petite enfance est une période clef pour agir sur les inégalités sociales de santé. Tout d'abord parce que cette période de la vie voit déjà se dessiner les inégalités liées notamment à l'état de santé¹ [3] mais aussi parce qu'elle constitue une période particulièrement propice à la prévention de ces mêmes inégalités. Celles-ci se construisent en effet dès l'enfance et les effets du gradient social marqueront l'évolution du « capital santé » tout au long de la vie. L'analyse du lien entre le niveau socio-économique des parents dans l'enfance et la santé à l'âge adulte ont fait l'objet de nombreuses études. Mais la construction des inégalités de santé passe aussi par d'autres déterminants environnementaux et sociaux tels que la qualité du logement, le niveau scolaire, les comportements de santé (notamment l'alimentation et la pratique d'une activité physique) et le lien parents-enfants [17, 18]. Ces interventions complètent les interventions préventives.

Concernant ce dernier point, la littérature met en évidence le lien existant entre les pratiques parentales et le développement de l'enfant, la parentalité constituant un des déterminants principaux de la santé physique et mentale [19]. La qualité des interactions parent(s)-enfant(s) a un impact sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant et les premières expériences relationnelles influencent le fonctionnement ultérieur de l'enfant. Les pratiques parentales sont aussi associées à un certain nombre de troubles physiques : obésité, maladies cardio-vasculaires... Elles constituent des facteurs de protection efficaces tout au long de la vie : l'accordage affectif, l'empathie, la sensibilité, l'écoute des besoins favorisant l'estime de soi, les compétences sociales...

Pour autant, dans une approche de promotion de la santé, l'accompagnement à la parentalité ne peut être défini comme une stratégie visant les seuls parents avec pour objectif de favoriser les « bons comportements » en référence à une incompetence ou une incapacité. Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, l'accompagnement à la parentalité ne peut faire l'économie d'une action sur les cinq axes de la charte d'Ottawa : élaborer des politiques pour la santé des parents et des enfants, créer des milieux de vie favorables pour les parents et les enfants, renforcer l'action communautaire, développer et renforcer les compétences des parents et réorienter les services de soins, d'accueil et d'accompagnement des enfants. Le fait d'élargir le périmètre des actions et des politiques dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, implique de définir la parentalité au-delà d'un référentiel de normes, principes... relevant des seuls parents et de la considérer dans son environnement en laissant une place importante à l'analyse des contextes, des contraintes, des conditions de vie des familles. *« L'accompagnement à la parentalité ne peut se limiter à évoquer des principes et des normes. Il s'agit d'engager une réflexion sur la condition parentale dans les sociétés contemporaines en tant qu'elle dépend étroitement des conditions quotidiennes d'existence avec leurs contraintes profondément inégales ».* [16]

¹ Le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariés de services aux particuliers que chez les cadres (6.4% contre 3.9%). En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept (13.9%) est en surcharge pondérale, contre 8.6% de ceux dont le père est cadre.



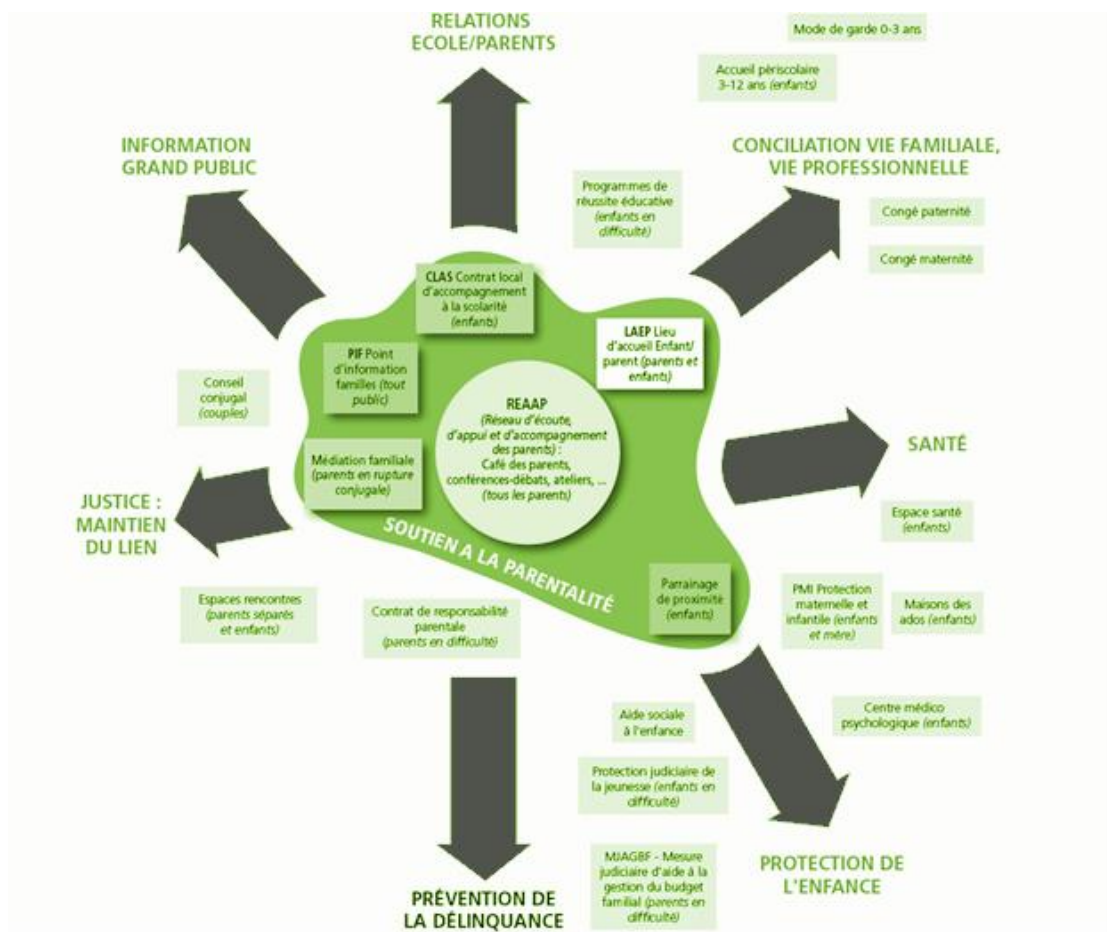
3. LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE : DE NOMBREUX DISPOSITIFS EXISTANTS

3.1 La politique et les dispositifs d'accompagnement à la parentalité

Compte tenu des constats et enjeux évoqués plus haut, de nombreuses initiatives et politiques ont été développées à l'étranger sous la forme de programmes d'accompagnement à la parentalité : « Strengthening Families, Strengthening Communities » développé aux Etats-Unis ; le « Triple P » (Positive Parenting Program) mis en place dans les centres de santé primaire en Australie et le « Incredible Years » en Angleterre [12].

En France, l'accompagnement à la parentalité constitue un pan récent de la politique familiale portée par le Ministère des Affaires sociales, et plus particulièrement par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Face aux attentes sociales et aux besoins des parents d'être rassurés et accompagnés, la politique de prévention et d'investissement social s'est développée, et a pris son essor en 1998, à partir des « réseaux d'écoute et d'appui et d'accompagnement à la parentalité » (REAAP) [7].

Elle s'est élargie ensuite grâce à d'autres dispositifs présentés dans le schéma ci-dessous.



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



Ces dispositifs ont été initiés par l'Etat mais sont relayés par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF). Ils s'inscrivent en premier lieu, dans une démarche globale de prévention visant à anticiper et éviter la survenue de difficultés dans les relations parents-enfants, voire des difficultés éducatives. Ils s'appuient sur une approche non ciblée des publics, sur une démarche qui valorise les compétences parentales et oriente les familles vers des services appropriés à leurs besoins [20].

Enfin, un comité national de soutien à la parentalité a été mis en place en 2010, organe de gouvernance rattaché au Premier Ministre qui a pour objectifs de contribuer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique et des mesures de soutien à la parentalité définies par l'Etat et les organismes de la branche famille de la sécurité sociale [6].

3.2 Les acteurs et cadres de référence de l'accompagnement à la parentalité

Au-delà des dispositifs construits, un certain nombre d'outils/supports ont été mis à la disposition des professionnels et des acteurs du champ de la parentalité pour les accompagner dans leurs actions. Faisant le lien entre la lutte contre les inégalités sociales de santé, une approche en promotion de la santé et l'aide à l'action, l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), s'est largement investi dans ce domaine. L'INPES a publié des ouvrages d'accompagnement méthodologique pour la mise en place de projets de soutien à la parentalité, notamment en 2014, sous la direction de Nathalie Houzelle : « Promouvoir la santé dès la petite enfance Accompagner la parentalité » [6], a diffusé plusieurs revues sur la thématique et a construit une cartographie des acteurs œuvrant dans le champ de l'accompagnement à la parentalité.

Cette cartographie a permis d'identifier 148 types d'acteurs ou de structures (les antennes d'une même structure sur plusieurs territoires n'ayant pas été dénombrées). Les principales thématiques d'actions autour de la relation enfant-parent(s) pour les acteurs retenus dans cette cartographie sont les questions autour de la naissance, la communication, la scolarité, le handicap, la santé, le contexte professionnel des adultes, le couple, les décisions de justice ou administratives, ainsi que la précarité [22].

Les principaux acteurs intervenants dans le champ de l'accompagnement à la parentalité sont les suivants :

- les administrations centrales et déconcentrées ;
- les collectivités territoriales ;
- les organismes de la protection sociale ;
- les associations de professionnels/ syndicats ;
- les associations (hors associations professionnelles) ;
- les acteurs privés et fondations ;
- les organismes de recherche.

D'autres structures ou institutions ont publié des cadres de référence et guides à destination des acteurs (la liste n'est pas exhaustive) :

- La Direction Générale de la Santé crée en 2008 le site internet « Interventions précoces – soutien à la parentalité ». Celui-ci mutualise un certain nombre de ressources documentaires des différents champs professionnels autour de la parentalité et publie un certain nombre d'initiatives et d'expériences de terrain. Il



identifie les grandes catégories d'acteurs (institutionnels, organismes de protection sociale, organismes spécialisés professionnels)² [23].

- Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS (RFVS), publié en 2013 le guide « Santé et parentalité : l'approche des villes », suite à un colloque mené en 2012 « Villes, parentalité et santé, un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales ». Ce guide est destiné aux collectivités locales et à tous ceux qui souhaitent mettre en place ou retravailler leurs projets d'accompagnement à la parentalité dans une vision de promotion de la santé, en lien avec leurs partenaires. Il donne le cadre des politiques de santé et de parentalité, présente l'approche des villes sur cette thématique et identifie les leviers mobilisables en la matière, en décrivant des exemples concrets d'expériences sur le terrain [5].
- La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) publie en 2009 le « Guide des bonnes pratiques de soutien à la parentalité », dans le cadre des structures d'hébergement social : il recense quelques exemples d'expériences de terrain et propose un référentiel de bonnes pratiques [24].
- Le Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile publie les Actes du colloque du (SNMPMI) « Être parent aujourd'hui, un jeu d'enfant ? Les professionnels de PMI face aux enjeux de la parentalité » des 29 et 30 novembre 2013.

Malgré l'émergence de réseaux, dispositifs et outils ces dernières années, le constat est fait de l'existence de multiples dispositifs soutenus par les pouvoirs publics, sans véritable logique d'ensemble et d'un cloisonnement des acteurs concernés [5, 6]. Les organisations territoriales sont très variables et dépendent des dynamiques locales. L'offre de services peut souffrir d'un manque de visibilité, en partie dû à un défaut de coordination sur les territoires.

Comme le souligne le RFVS, si les lieux d'échanges intersectoriels se développent peu à peu, il reste encore à réaliser un important travail de coordination des multiples acteurs et à élargir la vision interdisciplinaire des champs de la parentalité et de la santé [5].

Par ailleurs, « *ces initiatives ne s'inscrivent pas explicitement dans une perspective de lutte contre les inégalités de santé. Les politiques publiques particulièrement, se centrent sur l'éducation, le soutien social, la sécurité mais sans analyser l'impact sur la santé des enfants et ne retiennent pas pour objet la réduction des inégalités sociales* » [3].

² Ce contenu va être intégré au nouveau site du ministère des affaires sociales et de la santé dans la rubrique: Santé et parentalité.



4. LA CAPITALISATION D' ACTIONS D' ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE AU COURS DE LA PETITE ENFANCE : RENDRE VISIBLES LES ACTIONS - FAIRE LE LIEN AVEC LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La Société Française de Santé Publique offre aux différents acteurs de santé publique - praticiens de terrain, chercheurs, décideurs, bénévoles, etc. – un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Se fondant sur les expériences, les savoir-faire et l'expérience professionnelle de ses membres, elle formule des propositions à l'intention des décideurs et des acteurs de terrain et permet d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux de santé des politiques publiques.

Un des objectifs de la SFSP est de renforcer la capitalisation, la reconnaissance et la diffusion des expertises en santé publique, pour faciliter leur prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de santé. Cette démarche de capitalisation s'inscrit dans la définition de Pierre de Zutter comme « le passage de l'expérience à la connaissance partageable » [25]. Elle consiste à identifier, analyser, expliciter et modéliser le savoir acquis lors d'une expérience de projet ou de programme pour que d'autres puissent se l'approprier, l'utiliser et l'adapter, ou ne reproduisent pas les mêmes erreurs [25].

Elle a pour but [26] :

- d'améliorer la qualité des actions (efficacité, efficience, durabilité, pertinence) ;
- d'innover et de faire évoluer ses propres pratiques ;
- d'éviter que l'expérience reste confidentielle, en conservant, organisant et rendant disponibles les connaissances et savoir-faire existant au sein de l'organisation ;
- d'aider les acteurs à s'affirmer et à se former, en conduisant de nouvelles activités ;
- de favoriser une dynamique d'échanges entre les acteurs ;
- de promouvoir les actions « exemplaires » et l'organisation elle-même auprès des autres structures ;
- de participer à la construction collective de savoirs.

La SFSP est engagée depuis plusieurs années dans un processus de capitalisation de l'expérience visant à partager les connaissances sur les stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une part, de recueillir des actions et de les partager, et d'autre part, d'expérimenter des modalités de recueil de l'information auprès d'acteurs de terrain œuvrant dans le champ particulier de la promotion de la santé. En effet, ceux-ci ne sont pas toujours rompus à partager leur pratique, notamment via des supports écrits. Par ailleurs, le partage de connaissances nécessite de recueillir des informations précises, permettant de décrire mais aussi d'analyser la pratique. Cela implique d'adapter la méthode et les outils au contexte et aux personnes concernées. La première méthode de capitalisation expérimentée, en 2012, a consisté en un appel à contributions volontaires (consultation internet) sur le thème global des inégalités sociales de santé.

Pour compléter cette première expérience, et compte tenu des données disponibles concernant l'impact des actions de soutien à la parentalité sur les inégalités sociales de santé, la SFSP a lancé une démarche de capitalisation sur ce thème. Les actions recherchées sont celles qui visent des déterminants de santé des enfants et des déterminants de la parentalité de façon universelle, c'est-à-dire ouvertes à tous, mais tout en



documentant, des actions qui se trouvent renforcées du fait de certains facteurs de vulnérabilité des enfants ou des familles ou du fait des caractéristiques des territoires sur lesquels elle se déroulent.

Dans un but de contribution à la lutte contre les inégalités sociales de santé, et dans une perspective de partage des connaissances, ce recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité au cours de la petite enfance, poursuit plusieurs objectifs :

- Construire une méthodologie adaptée pour recueillir des actions d'accompagnement à la parentalité ;
- Analyser la méthode choisie en termes de mobilisation des acteurs, de qualité de l'information recueillie ;
- Procéder à une analyse transversale de ces actions pour décrire les acteurs, les publics concernés, les champs d'action et les stratégies mises en œuvre ;
- Procéder à une analyse transversale des actions concernant la perception des acteurs à propos des freins et leviers, de la transférabilité, de la participation du public, de l'impact sur la santé et les inégalités sociales de santé ;
- Diffuser cette analyse à l'ensemble des acteurs, en cohérence et complémentarité avec les outils existants, dans une optique d'échanges intersectoriels et de partage de connaissances entre acteurs de la parentalité et de la santé ;
- Partager les fiches actions recueillies dans le cadre d'un partage de connaissances.

Il ne s'agit pas d'une démarche d'évaluation, mais d'une initiative visant à identifier des mécanismes et à valoriser l'expérience de terrain.

- LES POINTS-CLÉS

Capitaliser des exemples d'actions, de manière ciblée via des relais thématiques.

Repérer des actions perçues par les porteurs comme ayant un effet sur les inégalités sociales de santé, à partir d'une grille descriptive d'actions.

Identifier et diffuser des mécanismes/ stratégies de mise en œuvre et valoriser l'expérience de terrain.

Rechercher, non pas l'exhaustivité, mais la diversité des acteurs et des modes d'action à travers la mobilisation de nombreux réseaux et de professionnels..



Méthodologie

1. ETAT DES LIEUX ISSU DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE : UN PREMIER REPERTOIRE D' ACTIONS POUR CONSTRUIRE LA GRILLE DE RECUEIL

En 2013, la SFSP a procédé à une recherche documentaire des initiatives dans le champ de la petite enfance, afin de repérer les acteurs, les réseaux mobilisés, spécifiques de l'accompagnement à la parentalité. Ce temps a permis d'explorer les différents travaux, documents/outils de référence existants sur l'accompagnement à la parentalité dans le domaine de la petite enfance, comme par exemple le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » de la DGS, le site de l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) et de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), plusieurs sites de REAAP, le guide du Réseau français des villes santé de l'Organisation mondiale de la Santé (RFVS OMS), le site de la Fondation de France et ATD Quart Monde.

Cet état des lieux a notamment permis d'identifier 41 personnes et 21 structures clefs et de rassembler un premier panel de 68 actions issues de plusieurs sites et bases de données. Ce panel a constitué un référentiel pour analyser les stratégies mobilisées, les types d'action, les modalités de mise en œuvre, les différents publics et les milieux d'intervention, etc. Cette première étape a alimenté la réflexion concernant l'élaboration de la grille de recueil d'actions dans la perspective d'une capitalisation et a permis de repérer les experts à solliciter pour suivre la démarche.

2. MOBILISATION ET CONSTITUTION DU COMITE D'EXPERTS

Une des phases-clés dans la mise en œuvre du projet a été la mobilisation et la constitution d'un comité d'experts. Les experts pressentis ont été invités par courrier à participer à une réunion en mars 2014. Repérés à travers la recherche documentaire, ils sont issus de différents organismes ou réseaux mobilisés sur les questions de la petite enfance et de la parentalité et/ou de promotion de la santé. Ce comité d'experts a été associé à la définition du cadre (milieu de la petite enfance avec des actions qui visent les déterminants de santé des enfants ou déterminants de la parentalité avec une logique universelle et actions renforcées en raison de facteurs de vulnérabilités), à l'identification des relais ciblés pour le recueil d'actions, puis au suivi du projet. (Composition du comité d'experts en annexe 1).

3. LIEN AVEC LE SITE INTERNET « INTERVENTIONS PRECOCES, SOUTIEN A LA PARENTALITE » DU MINISTERE DE LA SANTE

A l'initiation du projet de capitalisation, la question s'est posée de l'articulation de la démarche de la SFSP avec ce qui se fait déjà en France. Comme évoqué précédemment, le site internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » de la DGS est une référence sur la thématique de l'accompagnement à la parentalité. La plupart des actions



d'accompagnement à la parentalité figurant sur le site ont déjà fait l'objet de publication alors que la démarche de la SFSP cible principalement des actions de terrain n'ayant pas toutes fait l'objet d'une publication. L'intérêt de travailler en partenariat s'est donc justifié par la complémentarité des deux démarches.

Deux réunions de présentation du projet et du processus, organisées avec le comité scientifique du site internet ont conduit à la participation de certains de ses membres au comité d'experts. Plusieurs échanges intermédiaires ont également eu lieu.

Le premier recueil d'actions de la SFSP a été alimenté, entre autres, grâce à 29 actions repérées à travers ce site. Avec l'aide des membres du comité scientifique, nous avons pu identifier 13 porteurs parmi les 29 repérés. Nous les avons ainsi sollicités en les invitant à compléter la fiche-action déjà pré-remplie grâce aux informations présentes sur le site.

Le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » a par ailleurs relayé l'appel à contributions. La collaboration se poursuit avec la mise à disposition des fiches actions issues de la capitalisation SFSP sur le site et la construction d'une grille de mots clefs commune, adaptée à la recherche de données scientifiques et pratiques sur les questions de parentalité et d'interventions précoces.

4. ELABORATION DE LA GRILLE DE RECUEIL D' ACTIONS

La grille de recueil a été construite par un groupe de travail volontaire issu du comité d'experts. Les membres de ce groupe de travail sont issus de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance (ANAPSYpe), de l'Association Nationale des Puériculteurs(trices) diplômé(e)s et étudiant(e)s (ANPDE), de la Croix-Rouge Française, de la Fédération Nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), de la plateforme nationale des Ateliers Santé Ville (ASV), du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) et enfin de la SFSP. La grille de recueil appelée « fiche-action » a été réalisée à partir d'outils et référentiels existants (mai-juin 2014) puis testée et réajustée (été 2014) et enfin validée par le comité d'experts (octobre 2014) pour diffusion.

Un certain nombre de questions clefs ont constitué la trame de la fiche-action :

Sur quoi peut-on agir ? Comment agit-on ? Quelle est la place du public ? Quels obstacles et quels leviers les acteurs décrivent-ils ? Quel regard ont les porteurs sur leur action en termes d'impact sur la santé, sur les inégalités sociales de santé ?

La fiche-action (en annexe 2) comprend 30 questions en deux parties :

- Une partie descriptive : objectifs, thèmes abordés, publics bénéficiaires, modalités d'interventions, activités mises en place, zone géographique, partenaires, financements, etc. ;
- Une partie réflexive et analytique : leviers et freins, niveau de participation du public, contribution perçue à la lutte contre les inégalités de santé, effets perçus sur la santé...



La méthode de recueil intégrait une phase quantitative et une phase qualitative d'approfondissement du recueil auprès de 15 porteurs de projets : cette phase qualitative avait pour objet de tester une modalité de recueil de l'information au regard de la qualité des données et de compléter les données pour éclairer l'analyse.

5. LA MISE EN ŒUVRE DU RECUEIL D' ACTIONS

5.1 La mobilisation des réseaux et des partenaires pour promouvoir la démarche

Afin de promouvoir la démarche auprès d'un plus grand nombre de porteurs et de recueillir le plus d'informations possibles, la SFSP a mobilisé plusieurs « canaux » de diffusion pour relayer l'appel à contributions :

- au sein du réseau de la SFSP, par le biais de lettres électroniques hebdomadaires, de quatre flashes spéciaux, sur la page d'accueil du site internet, sur twitter.
- *via* le comité d'experts : 13 membres ont relayé l'appel à contributions : Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) ; Fédération Nationale d'éducation et de Promotion de la Santé (FNES) ; Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ; ANAPSYpe ; Association nationale des puériculteurs(rices) diplômé(e)s et étudiantes (ANPDE) ; Association pour la recherche et l'information en périnatalité (ARIP) ; Confédération syndicale des familles (CSF) ; Commissariat Général de l'Egalité des territoires (CGET) ; Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ; Société française de pédiatrie (SFP) ; Réseau Français des Villes-Santé ; Plateforme nationale de ressources ASV ; Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF).
- *via* des réseaux directement sollicités : REAAP 27 (Eure et Loire) ; Réseau Parents 13 ; Observatoire National de l'Enfance en danger (ONED) ; Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS).
- *via* des partenaires de la SFSP : Association des médecins conseillers techniques de l'Education nationale (ASCOMED) ; Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire (AFPSSU) ; Inter-réseau des professionnels du Développement Social Urbain (IRDSU) ; Communauté des professionnels de santé (Santélog).
- *via* la liste des personnes inscrites au séminaire de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine (IREPS) : sur la thématique : « Etre parents : Comment ? Et avec quel accompagnement des professionnels ? ».

