

DOSSIER 67

Santé des enfants : la place des parents

P4 Un réseau
d'aide à l'arrêt
du tabac

P47 Obésité :
un Français
sur dix concerné

P48 Osmosis
Jones : l'hygiène
fait son cinéma



367

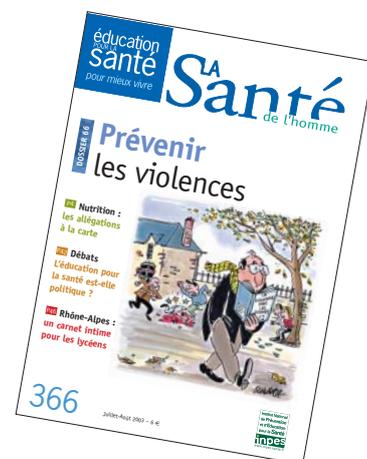
Septembre-Octobre 2003 - 6 €

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

4 Éducation du patient

Aide à l'arrêt du tabac : le Languedoc-Roussillon s'organise en réseau

Anne Stroebner-Delbarre, Delphine Couralet, Maria-Rosa Ortiz

Dossier : p. 7 à 46

Santé des enfants : la place des parents

Introduction

Les parents, premiers éducateurs à la vie

Laure Carrère, Michel Dépinoy 8

Santé : les parents, transmetteurs de savoirs ?

Qu'entend-on par parentalité ?

Bernadette Tillard 9

La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui

Catherine Cicchelli-Pugeault 10

Adolescence : les parents, valeur refuge

Marie Choquet 13

La famille, lieu d'apprentissages multiples

Geneviève Cresson 15

Mères et pères : des rôles différenciés

Didier Lauru 16

Médias : de l'accompagnement parental à la nuisance des images

Christine Ducamp-Mayolle : « Les parents se sentent dépossédés de leurs fonctions d'éducateurs »

Propos recueillis par Yves Géry 18

Violences visuelles : dialoguer plutôt qu'interdire

Serge Tisseron 20

Parents/Professionnels : une responsabilité partagée

Entre éducation et respect de l'autonomie

Brigitte Cadéac, Nadège Pierre 22

Et si professionnels et parents œuvraient ensemble ?

Maurice Titran, Annick-Camille Dumaret . . . 24

Maurice Titran : « Nous tentons d'aider les parents à faire émerger leurs talents »

Propos recueillis par Y. G. 26

Ateliers santé : une porte ouverte sur la parentalité

Claudine Campy Comte, Anne-Marie Saugeron 28

Rencontres nutrition : un lieu de débat entre parents et professionnels

Anne Van Craynest-Puyvandran 29

Quand les politiques publiques et les actions de terrain intègrent la parentalité

La parentalité commence avant la naissance

Élisabeth Vérité 30

Et si on prenait au sérieux l'accompagnement des parents ?

Marie-Thérèse Fritz 33

Un temps pour reconstruire la parentalité ébréchée

Hélène Dacal, Valérie Verdier 35

Un réseau de soutien à la parentalité

Bernadette Roussille 37

La parentalité s'exerce aussi à l'hôpital

Trousseau, hôpital ouvert aux parents

Marie-Line Pruvost 38

« Accueillir et déculpabiliser »

Sylvie Gervaise 39

Bébés prématurés : les parents, acteurs des soins

Geneviève Binel 40

Genève : des parents épaulés par des psychologues

Zarina Qayoom 41

Mieux accepter les parents en milieu hospitalier

Pierre Ganz 43

Pour en savoir plus

Olivier Delmer, Catherine Lavielle 45

47 La santé en chiffres

Surpoids, obésité et régimes alimentaires

Arnaud Gautier

48 Cinésanté

Osmosis Jones

Michel Condé

52 Lectures - outils

Olivier Delmer, Fabienne Lemonnier

367

**Au dossier du prochain numéro :
L'alcoolisation excessive**

Aide à l'arrêt du tabac : le Languedoc-Roussillon s'organise en réseau

Très sollicités sur l'arrêt du tabac, les professionnels de santé sont confrontés à d'importantes difficultés et, selon une étude menée en région Languedoc-Roussillon, un sur cinq estime manquer de compétences. La Région pourrait se doter, courant 2004, d'un réseau d'aide au sevrage tabagique.