5.2 La méthode de recueil : une phase de consultation des acteurs via une plateforme de sondage en ligne complétée par des entretiens auprès de porteurs de projets

Le recueil a eu lieu via un logiciel de sondage en ligne, « *sondage online* », mis à disposition sur le site de la SFSP du 18 novembre 2014 au 31 mars 2015.

Les porteurs avaient également la possibilité de télécharger la fiche-action directement sur le site de la SFSP et de la renvoyer par mail. La consultation via le logiciel en ligne permettait de quitter le sondage sans avoir terminé la saisie et de la reprendre à tout moment grâce à un code personnel.

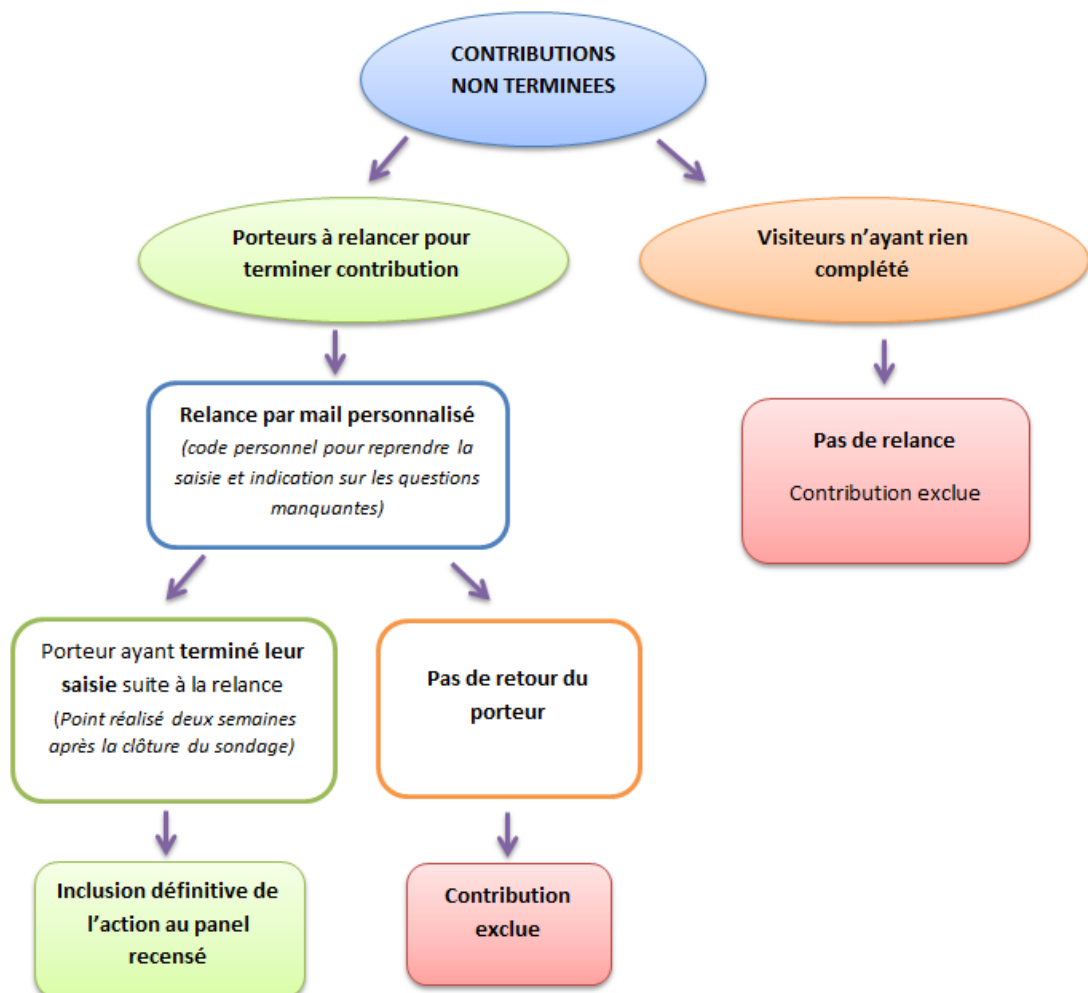


Des documents annexes relatifs aux actions (rapports d'activité, présentation des projets, flyers, etc.) pouvaient compléter la fiche.

L'adresse mail des répondants était systématiquement collectée. La question était systématiquement posée de l'acceptation par le porteur de participer à un entretien pour compléter les données de la fiche. Cette seconde phase visait à expérimenter la plus-value d'un entretien semi directif pour la qualité de la capitalisation et de répondre à une question : un contact direct avec les porteurs de projet permet-il d'améliorer la qualité des informations recueillies, leur précision ?

5.3 Suivi des contributions

Les contributions étaient enregistrées sur la plateforme de sondage à l'aide de deux statuts : « participé et terminé » ou « participé mais pas terminé ». Un fichier excel permettait de suivre les participations et l'état des contributions. Des relances étaient systématiquement organisées auprès des porteurs dont la fiche n'était pas complète pour les inviter à finaliser le recueil. Le schéma ci-dessous illustre la démarche de recueil et de relance.





5.4 Les entretiens auprès des porteurs de projet

Toutes les fiches n'ont pas été complétées à l'aide d'un entretien. Le choix des expériences pour constituer le corpus d'actions faisant l'objet d'un entretien a porté sur la diversité des actions menées (thématiques, actions innovantes, publics, milieux...), l'approche interdisciplinaire et intersectorielle, le niveau de participation du public cible, le croisement entre forces/faiblesses et opportunités/difficultés. Deux ou trois actions étaient sélectionnées par milieu, quand cela était possible, afin de réaliser *in fine* au minimum un entretien par milieu. Un des critères de sélection concernait l'accord du porteur de se prêter à l'exercice de l'entretien, ce critère faisant l'objet d'une question dans la fiche.

Le guide d'entretien était adapté à chaque action, mais suivait les questions de la fiche. Ce sont essentiellement les questions de relance qui variaient d'un entretien à l'autre, le niveau de remplissage n'étant pas le même selon les fiches. La partie réflexive a été particulièrement développée dans le cadre des entretiens.

5.5 Analyse des actions recueillies

Les fiches-actions ont fait l'objet d'une analyse descriptive pour les questions fermées et d'une analyse de contenu thématique pour les questions ouvertes.

Compte tenu de la finalité de ce recueil, une attention particulière a été portée aux questions portant sur les freins et les leviers (questions 25 et 26), sur les approches en promotion de la santé, sur les modalités de participation du public, sur les effets sur la santé et sur les inégalités sociales de santé (questions 18- 28- 29 et 30 de la fiche). Les réponses à ces questions ont fait l'objet d'une confrontation à des référentiels existants permettant :

- de qualifier et de classer les actions en fonction de la nature de la participation du public telle qu'elle est précisée dans les réponses aux questions ouvertes ;
- de confronter les impacts perçus sur les inégalités de santé aux stratégies décrites dans la littérature comme efficaces dans le domaine particulier des interventions d'accompagnement à la parentalité ;
- de confronter les impacts perçus sur la santé à la définition de la santé et de la promotion de la santé.

Les référentiels utilisés pour analyser les actions sont les suivants :

- La roue de la participation de Davidson pour classer les niveaux de participation décrits dans les fiches [27].
- La grille d'analyse de la qualité des actions en promotion de la santé de l'INPES. Les critères de la grille pour lesquels les informations ne sont pas disponibles dans les fiches sont exclus [28].
- L'outil ASTAIRE d'évaluation de la transférabilité : de la même façon, seules les rubriques pouvant être renseignées à partir des informations recueillies dans la grille ont fait l'objet de l'analyse [29].
- Le guide de la collection Santé en action : « promouvoir la santé dès la petite enfance- accompagner la parentalité » publié par l'Inpes sous la direction de Nathalie Houzelle (février 2014) [6].



▪ LES POINTS-CLEFS :

Une démarche qui s'appuie sur un groupe d'experts et sur la mobilisation des réseaux.

Une consultation en ligne via un outil de sondage.

Un système de relance pour compléter l'information.

Une quinzaine d'entretiens semi-directifs pour approfondir les résultats et tester la qualité des données.

Une analyse descriptive des actions et une mise en perspective avec des outils/grilles et modèles existants.



Résultats commentés

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS DE LA CONSULTATION

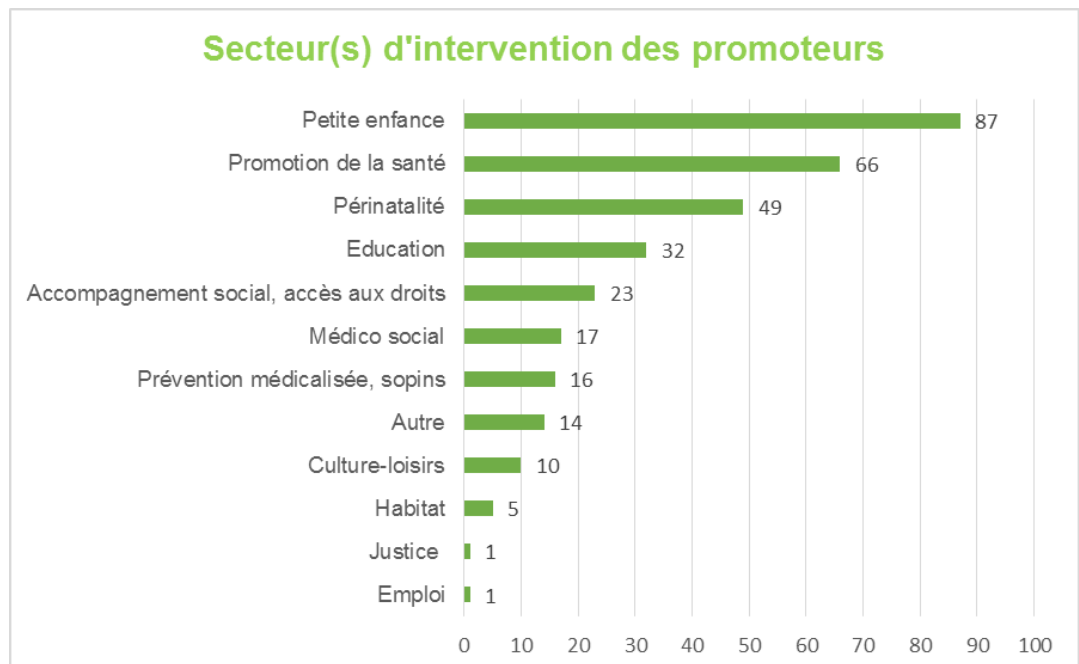
La consultation a permis de recueillir 250 « enregistrements » dont :

- 123 fiches-actions exploitables, parmi lesquelles 35 complétées grâce aux relances effectuées ;
- 18 « enregistrements » ne correspondant pas aux critères de la consultation donc non exploitables (hors-sujet) ;
- 65 « visiteurs » (aucune information enregistrée) ;
- 44 « relances » improductives (enregistrements non terminés avec un niveau d'informations trop faible).

Les résultats portent sur les 123 fiches actions « exploitables ». Ils sont basés sur le déclaratif et la perception des porteurs d'actions. La liste des actions et le lien avec les fiches figurent en annexe 3. Seules les actions pour lesquelles les promoteurs ont donné un accord de diffusion (103) figurent dans cette liste.

1.1 Caractéristiques des acteurs et cadre des actions

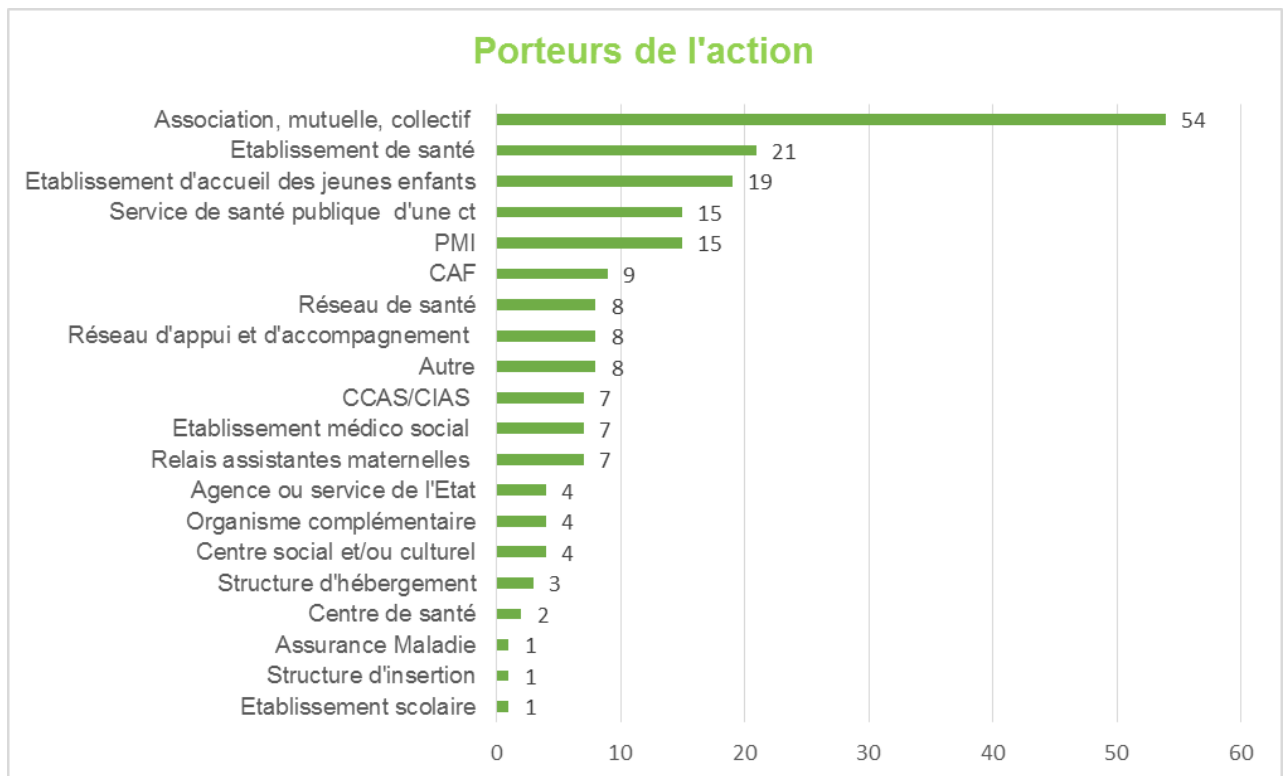
Logiquement, une large majorité des promoteurs agissent dans le secteur de la petite enfance (*graphique 1*). La moitié des acteurs ayant répondu se situent dans le champ de la promotion de la santé. Cela montre que tous ne font pas spontanément le lien entre les actions de soutien à la parentalité et une démarche de promotion de la santé.



Graphique 1. Les secteurs d'intervention des promoteurs (plusieurs réponses possibles). n = 123



La diversité des secteurs mentionnés montre cependant une approche plurielle de l'accompagnement, la culture, la santé, l'éducation étant représentés. A noter que peu d'actions sont issues du secteur de l'habitat et de l'emploi. Cette faible représentation de ces secteurs peut donner lieu à deux hypothèses : les professionnels concernés s'engagent peu dans des actions d'accompagnement à la parentalité ou les modes de recueil et les réseaux sollicités dans le cadre de la consultation ne touchent pas ces deux milieux. Cette seconde hypothèse nécessite de définir à l'avenir, des modalités de recueil qui incluent bien l'ensemble des axes susceptibles de contribuer à la lutte contre les inégalités sociales de santé, notamment le milieu de l'emploi et de l'accompagnement à l'emploi. Dans le champ de l'accompagnement employeurs, etc. mettent en place des dispositifs contribuant à faciliter la gestion de la vie professionnelle / retour à l'emploi et parentalité. Une seule structure d'insertion est porteuse d'action, ce qui illustre la sous-représentation de ce domaine (graphique 2).



Graphique 2. Les structures porteuses de l'action (plusieurs réponses possibles). n = 122

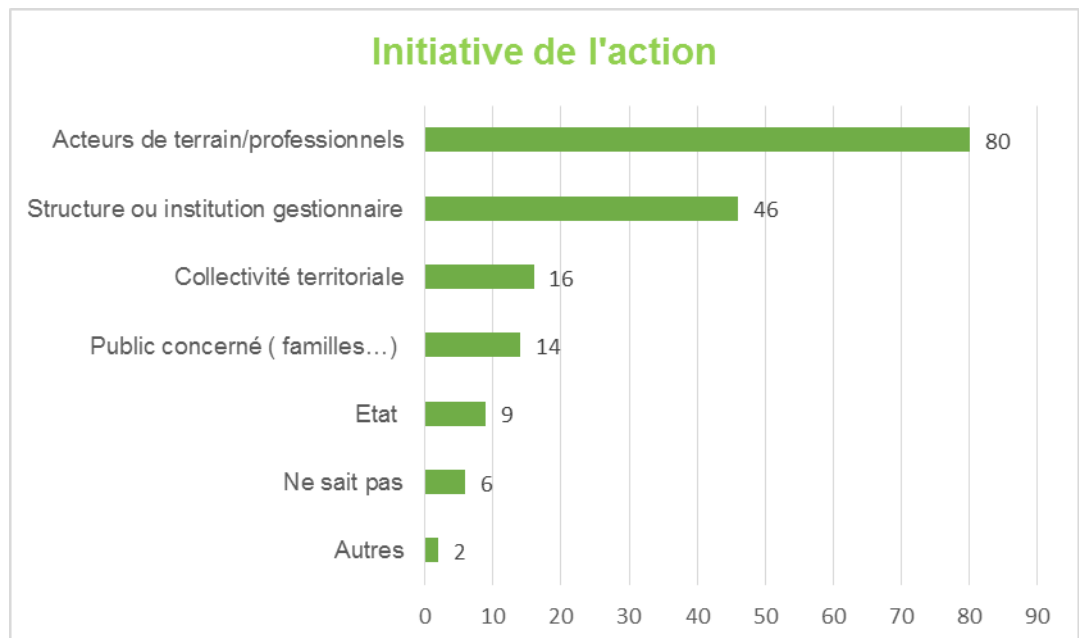
Les structures associatives, le plus souvent porteuses des projets sont, à part égale, des associations spécialisées en promotion de la santé, telles que les IREPS, et dans l'accompagnement à la parentalité, comme les Ecoles des Parents et des éducateurs.



Parmi les répondants à cette question, 110 porteurs ont apporté une précision quant à la structure porteuse. Les contributeurs étaient issus principalement (*liste présentée par ordre décroissant*) :

- d'associations multithématiques (28) ;
- de centres communaux d'action sociale (CCAS) ou de dispositifs émanant de la ville (15) ;
- d'établissements de santé (12) ;
- de centres de PMI (10) ;
- d'établissements d'accueil de jeunes enfants (9) ;
- de mutuelles (9) ;
- de centres d'action médicale précoce ou d'unités de prévention mère-bébé (5) ;
- de réseaux de santé (4) ;
- de professionnels de santé libéraux (5) ;
- de formateurs indépendants (5) ;
- d'IREPS (5) ;
- de Maisons des parents et des éducateurs (2) ;
- de Maisons de la jeunesse et de la culture (MJC) (1).

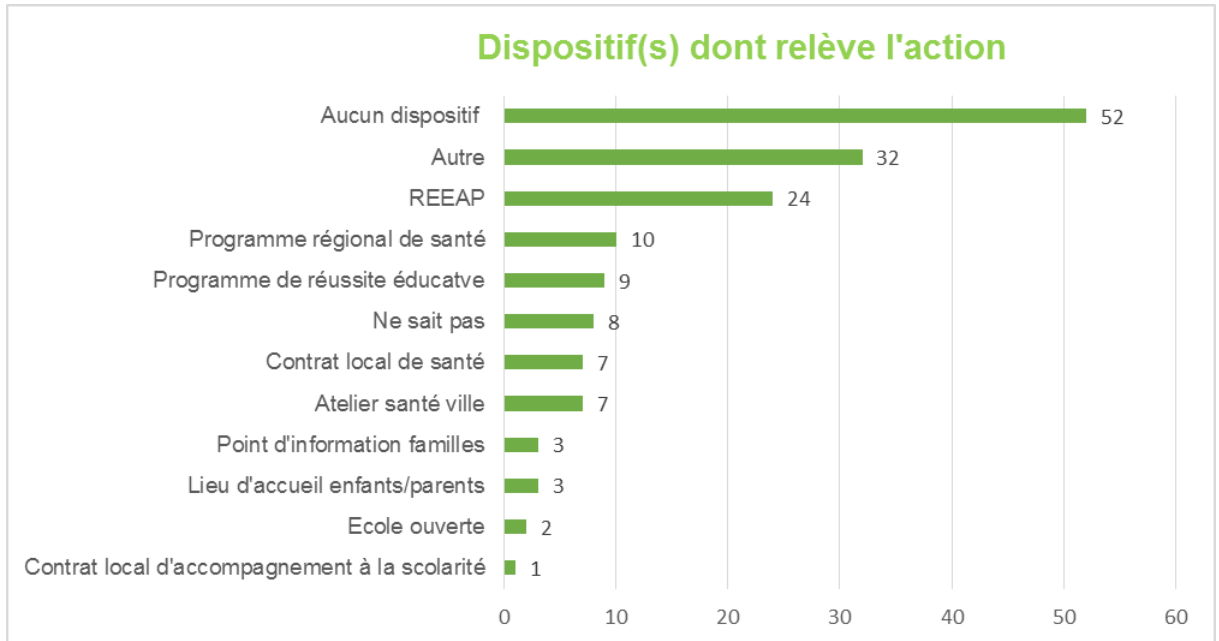
Des professionnels et des institutions/structures sont à l'origine de la grande majorité des actions (*graphique 3*). Les actions initiées dans le cadre de politiques publiques, territoriales ou nationales représentent 20% de la totalité du corpus rassemblé. Cela peut paraître relativement peu mais tous les répondants ne sont sans doute pas au fait des politiques publiques et des différents plans déclinés au niveau national. Le public concerné est rarement à l'initiative des actions menées. Les modalités de sa participation, explorées dans d'autres questions permettront de mesurer plus en détail la place et le rôle des parents dans les différentes initiatives.



Graphique 3. L'initiative de l'action (plusieurs réponses possibles). n = 122



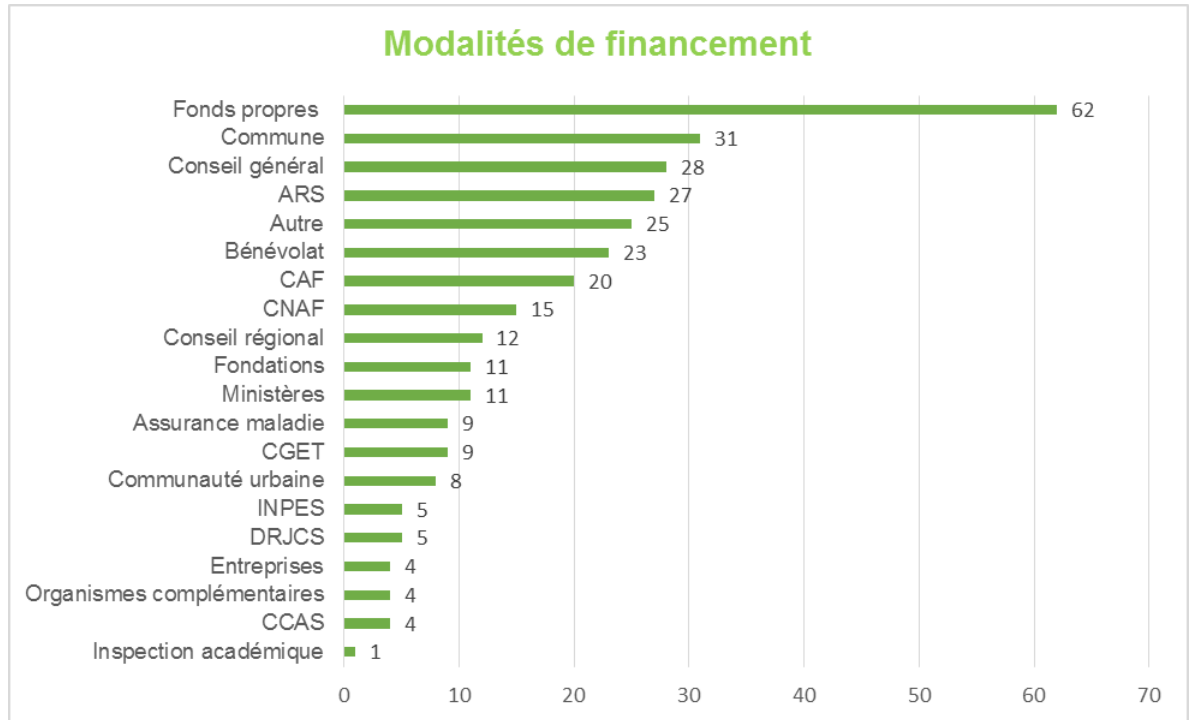
Le fait que l'initiative de l'action revienne à des professionnels et relève plus rarement d'une impulsion politique peut être rapproché des dispositifs dans lesquels s'inscrivent les actions. En effet, 43% d'entre-elles ne sont pas directement liées à un dispositif existant (*graphique 4*).



Graphique 4. Les dispositifs dont relève l'action. n = 122

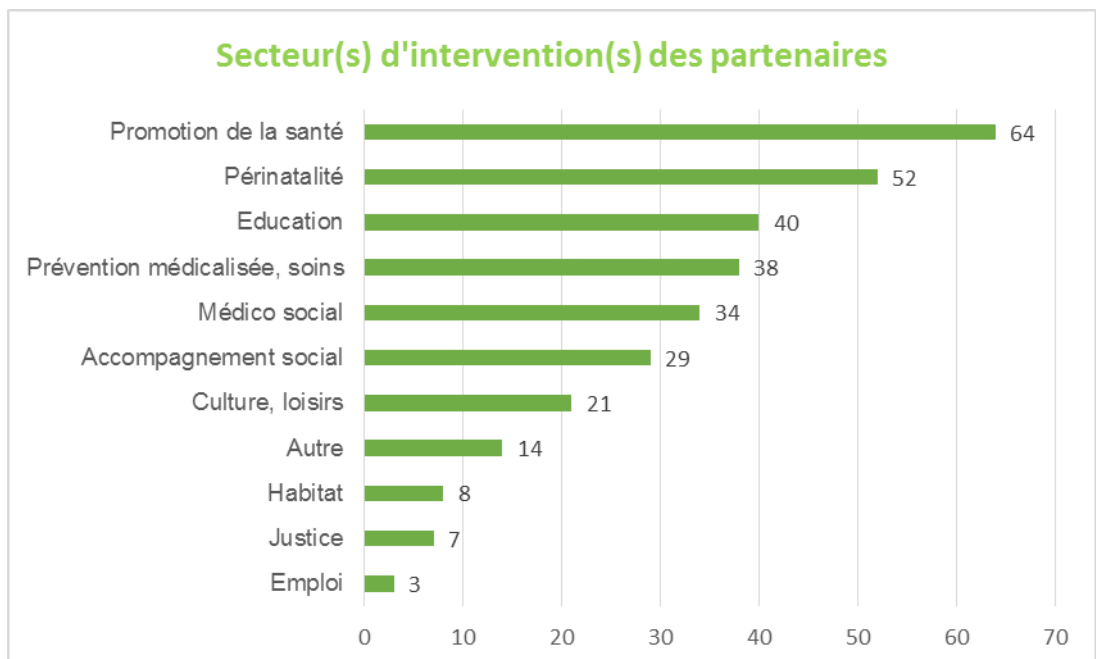
Parmi les dispositifs cités, ceux relevant de l'accompagnement à la parentalité et ceux relevant des politiques de santé sont mobilisés de façon équivalente. La répartition des financements fait, elle, apparaître une mobilisation un peu plus importante des financements relevant des politiques de santé (41/119) par rapport à ceux relevant des politiques familiales (35/119). (*graphique 5*)

Les collectivités territoriales sont particulièrement sollicitées puisque 78 actions relèvent pour une part d'un financement du Conseil Régional, Général ou de la Commune. Cette part des collectivités territoriales n'est pas surprenante compte tenu de la nature de la thématique et des porteurs de projets qui, pour un grand nombre d'entre eux, relèvent des compétences et donc du financement de ces institutions. Par ailleurs, plus de la moitié des actions s'appuient sur du financement propre et 23 sur 119 ont recours au bénévolat. Compte tenu des caractéristiques des structures, certaines actions ne relèvent sans doute pas de demandes de financements spécifiques. Elles sont intégrées au fonctionnement et à l'activité des structures porteuses : le fait qu'une part importante des actions soit pérenne permet de poser l'hypothèse que nombre d'entre-elles sont intégrées aux missions des structures et à leur projet global.



Graphique 5. Les modalités de financement des actions (plusieurs réponses possibles). n = 119

Les modalités de partenariat suivent à peu près la même répartition que les domaines d'intervention des porteurs de projets. Les domaines représentés de manière plus marginale en tant que porteurs sont par contre plus souvent associés en tant que partenaires (culture-habitat- justice-emploi), ce qui illustre l'existence d'une approche intersectorielle dans un peu moins d'un tiers des actions (graphique 6).



Graphique 6. Les secteurs d'intervention des partenaires (plusieurs réponses possibles). n=122



▪ LES POINTS-CLEFS :

*Des actions menées dans le champ de la petite enfance et de la promotion de la santé à l'initiative des professionnels, inscrites pour la moitié d'entre elles dans des dispositifs existants dans le champ de la santé publique et/ou de l'aide à la parentalité, financées par les collectivités territoriales, les politiques de santé puis la politique familiale.
Des domaines peu représentés tels que l'insertion et l'emploi, la culture.*

1.2 Les caractéristiques des actions

Cette partie des résultats présente les objectifs, les publics et le contenu des différentes actions recueillies dans le cadre de la consultation. Les données quantitatives sont présentées sous forme de graphiques, les précisions apportées par les porteurs ou les questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les chiffres entre parenthèses permettant de préciser le poids de chaque catégorie détaille le nombre d'items dans la catégorie. Le nombre total d'items est le plus souvent supérieur au nombre de répondants chacun d'entre eux ayant abordé plusieurs dimensions dans la même réponse.

1.2.1 Les objectifs formulés par les acteurs

Les objectifs ont été librement rédigés par chacun des porteurs en réponse à une question ouverte. L'analyse de cette question a fait l'objet d'un classement thématique réalisé *a posteriori* et montre une grande hétérogénéité dans la formulation des objectifs par les porteurs.

Sur l'ensemble des 123 fiches recueillies, 213 objectifs différents ont été formulés (soient environ 1,7 objectifs par action). Peu de ces objectifs (28/213) sont formulés dans une perspective de réduction ou d'augmentation d'une problématique, d'une pathologie, d'une compétence, etc.

« diminuer la prévalence des maladies hivernales », « prévenir l'illettrisme chez les jeunes enfants », « à long terme, baisse de la violence éducative ordinaire ».

L'analyse a permis de distinguer 8 catégories thématiques d'objectifs.

Accompagner, écouter, soutenir les parents (40)

Les objectifs de cette catégorie sont peu précis sur la nature et la finalité de l'accompagnement.

« accompagner guider les parents via des articles », « accompagner les familles », « accompagner les parents avec leur bébé ».

Lorsque des précisions sont apportées, elles mentionnent un accompagnement visant l'autonomie ou permettant de répondre à des difficultés ponctuelles ou à des questions.

« accompagnement pour une réassurance en répondant aux questions et aux inquiétudes des parents », « aider les parents à être autonomes ».



Renforcer les connaissances (29)

Deux thématiques en particulier font l'objet d'objectifs d'amélioration des connaissances et d'accès à l'information : l'alimentation, dont l'allaitement maternel, et le développement de l'enfant.

*« informer les parents et futurs parents sur différents sujets autour des besoins de l'enfant » ;
« apporter aux familles des connaissances sur les accidents, l'alimentation, l'allaitement... ».*

Permettre l'accès aux ressources, aux droits et à des soins adaptés (26)

Ces actions sont centrées sur des objectifs d'orientation des parents vers les services ou professionnels ad hoc.

« orienter vers les institutions compétentes », « les adresser à une structure plus adaptée dans les situations problématiques », « amélioration de la capacité de recours aux services de droit commun ».

Renforcer les liens sociaux (23)

- Renforcement des liens sociaux entre les familles et/ou les enfants et l'entourage (8).
« Permettre la socialisation de l'enfant en situation de handicap » ; « augmenter la socialisation et les mécanismes de partage ».
- Renforcement / rétablissement des liens enfants- parents (15).
« consolider le lien enfants parents », « mettre en lien les parents et les enfants ».

Modifier ou renforcer les pratiques professionnelles (20)

Ces objectifs visent le renforcement des compétences des professionnels à travers la formation, mais aussi le développement de pratiques de réseaux et/ou de pratiques cohérentes sur un même territoire.

« harmoniser les pratiques autour de l'allaitement en Ile et Vilaine », « révision des pratiques professionnelles autour de la périnatalité ».

Renforcer les compétences parentales (19)

Les objectifs formulés autour de cette thématique restent généraux et ne mentionnent que très rarement la nature des compétences parentales à développer. Quand celles-ci sont précisées, il s'agit essentiellement des compétences psychosociales et des habiletés à communiquer.

« renforcer les aptitudes et les compétences parentales », « développer les compétences parentales et le soutien à la parentalité », « former les grands-parents et les parents à la communication relationnelle ».

Permettre l'adoption de comportements favorables à la santé (15)

Les objectifs formulés sous la forme d'un changement de comportement concernent pour plus de la moitié d'entre eux (8) l'alimentation et/ou l'allaitement.

*« promouvoir une alimentation saine pour des comportements favorables à la santé » ;
« renforcer les capacités des jeunes mères en situation de précarité à faire des choix adaptés en matière d'alimentation » ; « favoriser les habitudes alimentaires favorables à la santé ».*



Favoriser le bien-être des enfants (10)

« favoriser le bien-être corporel des jeunes enfants », « œuvrer pour le bien être de l'enfant ».

Réduire les inégalités sociales de santé (3)

Enfin, une très faible proportion, soient trois objectifs, cités chacun une seule fois, visent explicitement la réduction des inégalités

« diminution des inégalités de santé » ; « démocratisation des actions culturelles » ; « assurer l'égalité d'accès aux soins ».

■ LES POINTS-CLEFS :

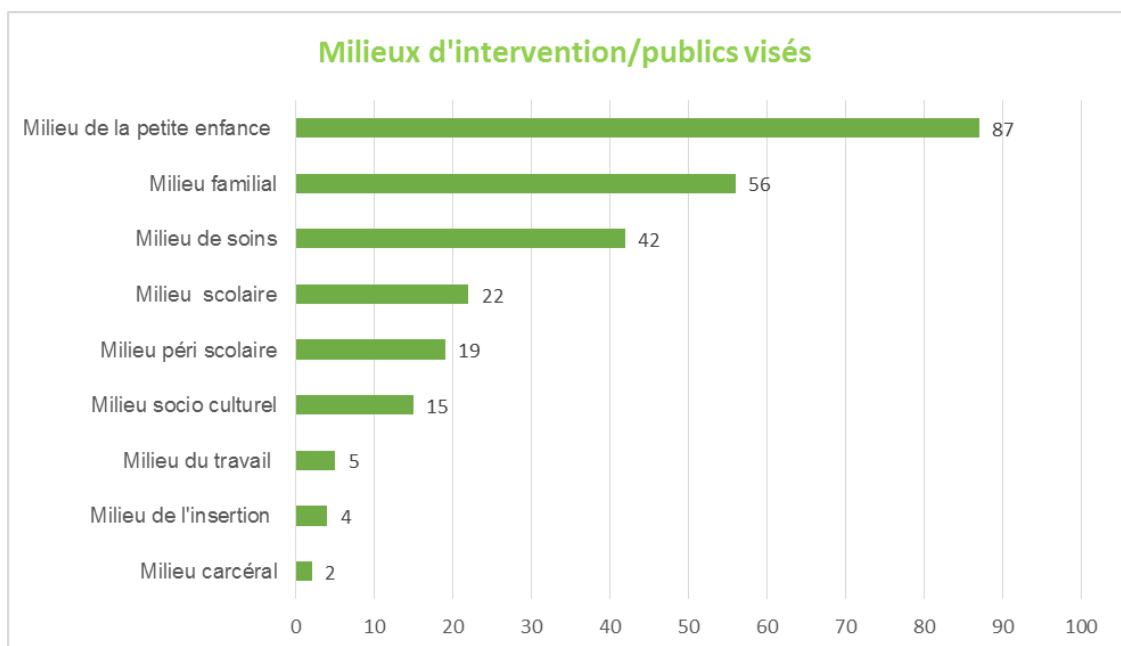
La formulation des objectifs par les acteurs est relativement peu précise : aucun ne comporte de dimension chiffrée ou d'évocation de temps et seuls 28 mentionnent la problématique, les compétences, le risque ou la pathologie à éviter ou renforcer.

Ils sont pour la plupart de type intermédiaires : « renforcer des compétences » ou opérationnels, décrivant des moyens : l'information, l'accompagnement, l'écoute, la formation.

Cette formulation a sans doute des conséquences sur la construction d'indicateurs et de protocoles d'évaluation qui iraient au-delà de la satisfaction des publics quant aux moyens mis en œuvre.

1.2.2. Les milieux d'intervention et les publics visés

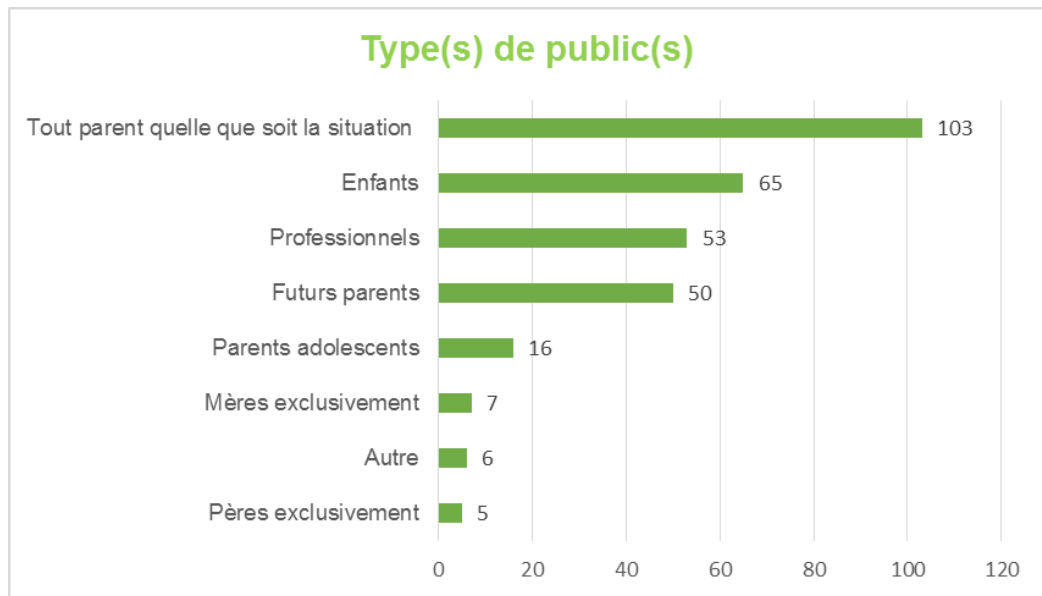
Logiquement, les actions se déroulent dans le milieu de la petite enfance (87/123), le milieu familial (56/123) et le milieu de soins (42/123). (graphique 7). De la même façon que pour les porteurs d'action, les milieux du travail et de l'insertion sont sous représentés.



Graphique 7. Les milieux dans lesquels se déroulent les actions (plusieurs réponses possibles).
n = 123



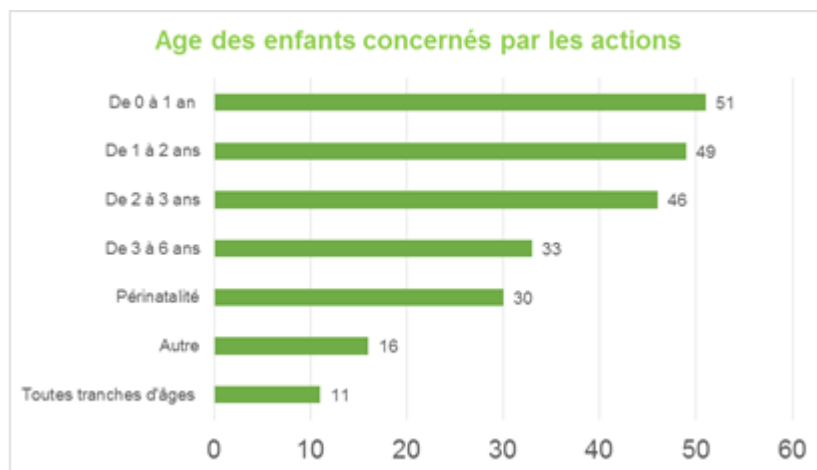
Les actions visent plusieurs types de public à la fois (*graphique 8*). La majorité des actions visent « tous types de parents, quelle que soit la situation familiale » (106/123). La différenciation des publics ne se fait pas par la situation familiale mais par les situations de vulnérabilité. En effet, 53 porteurs mentionnent le fait que les actions s'adressent en priorité à des publics en situation de vulnérabilité particulière. Celle-ci est définie à travers différents indicateurs : des difficultés sociales et économiques (25), que ce critère soit explicite ou implicite (ciblage de territoires politiques de la ville (6), personnes bénéficiaires des minima sociaux particulièrement la CMUC), le handicap d'un enfant ou d'un parent (11), des périodes de vie, des événements ou circonstances qui fragilisent le couple parental (14) : première naissance, divorce séparation, reprise d'un emploi et recherche d'un mode de garde, etc.



Graphique 8. Les publics concernés par les actions (plusieurs réponses possibles). n = 123

Les enfants sont, eux aussi, concernés par un grand nombre d'actions (88/123) avec une différenciation par tranches d'âge (*graphique 9*).

Parmi les actions visant les professionnels, 6 ne concernent que cette catégorie de public. Il s'agit essentiellement d'actions de formation.



Graphique 9. Age des enfants (plusieurs réponses possibles). n=122

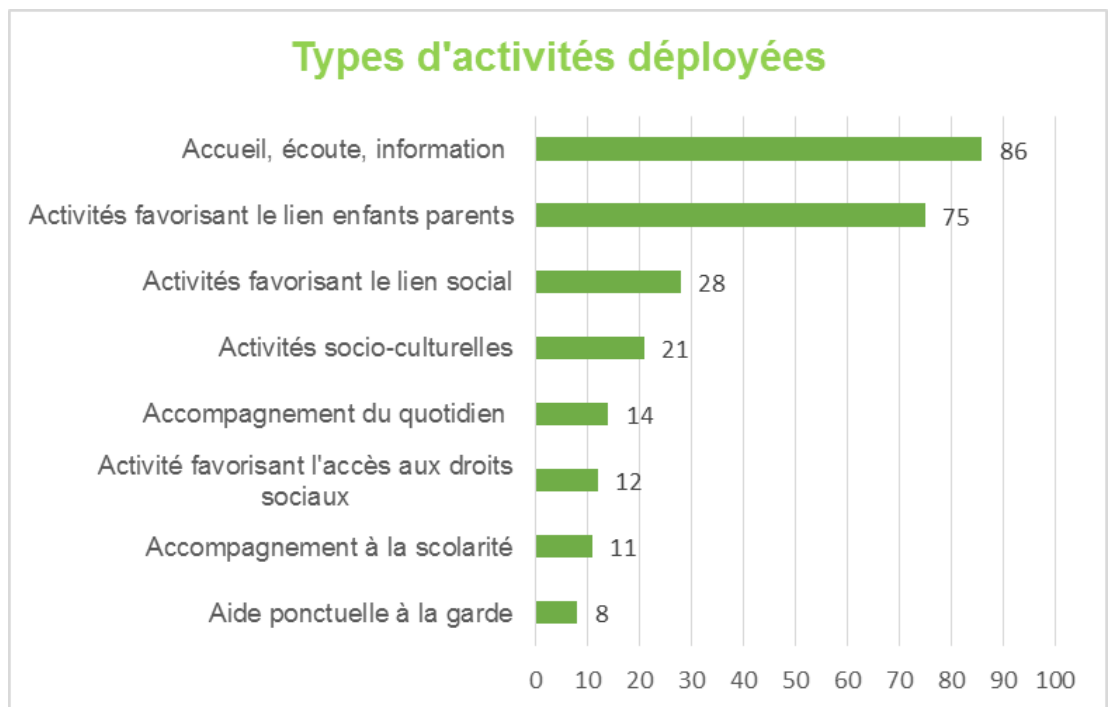


1.2.3 Les modalités d'intervention et les thématiques abordées

La plupart des actions sont pérennes (78/91 répondants) et s'inscrivent donc dans la durée. Le niveau d'intervention est le plus souvent local (82/123), puis départemental (30/123), régional et national (18/123). Un quart se déroule sur des territoires prioritaires en milieu urbain ou périurbain. Le milieu rural est peu représenté (15/123). Est-ce parce que peu d'actions se déroulent sur les territoires ruraux ou est-ce que les porteurs de projets sont peu inscrits dans les réseaux mobilisés par la consultation, et de ce fait peu rejoints ? A noter tout de même que si cette proportion paraît faible dans le cadre de la consultation, elle est proche de la répartition de la population française entre le milieu rural et urbain. En effet, environ 1/8^e des familles avec au moins un enfant de moins de 15 ans vit en milieu rural.

La moitié des acteurs (61/123) mettent en œuvre une approche mixte, individuelle et collective (*graphique 10*). Les approches collectives sont la seule stratégie développée par 43 porteurs et le suivi individuel comme seule modalité ne concerne que 8 actions.

En grande majorité, les porteurs déploient plusieurs types d'activités dans le cadre de leur action. Ainsi, 54 porteurs couplent des activités « d'accueil, écoute et information » avec des « activités favorisant le lien enfant-parent ».



Graphique 10. Types d'activités déployées dans le cadre des actions (plusieurs réponses possibles). n = 123



Une multiplicité de thématiques sont abordées dans le cadre des actions. Ces thématiques s'articulent autour de deux grands axes : l'hygiène et le cadre de vie (62 actions-79 items) et la dimension relationnelle de la fonction parentale (44 actions-63 items). Les tableaux ci-dessous illustrent l'ensemble des sujets pour chacun de ces deux axes

Hygiène et cadre de vie (62)	
Alimentation (40)	Alimentation du jeune enfant (36)
	Allaitement (8)
Hygiène (13)	Hygiène corporelle (9)
	Hygiène bucco-dentaire (4)
Environnement (11)	Qualité de l'air intérieur (8)
	Sécurité de l'environnement physique (3)
Sommeil (9)	
Autre (6)	Portage, besoins de l'enfant, bon usage des médicaments, ...

Dimension relationnelle de la fonction parentale (44)	
Autorité et sanctions (17)	Eduquer sans punir, dire non, la question des limites
Communication (8)	La communication bienveillante, les humiliations verbales, la communication en famille
Développer - renforcer le lien enfants - parents(11)	Renforcement du lien, le lien mère - enfant, comment remettre du lien, liens parents - enfants : la place du père
Gestion des émotions – gestion des conflits (11)	Apaiser les conflits, les émotions, comment aider l'enfant à traverser une émotion
Estime de soi - compétences psycho sociales (8)	Développer l'estime de soi de son enfant et l'autonomie
Autre (8)	La séparation au moment de la reprise du travail, les enfants à besoins spécifiques, les troubles du langage, ...