Dans le cadre du programme régional de santé (PRS) « Air et Santé », il a été décidé de mettre en place un réseau d'aide à l'arrêt du tabac en région Languedoc-Roussillon. L'objectif est d'augmenter le nombre des sevrages tabagiques en améliorant la prise en charge globale des personnes désirant arrêter de fumer.

Dans la perspective de la création de ce réseau, une étude préliminaire intitulée « Aide à l'arrêt du tabac en Languedoc-Roussillon : état des lieux des pratiques des professionnels et de leurs attentes dans la perspective de la création d'un réseau » a été réalisée auprès de cent trente-cinq professionnels du secteur médico-social de la région Languedoc-Roussillon. Objectif : dresser un état des lieux des pratiques et des attentes de ces professionnels en matière d'aide à l'arrêt du tabac, de conseils et d'orientations données aux personnes désirant arrêter de fumer, mais aussi en matière de formation.

L'étude a été réalisée, à la mi-2001, par Épidaure, le service de prévention du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier. Un groupe de travail a identifié cent cinquante « structures » (de soins, instances politiques, services déconcentrés de l'État, associations et acteurs de terrain) susceptibles d'intervenir dans le domaine du tabac. Dans chacune d'elles, une personne référente a été interviewée pendant au minimum six minutes, jusqu'à vingt minutes dans un tiers des cas.

Le taux de participation des professionnels à l'enquête est élevé : 90 %. Les plus impliqués sont des assistantes sociales, des acteurs de prévention, des dentistes, des infirmières, des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes. Par ordre décroissant (Figure 1), 31 % appartiennent au milieu social (services communaux d'hygiène et de santé, centres communaux d'action sociale, centres médico-sociaux, dispensaires) ; 24 % sont des professionnels du monde hospitalier ; 13 % sont membres d'un ordre ou d'un syndicat de médecins, de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, d'infirmiers ou de psychologues ; 12 % travaillent dans des associations (comités d'éducation pour la santé, comités départementaux de la Ligue contre le cancer, clubs Cœur et Santé, les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme). Enfin, 11 % exercent leur activité dans des institutions de santé type : direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass), caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), mais aussi Mutualité sociale agricole (MSA) et 9 % sont des formateurs dans les écoles d'infirmières ou de sages-femmes.

La moitié des personnes interrogées a une profession médicale, 20 % ont une profession paramédicale (dans cette étude : chirurgiens-dentistes, infirmières, sages-femmes, psychologues, diététiciens et nutritionnistes), 10 % une

profession sociale d'animateur ou d'assistante sociale, 8 % sont enseignants, 7 % ont une profession dans le domaine de la prévention du type chargé de projet et 6 % une profession administrative.

Neuf professionnels sur dix concernés

Premier résultat : seulement 13 % des professionnels – trois médecins, trois professionnels des institutions de santé et neuf acteurs sociaux et en prévention – disent ne jamais avoir d'activité dans l'aide à l'arrêt du tabac ; ils expliquent que les priorités des populations avec lesquelles ils travaillent sont d'un autre ordre, notamment financier.

La fréquence de l'activité d'aide dépend de la profession et de son mode de fonctionnement. Ainsi, 65 % des professionnels médicaux informent ou pratiquent l'aide à l'arrêt tous les jours ; en revanche, un peu moins de 40 % des acteurs de prévention abordent le sujet au moins une fois par semaine, et plus de la moitié des paramédicaux au moins une fois par mois. La moitié des enseignants et des acteurs sociaux abordent le sujet moins souvent.

Les professionnels proposent différentes stratégies : conseil oral, aide spécialisée extérieure, brochures, séances d'information et enseignement, etc. Parmi eux, 72 % délivrent un conseil oral. Ce sont les acteurs de prévention les moins nombreux à en donner (40 %). Cette activité est développée essentiellement lorsqu'ils montent des

projets ou étudient des demandes de financement sur ce thème de façon ponctuelle et non systématique. Vient ensuite les personnes ayant des professions sociales (50 %) ; à l'opposé, les professionnels paramédicaux sont les plus nombreux à s'investir dans cette activité (93 %), suivis par les médicaux et les enseignants (78 % et 73 %). Cette différence est obtenue quel que soit le lieu d'exercice (association, hôpital, milieu social, etc.).

La deuxième activité la plus fréquemment proposée est l'aide spécialisée aux personnes qui désirent arrêter de fumer. Il peut s'agir d'une aide directe ou d'une orientation vers d'autres professionnels (soutien psychologique, kinésithérapeute, diététicienne, tabacologue, acupuncteur, etc.). Ce sont les professionnels paramédicaux les plus nombreux à réaliser cette activité (68 %). Moins d'un tiers des autres professionnels propose une aide extérieure et ce, quel que soit son lieu de travail (hôpital, milieu social, etc.).

La troisième activité la plus fréquemment citée est la distribution de brochures, qui concerne un professionnel sur quatre. Les acteurs de prévention sont les plus nombreux à s'investir dans cette activité (50 %), puis les professionnels dans les institutions de santé (37 %), les professionnels enseignants (27 %), médicaux (25 %), sociaux (14 %) et paramédicaux (10 %).

Les pratiques d'enseignement ou de formation concernent moins de 1 % des professionnels. Elles sont essentielle-

ment citées par les institutions de santé et les écoles d'infirmières et de sages-femmes. Seuls 2 % des professionnels médicaux et paramédicaux sont impliqués dans cette activité.

Les séances d'information auprès des jeunes sont encore plus rares et citées seulement par cinq professionnels (acteurs du secteur social ou en prévention, médecin, infirmière).

Un professionnel sur cinq estime manquer de compétences

Tous les professionnels rencontrent des problèmes dans leur activité d'aide à l'arrêt. La fréquence de ces problèmes dépend de la catégorie professionnelle et est parallèle à la fréquence de l'activité. Plus de 40 % des professions médicales et 21 % des paramédicaux rencontrent des problèmes au moins une fois par semaine. La moitié des acteurs de prévention, du milieu social, des enseignants et des administratifs reconnaissent rencontrer des problèmes moins fréquemment.

En revanche, la nature des problèmes n'est pas différente statistiquement suivant les professions. Pour 35 % des acteurs, les problèmes qu'ils rencontrent sont dus à un manque de motivation de la part des personnes qui pourtant disent désirer arrêter de fumer, près de 20 % des professionnels estiment manquer de compétence pour aider les fumeurs à arrêter de fumer, 16 % déclarent manquer de temps, 11 % ne savent pas vers quels interlocuteurs orienter les fumeurs. Pour 10 % des acteurs, les problèmes sont dus au

fait qu'ils ne sont pas habilités à assurer la prise en charge des personnes désirant arrêter de fumer.

D'autres problèmes sont cités, comme le coût des substituts nicotiques (7 %), la gestion des personnes sur le plan psychiatrique ou de caractères difficiles, voire hargneux (7 %), la difficulté de prise en charge en cas de coaddiction (2 %). La prise en charge des rechutes, de la prise de poids et de la nervosité des patients est également évoquée (4 %). Enfin, les problèmes de cohérence et d'exemplarité des adultes, des médecins et des enseignants sont soulevés (4 %).