Les autres thèmes traités sont : l'accès aux soins (6) centré sur la connaissance des droits et du système de santé, la scolarité (6) centrée sur le décrochage et l'échec scolaire, l'éducation à la sexualité (3), les questions juridiques (1) et la parentalité face à la souffrance psychique (1).

1.2.4 Les effets et résultats des actions menées

Les réponses des professionnels sur les effets produits ne montrent aucun effet négatif (n=79) et des effets inattendus pour seulement 5 répondants. Tous évoquent des effets positifs avec plus ou moins de précisions. Lorsque des éléments qualitatifs viennent illustrer la réponse (38/79), les éléments avancés sont :

- La réassurance des parents et le développement de l'estime de soi (17).
« Cette méthode permet de redonner confiance aux parents et de les conforter dans leur rôle éducatif » ; « déculpabilisation parentale ».
- L'instauration d'une dynamique partenariale, l'élaboration d'une culture commune. Le jeu des acteurs est modifié avec une meilleure répartition et compréhension des rôles (7).
« Dynamique partenariale avec le partage d'un message commun entre tous les professionnels de la ville. Il y avait déjà des choses qui se faisaient mais c'est maintenant formalisé avec des valeurs et des possibilités de soutien » ; « Ce projet permet de créer au sein d'un même territoire une culture commune en matière d'éducation du jeune enfant » ; « Les effets viennent renforcer la



démocratie locale, comités de quartier, promotion de la mesure de désignation démocratique des parents élus sociaux ».

- Un apport d'informations et de connaissances(7).
« Apports d'information selon les besoins recensés : effets positifs ».
- L'émergence d'une réflexion sur la fonction parentale et/ou ses pratiques (5).
« S'arrêter pour réfléchir à ce qu'on fait, pourquoi on le fait et quels effets a ce que l'on fait avec son enfant, a toujours des effets positifs » ; « Le temps d'incarcération constitue dans certains cas, un moment de réflexion, le détenu se pose et réfléchit à sa parentalité et ceci permet parfois de développer des liens qui n'auraient pas été possibles dans d'autres situations ».

Les effets inattendus (5) sont de nature hétérogène. Certains sont plutôt négatifs au sens où ils ont produits de l'insatisfaction.

« Par contre, dans certaines situations ces documents peuvent provoquer un forte insatisfaction voire de la colère quand les parents comprennent à leur lecture que leur enfant n'a pas bénéficié de soins adéquats, que l'on aurait pu éviter ou soulager sa douleur, qu'ils auraient pu être présents pendant les soins, etc. » ; « Avis mitigé de la part des collègues de PMI se sentant un peu dépossédées de leur travail, difficulté à comprendre la complémentarité et la différence entre les démarches, quelques difficultés également localement à faire comprendre la différence avec le LAPE, les parents fréquentant les deux structures ont, eux, bien cerné la différence. »

D'autres plus positifs puisqu'ils ont produit une dynamique nouvelle ou une valorisation non prévue.

« émulation des structures de soins pour obtenir des labels IHAB et ouvrir des consultations allaitement ».

Les éléments sur lesquels se sont appuyés les porteurs pour mesurer ces effets ne sont la plupart du temps pas précisés : s'agit-il de constats empiriques faits par les professionnels, sont-ils issus d'une évaluation de résultats formalisée, d'un questionnaire de satisfaction ?

Un peu plus d'une centaine de porteurs (106) ont répondu à la question de l'évaluation. Pour 84 d'entre eux, l'action a fait l'objet (ou fera l'objet) d'une auto évaluation.

Les résultats des évaluations présentées apportent quelques informations sur les indicateurs retenus et/ou les méthodes. Pour 22 porteurs sur les 41 ayant donné des précisions quant aux résultats, ceux-ci concernent essentiellement la satisfaction des participants et le taux de participation.

Les 19 autres porteurs décrivent des résultats chiffrés ou qualitatifs concernant l'action : ces résultats portent sur un nombre d'actes en baisse (césariennes), sur des sorties de dispositif, sur l'adhésion des participants à un nouveau comportement, ... Les données qualitatives concernent quant à elles les compétences parentales et les évolutions des positionnements des parents vis-à-vis de leurs enfants. Un seul porteur évoque un outil d'évaluation : l'outil de catégorisation de résultats et trois mentionnent une approche qualitative avec observation et/ou prise de notes des professionnels dans le cadre des activités, sans préciser les indicateurs choisis.



1.2.5 Quels freins ou leviers ?

Il était demandé aux porteurs de relever les leviers et les freins rencontrés au cours de la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et la pérennisation de leur action. Nous avons classé les réponses des 87 « enregistrements » en trois grandes catégories déclinées en sous-catégories. Sur L'ensemble des fiches, nous relevons plus de leviers que de freins (201 vs 147). Les freins et les leviers relèvent de la même catégorisation. En fonction de la présence ou de l'absence des éléments évoqués, les porteurs les décrivent comme un frein ou un levier.

Les caractéristiques de l'action (74 freins vs 69 leviers) :

Communication, diffusion de l'action :

Levier (16)	Frein (14)
Communication facilitée grâce à un relais par les pairs ; efficacité du bouche à oreilles	Difficultés à se faire connaître à relayer et à rendre visible l'action
Relais par les structures partenaires	
Possibilité de bénéficier du soutien des media	

Accessibilité de l'action :

Levier (7)	Frein (19)
Gratuité de l'action	Action payante qui a un impact sur la participation et sur les inégalités sociales de santé
Ouvrir les actions aux grands-parents, plus disponibles	Absence de créneaux horaires accessibles aux parents
Territoire d'action limité	Milieu rural – éloignement des structures
	Langue
	Action itinérante qui nécessite des moyens et un matériel important

Pertinence de l'action :

Levier (15)	Frein (10)
Cohérence des réponses et des besoins des personnes concernées	Multiplicité des actions de même type sur un même territoire
Adaptabilité aux participants	
Reconnaissance de la structure porteuse par les partenaires du territoire	
Innovation de la stratégie ou de l'outil	

La participation du public :

Levier (7)	Frein (18)
Adhésion	Manque d'adhésion
Intérêt	Manque d'intérêt

Processus consultatif / participatif

Levier (9)	Frein (1)
Présence d'un comité de parents	Absence de stratégie et de méthode pour associer la population
Analyse des besoins avec les principaux concernés	

Qualité de l'action :

Levier (14)	Frein (3)
Outils favorisant la convivialité	Erreur de stratégie d'intervention, ne facilitant pas la participation des personnes plus en retrait
Mixer les approches individuelles et collectives	
Interdisciplinarité dans les approches	
L'approche non normative et stigmatisante	



Pérennité de l'action

Levier (9)	Frein (1)
Action inscrite dans le projet de la structure	Dépend de la motivation d'un professionnel
Plusieurs professionnels connaissent l'action	Une restructuration de service ou du territoire stoppe l'action ou la remet en cause

Les ressources de l'action (59 freins exprimés vs 82 leviers) :

Les ressources humaines

Levier (44)	Frein (26)
Les professionnels disponibles, leur engagement, participation et motivation, leur implication, la mobilité, la capacité à percevoir et s'appropriier les enjeux et l'adaptabilité des acteurs	Manque de temps face aux missions à réaliser,
Présence de bénévoles	Turn over des professionnels et des services partenaires
Professionnels reconnus par le public et dans une relation de confiance avec lui	Précarisation des emplois

Les ressources financières

Levier (15)	Frein (21)
Pérennité des ressources	Absence de budget qui limite le recours à une expertise et la réponse à la demande
	Lourdeur des dossiers de demande de subvention qui nécessitent du temps et de l'investissement

Les compétences mobilisées

Levier (16)	Frein (1)
Importance de la formation ciblée et continue	Absence de certaines compétences au sein des structures,
Capacités relationnelles et d'écoute	Manque de partage de connaissances
Capacité à l'analyse de situation	
Pluridisciplinarité	

Les ressources matérielles

Levier (11)	Frein (6)
Disponibilité et qualité des locaux	Accessibilité, qualité des locaux
Mise à disposition de ressources externes	

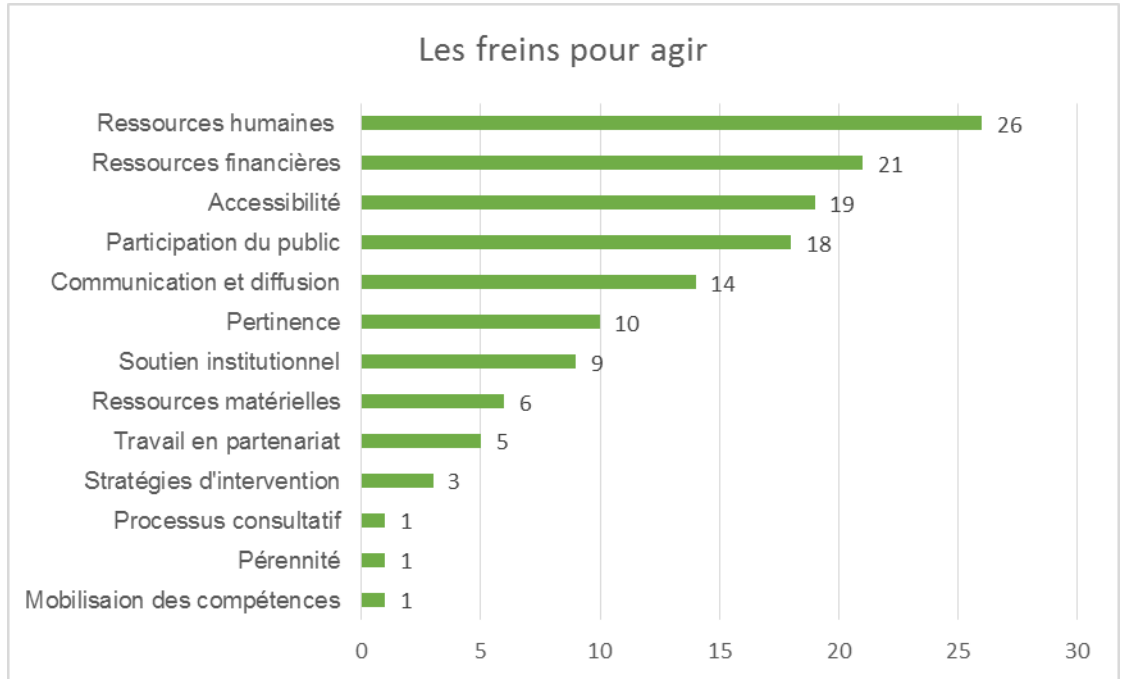
La relation avec l'environnement (14 freins vs 52 leviers exprimés) :

Le travail en partenariat, en réseau

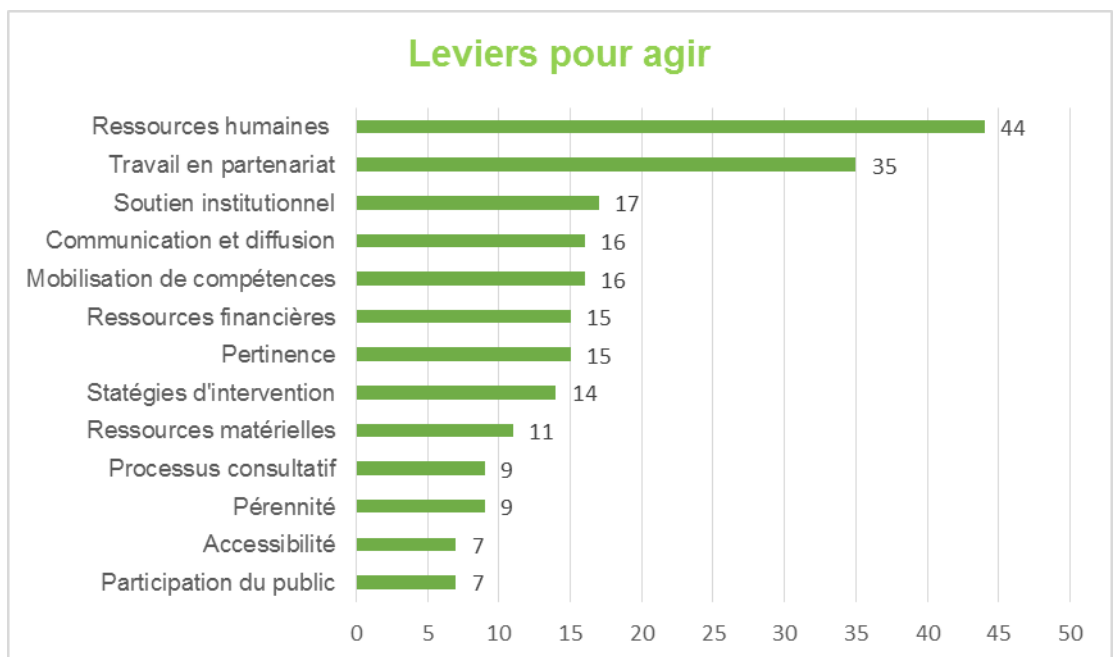
Levier (35)	Frein (5)
Présence de partenaires sur le territoire	Absence de ressources partenariales
Inclusion dans un réseau partenarial	Manque d'implication des partenaires existants
Réactivité et implication des partenaires	

Le soutien institutionnel

Levier (17)	Frein (9)
Soutien de la structure porteuse	Manque de volonté politique
Soutien de la part des institutions et collectivités territoriales	Contraintes administratives ou territoriales



Graphique 11. Les différents freins évoqués par les porteurs par ordre décroissant. n = 87



Graphique 12. Les différents leviers évoqués par les porteurs par ordre décroissant. n = 87

▪ LES POINTS-CLEFS :

Les freins évoqués relèvent de la place et de la participation du public aux actions et particulièrement de la visibilité de celles-ci alors que les leviers sont essentiellement liés aux conditions de faisabilité et à un environnement institutionnel et partenarial favorable.

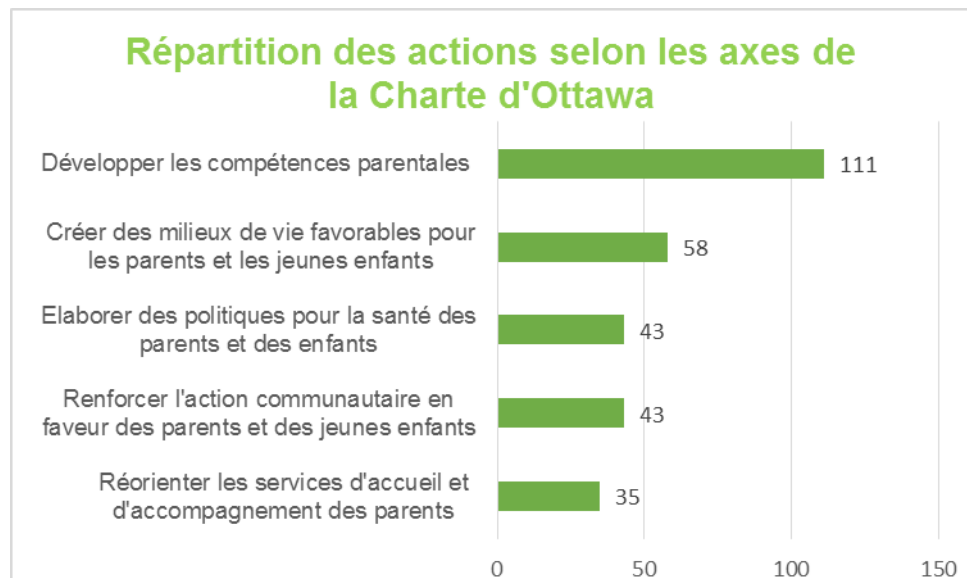


2. LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE : LIEN AVEC LA PROMOTION DE LA SANTE, IMPACT SUR LA SANTE ET SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La première partie de l'analyse des résultats de la consultation portait sur les caractéristiques des actions. Cette seconde partie de l'analyse vise à faire le lien entre l'accompagnement à la parentalité et les inégalités sociales de santé. Comment les porteurs de projets inscrivent-ils leurs actions dans une stratégie de promotion de la santé ? Comment expriment-ils le lien entre accompagnement à la parentalité et impact sur la santé ? Comment perçoivent-ils l'impact sur les inégalités sociales de santé ?

2.1. Les axes d'interventions de la charte d'Ottawa

Une question avait pour objectif de proposer aux porteurs de positionner leurs actions par rapport aux axes stratégiques de la Charte d'Ottawa. Pour faciliter ce positionnement chaque axe a été illustré par des exemples concrets du domaine de la parentalité et de la petite enfance.



Graphique 11. Positionnement des actions selon les axes de la Charte d'Ottawa (plusieurs réponses possibles). n = 123

Tous les promoteurs ont été en capacité de se positionner selon les axes de la Charte d'Ottawa et l'ensemble des axes est couvert par les actions issues de la consultation, même si une grande majorité se situe sur l'axe du renforcement des compétences psychosociales. De la même façon que pour les effets produits, il s'agit là de la perception des acteurs et non d'un positionnement explicite au moment de la construction des actions, sur l'une ou l'autre des dimensions de la promotion de la santé.

Selon la perception des acteurs, l'ensemble des axes de la promotion de la santé sont couverts par le corpus, ce qui constitue un élément favorable à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Une des difficultés et limites du travail est que la moitié des porteurs sont issus d'associations ou structures ne relevant pas du champ de la santé. On peut dans ce cas supposer que tous les promoteurs des actions présentées ne sont pas rompus aux concepts de référence en promotion de la santé et ne maîtrisent pas tous la méthodologie de projets.



Concernant la promotion de la santé, et compte tenu des premiers résultats descriptifs, nous avons fait le choix d'approfondir le travail et de proposer un second niveau d'analyse à travers une lecture des résultats de la consultation à partir de critères issus de deux référentiels : le guide INPES santé en action « promouvoir la santé dès la petite enfance », et le guide d'autoévaluation : « comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? » [6, 28]. L'hétérogénéité des porteurs, des domaines concernés et des contextes de mise en œuvre des actions constitue un biais dans l'analyse des actions à partir de ces grilles de lecture, critères de qualités.... Pour autant, et dans un objectif d'amélioration des actions et de collaboration intersectorielle, il nous semble que ce second niveau apporte des éléments qui enrichissent la réflexion et les perspectives.

Dans un premier temps, nous avons confronté le corpus à un certain nombre de recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets de promotion de la santé dès la petite enfance telle qu'elles sont formulées dans le guide de l'INPES. La recommandation concernant une approche socio-écologique rejoint les principes de promotion de la santé. Nous avons reclassé les données dans les différentes catégories. Les résultats sont sensiblement différents de la perception des acteurs.

Le développement des actions d'accompagnement à la parentalité ne peuvent se limiter à des actions auprès des parents et des enfants : « si l'éducation familiale apparaît comme une stratégie prometteuses pour développer les capacités d'adaptation des familles, elle ne peut être la seule forme de soutien. Pour d'autres, les actions auprès des adultes en position parentale sont à combiner avec des politiques locales et nationales qui portent sur les aspects contextuels plus larges qui affectent la vie des familles. Cela peut se traduire par une approche socio-écologique visant l'ensemble des axes de promotion de la santé » [6].

L'analyse des réponses aux différentes questions montre que les porteurs de projets sont en capacité de situer leurs actions sur les cinq axes de la promotion de la santé. L'analyse de l'ensemble des fiches montre qu'effectivement les actions couvrent l'ensemble des axes.

Elaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants : 16 actions relèvent d'une initiative politique, les autres sont à l'initiative des professionnels et des structures. 43 actions sont portées totalement ou en partenariat avec des collectivités territoriales ou de services qui relèvent de ces mêmes collectivités (services de santé publique...).

Créer des milieux de vie favorables : adaptation des horaires, veiller à l'accessibilité, favoriser les échanges d'information entre parents et professionnels : 86 actions développent des activités portées sur l'accueil et l'information, ; l'adaptation des horaires.

Renforcer l'action communautaire : développer des lieux d'accueil parents - enfants, communiquer sur l'offre de service... L'information sur les ressources et services existants sont intégrés dans 26 actions.

Développer les compétences parentales : susciter les échanges, proposer des ateliers de formation, diffuser de l'information claire. Ce sont 29 actions qui visent un renforcement des connaissances et 19 le renforcement des compétences parentales.



Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents : développer les compétences des intervenants facilitant la mise en place de collaboration avec les adultes. Vingt actions ont pour objectif de modifier ou renforcer les pratiques professionnelles notamment à travers la formation.

Si les cinq axes de la promotion de la santé sont couverts par les actions issues de la consultation, quelques limites peuvent être mentionnées :

- La création de milieux favorables se limite, dans la consultation, aux environnements dont l'activité, les missions, les objectifs sont centrés sur les questions de parentalité. La transversalité et l'intersectorialité sont présentes entre le médical, le social et l'éducatif mais les autres milieux de vie et notamment le travail et l'insertion ne sont pas présents. Mais la nature des réseaux mobilisés explique en partie cette sous-représentation. Les publics concernés sont les parents, les enfants et les professionnels de la petite enfance.
- Le développement et la couverture territoriale des actions dans une perspective de renforcement de l'action communautaire sont évoqués par les porteurs comme des critères de qualité et d'accessibilité de leurs actions en même temps que de nombreux obstacles pour y parvenir : manque de moyens financiers et humains, difficultés logistiques ... Les territoires ruraux sont peu représentés dans la consultation. Dans une perspective de capitalisation, il sera utile d'identifier des réseaux, notamment associatifs, implantés dans le milieu rural de manière à mieux rendre visibles les actions menées sur des territoires aux caractéristiques, aux organisations et aux contextes différents.
- Aucune action ne relève de l'élaboration d'une politique, d'une action de formation initiale. De la même façon que pour l'absence de certains milieux et catégories d'acteurs, on ne peut pas généraliser ce constat quant à l'absence d'initiative autour de ces axes. On ne peut, dans un premier temps, que proposer une modification de la méthode de capitalisation en élargissant le champ du recueil d'informations pour accéder à des initiatives visant la modification des environnements et des politiques.

Dans un second temps, nous avons confronté les résultats de la consultation aux critères de qualité des actions en promotion de la santé. Il était impossible dans le cadre de la consultation d'explorer de façon détaillée tous les domaines et champs définis dans la grille. Un choix a donc été fait de quelques dimensions qui constituent à la fois des critères de qualité des actions en promotion de la santé, des leviers décrits dans la littérature comme efficaces pour lutter contre les inégalités sociales de santé : la formulation d'objectifs précis, la participation des principaux publics concernés, le partenariat et l'intersectorialité, la transférabilité, la construction d'une évaluation formalisée, la diversité des approches, ... Une contrainte était que les critères choisis coïncident avec des informations disponibles dans les fiches. Les parties suivantes de la grille ont été exclues :

- Partie 1. La dynamique associative garantit un cadre favorable pour le développement d'actions de qualité (pp 9-12).
- Partie 5. L'animation et la gestion de l'action s'appuient sur des méthodes, des compétences et des responsabilités déterminées qui permettent la réalisation effective et optimale de l'action (pp 24-27).



Le tableau ci-dessous présente les critères retenus et les éléments disponibles après la synthèse des résultats des différentes fiches.