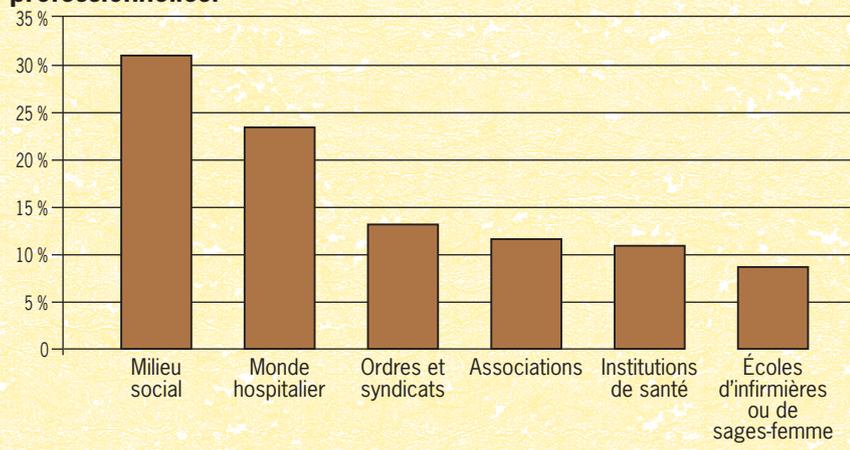
Trois professionnels sur quatre souhaitent travailler dans un réseau régional d'aide à l'arrêt. Parmi les autres, dix-sept invoquent un manque de temps, quatre médecins et une infirmière ne sont pas convaincus de l'intérêt de travailler en réseau et sept acteurs du social ou de la prévention estiment qu'un tel travail dépasse le cadre de leurs fonctions.

Les 75 % favorables au réseau souhaiteraient pouvoir travailler avec tous les professionnels (médicaux, paramédicaux ou sociaux) et toutes les structures (associations, institutions et structures territoriales régionales ou départementales, etc.) susceptibles d'être concernées par le sujet. Les professionnels les plus souvent cités comme acteurs privilégiés sont les médecins généralistes (cités dans 56 % des cas), les tabacologues (cités par 50 % des personnes), puis les sages-femmes et les psychologues (44 %), les infirmières et les diététiciens (39 %), les pharmaciens et les psychiatres (36 %), les nutritionnistes (34 %). Enfin, les pédiatres et les dentistes sont cités respectivement dans 33 % et 30 % des cas.

Ce maillage pluriprofessionnel favoriserait considérablement la cohérence régionale et l'accès de la population à une aide à l'arrêt du tabac. Il permettrait, de plus, de pallier les difficultés rencontrées par certains professionnels : recherche d'un soutien psychologique, d'une aide spécialisée de conseil, de gestion du poids, d'écoute, etc.

Par ailleurs, ces professionnels souhaitent s'engager dans la formation, échanger leurs pratiques, distribuer

Figure 1. Répartition des personnes interrogées selon les catégories professionnelles.



des brochures et être en lien. Ainsi, une personne sur deux – quelle que soit sa profession – souhaite participer à des formations pour aider les fumeurs. La moitié des acteurs sociaux et de prévention est aussi favorable à la réalisation de tables rondes sur les pratiques.

Six professionnels sur dix souhaitent pouvoir diffuser des brochures. Cette diffusion intéresse d'abord 76 % des professionnels du milieu social, puis les professions médicales et paramédicales (69 %) et, enfin, les acteurs de prévention et les enseignants (moins de 40 % d'avis favorables). De plus, 60 % des participants désirent avoir un lien avec les autres membres du réseau grâce à un bulletin, du courrier électronique et/ou un site Web.

Enfin, un quart des professionnels demande que soit mis en place un dossier médical informatisé partagé. Cette demande provient, dans 75 % des cas, des professionnels médicaux et paramédicaux quel que soit leur lieu d'exercice (association, milieu social, hôpital, ordre, etc.).

Moins d'un professionnel sur deux propose une aide spécialisée

En résumé, l'analyse des informations transmises par cent trente-cinq professionnels médico-sociaux du Languedoc-Roussillon montre que les pratiques d'aide à l'arrêt sont variées et réalisées peu fréquemment. Elles reposent essentiellement sur le conseil oral, et les professionnels paramédicaux sont les plus engagés. Moins d'un professionnel sur deux propose une orientation vers une aide spécialisée extérieure ou un soutien. L'implication des acteurs de prévention dépend des projets et de leur financement possible. La distribution de brochures est peu développée. La formation et l'information par les professionnels sont des activités rarement pratiquées. Cela peut être, en partie, expliqué par le manque ressenti d'information et/ou de formation des professionnels eux-mêmes.