Critères de qualité	Résultats de la consultation
Partie 2 de la grille - « L'action s'inscrit dans une logique de promotion de la santé et s'appuie sur les principes et les valeurs spécifiques à cette approche » (pp13-16)	de promotion de la santé et s'appuie sur les principes
<i>Le projet reconnaît l'existence de multiples déterminants</i>	Aucun objectif n'énonce explicitement les déterminants visés mais les réponses aux questions sur les effets produits, l'impact sur la santé ou les inégalités sociales de santé montrent que la question des déterminants est sous-jacente et fonde les actions. Nombre de promoteurs évoquent dans leurs différentes réponses les déterminants sociaux, culturels et économiques ainsi que l'organisation et l'accès aux soins. Les déterminants fondent une partie des actions mais ne sont pas pensés ni désignés comme tels.
<i>L'action s'articule avec des niveaux complémentaires d'intervention</i>	La moitié des actions mixe les approches individuelles et collectives, de nombreux milieux sont couverts par les actions : domicile, structures sociales, de santé et éducatives. Les approches développées visent les parents mais aussi les pratiques professionnelles. Les stratégies d'intervention sont variées : information, groupes de paroles, ateliers...
<i>L'action privilégie une approche positive de la santé incluant les facteurs protecteurs et n'est pas exclusivement fondée sur le risque ou la maladie</i>	Cette dimension est à renforcer particulièrement pour les actions en éducation pour la santé abordant les questions liées à l'hygiène de vie, dont l'alimentation. Si les promoteurs mentionnent le respect des cultures et pratiques, la notion de risque et de « bon comportement » est encore explicite. L'approche apparaît comme plus positive sur les compétences psychosociales où les ressources des parents sont plus souvent évoquées.
<i>L'action est orientée vers la réduction des inégalités sociales de santé</i>	Les actions du corpus ne sont pas construites dans une perspective explicite de réduction des inégalités sociales de santé et un quart des porteurs déclare ne pouvoir se prononcer sur l'impact de leur action sur les inégalités sociales de santé. Pour ceux qui répondent à la question sur les impacts perçus, leurs réponses montrent une approche de la réduction des inégalités sociales de santé centrée sur la mise en œuvre d'actions ciblées vers les publics en difficultés <i>versus</i> des actions universelles. La notion de gradient social est absente.
<i>L'action est respectueuse des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes</i>	L'accessibilité culturelle est un facteur pris en compte par les acteurs à travers l'adaptation des outils, la formation des professionnels à la dimension interculturelle notamment et la place laissée à l'interculturalité et aux échanges dans les actions. Cette dimension est cependant celle pour laquelle les porteurs de projet mentionnent le plus de difficultés.
<i>L'action comprend des activités visant à renforcer la capacité et le pouvoir d'agir des individus</i>	Les trois stratégies : renforcement des connaissances, développement des compétences psychosociales et renforcement du pouvoir d'agir sont des axes développés dans les actions. Elles ne sont pas toujours conjuguées. Certaines actions visent encore exclusivement le partage et l'accès à la connaissance.



Critères de qualité	Résultats de la consultation
<i>L'action comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations</i>	Les stratégies d'actions collectives, les ateliers, les formes permettant les échanges et l'expression sont majoritaires parmi les actions du corpus. Ces stratégies s'appuient sur les ressources parentales et visent le plus souvent à les valoriser.
<i>La construction méthodologique de l'action prévoit des modalités et techniques permettant de recueillir l'avis de la population</i>	Les analyses de besoins sont mentionnées mais sont encore peu construites avec une méthodologie adaptée. La démarche reste empirique. Ce sont les professionnels qui se font écho des besoins de la population sans que les moyens de recueillir la parole aient été spécifiquement construits pour l'action. Moins d'une dizaine d'actions mentionnent des outils de recueil spécifiques : prise de notes, questionnaire, groupes de parole. Dans le cadre de l'évaluation, les questionnaires de satisfactions sont majoritaires.
<i>La participation des populations concernées est favorisée à toutes les étapes de l'action. Il est prévu d'apprécier le degré de cette participation</i>	La participation se limite le plus souvent à une information / consultation. Les parents sont parties prenantes de la réalisation de l'action (ils jouent le rôle d'intervenants), membres des comités de pilotage dans un peu moins de 10% des actions recueillies. La dimension participative à toutes les phases de l'action est encore peu développée notamment dans la décision, la mise en œuvre et l'évaluation. La participation est mesurée à travers un taux de présence et de fréquentation mais pas de façon qualitative. Il existe encore une confusion entre la participation au sens de prendre part aux différentes étapes et la participation au sens de « être présent » aux activités proposées ou se saisir du service.
Partie 3 de la grille : « L'analyse de situation est basée sur une analyse de situation globale, structurée et formalisée » (pp17-19)	
<i>L'analyse de situation porte sur le contexte dans sa globalité</i>	La question de l'analyse de besoins n'est pas posée explicitement dans la fiche. Un certain nombre « d'indices » dans les différentes réponses permettent de poser l'hypothèse que peu d'actions ont fait l'objet d'une analyse des besoins formalisées avec le développement d'outils et de méthode ad hoc : les professionnels et les structures sont à l'initiative de l'action, les besoins sont analysés par les professionnels, ...
Partie 4 de la grille : « L'action est planifiée sur la base d'un ensemble cohérent d'objectifs définis de méthodes argumentées et de ressources identifiées » (pp21-23)	
<i>Les objectifs de l'action expriment clairement les effets attendus auprès des populations spécifiquement identifiés</i>	Les objectifs visent moins souvent les effets attendus que les stratégies proposées et les moyens mis en œuvre. L'opérationnel prime sur les résultats attendus dans la formulation des objectifs. Les deux tiers des objectifs sont formulés sous une forme opérationnelle : informer, orienter....
<i>Les objectifs de l'action sont le support de la définition des stratégies d'intervention et de l'évaluation mise en œuvre.</i>	19 actions ont fait l'objet de la transmission de données relatives à l'évaluation avec des données chiffrées. Si les deux tiers des actions sont évaluées, la grande majorité n'a pas fait l'objet d'un protocole d'évaluation et de la définition d'indicateurs précis. Un seul porteur mentionne une méthodologie d'évaluation.
<i>Les objectifs de l'action sont mesurables, réalistes et définis dans le temps et dans l'espace</i>	Aucun des 213 objectifs formulés ne correspond à ce critère de qualité.

Il existe un socle solide dans les approches développées par les porteurs de projets ayant répondu à la consultation, sur lequel s'appuyer pour renforcer les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé.



L'ensemble des actions du corpus correspondent à un certain nombre de critères de qualité liés essentiellement au contenu et aux stratégies d'action.

Les actions visant les compétences parentales et l'augmentation des compétences psychosociales s'insèrent plus souvent dans des dispositifs complexes, agissant sur plusieurs déterminants, prenant en compte les ressources parentales et les singularités culturelles.

Les actions en éducation pour la santé développent moins de stratégies d'interventions complexes ; elles développent plus souvent des activités centrées sur l'information et la communication et les termes de « *changement de comportement* » et de « *bons comportements* » n'apparaissent que sur les fiches consacrées à ce type d'actions.

Pour élargir l'analyse de l'impact des actions sur les inégalités sociales de santé, trois questions font l'objet d'une attention particulière. Ces trois questions font référence à des critères de qualité des actions en promotion de la santé et/ou à des critères d'efficacité des actions en matière de réduction des inégalités sociales de santé : l'accessibilité, la participation du public et la transférabilité.

2.2. L'impact des actions sur la santé

La question de l'impact des actions sur la santé des enfants et des parents était une question ouverte. 92 porteurs ont mentionné un ou plusieurs effets sur la santé (151 items).

Comme pour les effets induits des actions, l'impact sur la santé ne fait pas l'objet d'une mesure objectivée par un protocole d'évaluation pour la quasi-totalité des actions (seuls, 3 porteurs apportent des éléments mesurés à l'aide d'indicateurs précis). Il s'agit donc d'impacts perçus.

Ces impacts sont regroupés en dix grandes catégories :

- **Le développement des compétences psycho sociales (37) :**
 - ➔ grâce à l'augmentation de l'estime de soi et de la réassurance (19)
« *valoriser et renarcissiser les jeunes femmes plus vulnérables* », « *renforce l'estime de soi du parent* », « *les parents vont pouvoir retrouver leur confiance* » ;
 - ➔ et un développement de l'autonomie (empowerment) (10)
« *les personnes cherchent et trouvent des petites solutions alternatives pour venir arranger ce qui les fait souffrir* », « *dans une démarche d'empowerment ce programme vise à permettre aux personnes de mieux agir sur leur santé* ».
- **Une diminution de l'isolement social (8)**
« *effets très favorables pour les familles pour souffler, se retrouver, faire partie de la société* ».
- **Une diminution de la prévalence d'un risque physique, mental ou social (30)**
(pathologies du nourrisson, dépression post-partum, maltraitance, conflits, ...)
« *diminution de la prévalence des maladies hivernales* », « *cela éviterait des conflits au sein de la parentalité* », « *prévention des troubles du jeune enfant et des conséquences sur son développement* ».
- **Une modification des comportements des parents (19)**, l'accès à l'information et le changement de comportement sont liés pour tous les porteurs mentionnant cet impact. La prise de conscience et l'accès à la connaissance visent des



changements de la part des parents et l'adoption de comportements favorables à la santé de leurs enfants

« ne plus utiliser de papier d'Arménie pour assainir son logement », « prévention et éducation des parents entraînant une modification durable des comportements et des habitudes alimentaires », « prise de conscience des parents et application ».

- **L'amélioration de l'accès aux soins et des prises en charge (13)** à travers une meilleure prise en charge précoce due au travail en réseau, à la qualité des partenariats et à l'orientation vers le soin par des professionnels du champ social ou éducatif
« Orientation vers les professionnels du soin », « orienter vers la structure de prise en charge la plus adaptée », « accompagnement vers les soins ».
- **L'amélioration de la qualité du lien parents-enfants (13)**
« renforce le lien d'attachement et l'implication du père », « renforcement de la relation avec le bébé grâce aux moments partagés ».
- **L'augmentation du sentiment de bien-être physique et mental des parents et/ou des enfants (13)**
« bien-être des parents-santé mentale », « bienfaits pour les parents avec diminution des hormones liées au stress ».
- **L'amélioration de l'accès à l'information et la connaissance sur les sujets de santé (12).** L'accès aux informations est perçu comme une contribution à l'augmentation des compétences parentales mais aussi comme un levier de compréhension de certains risques.
« compréhension des effets néfastes des écrans », « compréhension des faux bons gestes ».
- **Le développement moteur, affectif et cognitif des enfants (9)**
« elle favorise le développement musculaire et l'acquisition de l'équilibre », « elle a un impact sur le développement affectif et cognitif ».
- **L'évolution des pratiques professionnelles (5)** à travers l'apport de compétences nouvelles mais aussi la modification du positionnement et du regard porté sur les parents.
« une meilleure acceptation de la part des professionnels accueillant des enfants différents », « acquérir de nouvelles compétences, progresser dans sa pratique, se sentir utile, aider ».

2.3 Les effets sur la réduction des inégalités sociales de santé

L'impact sur les inégalités sociales de santé tel qu'il est perçu par les promoteurs est analysé, d'une part à travers une question générale, ouverte, et d'autre part, à travers l'étude de trois critères à prendre en compte dans les actions visant les inégalités sociales de santé : l'accessibilité, la participation et la transférabilité.

Il s'agit là aussi de la perception des différents acteurs *a posteriori* et non d'une mesure objective à l'aide de méthodes et outils élaborés ou utilisés dans le cadre de leurs projets.

Cette question a donné lieu à une difficulté de positionnement des acteurs. En effet, sur les 115 répondants à la question, un quart ne peut se prononcer sur les effets induits de l'action sur les inégalités sociales de santé (la réponse « ne sait pas » était proposée). Un peu plus de la moitié considère que les actions ont un impact favorable et 16 sur 115 décrivent des effets mitigés.



Parmi les 64 actions qui ont un impact (perçu) sur les inégalités sociales de santé, 51 porteurs ont donné des précisions. Ce sont les stratégies d'action qui sont avancées comme une justification de l'impact sur les inégalités sociales de santé et essentiellement :

- le choix d'actions ciblées (20)
« aide à la parentalité dans des milieux défavorisés pour l'accès aux soins de santé », « Ce sont des interventions de proximité, réalisées notamment auprès d'un public en difficultés psychosociales et/ou sur des territoires démunis en acteurs de santé » ;
- versus une approche universaliste (14)
« La crèche est un lieu accessible à tous. Nos actions sont ainsi tous publics » ;
- et le fait d'agir sur les déterminants de santé (17)
« L'impact du programme sur les déterminants sociaux sont : - la santé de la mère, de l'enfant et de toute la famille ; - le soutien à la fonction parentale ; - le mieux-être des enfants ; - le logement ; - l'accès aux droits des familles et leur "multi" accompagnement ; - leur environnement proche (quartier) ; - l'impact sur le système local ; - des effets socialisateurs ».

2.4 L'analyse de l'accessibilité

2.4.1 L'accessibilité géographique

Les répondants jugent leurs actions accessibles géographiquement aux différents publics (99/119).

Lorsqu'ils apportent des précisions sur les critères d'accessibilité (30/99), trois catégories d'arguments sont avancées :

- La proximité des interventions (17 /30) et le fait qu'elles se déroulent sur les lieux de vie des enfants, les structures d'accueil (relais d'assistantes maternelles, crèche, écoles, maison de quartier, centre aéré, ...) ou les lieux d'accueil fréquentés régulièrement par de futurs ou jeunes parents comme la PMI, la maternité, le réseau de périnatalité...
« Les actions se déroulent sur les lieux fréquentés par les enfants et les parents » ; « les activités sont développées au domicile des familles, et pour les activités collectives dans le quartier ou la ville ».
- La couverture territoriale large (y compris actions décentralisées) ou la mobilité des professionnels (8/30)
« Les dentistes se déplacent sur les lieux pour certaines actions » ; « l'action est décentralisée dans chaque département ».
- La proximité des transports en commun et la bonne desserte des lieux d'action (8/30)
« le lieu d'implantation a été choisi afin de favoriser le parking pour les parents et elle se situe en bordure de zone commerciale bien desservie par les bus ».

Parmi les répondants à cette question, 19/99 évaluent plus péjorativement l'accessibilité géographique. Les précisions apportées (5/19) font référence à l'étendue du territoire et à l'absence de moyens de déplacement, particulièrement en milieu rural. Une action auprès d'un public spécifique mentionne les déplacements fréquents de la population concernée du fait de l'évacuation itérative des campements (familles roms).



2.4.2 L'accessibilité économique

Sur les 112 porteurs ayant répondu à cette partie de la question, 89 décrivent leur action comme accessible économiquement. C'est logiquement et exclusivement la gratuité qui définit cette accessibilité.

A contrario, 23 répondants jugent leurs actions peu ou pas accessibles financièrement du fait de la non gratuité du service. Pour deux structures, la prise en charge n'est pas totale (structures de soins/ accompagnement psychologique) et le fait que celle-ci s'interrompe au bout de quelques séances rend l'accessibilité incomplète et entraîne des ruptures de leur suivi par les familles.

2.4.3 L'accessibilité physique

Sur 111 répondants, 84 décrivent leur action comme accessible physiquement. L'accessibilité est exprimée à travers 4 critères lorsque les porteurs précisent leur réponse (37/84) :

- Des horaires adaptés au public (en fonction de la disponibilité de celui-ci, plusieurs tranches horaires proposées, prévoyant la garde des enfants, ...) (11) ;
- Des lieux aux normes, adaptés aux personnes à mobilité réduite, aux poussettes et aux enfants en bas âge (21) ;
- L'existence d'alternatives au face à face : Internet, utilisation de Skype (2) ;
- L'adaptation des locaux à l'activité : confidentialité respectée, espace suffisant et sécurisé (3).

Pour les professionnels ayant émis un avis mitigé sur l'accessibilité géographique (27/111), c'est la question de l'adaptation des horaires et des temps différents entre le public et les professionnels qui est évoquée comme un obstacle.

« Difficile de trouver un horaire qui convient à tout le monde » ; « le temps des parents et celui des professionnels n'est pas le même » ; « il est parfois difficile de mobiliser les parents et les professionnels sur des choix d'horaires qui ne devraient pas être contraignants ».

2.4.4 L'accessibilité culturelle

Sur 109 répondants à cette question, 78 jugent leur action accessible culturellement. Les arguments produits concernent :

- L'adaptation des supports d'intervention, des outils, à un public qui ne maîtrise pas la lecture/l'écriture du français (6).
« l'approche sensorielle part des représentations et des comportements du public » ; « les ateliers sont accessibles à chacun, aucun besoin de savoir lire ou écrire » ; « les supports sont traduits en 7 langues ».
- La mixité culturelle des usagers qui favorise la venue et la mise en confiance de nouveaux usagers et la possibilité de s'appuyer sur des membres de la communauté pour agir (2)
« les femmes connaissent les dialectes d'Afrique et cela est une aide auprès des femmes pour lutter contre l'excision, discuter des conditions d'accouchement... ».
- L'adaptation des compétences des professionnels à une approche multiculturelle (3)
« les acteurs du programme sont sensibilisés aux dimensions culturelles et à l'accompagnement des familles ».



L'accessibilité culturelle est celle pour laquelle les porteurs sont les plus nombreux à exprimer un avis mitigé (31/109). Les réponses sont peu argumentées ; les freins évoqués concernent la langue (4) et un référentiel et des pratiques différentes dans les familles (4).

« les conseils sont à hiérarchiser avec le public en fonction de leurs freins notamment pour ce qui touche à l'alimentation » ; « le portage de bébé n'est pas forcément intégré dans la culture occidentale et il faut mettre les parents en confiance ».

2.5 L'analyse de la participation des publics concernés

La participation des publics concernés constitue elle aussi un des critères de qualité des actions et un élément favorisant la réduction des inégalités sociales de santé en ce sens qu'elle constitue une stratégie d'empowerment et de renforcement des compétences des individus.

Sur les 100 porteurs ayant répondu à la question, le taux de participation du public aux différentes phases de l'action (de l'initiative à l'évaluation) varie de 17% pour l'initiative du projet à 59% pour l'évaluation. Un tiers des actions n'associe pas le public à quelque phase que ce soit.

L'analyse des éléments qualitatifs pour cette question (55/100 répondants ont apporté des précisions) fait apparaître une définition de la participation en tant que processus d'information et de consultation [32]. En effet, les modalités décrites concernent :

1. La prise en compte de l'avis des parents dans le cadre des évaluations (16) essentiellement à travers des questionnaires de satisfaction.

« participation des parents à un questionnaire d'évaluation oral » ; « une évaluation de la satisfaction est faite par les participants à la fin du parcours ».

2. La prise en compte des besoins des parents (12) :

- recueillis dans le cadre des actions elles-mêmes
« nous recueillons régulièrement la parole des parents sur leurs attentes et leurs besoins, de même ils nous font part de leur évolution et questionnement tout au long de l'accompagnement individuel et collectif »,
- ou dans le cadre de temps spécifiquement dédiés à cette analyse des besoins
« nous organisons des tables rondes de parents pour explorer et faire réagir par rapport à des propositions d'actions ».

3. La participation pendant l'action au sens où les parents en sont les principaux bénéficiaires (9).

« l'implication est à l'intérieur du groupe mais pas dans la préparation ».

Si globalement le niveau de participation des parents est limité à l'analyse des besoins et à l'évaluation de leur satisfaction, une dizaine d'actions relèvent d'un niveau de participation plus élaboré défini comme « participation » par Davidson :

- les parents sont à l'origine de l'action (association de parents adoptants par exemple),
- ils sont impliqués dans le comité de pilotage,
« les parents participent au comité de pilotage et aux différents groupes de travail thématiques »
- ou prennent une part active à la réalisation de l'action non plus comme simples bénéficiaires mais comme animateurs ou intervenants.
« les parents parlent aux parents ».



2.6 L'analyse de la transférabilité

Dans une perspective de capitalisation d'actions, la question de la transférabilité est essentielle. En effet, les actions en promotion de la santé sont dites « complexes » par leur nature. De ce fait, une action quelle qu'elle soit qui a montré son efficacité dans un contexte donné peut générer d'autres résultats et effets dans un autre contexte. Cela implique d'analyser de façon fine l'ensemble des paramètres susceptibles d'influencer les résultats.

L'analyse par les acteurs de la transférabilité de leur action (86/123) s'appuie essentiellement sur les facteurs d'implantation de celle-ci. La majorité des répondants (78/123) considèrent que leur action est transférable. Les précisions apportées pour argumenter les conditions de cette transférabilité ont été classées en s'appuyant sur les catégories de la Grille numéro 1 de l'outil ASTAIRE [29]. Comme pour les autres questions, ce classement est fait *a posteriori*. Les éléments qui constituent des conditions favorables à la transférabilité des actions du corpus concernent en premier lieu la mise en œuvre, et notamment, les moyens disponibles et les compétences/motivations des professionnels.