Cependant, ils sont plus de 75 % à être intéressés pour participer et apporter leurs compétences à un réseau d'aide à l'arrêt du tabac.

Face à ces constats, des recommandations ont été élaborées pour mettre en place un réseau qui réponde aux besoins et aux attentes des acteurs de santé mais aussi des fumeurs de la région. L'objectif général est d'augmenter le nombre des sevrages taba-

les conseils, l'orientation vers une aide adaptée ou la diffusion de l'information voire les formations. Ce réseau serait créé sous une forme associative, statut qui peut permettre de recevoir des financements de la direction générale de la Santé (DGS), de l'agence régionale de la Santé (ARS), de la direction régionale de l'Hospitalisation (ARH), de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) ou d'autres structures, et de fonds dédiés à la prise en charge du tabagisme ou des soins à la population. L'évaluation du réseau se fera par l'intermédiaire d'indicateurs spécifiques (pourcentage d'acteurs formés, acteurs utilisant un dossier commun informatisé, évolution du nombre de consultations Internet, évolution des demandes d'aide à l'arrêt et d'arrêts du tabac à un an, etc.).

Le maillage entre les différents professionnels sanitaires et sociaux et la formation apparaissent indispensables pour apporter des compétences complémentaires, une potentialisation de l'existant et la meilleure aide à la population.

À la suite de ces travaux, le groupe de travail du PRS « Air et Santé » est en train de mettre en place un réseau d'aide à l'arrêt du tabac en région Languedoc-Roussillon. Des formations ont été organisées au niveau régional pour répondre aux besoins des acteurs, et des axes d'actions définis par un comité de pilotage. Ce « réseau » a donc commencé à travailler de manière informelle ; il devrait être créé courant 2004.

Anne Stoebner-Delbarre

Épidaure CRLC, Parc Euromédecine, Montpellier.

Delphine Couralet

Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Maria-Rosa Ortíz

Institut national d'oncologie et de radiologie, La Havane, Cuba.

giques par le biais de l'amélioration de la prise en charge globale des personnes désirant arrêter de fumer. Cinq objectifs ont été arrêtés :

- augmenter le nombre d'acteurs formés à l'aide à l'arrêt du tabagisme ;
- fixer les statuts et les rôles de chacun ;
- coordonner les prises en charge ;
- réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- sensibiliser et informer la population de l'existence de ce réseau d'aide à l'arrêt du tabac en région Languedoc-Roussillon.

En ce qui concerne la composition du réseau, la participation de tous les professionnels susceptibles d'être concernés par le sujet est requise, de même que toutes les associations, institutions et structures territoriales travaillant dans le domaine de la santé. Chacun a un rôle défini et connu des autres, que ce soit dans l'aide à l'arrêt auprès des fumeurs,

Rubrique Education du patient coordonnée par I. Vincent : isabelle.vincent@inpes.sante.fr

Introduction

Les parents, premiers éducateurs à la vie

Laure Carrère, Michel Dépinoy 8

Santé : les parents, transmetteurs de savoirs ?

Qu'entend-on par parentalité ?

Bernadette Tillard 9

La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui

Catherine Cicchelli-Pugeault 10

Adolescence : les parents, valeur refuge

Marie Choquet 13

La famille, lieu d'apprentissages multiples

Geneviève Cresson 15

Mères et pères : des rôles différenciés

Didier Lauru 16

Médias : de l'accompagnement parental à la nuisance des images

Christine Ducamp-Mayolle : « Les parents se sentent dépossédés de leurs fonctions d'éducateurs »

Propos recueillis par Yves Géry 18

Violences visuelles : dialoguer plutôt qu'interdire

Serge Tisseron 20

Parents/Professionnels : une responsabilité partagée

Entre éducation et respect de l'autonomie

Brigitte Cadéac, Nadège Pierre 22

Et si professionnels et parents œuvraient ensemble ?

Maurice Titran, Annick-Camille Dumaret 24

Maurice Titran : « Nous tentons d'aider les parents à faire émerger leurs talents »

Propos recueillis par Y. G. 26

Ateliers santé : une porte ouverte sur la parentalité

Claudine Campy Comte, Anne-Marie Saugeron 28

Rencontres nutrition : un lieu de débat entre parents et professionnels

Anne Van Craynest-Puyvandran 29

Quand les politiques publiques et les actions de terrain intègrent la parentalité

La parentalité commence avant la naissance

Élisabeth Vérité 30

Et si on prenait au sérieux l'accompagnement des parents ?

Marie-Thérèse Fritz 33

Un temps pour reconstruire la parentalité ébréchée

Hélène Dacal, Valérie Verdier 35

Un réseau de soutien à la parentalité

Bernadette Roussille 37

La parentalité s'exerce aussi à l'hôpital

Trousseau, hôpital ouvert aux parents

Marie-Line Pruvost 38

« Accueillir et déculpabiliser »

Sylvie Gervaise 39

Bébés prématurés : les parents, acteurs des soins

Geneviève Binel 40

Genève : des parents épaulés par des psychologues

Zarina Qayoom 41

Mieux accepter les parents en milieu hospitalier

Pierre Ganz 43

Pour en savoir plus

Olivier Delmer, Catherine Lavielle 45

Santé des enfants : la place des parents

Dossier coordonné par **Laure Carrère**, responsable prévention, service de santé de la Ville de Nanterre et **Michel Dépinoy**, médecin de santé publique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dossier préparé en collaboration avec **l'École des parents**.

Les parents, premiers éducateurs à la vie

Selon les époques, les pays et les cultures, l'organisation de la famille varie ; mais, de manière constante, elle reste un élément fort de la construction identitaire de chaque individu.

Les résultats récents de l'enquête « histoire de vie »¹, publiée par l'Insee, confirment qu'une majorité d'adultes ont avant tout le sentiment d'être père ou mère, avant celui d'être conjoint ou simplement homme ou femme. Si les formes d'unions se sont diversifiées, le désir d'attendre un enfant et d'assurer son éducation reste une aspiration forte et stable dans le temps.

Ainsi, le rôle des parents pour accompagner leur enfant, notamment dans le champ de sa santé et de son développement, reste une problématique d'actualité qu'il paraissait intéressant d'explorer.

L'éducation pour la santé, à laquelle les parents contribuent, est empreinte de tout le dicible et l'indicible qui rythment le cœur des familles.

L'éducation pour la santé, à laquelle les parents contribuent, est empreinte de tout le dicible et l'indicible qui rythment le cœur des familles :

attention, affectivité, émotions, échanges d'opinions, transmission de savoirs, partage de ressources matérielles et culturelles, protection mais aussi relations de pouvoir et d'autorité, de tensions, de violences et d'incompréhensions.

Au-delà de cette « frontière » familiale, de nombreuses personnes interviennent au sein même de cet espace privé, tant auprès des enfants que de leurs parents, de manière régulière ou occasionnelle. Elles y diffusent des informations plus ou moins dissonantes ; elles proposent d'autres façons de penser et d'agir.

Ainsi, parents et enfants ont à gérer plusieurs registres de savoirs, d'opinions et d'expériences ; ils ont des choix à faire, dans une attitude permanente d'ajustement et d'essais, guidée par leurs réussites et leurs erreurs. Les « compétences éducatives » des premiers seront fortement sollicitées dans cette fonction d'accompagnement et de transmission. Les seconds auront à intégrer de multiples apprentissages et à construire leur propre identité. Ce dossier analyse ces interrelations et présente des pratiques d'accompagnement à la parentalité. En ouverture, Catherine Cicchelli-Pugeault situe le rôle des parents dans une perspective d'évolutions historique et juridique.

Un éclairage particulier est apporté par Geneviève Cresson, sociologue, et Didier Lauru, psychanalyste, sur le rôle différencié des parents, père et mère, dans la construction psychique, sexuée et sociale de leur enfant, dans le champ spécifique de l'éducation pour la santé.

Comment les professionnels de santé peuvent contribuer à renforcer le rôle d'éducateur des parents ? Y a-t-il une éducation pour la santé professionnelle d'un côté, profane de l'autre ? Quelques pistes de réflexion et d'action sont proposées, à partir de diverses expériences :

- la reconnaissance de la compétence des parents en matière d'éducation pour la santé des enfants, qui conditionne un accompagnement respectueux et soutenant, notamment vis-à-vis de parents en difficulté. C'est l'un des éléments abordés dans les articles de Pierre Ganz et de Maurice Titran ;

- l'accompagnement des professionnels de santé pour faire évoluer leurs pratiques, mieux accueillir les savoirs des parents et construire conjointement avec eux l'action éducative auprès de leurs enfants. Cet enrichissement croisé est illustré par les contributions de Marie-Thérèse Fritz, dans un service de protection maternelle et infantile, et d'Élisabeth Vérité sur le programme régional de santé des enfants et des jeunes du Nord-Pas-de-Calais ;

- la mise en place d'actions avec les parents : ce sont les expériences des comités d'éducation pour la santé des Landes, des Alpes-de-Haute-Provence et de la Pause Café de la Ville de Tours ;
- l'organisation de services de soins intégrant la place des parents, en présentant ici le travail effectué à l'hôpital Trousseau précurseur dans ce domaine, et à l'hôpital pour enfants de Genève.

Ce dossier, préparé en collaboration avec l'École des parents, place l'éducation pour la santé au centre d'une relation triangulaire où se côtoient, autour de l'enfant, les « professionnels du savoir » et de la médecine, les multiples vecteurs de l'information qui suscitent tant de convoitises et d'intérêts, et les parents dont les talents sont multiples mais qui doutent parfois d'eux-mêmes et qui expriment le besoin d'une aide et d'un accompagnement.

Laure Carrère

Responsable prévention,
service de santé de la Ville de Nanterre

Michel Dépinoy

Médecin de santé publique, INPES.

1. Publication Insee première, n° 937, décembre 2003.

Qu'entend-on par **parentalité** ?

Concept récent plus large que la parenté au sens biologique, la parentalité s'exerce dès avant la naissance. La liste des responsabilités parentales est longue. Plutôt que de culpabiliser les parents démunis, il importe de leur assurer des moyens corrects de subsistance.

Le terme « parentalité » est entré dans le vocabulaire de la santé publique et du travail social à la suite d'une circulaire de 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Le mot apparaît à un moment où les préoccupations d'ordre biologique tiennent une grande place : la médecine permet, en effet, de programmer la venue des enfants, d'être parents plus tardivement tandis que la parentalité précoce s'en trouve dévalorisée. Parallèlement, les progrès dans le traitement de la stérilité encouragent la procréation biologique au détriment des procédures d'adoption. En résumé, la médicalisation de la grossesse et de la naissance tient une place toujours plus grande.

Or, au même moment, en cette fin de siècle, on observe que les réalités sociales vécues par les familles ne cessent de se diversifier avec la présence dans les foyers d'enfants naturels ou légitimes de l'un ou de l'autre membre du couple. Ces recompositions familiales contredisent la prédominance de la réalité biologique. L'univers familial se recrée en de multiples figures qui mettent en présence des adultes et des enfants. Comment rendre compte du rôle des parents, des beaux-parents, des concubin(e)s, des grands-parents ? La parentalité, en tant que nouveau concept, naît et se taille une place de choix dans le vocabulaire ayant trait aux familles tandis qu'elle jette une ombre sur des termes communs en les renvoyant à des sens restreints. Ainsi, le terme « parenté »

dans ses définitions des dictionnaires courants est relié à la réalité biologique, alors même que ce terme – quand il est utilisé par les anthropologues – revêt des réalités multiples et aussi complexes que celles dont la parentalité veut nous parler. Ainsi en est-il des courants de pensée lorsqu'il faut faire du neuf, redonner une perspective, ou attirer de nouveau l'attention sur les modifications de l'activité humaine (1).