Catégorie de la grille ASTAIRE	Verbatim
Population (11)	
Critère 11. La perception de ses besoins de santé par la population	<p>« A partir du moment où la réflexion et le travail engagés "partent" bien des réalités, des acteurs et des spécificités des publics sur le local. »</p> <p>« oui, cette action peut être étendue à l'international en respectant les langues, les cultures et les contextes avec des partenaires locorégional. »</p> <p>« Dès le départ, nous avons construit notre projet de façon à ce que nous puissions le transférer sur un autre territoire en s'adaptant toutefois aux spécificités de chaque territoire. »</p> <p>« L'action est tout à fait transférable, il faut repérer les besoins du territoire. L'action était partie par exemple d'un constat de la maternité, qui constatait un manque de structure face au nombre de femmes démunies. Constat d'un centre de guidance, de consultation, qui constatait que les enfants arrivaient trop tard, avec de gros troubles installés repérés par l'école. Constat également de la maison verte qui a amené son expérience d'accueil en groupe sans rendez-vous, ils ont donc inspiré la philosophie de travail. Les professionnels étaient en demande de structure pour orienter leur patient ».</p> <p>« Il faut déjà qu'il y ait un besoin repéré sur un manque avec des partenaires identifiés ».</p> <p>« Il ne s'agit pas d'apport seulement théorique avec des informations que chacun peut trouver sur internet mais bel et bien d'un travail sur la réalité de chacun face à la différence et comment à partir de celle-ci, chaque personne peut arriver à composer et appréhender avec un autre regard l'environnement qui se distingue de la norme ».</p> <p>« Oui, bien entendu. L'action part d'un constat et met en place des ateliers autour des problématiques soulevées par les parents lors de ce constat ».</p>
Critère 15. Le niveau de participation des bénéficiaires	« oui, elles pourraient être proposées dans d'autres structures sous réserve de réussir à mobiliser les parents. »



<p>Critère 16. Le degré d'implication des bénéficiaires</p>	<p>« Oui, d'impliquer les familles comme porteur du projet ». « Impliquer des parents et créer un groupe de pilotage ».</p> <p>« Enfin, il faut inclure les parents dès le début du projet, partir de leurs attentes et être à leur écoute. »</p> <p>« Oui, mais sous réserve de prendre le temps nécessaire à la conception des documents et de s'assurer d'une collaboration étroite entre soignants, enfant et parents. »</p>
<p>Environnement (7)</p>	
<p>Critère 18. Autres éléments du contexte de mise en œuvre</p>	<p>« La transférabilité de cette action est tout à fait envisageable mais elle nécessite des moyens d'actions dont peu de centres sociaux et culturels disposent. Par sa taille (3 centres sociaux et culturels et 3 crèches et haltes-garderies sur plusieurs sites) et son organisation en pôles de compétences transversaux (santé et médiation socio-culturelle, espace public numérique, pôle social, chantier d'insertion) qui complètent son offre de services, l'association Espace 19 est relativement atypique dans le paysage des centres sociaux et culturels. Cependant, on peut tout à fait imaginer une duplication de cette action au sein de centres ou de maisons de santé, qu'ils soient municipaux ou associatifs ».</p> <p>« MDN ne fait pas une action en arrivant le jour même, il y a un travail important de préparation, d'adaptation et de co-élaboration avec l'équipe enseignante et médico-sociale de l'établissement. L'harmonisation des messages en amont est cruciale. L'action doit pouvoir être maîtrisée et reproduite par les professionnels sur place, sinon cela n'a aucun intérêt. »</p> <p>« Dès le départ nous avons construit notre projet de façon à ce que nous puissions le transférer sur un autre territoire en s'adaptant toutefois aux spécificités de chaque territoire. »</p> <p>« L'action est tout à fait transférable, ils faut repérer les besoins du territoire ».</p>
<p>Critère 19. Les partenariats sollicités pour l'intervention</p>	<p>« Oui, tout à fait. Le principe étant « d'aller vers » : tous professionnels intéressés par ce type de démarche peuvent se regrouper afin de mettre en place ce type de proposition. Il est nécessaire qu'il y ait une coordination ».</p> <p>« S'il y a un financement, il faut travailler en partenariat, car sans les autres structures on ne peut rien faire ».</p> <p>« Cette action pourrait être développée par d'autres communes ou intercommunalités. Pour cela, il faut trouver un financement durable et essayer de mobiliser les politiques publiques. S'il y a un financement, il faut travailler en partenariat, car sans les autres structures on ne peut rien faire. Enfin il faut inclure les parents dès le début du projet, partir de leurs attentes et être à leur écoute »</p>



Mise en œuvre (37)	
Critère 21. Les ressources mobilisées pour l'intervention (matérielles, financières, humaines)	<p>« Les instructeurs de l'AFMB sont présents sur tout le territoire français et proposent des ateliers dans des contextes différents :</p> <ul style="list-style-type: none">- en maternité,- en néonatalogie,- PMI,- structures accueillant des enfants porteurs de handicap,- en milieu associatif,- en milieu privé,- bénévolement pour les organismes tels que les restos du cœur- etc... » <p>« Au niveau de l'action sociale des mairies, crèches... En interaction avec l'école »</p> <p>« Partout où il y a un réseau périnatal ».</p> <p>« Généralisable à l'ensemble des maternité ».</p> <p>« Oui bien sûr. Cela nécessiterait un engagement de professionnels de Camsp, voire de créer une cellule porteuse de ce type d'action à une échelle départementale ou régionale en s'appuyant sur les professionnels des Camsp volontaires. Le positif des retours ne fait que stimuler l'intérêt des professionnelles du Camsp à réaliser ce type d'action. »</p> <p>« Oui, elle peut être transférée dans tout autre lieu, à condition de subvention pour la rendre accessible au plus grand nombre. »</p> <p>« Avoir des moyens, constituer une équipe mobile ».</p> <p>« Doit être soutenue au niveau financier par des partenaires, notamment ARS ».</p> <p>« Partout où il y a un réseau périnatal, si on finance une ligne budgétaire dédiée "allaitement" et un poste à temps partiel dédié à ce thème au sein du réseau périnatal ».</p> <p>« Action qui pourrait être NATIONALE sous condition d'un financement ARS dans tous les départements de ce dispositif unique de réseau ».</p> <p>« Programme évalué, en théorie transférable, mais étoffé dans son contenu, ce qui nécessite des moyens financiers et humains importants. »</p> <p>« Bien-sûr, surtout si les Points Ecoute pour les parents avaient le statut d'un véritable dispositif reconnu, financé par les pouvoirs publics de manière à être animés par des professionnels de santé compétents, tels les psychologues. »</p> <p>« dans toutes les mairies, si des aides financières sont mises en place pour favoriser ce mode de garde, la mairie de Rueil Malmaison aide financièrement les familles en plus de la CAF et du CG 92 »</p> <p>« Cette action pourrait être développée par d'autres communes ou intercommunalités. Pour cela, il faut trouver un financement durable et essayer de mobiliser les politiques publiques. »</p> <p>« Cette action peut être financée par les mairies. J'interviens</p>



	<p>déjà dans une mairie pour ouvrir l'accès au Cycle Vivre et grandir ensemble à tous les parents, l'accès dans ce cas-là étant gratuit pour les parents. »</p> <p>« Cette action pourrait être transférée sur un autre territoire, à condition de trouver une structure d'accueil, ainsi que des animateurs formés et compétents ».</p> <p>« Oui, je pense que cette action pourrait être mise en place à l'inscription de l'enfant en école maternelle, avant que l'enfant entre à l'école, pour échanger avec les parents sur ce qu'est l'école, quelles sont ses exigences, pourquoi ces exigences, à qui servent-elles ? Mais aussi de permettre aux parents d'exprimer ce qu'ils attendent de l'école, ce qu'ils craignent... Il serait intéressant que ces actions soient menées par des psychologues de la petite enfance, et non pas par des professionnels de l'école. Cela permettrait également aux parents de se côtoyer entre eux et ainsi d'apprendre à se connaître, et donc d'avoir moins d'a priori les uns sur les autres ; j'habite à Paris et travaille en banlieue où la multiculturalité est importante, et où les gens ne se mélangent pas entre eux, ils n'ont pas de vrais lieux de rencontre (comme un passage obligé) ».</p>
<p>Critère 22. Les capacités des intervenants et chef de projets</p>	<p>« Formation des acteurs de santé pour diffuser cette prise en charge spécifique des femmes enceintes et la rendre systématique ».</p> <p>« Dans le Jura, une structure est en train de se créer dans le même esprit. Egalement une équipe de Suisse, est venue les rencontrer pour savoir comment cela s'était monté, quelles avaient été les bases, quels partenaires et soutien financier ? Philosophie du travail ».</p> <p>« Du moment qu'il y a des personnes de bonne volonté. Personne formée et sensibilisée à cela et qui travaillera en réseau avec plein de partenaires. Motivation, envie, formation avec un état d'esprit de soutien à la parentalité. »</p> <p>« Organiser une formation des professionnels ».</p> <p>« Nécessité d'avoir des personnes formées ».</p> <p>« Professionnels formés sur la question de la parentalité ».</p> <p>« Possible dans toutes les crèches à 2 conditions : - Sensibilisation préalable des professionnels petite enfance pour qu'ils soient moteurs et acteurs. - Sensibiliser sur l'impact des retards de langage ».</p> <p>« Oui, tout à fait. Le principe étant « d'aller vers » : tous professionnels intéressés par ce type de démarche peuvent se regrouper afin de mettre en place ce type de proposition. Il est nécessaire qu'il y ait une coordination. »</p> <p>« Cette action pourrait être transférée sur un autre territoire, à condition de trouver des animateurs formés et compétents ».</p> <p>« Compétence de la direction (infirmière puéricultrice) ».</p> <p>« Miser sur les compétences des acteurs ».</p>



Critère 23. Les modalités de mobilisation des intervenants (implication, motivation, intérêt)

« embauche de personnel qualifié et motivé ».

« Les conditions sont liées à l'envie de faire. »

« Du moment qu'il y a des personnes de bonne volonté. Personne formée et sensibilisée à cela et qui travaillera en réseau avec plein de partenaires. Motivation, envie, avec un état d'esprit de soutien à la parentalité. »

« Conditions : motivation des professionnels de santé périnatale car ces groupes de paroles ont lieu en dehors des horaires de travail.

Pour les lits accompagnants : pas de condition. »

« Les conditions : une équipe Petite Enfance très motivée ».

« Professionnels de la structure accueillant l'action prêts à se mobiliser ».

« Elle doit être montée par des personnes qui ont envie ».

« Cependant, les leviers de réussite mis en évidence montrent une nécessité d'implication forte des acteurs ainsi que la mobilisation de professionnels spécialistes du champ. Ces éléments paraissent essentiels et peuvent représenter un frein dans la déclinaison de ce type de programme sur un autre territoire ».



Les enseignements de la consultation dans une perspective de transfert de connaissances

La consultation visait à poursuivre le travail de la SFSP sur les méthodes de capitalisation de l'expérience et tester une procédure de capitalisation et de recueil d'informations un peu différente de celle mise en place pour la consultation portant sur les actions inégalités sociales de santé. Pour mémoire, cette nouvelle expérience s'est appuyée sur des relais plus nombreux, et impliqués dans le comité d'experts ; elle a été complétée par des entretiens qualitatifs auprès d'une quinzaine de porteurs de projets. L'approche populationnelle de cette capitalisation versus une approche globale en promotion de la santé pour la première a permis de cibler un meilleur ciblage des réseaux.

Il ne s'agit plus ici d'analyser les résultats de la consultation au travers du paradigme de promotion de la santé et du lien avec les inégalités sociales de santé, mais bien de construire une analyse critique dans une perspective de transfert de connaissances expérimentelles et de capitalisation.

Cela implique de s'interroger sur la qualité, la pertinence des données en vue d'un partage ; cela introduit une nouvelle question : les données recueillies sont-elles suffisantes, pertinentes, accessibles aux acteurs de terrain, décideurs auxquels les fiches actions seront destinées ? Les modalités de recueil ont-elles permis d'accéder à des domaines, des professionnels, des actions qui illustrent l'étendue des possibles dans la mise en œuvre des actions d'accompagnement à la parentalité ? L'outil de consultation est-il pertinent ? Quelles améliorations peut-on proposer tant sur la démarche que sur l'outil ?

Ce travail sur le corpus dans une perspective de partage de connaissances et de capitalisation amène à s'interroger sur la nature du savoir transmis : de quel savoir s'agit-il ? On peut considérer que ce savoir expérimentiel relève de la notion « de savoir tacite ». Celui-ci se réfère au «savoir-faire » de praticiens, de gestionnaires, de chercheurs ou de professionnels qui ont cumulé un solide bagage de connaissances théoriques et d'expériences pratiques. « Le savoir tacite réfère à l'accumulation des connaissances et des expériences pratiques d'un professionnel qui n'a pas extériorisé son savoir-faire sous une forme exportable. Le transfert d'un savoir tacite nécessite donc une interaction avec le détenteur de ce savoir et s'actualise habituellement dans un contexte où l'utilisateur peut appliquer de façon concrète ce qu'on lui transmet » [30].

La consultation a produit des données issues de l'expérience qui, par leurs caractéristiques, peuvent être qualifiées « d'émergentes » (emerging) [31] avec une qualité de preuve « faible » (weak) dans la mesure où quasiment aucune n'a donné lieu à une analyse des besoins fondée sur une méthodologie rigoureuse, à des choix méthodologiques basés sur une revue de la littérature, ou à une évaluation formalisée. Pour autant, l'analyse méthodologique des actions montre que l'utilisation d'une grille de lecture qui prend en



compte des critères de qualité et les stratégies efficaces telles qu'elles sont décrites dans la littérature permet de faire la démonstration de la pertinence de la plupart des actions, même si la rigueur méthodologique avec laquelle elles sont construites peut faire l'objet de nombreuses améliorations. On peut donc légitimement penser que le partage des fiches constitue un premier niveau de connaissances partagées, qui met à disposition des acteurs des illustrations de stratégies pertinentes et peut constituer le point de départ d'une réflexion sur l'accompagnement à la parentalité. La pertinence des actions a été évaluée *a posteriori* à travers la confrontation des éléments fournis par les acteurs aux données de la littérature décrivant les stratégies efficaces en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. La lecture des fiches et leur analyse montre que la plupart d'entre-elles intègrent un ou plusieurs éléments décrits dans la littérature comme pertinents. Le partage des fiches dans une perspective de diffusion de la connaissance pourrait mettre en exergue ces stratégies pour chacune des actions : par exemple une participation élevée de la population, une approche intersectorielle, la combinaison d'approches individuelles et collectives dans la même action, etc. Il s'agit là aussi d'un premier niveau de partage permettant d'illustrer par des exemples des stratégies d'action pertinentes. Ce partage n'aurait d'autre ambition que d'inspirer les porteurs et de les conforter dans leurs choix stratégiques. Le fait de souligner les éléments pertinents d'une action constitue une démarche pédagogique.

Ce niveau de preuve faible incite à interroger deux choses : la qualité méthodologique des actions, c'est-à-dire les connaissances et compétences des acteurs en promotion de la santé, et la qualité du recueil : pourrait-on construire un outil qui permette un recueil plus détaillé et plus précis ? La question de la qualité des actions du point de vue méthodologique est particulièrement délicate dans la perspective d'une capitalisation touchant des domaines au sein desquels les compétences « métier » ne relèvent pas du champ de la promotion de la santé. Il s'agit alors de faire émerger et d'explicitier un savoir tacite, d'utiliser un référentiel – celui de la méthodologie de projet en promotion de la santé - qui n'est pas partagé par tous. Cela implique une phase de décryptage des actions et du savoir à travers une grille de lecture différente de celle des acteurs, avec toutes les limites que peut comporter un tel travail, notamment celles liées à l'interprétation des éléments recueillis. Le lien direct avec les promoteurs permet de limiter ces biais en validant avec eux l'analyse réalisée.

LA QUALITE DU RECUEIL ET LA FINESSE DE L'INFORMATION DEPENDENT DE LA CAPACITE DES ACTEURS A UTILISER LES CONCEPTS EN PROMOTION DE LA SANTE

L'analyse des résultats descriptifs des actions montre que celles-ci ne rentrent pas toutes dans un modèle de projet en promotion de la santé (la notion de modèle fait référence à la méthodologie autant qu'à la qualité des actions). Certaines étapes de la construction d'un projet sont absentes, telles qu'une analyse des besoins et ou une évaluation formalisées ; la notion de participation et d'inégalités de santé donnent lieu à des définitions souvent restrictives, etc.

La question de la qualité méthodologique des actions est d'autant plus importante à interroger que les capitalisations intégreront des champs connexes à la santé, permettant d'agir sur les inégalités sociales de santé et l'ensemble des déterminants ; ces champs connexes n'ont pas forcément le même référentiel méthodologique, le même référentiel sémantique, ni les mêmes critères de qualité des actions. Dans la perspective d'une capitalisation, sur quels critères de qualité les actions seront-elles intégrées au corpus ? Ceux de leur champ ? Ceux de la promotion de la santé ? Faudra-t-il systématiquement aménager un espace commun pour retenir des critères dans les différents domaines ?



La capitalisation ne peut faire l'économie en amont d'une réflexion transversale, interdisciplinaire pour définir des principes méthodologiques et de qualité communs des actions. Mais la définition de ces principes ne signifie pas que les acteurs concernés répondront aux critères retenus. Comment accompagner le partage de connaissances d'un mouvement d'amélioration de la qualité méthodologique des actions ? Les deux sont-ils liés ? La capitalisation peut-elle comporter une dimension pédagogique pour les porteurs qui y contribuent autant que pour ceux qui auront accès à l'information ? La consultation a-t-elle comme impact de questionner/renforcer les acteurs sur leur méthode d'intervention et la qualité de leurs actions ou faut-il poursuivre deux mouvements en même temps : l'un en amont, centré sur le renforcement des compétences des acteurs et l'autre sur le recueil d'information ?

Dans une perspective de capitalisation et de transfert de connaissances, cette question devra être approfondie. Elle constitue un élément indispensable de l'analyse du contexte, de la participation des publics, de la prise en compte de l'environnement.

LA METHODE ET LA GRILLE DE RECUEIL

Le fait que la méthode de recueil des données ait intégré des entretiens qualitatifs répond en partie à cette question : les promoteurs qui ont pu compléter les données recueillies sur Internet par un entretien ont fourni une quantité et qualité d'informations plus élevée que les autres, particulièrement sur les résultats et impacts perçus, sur les stratégies mises en œuvre, sur les modalités d'implication du public et sur la transférabilité. Certaines précisions méthodologiques notamment ont pu être recueillies alors qu'elles étaient absentes des questionnaires papier. Les actions qui ont fait l'objet d'un entretien ont été identifiées de façon aléatoire (nous n'avons pas choisi par exemple des actions déjà bien renseignées par écrit), on peut en déduire que le questionnaire ne constitue pas un outil totalement adapté. Pour que les informations attendues répondent à un niveau de preuve plus élevé, il serait pertinent d'accompagner la fiche de recueil d'un document méthodologique précisant le niveau de détail attendu, la définition des termes employés, ... On peut craindre que cela alourdisse le processus de recueil et la consultation pourrait alors apparaître comme complexe et rebuter un certain nombre de porteurs. La relation directe que permet l'entretien lève cet obstacle. Il facilite la contribution des acteurs, mais alourdit la procédure pour l'organisme en charge du recueil et de la transcription/analyse des informations.

Outre la création d'un document d'accompagnement, la grille de recueil pourrait être affinée et quelques rubriques pourraient faire l'objet de questions plus nombreuses et plus précises :

- Préciser les différents niveaux d'objectifs et la notion « d'effets attendus » : la simple mention en italique fait l'objet de précisions dans le cadre des entretiens mais de peu de développement dans les fiches. En amont des objectifs, il serait utile d'intégrer quelques éléments de constat : quel contexte ? Quel environnement ? Quelles problématiques ?
- Affiner les modalités de réalisation des actions pour permettre une description plus fine des stratégies mises en œuvre, des outils utilisés, des thématiques et des modalités d'intervention. La simple catégorisation ne permet pas de mesurer la pertinence des stratégies développées au regard des référentiels méthodologiques existants et des stratégies décrites comme efficaces dans la littérature en matière de réduction des inégalités sociales de santé.



- Remplacer la question de l'initiative de l'action par les éléments qui ont déclenché l'action : analyse des besoins, constats empiriques, demande exprimée dans un cadre particulier, ...
- La question sur la durée totale de l'action est impossible à traiter telle qu'elle est formulée. Les réponses sont très hétérogènes et imprécises. Cette question n'a d'intérêt que pour les actions non pérennes. Il y a semble-t-il des confusions entre durée de l'action et durée des activités proposées.
- Affiner la définition de la participation pour lever la confusion entre la notion de participation/implication et celle de participation/présence. Proposer un modèle de définition des niveaux de participation pour inviter les porteurs à se positionner.
- Remplacer l'action nécessite-elle une formation spécifique par l'action a-t-elle nécessité une formation préalable des acteurs ? Sur quel(s) sujets ?
- Renforcer la partie évaluation en formalisant la notion d'indicateur, en proposant une liste, en interrogeant les méthodes et outils d'évaluation.

LES RESEAUX MOBILISES

Cette nouvelle consultation permet aussi d'affiner la méthode concernant les réseaux mobilisés pour solliciter les porteurs de projets. La précédente expérimentation de capitalisation d'expériences centrée autour des actions permettant d'agir sur les inégalités de santé a abouti au recueil de 45 fiches dont 40 ont fait l'objet d'une analyse. Le fait de s'appuyer sur les réseaux a semble-t-il abouti à une augmentation du nombre d'actions recueillies. On ne peut cependant ignorer un biais possible de la thématique. En effet, l'augmentation du nombre est-elle liée au mode de mobilisation des acteurs où à un contexte où les porteurs et les actions sur les inégalités de santé sont de fait, moins nombreux que sur l'accompagnement à la parentalité.

Par ailleurs, dès lors que la capitalisation a pour objectif de rendre visibles des actions en promotion de la santé, il est intéressant d'élargir les champs d'investigation afin d'identifier des actions centrées sur l'élaboration de politiques et d'environnements favorables. Ces actions peuvent être portées par d'autres réseaux/ structures que les réseaux « parents ». Sur des questions comme l'accompagnement à la parentalité, le milieu du travail et de l'insertion par exemple sont peu présents dans le cadre de la consultation et mènent sans doute des projets vers les parents mais aussi sur l'environnement et les organisations ; les collectivités locales, particulièrement en milieu rural, ne sont pas toutes inscrites dans des réseaux et auraient pu être approchées par l'intermédiaire de certains sites ressources ou publications qui leur sont destinées, telles que la Gazette des communes.

L'expérimentation d'un élargissement de la consultation vers le milieu du travail, de l'insertion et le milieu rural constitue une piste pour enrichir la capitalisation et repérer des actions agissant sur les déterminants environnementaux et organisationnels. Ces actions seront par ailleurs particulièrement utiles aux décideurs pour construire des politiques cohérentes en matière de santé et de lutte contre les inégalités sociales. Sur certaines thématiques les réseaux « logement » pourraient également être sollicités.



QUELLE(S) METHODE(S) POUR QUEL(S) NIVEAU(X) DE PREUVE ?

Cette nouvelle expérimentation d'un processus de capitalisation a permis d'affiner les méthodes mais aussi les résultats produits en matière de qualité des informations recueillies et de pertinence des actions collectées.

Cela amène à proposer un processus de capitalisation à plusieurs niveaux avec des stratégies de recueil d'informations différentes pour chacun des niveaux ciblés.

Un premier niveau d'actions au niveau de preuve faible « émergentes »

Ce premier niveau de capitalisation a pour objectif de rendre visibles des actions n'ayant pas fait l'objet d'un processus d'évaluation rigoureux, d'aucune publication mais dont les stratégies mises en œuvre sont décrites dans la littérature comme probantes et efficaces dans les stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé : actions mixant les approches (individuelles et collectives), agissant sur le renforcement des compétences des publics, favorisant la participation, visant le renforcement des compétences des professionnels...

La capitalisation de ces actions peut se faire par l'intermédiaire de consultations internet en renforçant et modifiant la grille de recueil et éventuellement en élargissant les réseaux mobilisés pour augmenter la visibilité des actions produites dans des milieux agissant sur des déterminants de santé environnementaux : le travail, l'insertion, le logement par exemple.

La mise en place de ce premier niveau de capitalisation nécessitera tout de même l'élaboration d'une grille d'analyse pour la mise en ligne des actions recueillies :

- Quels sont les critères essentiels ?
- Les actions doivent-elles être originales ou intégrées au fonctionnement des structures de façon pérenne ?
- Pour les actions relevant de champs « connexes », quels sont les critères de recevabilité ?
- Ce premier niveau a aussi pour objectif de repérer des actions dont le niveau de preuves est plus élevé en s'appuyant sur une analyse des besoins et une évaluation formalisées.

Un second niveau « d'actions exemplaires / prometteuses »

Repérées par l'intermédiaire de la consultation de premier niveau, ces actions pourraient faire l'objet d'un ou plusieurs entretien(s) approfondi(s) et de l'analyse des documents fournis de manière à enrichir la fiche de données détaillées sur les stratégies, les résultats produits...

Les critères de sélection de ces actions pourraient être les suivants (inspirés des critères de sélection des actions inscrites sur le portail canadien des pratiques exemplaires) :

- Le type d'intervention est approprié, la notion d'approprié nécessitant en amont la construction de critères précis,
- L'évaluation fait l'objet d'une production : rapport ou article,
- Les résultats de l'intervention sont formalisés,
- Les conditions de reproductibilité et d'adaptabilité sont définies,
- La source est crédible au sens de la légitimité des porteurs du projet.



Ce second niveau nécessite des moyens supplémentaires du côté de l'organisme qui capitalise et un investissement plus grand de la part des porteurs de projets. Il débouchera sur un nombre de fiches moins important que le premier niveau. Ces fiches peuvent faire l'objet d'une diffusion en direction des équipes de recherche dans la perspective de travaux scientifiques (étude d'impact sur la santé, recherche interventionnelle, évaluation a posteriori, ...).

Un troisième niveau « scientifique »

Ce troisième niveau concerne les actions ayant fait l'objet de publications scientifiques et/ou s'appuyant sur des projets de recherche.

Le repérage de ces actions peut se faire par le niveau 2 de la consultation mais aussi et surtout par des revues de la littérature et un système de veille continu des publications relatives aux projets en promotion de la santé. Cette veille ne peut se dérouler que dans un cadre où l'accessibilité aux données est assurée donc par un organisme ad hoc.

Le repérage d'articles sur des projets en promotion de la santé ne suffira pas à construire un dispositif pertinent de transfert de connaissances. Ces articles nécessiteront d'être accessibles particulièrement aux porteurs de projets : traduction, nouvelle rédaction sous forme de fiches, recherche de complément d'information auprès des auteurs.



Conclusion

DES ACTEURS QUI CONTRIBUENT A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE SANS QUE CELLE-CI SOIT UN OBJECTIF EXPLICITE...

La littérature en santé publique présente les interventions précoces comme un levier essentiel et une stratégie efficace dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

La consultation menée par la SFSP sur les actions d'accompagnement à la parentalité auprès des réseaux et acteurs en charge de la petite enfance et/ ou de la santé, à travers 123 actions recueillies, met en avant la richesse des expériences. L'analyse des caractéristiques de ces actions montre qu'elles s'appuient souvent sur des modes d'intervention, des objectifs, des outils évalués comme pertinents pour lutter contre les inégalités sociales de santé ; les promoteurs sont soucieux de l'accessibilité physique géographique, économique et culturelle, même si cette dernière continue de constituer un frein et nécessiterait un accompagnement plus soutenu pour remédier aux obstacles rencontrés.

Ces actions ne sont pas toujours menées par des professionnels en promotion de la santé, pour autant, elles influent sur un certain nombre de déterminants de la santé : les relations sociales des parents et des enfants, les capacités à agir des parents, le rapport aux services de soins, les compétences des professionnels...

Elles répondent à de nombreux critères de qualité des actions en promotion de la santé notamment pour ce qui concerne leur mise en œuvre : diversité des méthodes, renforcement des compétences psychosociales...

Les acteurs ayant répondu à la consultation n'ont pas construit leur projet dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Aucun d'entre eux n'avait formulé cet objectif a priori. La perception de l'impact de leurs actions sur les inégalités sociales de santé par les porteurs relève seulement de la définition du public : public en situation de vulnérabilité vs public tout venant. Les stratégies, les contenus, les méthodes ne sont jamais évoqués comme des leviers à la réduction des inégalités sociales de santé alors que l'analyse des actions montre que c'est dans ces éléments que la contribution apparaît comme la plus nette. Une politique volontariste de réduction des inégalités sociales de santé pourra s'accompagner d'une montée en compétence des acteurs sur ces questions : définition, stratégies efficaces... Ce constat fait également émerger des questions de recherche concernant notamment la représentation des acteurs relative aux inégalités sociales de santé. La consultation fait émerger certaines de ces représentations, mais renforcer les compétences nécessite de s'appuyer sur une analyse de situation ; la littérature donne accès à la connaissance sur les inégalités sociales de santé mais pas aux représentations des acteurs, qu'ils soient professionnels en promotion de la santé, décideurs ou intervenants de proximité. Une recherche en ce sens pourrait être développée qui permettrait de compléter les pistes d'action possibles, et de faire émerger les leviers et freins existants pour développer des politiques favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.



DEUX AXES DE TRAVAIL : LA QUALITE DES ACTIONS ET LES METHODES DE CAPITALISATION

Dans une perspective de capitalisation d'expériences, les actions recueillies se situent à un niveau de preuve de leur efficacité relativement faible dans la mesure où peu d'entre-elles développent une méthodologie qui réponde à l'ensemble des critères de qualité des actions en promotion de la santé. Un petit nombre s'appuie sur une analyse des besoins formalisée (intégrant une revue de la littérature) et font l'objet d'une évaluation construite.

La participation des principaux concernés (les « bénéficiaires ») reste aussi à développer et la définition à préciser, une confusion existant encore dans de nombreux projets, entre la notion de participation - « implication » et celle de participation- « présence ».

Ces trois points méthodologiques clefs sont à renforcer dans une double perspective : celle d'augmenter l'efficacité et la pertinence des actions, leur qualité, et celle d'une diffusion de la connaissance qui s'appuie sur un « niveau de preuve » suffisant pour envisager notamment la transférabilité de ces actions.

UNE METHODE DE CAPITALISATION QUI S'AFFINE

La méthode de capitalisation mise en œuvre a intégré la réalisation d'entretiens auprès d'une quinzaine de porteurs pour renforcer la qualité des informations. Cela s'est avéré probant dans la mesure où les informations complétées dans le cadre des entretiens permettent d'illustrer plus précisément les rubriques relatives à la méthode et au déroulement des actions. Le contact direct avec les acteurs constitue aussi un moment d'échange « pédagogique » dans la mesure où il permet d'explicitier les termes employés dans la grille et d'introduire une dimension analytique plus complexe à aborder dans le seul cadre de la fiche, notamment pour des acteurs peu rompus au vocabulaire et à la méthodologie de projets en promotion de la santé.

Cette seconde consultation a aussi permis d'affiner la grille : certaines rubriques doivent faire l'objet de plus de détails et un document d'accompagnement (lexique...) paraît indispensable. Même si ces améliorations peuvent alourdir la consultation, elles peuvent aussi en améliorer la qualité.

L'observation des champs d'action des porteurs met à jour un certain nombre de domaines peu couverts alors qu'ils ont un impact fort sur la réduction des inégalités sociales de santé : l'emploi, l'insertion, le logement et le milieu rural par exemple sont peu représentés. Il serait pertinent d'ouvrir les réseaux vers ces domaines en repérant, mobilisant et associant les personnes et media clefs.

Cette nouvelle capitalisation a débouché sur une proposition de mise en œuvre d'une procédure à trois niveaux :

- Un premier niveau permettant de décrire des actions au niveau de preuve globalement faible avec un premier objectif de valorisation et de partage des méthodes d'intervention et des contenus, un second objectif de repérage des actions plus étayées du point de vue méthodologique et des productions (rapport d'évaluation notamment). L'outil de capitalisation continuerait de se présenter



sous la forme d'une fiche en ligne améliorée et accompagnée d'un document support.

- Un second niveau d'actions mieux documentées, faisant l'objet d'un ou plusieurs entretiens complémentaires et d'une analyse fine des documents produits.
- Un troisième niveau relevant d'un travail d'analyse de données scientifiques et d'analyse de la littérature ainsi que d'un processus de traduction pour les acteurs de terrain.

Quel que soit le niveau choisi et particulièrement pour le premier et le second, la construction de critères pertinents communs à tous les acteurs impliqués devra faire l'objet d'un travail spécifique, interdisciplinaire et en partenariat. La SFSP poursuivra son implication en conduisant ce travail.





Bibliographie

1. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 pages. [En ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>. Consulté le 11 février 2016
2. Moleux M., Dr Schaetzel F., Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport IGAS. Mai 2010 : 124 pages [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>. Consulté le 11 février 2016
3. Lopez A., Moleux M. , Dr Schaetzel F. , Scotton C. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport IGAS. Mai 2011 : 204 pages [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf> Consulté le 11 février 2016
4. Haut Conseil de la santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport. Décembre 2009 : 94 pages [En ligne]. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf. Consulté le 11 février 2016
5. Brochard A., Pamies S., Heritage Z. Santé et parentalité. L'approche des villes. Réseau français des villes-santé de l'OMS. Presses de l'EHEESP. 2013 : 86 pages [En ligne]. <http://www.villes-sante.com/guides-du-reseau/>. Consulté le 11 février 2016
6. Houzelle N., Rebillon M. dir. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 2013 : 192 pages. [En ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>. Consulté le 11 février 2016
7. UNAF. Soutien à la parentalité avec et pour les parents. Réal Fam. 2012 ; (100-101) :137.
8. Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Paris : ERES ; 1999 : 200 pages.
9. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Revue Devenir. 2009 ; vol 21, n°1 : 31-60 [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm> . Consulté le 11 février 2016
10. Gutton P. Parentalité. Adolescence. 2006 ; 1 (vol 55) : 9-32.
11. Sellenet C. La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept. Paris : l'Harmattan ; 2007 : 188 pages.
12. Hamel MP., Lemoine S., coll Martin C. Aider les parents à être parents le soutien à la parentalité, une perspective internationale. Rapport centre d'analyse stratégique. 2012 : 253 pages. [En ligne] <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/rapport-aider-les-parents-etre-parents-le-soutien-la-parentalite-une-perspective-internation.html>. Consulté le 11 février 2016
13. Martin C. La parentalité en questions. Perspectives sociologiques. Rapport pour le Haut conseil de la Population et de la Famille. Avril 2003 : 63 pages [En ligne].



- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000552/index.shtml>. Consulté le 11 février 2016
14. Mucchielli L. Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones, Guyancourt, CESDIP, Études et données pénales. 2000, n°86.
 15. Neyrand G. Soutien à la parentalité et contrôle social. Temps d'arrêt/lectures. Yapaka.be. Mai 2013 : 59 pages [En ligne].
http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-65-parentalite-neyrand-web_2.pdf. Consulté le 11 février 2016
 16. De Singly F., Wisnia-Weill.V. Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent. Rapport. France Stratégie. Septembre 2015 : 154 pages [En ligne].
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000689/>. Consulté le 11 février 2016
 17. Doumont D., Renard F. Parentalité : nouveaux concepts, nouveaux enjeux ? Série Dossiers techniques. UCL reso. Novembre 2004 : 17 pages. [En ligne].
<https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos31.pdf>. Consulté le 11 février 2016
 18. Doumont D., Feulien C. En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondement des inégalités et stratégies d'intervention. Série Dossiers techniques. UCL reso. Septembre 2010 : 20 pages. [En ligne].
https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf. Consulté le 11 février 2016
 19. Comblent le fossé en une génération. Organisation Mondiale de la santé. 2008 : 40 pages. [En ligne].
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69831/1/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf. Consulté le 11 février 2016
 20. Réduire les inégalités de santé dès la petite enfance. La santé en action - n° 426 .Septembre 2013 [En ligne].
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf> . Consulté le 11 février 2016
 21. Groupe d'appui à la protection de l'enfance. Des dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre de la prévention. Septembre 2011. 10 pages. [En ligne].
http://www.reforme-enfance.fr/documents/groupe_dappui_actions_parentalite.pdf
Consulté le 24 mai 2016
 22. Chelamie V. Soutien à la parentalité. Vers une cartographie des acteurs. INPES; 2012.
 23. Site interventions précoces, Direction générale de la santé (en cours de mise en ligne)
 24. Guide des bonnes pratiques de soutien à la parentalité. FNARS. Mars 2009 : 196 pages. [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> . Consulté le 11 février 2016
 25. De Zutter P. Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital. Série Dossiers pour un débat, Edition Charles Leopold Meyer, n° 35, Paris 1994 : 135 pages http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf
Consulté le 25 mai 2016



26. De Lamarzelle J. Mener une capitalisation d'expérience, guide méthodologique. Handicap International. Mai 2014 : 78 pages [En ligne].
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/MenerCapitalisationDexperience.pdf.
Consulté le 11 février 2016
27. Davidson S. Spinning the wheel of empowerment. Planning 1262. 1998 : 14-15
28. Guide d'Auto-évaluation « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? INPES ; Novembre 2009 : 40 pages. [En ligne]
<http://www.inpes.sante.fr/ressources-methodologiques/guide-autoevaluation.asp>.
Consulté le 11 février 2016
29. Cambon L, Minari L, Ride V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique. 2014 ; 6 (vol26) : 783-786.
30. Gouvernement du Canada. Agence de la santé publique du Canada. Portail canadien des pratiques exemplaires. [En ligne]. <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/>. Consulté le 11 février 2016
31. Spencer L.M., Schooley M.W., Anderson LA., *et al.* Seeking Best Practices : a conceptual framework for planning and improving evidence-based practices. Preventing Chronic Disease. Decembre 2013 ; 10 : 1-9.
32. S. Davidson. Spinning the wheel of empowerment. Planning 1262 :14-15 , 1998.





Annexes

Annexe 1 – Membres du comité d'experts

Annexe 2 – Fiche de recueil des interventions

Annexe 3 - Liste des actions

Annexe 4- Liste des sigles





ANNEXE 1 – MEMBRES DU COMITE D'EXPERTS

Association des collectifs Enfants Parents Professionnels (ACEPP)	Emmanuelle Murcier
Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)	Nathalie Gelbert Jacques Romieu
Association nationale des directeurs de l'action sociale et de la santé des départements (ANDASS)	Patrick Miquel
Association nationale des psychologues pour la petite enfance (ANAPSYpe)	Dominique Ratia- Armengol
Association nationale des puériculteurs(rices) diplômé(e)s et étudiant(e)s (ANPDE)	Sébastien Colson
Association pour la recherche et l'information en périnatalité (ARIP)	Michel Dugnat
Caisse nationale des allocations familiales - Observatoire de la petite enfance	Danielle Boyer
Centre de recherche en éducation de Nantes (CREN)	Catherine Sellenet
Commissariat général à l'égalité des territoires (ex Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé))	Stéphan Ludot (Maud Jerber pour l'Acse jusqu'en 2014)
Confédération syndicale des familles (CSF)	Perinne Bouhelier
Croix-Rouge Française	Danièle Sommelet
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	Clément Beck Jean-François Pierre Hélène Siavellis
Direction générale de la santé (DGS)	Brigitte Lefeuvre Catherine Paclot
Élus, Santé Publique & Territoires (ESPT)	Laurent El Ghozy Aude Salamon
Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)	Bernard Branger
Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)	Julie Pons
Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) - IREPS Lorraine	Aline Osbery
Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)	Fabienne Vincent
Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)	Jean-Michel Leduc Marion Lignac
Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE)	Daniel Marcelli Alexandra Christides
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	Béatrice Lamboy
Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN)	Anne Laurent-Beq
Plateforme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville	Agnès Bensussan Anne Guilberteau Grégory Loisan



Réseau français des villes santé (RFVS)	Sophie Pamies
Société française de pédiatrie (SFP)	Jacques Cheymol
Société française de santé publique (SFSP)	François-Paul Debionne Jean-Pierre Deschamps Laurence Desplanques Pierre Lombrail Françoise Schaetzel
Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)	Cécile Garrigues Elisabeth Jude Lafitte



ANNEXE 2 – FICHE-ACTION





Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions !

Les parents sont les premiers à mettre en place au quotidien des conditions favorables à la santé des enfants, que ce soit par les tâches et les soins qu'ils leur apportent, la continuité de leur présence, ou encore par la relation affective qu'ils entretiennent avec leur enfant. La parentalité est donc un déterminant majeur du bien-être de l'enfant.

Accompagner les parents dans leur rôle en les confortant dans leurs compétences, en participant à développer chez eux une confiance en soi et en les aidant à répondre à leurs interrogations, en les soutenant dans leur vie de tous les jours, contribue à une parentalité favorable à la santé des enfants, et aussi à celle des parents.

Alors que les inégalités de santé se forment dès la petite enfance, l'accompagnement à la parentalité est un levier majeur pour agir en faveur de leur réduction. Repérer le plus en amont possible tout ce qui peut rendre le rôle parental plus difficile, et offrir des services gradués en fonction des besoins des familles (avec un socle universel minimum et une intensification en fonction des situations et des besoins) pourrait permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents et qui pèsent durablement sur la santé de leurs enfants.

Il existe donc un fort intérêt pour lier les questions de parentalité et de santé, avec de nombreuses initiatives menées dans différents champs d'actions et une multitude d'acteurs, issus de différents secteurs. Mais bon nombre d'initiatives restent peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement.

Nous vous proposons de faire connaître vos actions pour échanger et partager vos connaissances et vos expériences, avec le plus grand nombre,

à l'aide d'une fiche action contenant 30 questions qui permettent :

- **de décrire l'action, pour mieux la faire connaître** : objectifs, thèmes abordés, publics bénéficiaires, modalités d'interventions, activités mises en place, zone géographique, partenaires, financements, etc. ;
- **et de livrer vos éléments de réflexion, pour essayer de comprendre ce qui fonctionne ou non, pourquoi, comment, pour qui et dans quelles circonstances, les effets sur la santé, dans quelle mesure les actions disposent du potentiel pour lutter contre les inégalités sociales de santé, avec quels objectifs, quels moyens, quel suivi pour mesurer les effets (même si l'action sur les ISS n'est pas l'objectif principal de l'intervention) et faire part des difficultés rencontrées ;**

de façon à cerner les questions suivantes : Sur quoi peut-on agir ? Comment agit-on ? Quel regard porte-t-on sur l'action ? Que peut-on chercher à renforcer ou à améliorer dans cette action ? Quels sont les bénéfices de ces actions ?

Les fiches actions sont à renseigner sur le site internet de la Société française de santé publique

<http://www.sfsp.fr> ou directement sur le lien :

<https://www.sondageonline.fr/s/SFSP-Accompagnement-Parentalite>

jusqu'au 31 mars 2015

Fiche action à télécharger <http://www.sfsp.fr/activites/file/Ficheaction-accompagnementparentalite.doc>

Pour tout renseignement, adressez-vous à accueil@sfsp.info

Merci de votre contribution !



Société Française de Santé Publique
ASSOCIATION DE LOI 1901 - RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE



Fiche action

Intitulé de l'action :

L'objectif est de contribuer à l'élargissement de la vision intersectorielle et interdisciplinaire des champs de la santé et de la parentalité au niveau de la petite enfance, en favorisant une dynamique d'échanges et de partage de connaissances et d'expériences entre acteurs, et visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Il s'agit d'obtenir un recueil d'actions d'accompagnement à la parentalité, de procéder à une analyse collective de ces actions, pour ensuite diffuser cette analyse à l'ensemble des acteurs, en cohérence et complémentarité avec les outils existants, dans une optique d'échanges et de partage entre acteurs.

Il s'agit de repérer et de capitaliser des actions susceptibles d'avoir un effet sur les ISS (et non pas d'identifier les facteurs à l'origine des ISS), à partir d'une fiche descriptive d'actions qui permet également de recueillir le regard critique des porteurs eux-mêmes. Il ne s'agit donc pas d'une démarche d'évaluation, mais d'**identifier des mécanismes** et de **valoriser l'expérience de terrain**.

Modalités :

Nous vous invitons à renseigner une fiche par action.

Il peut s'agir d'actions que vous menez directement mais aussi d'actions dont vous avez connaissance ou que vous soutenez, et que vous jugez intéressantes à valoriser (en lien avec le porteur direct de l'action). Les propos n'engageront que leurs auteurs. Vous pouvez renseigner autant de fiches actions que vous le souhaitez.

N'hésitez pas à joindre tous rapports ou tous documents que vous jugez utiles pour compléter les différents éléments abordés dans la fiche (diagnostic, rapport d'activité, rapport d'évaluation, fiches pratiques, outils de communication, etc.).

La fiche comprend 30 questions (fermées et ouvertes).

Vous pouvez interrompre la saisie des informations et y revenir quand vous le souhaitez pour ensuite les compléter et les valider définitivement.

Les fiches actions sont recueillies sur le site internet de la SFSP <http://www.sfsp.fr> ou directement sur le lien <https://www.sondageonline.fr/s/SFSP-Accompagnement-Parentalite> jusqu'au 31 mars 2015.

Cette phase de recueil sera suivie d'une phase d'entretiens qualitatifs auprès d'une partie des porteurs d'actions afin d'approfondir certains points.

Sauf objection de votre part, nous rendrons accessibles sur le site internet de la SFSP vos fiches actions ainsi que le rapport d'analyse qui en découlera, ce qui fera également l'objet d'un prochain séminaire.

Pour tout renseignement, adressez-vous à accueil@sfsp.info

1) Quel est votre secteur d'intervention ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Petite enfance | 7 <input type="checkbox"/> Education |
| 2 <input type="checkbox"/> Périnatalité | 8 <input type="checkbox"/> Habitat |
| 3 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 9 <input type="checkbox"/> Culture, loisirs |
| 4 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée, soins de santé | 10 <input type="checkbox"/> Emploi |
| 5 <input type="checkbox"/> Accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale | 11 <input type="checkbox"/> Justice |
| 6 <input type="checkbox"/> Médico-social | 12 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

2) Qui porte(nt) l'action ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) | 17 <input type="checkbox"/> Service de santé publique d'une collectivité territoriale ou d'un EPCI |
| 2 <input type="checkbox"/> Réseau de santé (périnatalité, coordination de la prise en charge, etc.) | 18 <input type="checkbox"/> Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central |
| 3 <input type="checkbox"/> Relais assistantes maternelles (RAM) | 19 <input type="checkbox"/> Organisation (association, fondation, collectif, organisme mutualiste...), précisez :
<input type="checkbox"/> spécialisée dans l'accompagnement à la parentalité (ex : Ecole des parents, etc.)
<input type="checkbox"/> de familles (ex : Udaf, Familles rurales, etc.)
<input type="checkbox"/> spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
<input type="checkbox"/> spécialisée dans l'accompagnement social (lien social, médiation, droits sociaux, etc.)
<input type="checkbox"/> de patients ou d'usagers (collectif d'habitants, conseil de quartier, association de patients, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Centre de santé (associatif, municipal, mutualiste) | 20 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> Etablissement de santé | |
| 6 <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social | |
| 7 <input type="checkbox"/> Centre social ou socio-culturel (associatif, municipal) | |
| 8 <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil de jeunes enfants | |
| 9 <input type="checkbox"/> Etablissement scolaire | |
| 10 <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement (centre maternel, centre parental, CHRS, etc.) | |
| 11 <input type="checkbox"/> Structure d'insertion | |
| 12 <input type="checkbox"/> Caisse d'allocations familiales (CAF) | |
| 13 <input type="checkbox"/> Assurance maladie | |
| 14 <input type="checkbox"/> Organisme complémentaire | |
| 15 <input type="checkbox"/> Protection maternelle et infantile (PMI) | |
| 16 <input type="checkbox"/> Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS) | |

Précisez le(s) nom(s) de(s) structure(s) porteuse(s) de l'action :

3) L'action relève-t-elle de l'un des dispositifs suivants ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) | 6 <input type="checkbox"/> Ecole ouverte |
| 2 <input type="checkbox"/> Lieu d'accueil enfants - parents (LAEP) | 7 <input type="checkbox"/> Programme régional de santé (PRS) |
| 3 <input type="checkbox"/> Point information famille (PIF) | 8 <input type="checkbox"/> Atelier Santé Ville (ASV) |
| 4 <input type="checkbox"/> Contrat local d'accompagnement à la scolarité (CLAS) | 9 <input type="checkbox"/> Contrat local de santé (CLS) |
| 5 <input type="checkbox"/> Programme de réussite éducative (PRE) | 10 <input type="checkbox"/> Ne relève pas d'un dispositif |
| | 11 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| | 12 <input type="checkbox"/> Autre dispositif, précisez : _____ |



4) Qui a été à l'initiative de l'action ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Public (parents, familles, etc.) | 5 <input type="checkbox"/> Institution politique (collectivité territoriale) |
| 2 <input type="checkbox"/> Acteurs de terrain en contact avec le public | 6 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 3 <input type="checkbox"/> Structure ou institution gestionnaire | 7 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Institution politique (Etat) | |

Vous pouvez joindre en complément les éléments de diagnostic.

5) Quels sont les objectifs de l'action ? Précisez les objectifs et les effets attendus

6) Quels sont les publics visés ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Futurs parents | 5 <input type="checkbox"/> Mères exclusivement |
| 2 <input type="checkbox"/> Tous parents, quelle que soit la situation familiale | 6 <input type="checkbox"/> Enfants, précisez l'âge : _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Parents « ados » (très jeunes parents) | 7 <input type="checkbox"/> Professionnels, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Pères exclusivement | 8 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Précisez si l'action s'adresse à des publics qui sont dans des situations particulières de vulnérabilité, précisez les situations :

7) Quels sont les sujets ou thématiques que vous abordez au cours de l'action ?

8) Quelles sont les modalités de réalisation de cette action ? Quelles activités menez-vous ? Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Accueil, écoute, information | 9 <input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique |
| 2 <input type="checkbox"/> Activités favorisant le lien enfant-parent | 10 <input type="checkbox"/> Médiation |
| 3 <input type="checkbox"/> Activités favorisant le lien social et la citoyenneté | 11 <input type="checkbox"/> Aide juridique |
| 4 <input type="checkbox"/> Activités favorisant l'accès aux droits sociaux et/ou l'insertion | 12 <input type="checkbox"/> Activités de prévention et/ou de soins |
| 5 <input type="checkbox"/> Activités socio-culturelles pour les parents et les enfants | 13 <input type="checkbox"/> Coordination, mise en réseau de professionnels |
| 6 <input type="checkbox"/> Accompagnement du quotidien (organisation, budget, etc.) | 14 <input type="checkbox"/> Formation de professionnels |
| 7 <input type="checkbox"/> Aide ponctuelle à la garde / mode d'accueil | 15 <input type="checkbox"/> Actions de plaidoyer |
| 8 <input type="checkbox"/> Accompagnement à la scolarité | 16 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Précisez votre réponse sur les activités menées : _____

Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'activités.