Déjà employé par les psychologues, le terme a donné lieu à des tentatives d'explicitation (2), la dimension psychologique étant mise en avant dans chacun des trois axes proposés (l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité). Mais ces explications ne laissent que peu de place au vécu quotidien des familles. Émergé de la circulaire de 1999, ce mot est souvent associé à la notion de groupes de soutien à la « parentalité » dont les finalités méritent

d'être évaluées afin de ne pas reproduire les situations moralisatrices que l'histoire nous rapporte (3).

Face à ces deux concepts, parentalité et éducation pour la santé, comment les parents sont-ils concernés ?

Dans les domaines sanitaire et social, les attentes de notre société à l'égard des parents commencent avant la naissance de l'enfant (4). La déclaration de la grossesse est la première des exigences sociales à l'égard des couples souhaitant procréer. Le processus continu de la grossesse est ensuite jalonné d'examen obligatoires (examens cliniques, biologiques et échographiques)

auxquels s'ajouteront éventuellement la préparation à la naissance et d'autres attentes plus implicites : préparer le logement, les vêtements, les prénoms, etc. Puis, durant ses premières années, les parents sont tenus pour responsables de ses conditions de vie et de ses premiers apprentissages.

À titre d'exemple, citons quelques exigences de notre société à l'égard des parents d'un jeune enfant :

- lui apporter une nourriture adaptée à ses besoins ;
- assurer les conditions sanitaires permettant de lui donner les soins d'hygiène ;
- tenir compte des principales avancées dans le domaine de la préservation de sa vie, en matière de couchage et d'alimentation ;
- lui éviter les nuisances de l'entourage (tabac, alcool, etc.) ;

- le tenir à l’abri des risques physiques de l’environnement naturel (le soleil, les intempéries) et de son environnement hors de la maison (le protéger des accidents de la route) et à l’intérieur de la maison (le protéger de chutes dans l’escalier, de la casserole sur la cuisinière ou des médicaments consommés par les adultes) ;
- le soumettre aux vaccinations obligatoires, voire à un suivi médical ;
- faire appel aux professionnels de santé permettant de rétablir sa santé, chaque fois que nécessaire, sans toutefois avoir recours à une hospitalisation trop fréquente. À travers cela, lui apprendre les modalités de relations entre les professionnels de santé et la population ;
- assurer la permanence d’une présence adulte à ses côtés ;
- lui donner l’affection et la sécurité nécessaire à son développement ;

- stimuler ses apprentissages psychomoteurs et son acquisition du langage ;
- ne pas le soumettre à de mauvais traitements.

Comme cette liste non exhaustive le montre, les exigences sont nombreuses et variées. Les efforts pour soutenir les parents sont-ils à la hauteur de ces exigences ? Ne sommes-nous pas en train de renforcer la culpabilité des parents les plus démunis, tandis que nous prenons simplement acte de la difficulté collective d’assurer aux adultes les moyens d’une subsistance correcte pour qu’ils puissent mener à bien leurs projets familiaux ?

Bernadette Tillard

Maître de conférences
en sciences de l’éducation,
Paris X, Nanterre.

► Références bibliographiques

- (1) Tillard B., Asdih C., Bruno C., Cadoret A., et al. *Groupes de parents. Recherches en éducation familiale et expériences associatives*. Paris : L’Harmattan, 2003 : 224 p.
- (2) Houzel D. (sous la dir.). *Les enjeux de la parentalité*. Ministère de l’Emploi et de la Solidarité. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1999 : 200 p.
- (3) Sellenet C. Les finalités des groupes de paroles en question. Approche comparative et critique des groupes de paroles de parents. In : Tillard B., Asdih C., Bruno C