9) Intervenez-vous auprès du public de façon individuelle ou collective ? Plusieurs réponses possibles

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Individuelle (écoute, information, orientation, etc.) | 2 <input type="checkbox"/> Collective (conférences, débats, ateliers, etc.) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

10) Quelle est la durée totale de l'action ? Plusieurs réponses possibles

- 1 Date de début de la conception : _____ 4 Ne connaît pas la date de conception
2 Date de début de la mise en œuvre : _____ 5 Ne connaît pas la date de fin
3 Date de fin : _____ 6 Pas de fin prévue, action pérenne

11) Quelle est la fréquence de l'action ? _____

12) A quel niveau territorial l'action se déroule-t-elle ? Plusieurs réponses possibles

- 1 National 6 Action mise en œuvre en milieu urbain ou périurbain DANS les territoires prioritaires
2 Régional 7 Action mise en œuvre en milieu urbain ou périurbain HORS territoires prioritaires
3 Départemental
4 Local
5 Action mise en œuvre en milieu rural

13) Quel(s) est(sont) le(s) milieu(x) d'intervention ? Plusieurs réponses possibles

- 1 Milieu de la petite enfance 6 Milieu du travail
2 Milieu périscolaire 7 Milieu carcéral
3 Milieu scolaire 8 Milieu de soins
4 Milieu familial 9 Milieu socio-culturel
5 Milieu de l'insertion 10 Autre, précisez : _____

14) Quelle est la nature des lieux d'intervention ? Plusieurs réponses possibles

- 1 Structure mobile/itinérante 4 Au domicile des personnes concernées
2 Lieu fixe dans les locaux d'autres structures 5 Sur le lieu de travail des professionnels ciblés
3 Lieu fixe dans vos propres locaux 6 Autre, précisez : _____

15) Quel est le nombre de bénéficiaires de l'action ?

_____ parents/an _____ enfants/an _____ professionnels/an

16) Selon vous, l'action a-t-elle des effets inattendus, positifs ou défavorables (sur les publics visés et/ou sur d'autres publics) ?

17) Selon vous, les conditions sont-elles favorables pour que l'action soit accessible au public (familles, parents et/ou enfants) ?

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|
| - Géographiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| - Culturellement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| - Physiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |
| (pour les personnes en situation de handicap, horaires, etc.) | | | |
| - Economiquement | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Partiellement |

Précisez votre réponse sur les conditions d'accessibilité : _____



18) Le public bénéficiaire a-t-il participé ? *Plusieurs réponses possibles*

	Familles, parents, enfants	Professionnels (bénéficiaires)
1. A l'initiative du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A la définition des priorités de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A la conception de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A la mise en œuvre des activités de cette action (animation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A l'évaluation de cette action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pas de participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez votre réponse sur la participation : _____

19) L'action nécessite-t-elle une formation spécifique des acteurs ? *Précisez les thèmes de formation*

20) Dans quel(s) secteur(s) interviennent les partenaires impliqués dans l'action ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Petite enfance | 7 <input type="checkbox"/> Education |
| 2 <input type="checkbox"/> Périnatalité | 8 <input type="checkbox"/> Habitat |
| 3 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 9 <input type="checkbox"/> Culture, loisirs |
| 4 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée, soins de santé | 10 <input type="checkbox"/> Emploi |
| 5 <input type="checkbox"/> Accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale | 11 <input type="checkbox"/> Justice |
| 6 <input type="checkbox"/> Médico-social | 12 <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

Précisez le type de structures partenaires : _____

21) Comment l'action est-elle financée ? *Plusieurs réponses possibles*

Certaines dénominations des structures évoquées ci-dessous sont en cours d'évolution.

- 1 Fonds propres, moyens propres à la structure
- 2 Ministère, précisez la direction concernée (Santé, Social, Famille, Education nationale, Ville...) : _____
- 3 Agence régionale de santé (ARS)
- 4 Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
- 5 Direction des services départementaux de l'Education nationale (Inspection académique)
- 6 Conseil régional
- 7 Conseil général
- 8 Communauté urbaine, communauté de communes, etc.
- 9 Commune
- 10 Centre communal ou intercommunal d'action sociale
- 11 Institut national d'éducation et de promotion pour la santé (INPES)
- 12 Commissariat général à l'Egalité des territoires (ACSé)
- 13 Caisse nationale des allocations familiales
- 14 Caisse départementale des allocations familiales
- 15 Assurance maladie
- 16 Organismes complémentaires
- 17 Fondations, associations
- 18 Entreprises
- 19 Bénévolat
- 20 Ne sait pas
- 21 Autre, précisez : _____



22) Une évaluation de l'action est-elle menée ou prévue ?

- 1 Prévus
- 2 En cours
- 3 Finalisée
- 4 Non prévue

23) L'évaluation est-elle menée ? *Plusieurs réponses possibles (auto-évaluation et évaluation externe)*

- 1 Sans objet (pas d'évaluation menée)
- 2 Ne sait pas
- 3 Par une auto-évaluation
- 4 Par une évaluation externe, précisez : _____

24) Si l'évaluation a été réalisée, quels sont les résultats de l'action ? *Précisez les indicateurs utilisés.*

Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'évaluation.

25) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, quels sont les facteurs qui ont facilité l'action ?

Précisez votre réponse

que ce soit au niveau de sa conception, de sa mise en œuvre, de son évaluation, de sa pérennisation, etc.

26) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, quels sont les freins et les difficultés qui ont limité l'action ? Précisez votre réponse

que ce soit au niveau de sa conception, de sa mise en œuvre, de son évaluation, de sa pérennisation, etc.



27) Au regard des exemples ci-dessous, dans quelle(s) stratégie(s) de promotion de la santé votre action semble-t-elle s'inscrire ? Plusieurs réponses possibles

Les exemples d'actions cités ci-dessous ne sont pas exhaustifs. Ils sont issus du guide INPES « Promouvoir la santé dès la petite enfance, accompagner la parentalité », p.77, 2013.

- 1 Créer des milieux de vie favorables pour les parents et les jeunes enfants
 - Accueillir la diversité dans tous les milieux de vie des enfants
 - Permettre une adaptation des horaires en structure d'accueil collectif et familial en tenant compte des besoins liés aux horaires atypiques
 - Organiser la participation des parents et formaliser les échanges d'informations entre parents et professionnels dans les lieux de vie des enfants
 - Promouvoir l'égalité entre les filles/femmes et les garçons/hommes
 - Appliquer la charte Parentalité en entreprise
 - Etc.
- 2 Développer et renforcer les compétences parentales
 - Accompagner les adultes en position parentale en proposant des rencontres individuelles (visites à domicile ou rdv au sein d'une structure)
 - Susciter les échanges entre adultes en position parentale en proposant des rencontres collectives autour d'un thème ou d'une question
 - Proposer des ateliers, formations pour soutenir l'acquisition de compétences des adultes en position parentale
 - Diffuser de l'information claire et accessible à tous les adultes en position parentale
 - Etc.
- 3 Renforcer l'action communautaire en faveur des parents et des jeunes enfants
 - Développer les structures d'accueil sur les territoires où elles sont insuffisantes
 - Développer les lieux d'accueil des parents : café des parents, lieux d'accueil enfants-parents, ateliers sociolinguistiques, etc.
 - Communiquer sur l'offre des services à destination des familles (articles, publicités, invitations, etc.)
 - Mobiliser la société civile pour faire évoluer les normes (conférences-débats, manifestations culturelles, université des parents, etc.)
 - Faciliter l'accès au matériel de puériculture spécifique (création d'handi-puériculthèques pour le prêt de matériel adapté aux situations de handicap des parents, etc.)
 - Etc.
- 4 Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents
 - S'appuyer sur le rôle pivot des services de PMI
 - Investir dans la formation initiale et continue des intervenants (professionnels salariés ou bénévoles)
 - Développer les compétences des intervenants facilitant la mise en place de collaborations avec les adultes en position parentale
 - Etc.
- 5 Élaborer des politiques pour la santé des parents et des jeunes enfants
 - Prendre en considération les besoins des jeunes enfants et de leurs familles dans le projet enfance des villes, dans les CLS, dans les CUCS, dans le contrat enfance jeunesse des CAF, dans le schéma départemental et de la famille, dans le programme régional de santé, etc.
 - Développer et soutenir les politiques d'accueil de la petite enfance répondant aux besoins et aux attentes des adultes en position parentale
 - Promouvoir et soutenir la recherche, la formation et l'enseignement sur la promotion de la santé de la petite enfance
 - Développer et soutenir les pratiques en réseau (REAAP, RAM, réseaux périnataux...)
 - Etc.

Commentaires :



28) Selon vous, quels sont les effets de cette action sur la santé des enfants ou de celle des parents ?

29) D'une façon générale, pensez-vous que cette action a un effet sur la réduction des inégalités sociales de santé ?

- 1 Favorable
- 2 Mitigé, nuancé
- 3 Négatif
- 4 Pas d'effet
- 5 Ne sait pas

Précisez votre réponse sur les effets perçus de l'action sur la réduction des ISS :

30) Selon vous, cette action pourrait-elle être transférée dans un autre contexte (territoire, public, etc.) ? Quelles seraient les conditions ? Précisez votre réponse

De manière générale, éléments ou commentaires que vous souhaitez ajouter pour conclure cette fiche action :

dont liens utiles, documents, etc.



Informations complémentaires :

Coordonnées de la personne référente de cette action

Nom, Prénom : _____

Organisme : _____

E-mail : _____

Comment avez-vous été sollicité(e) pour répondre à cette consultation ?

Autorisez-vous la SFSP à transmettre vos coordonnées courriel dans une optique d'échanges entre acteurs sur l'expérience que vous venez de décrire ?

Oui

Non

Etes-vous d'accord pour approfondir certaines questions par un entretien qualitatif ultérieurement ?

Oui

Non

Autorisez-vous la SFSP à mettre en ligne cette fiche action ?

Oui

Non

Merci de votre contribution !



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr



ANNEXE 3 – LISTE DES FICHES-ACTIONS

N°	Intitulé de l'action	Porteur(s) de l'action
1	Programme d'animation sportive « Tribu sport »	MJC Dijon Grésilles; " Atelier D'ici Danse "
2	Accueil des familles et des enfants en situation de handicap dans les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant	Le Groupe Handicap "Les Petits chaperons Rouges" ; Les Etablissements d'accueil du jeune enfant du réseau en local
3	Le partenariat Parents- Professionnels en établissement d'accueil du jeune enfant, avec le principe de Co-Education	Le Groupe Handicap "Les Petits chaperons Rouges" ; Les Etablissements d'accueil du jeune enfant du réseau en local
4	Accompagnement à la parentalité avec les spécificités de la parentalité adoptive	Association "L'arbre de la vie"
5	Actions du centre Papillon et de son accueil spécifique « l'handispensable papillon »	Le centre Papillon
6	Animation de groupes de paroles de parents	Association « CLER amour et famille »
7	Projet Femmes Enceintes, Environnement et Santé (FEES)	Association de la prévention et de la pollution atmosphérique (APPA), en partenariat avec la Mutualité Française Nord-Pas-de-Calais
8	Projet Femmes Enceintes, Environnement et Santé (FEES)	Association de la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA) en partenariat avec la Mutualité Française Ile-de-France
9	Actions de soutien, d'accompagnement et d'appui à la parentalité	Fédération des Femmes Pour l'Europe (FFPE)
10	Aide et soutien aux parents	Association "La ruche du lac"
11	Accompagnement des femmes enceintes en complément de leur suivi à la maternité	Association "NatBé"
12	Atelier massage bébé et soutien à la parentalité	Association "Au Royaume des petits"
13	Travail sur le trouble de l'humeur de l'enfant	Association "Bicycle"
14	L'entracte, lieu d'accueil et d'écoute	Association "Entracte"
15	Transmission au cœur de la structure Crèche multi accueil « Les P'tits As »	Association "Godefroy de Bouillon"
16	Informers les parents dont l'enfant est examiné, soigné ou hospitalisé	Association nationale "Sparadrap"
17	Accompagnement et soutien des futurs parents et de la maman allaitante	Association "Lait tendre"
18	Action « Moi, ma famille, mon milieu : grandir ensemble »	Association "La Maison Dispersée de Santé"
19	Cycle « Vivre et grandir ensemble » développé par un professionnel et dispensé en association	Association "Parentraide 74"



20	Aide à la relation enfants - parents incarcérés	Association "Enjeux d'Enfants Grand Ouest"
21	Point Rencontre, lieu d'exercice du droit de visite d'un parent	"Association Pour le Couple et l'Enfant" – APCE 75
22	Médiation sanitaire à visée materno-infantile pour les populations Roms	Association "pour l'accueil des voyageurs"
23	Soutien à la parentalité lors de sorties précoces de néonatalogie ou de pathologies chroniques à domicile	Fondation Santé Service
24	Soutien à la parentalité	Association "Près de bébé"
25	Programme national « La santé de votre enfant »	Harmonie Mutuelle
26	Animations santé environnementale dans les secteurs de la périnatalité et de la petite enfance	Mutualité française Rhône-Alpes
27	Naitre et grandir dans un environnement sain	Mutualité Française Ile de France
28	« Le jardin des familles et sa ludothèque »	Mutualité Française Bourgonne
29	Ateliers de promotion de la santé pour les structures petite enfance mutualistes	Mutualité Française Centre
30	Parcours prévention en famille	Mutualité Française Centre
31	« Bien utiliser sa pharmacie familiale, les médicaments pédiatriques »	Mutualité Française Centre
32	Ateliers Maternité : réunions d'information collectives mensuelles proposées aux femmes enceintes	CPAM de la Loire
33	Création d'un MOOC : « Accompagnement des parents dans l'éducation à la sexualité et citoyenneté des enfants »	Chaire UNESCO
34	Recherche Action : « Emergence des réseaux de Parents Relais à l'île de La Réunion »	CEVOI : Centre d'Etudes du Vivant de l'Océan Indien
35	PANJO : Promotion de la Santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes Parents : un Outil de Renforcement des Services de PMI	INPES
36	Actions de sensibilisation à la différence	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) « La p'tite cabane »
37	Denbaya	Espace Solidarité Insertion Halte Accueil Femmes Battues
38	Accompagnement d'enfants déficients auditifs avec ou sans handicap associé et leur famille	Centre d'Action Médico Sociale Précoce Déficiences auditives
39	Lieu d'accueil « Aide Moi à Faire Tout Seul »	Centre d'action médico-social précoce des Hautes Alpes
40	Projet de développement et valorisation des compétences parentales	Unité de Prévention et de Santé Publique du Centre Médico-Social (CMS de Noisy-le-Sec)



41	Unité Père-Mère-Bébé/Accueil de Jour Parents-Bébé	Centre Hospitalier de Novillars
42	Acquisition du label HAB « hôpital amis des bébés », soutien précoce à la parentalité	Maternité de l'étoile à Puyricard
43	Réunion proposée aux futurs parents : « Compétences, besoins et rythmes du nouveau-né »	Service de maternité du Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire
44	Projet de prise en charge globale diététique et médicamenteuse en éducation thérapeutique du patient pré et post natal dans le diabète gestationnel	Maternité de l'hôpital de Saint Maurice
45	Dynamique globale de prise en charge périnatale des futurs pères au sein d'une maternité	Maternité des Hôpitaux de Saint Maurice
46	Programme d'accompagnement parental post-annonce de l'autisme - PAPAA	Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon ; CHRU de Montpellier
47	Consultation de puéricultrice aux urgences pédiatriques	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Robert Debré
48	Réunion de préparation au retour à domicile en milieu hospitalier	Centre Hospitalier
49	Consultations de périnatalité et parentalité	Centre Hospitalier de Périgueux et de Sarlat-la-Caneda
50	Développer la parentalité positive dans les quartiers prioritaires à Grenoble	AGECSA : Association de gestion des centres de santé
51	Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents	Groupe Hospitalier du Havre
52	Formation Petite Enfance « Maladies hivernales et Prévention »	Réseau bronchiolite du Nord
53	Soutenir l'allaitement maternel et harmoniser les pratiques d'allaitement des professionnels	Réseau périnatal bien grandir en Ille et Vilaine
54	« Devenir père, parlons-en »	Réseau Post Natal du Pays d'Auge ; Centre périnatal de proximité de la Côte fleurie
55	REGAAL : réseaux de soutien et de promotion de l'allaitement maternel dans le département du GARD	REGAAL: Réseaux de soutien et de promotion de l'allaitement maternel
56	Consultation de suivi de grossesse en milieu libéral	Gynécologue Obstétrique libéral
57	Utilisation de l'EPDS (Edimburg post natal depression scale) en consultation	Cabinet libéral pédiatrique
58	Consultation en pédiatrie libérale	Pédiatre libérale
59	Consultation de pédiatrie en milieu libéral	Pédiatre libéral
60	www.mpedia.fr, site de conseils pour les parents dédié à la santé de leurs enfants et à la parentalité	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
61	Ateliers de massages parents-bébés	Auto-entreprise
62	Communication bienveillante et positive adultes/enfants	Organisme de formation « Fais le lien »



63	Soutien à la parentalité et un accompagnement adapté aux familles ayant besoin d'un tiers	Auto-entreprise "Educare-consultation"
64	« Parent - enfant : grandir ensemble ! » Actions d'accompagnement à la parentalité : Formation à la communication relationnelle	Auto-entreprise
65	Atelier massage- bébé	Service de PMI du Conseil Général et secteur psychiatrie infanto-juvénile Meurthe et Moselle
66	« Les globes trotteurs » groupe parents- enfants	Service de PMI, Centre Médico-Social Porte Verte
67	Promotion de la santé bucco-dentaire des jeunes enfants de la naissance à 6 ans	Service de Santé Publique Dentaire, PMI, Conseil général du Val-de-Marne
68	Soutien à la parentalité	PMI Moselle
69	« Pas à Pas, lieu d'observation et d'échanges enfants-parents »	PMI, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce Annecy – Haute-Savoie
70	« Réflexion territoriale autour de la prise en charge périnatale: nouveaux constats, nouveaux besoins »	Maison du Département Solidarité, Conseil Général du département du Pas de Calais
71	Groupe de parole et d'échange	PMI, Conseil Départemental de la Gironde
72	Actions de prévention et de promotion de la santé auprès des familles et des enfants	PMI et Conseil départemental de la Gironde
73	Centre d'Accueil à la Parentalité	Association Beauvallon
74	« Naître et Bien Être »	Réseau ville-Hôpital de la Loire
75	Atelier éveil du tout petit en centre de PMI	Centre de PMI d'Ile-de-France
76	Groupe de soutien à la parentalité dans le travail en réseau : partenariat entre le service de PMI et le Secteur de Pédopsychiatrie	Protection Maternelle et Infantile/ Direction des Familles et de la Petite Enfance ; Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile, Paris
77	Micro Crèche « Les Gribouilles »	Micro Crèche « Les Gribouilles »
78	Café dégustation à destination des parents et atelier d'éducation au goût chez les enfants	Maison de la Nutrition de Champagne Ardennes
79	Accompagner le développement psychomoteur de son enfant, au sein des Relais d'Assistants Maternelles	Organisme de formation
80	Semaine de la parentalité	Relais Parents Assistantes maternelles
81	Le « travail partenarial » dans le champ éducatif pour un mieux-être des enfants et des parents	CLEF Coordination Lunévilloise Enfance Famille (CLEF) réseau d'associations et d'institutions de soutien à la parentalité
82	« A table », action de sensibilisation des familles à l'alimentation	Communauté de Communes du Clunisois
83	Atelier Culinaire « Petit gourmand deviendra grand gourmet »	Relais Parents Enfants « Les Enfants de Marguerite »
84	Programme de Réussite Educative	Centre communal d'action social de Fréjus
85	Programme de Réussite Éducative	Centre communal d'action social de Garges



86	Soutenir les parents lors de l'entrée à l'école de leurs enfants	Centre Communal d'Action Sociale de Mâcon
87	Cambrai Handimômes	Centre Communal d'Action Sociale de Cambrai
88	Prévention santé parentalité	Mairie de Bordeaux
89	Promotion du bien être psychique du jeune enfant	Mairie d'Aubervilliers
90	Difficultés relationnelles enfant-parents	Espace départemental de solidarité du Val de Marne
91	Atelier d'art-plastique encadré par des art-thérapeutes	Atelier Santé Ville de la ville d'Antony
92	Intervention de psychologue en crèche municipale	Service petite enfance de la ville d'Issy les Moulineaux
93	Relais d'assistantes parentales	Mairie de Rueil-Malmaison
94	« Être parent : quel métier ! » : module de soutien à la fonction parentale	Mission Santé, Mairie de Perpignan
95	Alimentation dans les établissements multi-accueil avec cuisine	Communauté d'agglomérations, le Grand Châlon
96	Semaine du goût dans les structures de la petite enfance	Communauté d'agglomérations, le Grand Châlon
97	Test Comportemental d'Audibilité (TCA) chez les tout petits	Communauté d'agglomérations, le Grand Châlon
98	Projet « Mais qu'est-ce qui se passe dans sa petite tête ? Mieux comprendre l'enfant pour mieux réagir »	L'IFMAN Rhône-Loire et l'IREPS RA – Education Santé Loire
99	« Nutri'crèche » : projet de soutien aux professionnels et aux parents	IREPS Aquitaine
100	Programme expérimental d'éveil aux compétences psychosociales par la musique chez les enfants de 18 mois à 3 ans	Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes de Haute Provence
101	Projet d'accompagnement à la parentalité dans le cadre des ateliers santé	IREPS Limousin
102	Projet « Tout le monde à table ! »	IREPS Poitou Charentes
103	Exemples d'actions à l'Ecole des parents et des éducateurs	Ecole des Parents et des Educateurs Ile-de-France





ANNEXE 4 – LISTE DES SIGLES

AFPA	Association française de pédiatrie ambulatoire
AFPSSU	Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire
ANAPSY pe	Association nationale des psychologues pour la petite enfance
ANPDE	Association nationale des puériculteurs (trices) diplômé(e)s et étudiant(e)s
ARIP	Association pour la recherche et l'information en périnatalité
ARS	Agence régionale de santé
ASCOMED	Association des médecins conseillers techniques de l'Education Nationale
ASTAIRE	Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé
ASV	Atelier santé ville
CAMP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCIAS	Centre Intercommunal d'action sociale
CGET	Commissariat Général à l'égalité des territoires
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLS	Contrat local de santé
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CMUC	Couverture médicale universelle complémentaire
CSF	Confédération syndicale des familles
DGCS	Direction Générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ELFE	Etude longitudinale française depuis l'enfance
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FNES	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité française
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDSU	Inter réseau des professionnels du développement social urbain
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé
LAPE	Lieu d'accueil parents enfants



MJC	Maison des jeunes et de la culture
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
REEAP	Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement à la parentalité
RFVS	Réseau français des villes santé
SANTE log	Communauté des professionnels de santé
SFP	Société française de pédiatrie
SFSP	Société française de santé publique
SNPMI	Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile
UNCCAS	Union nationale de centres communaux d'action sociale
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
ZUS	Zone urbaine sensible



Rapport rédigé par Anne Laurent-Beq, chef de projet.

Pilotage : François-Paul Debionne, Laurence Desplanques, Cécile Garrigues (SNMPMI), Pierre Lombrail, Françoise Schaezel.

Mise en œuvre de la capitalisation : Nadège Drouot, chef de projets, Lorraine Mafféis, chargée de projets, Isabelle Génovèse, secrétaire de rédaction, Flore Lecomte, déléguée générale, Priscilla Nguyen, comptable, Fabienne Schwaller, animatrice web

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, de l'Institut national du Cancer, de la Mutualité Française et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr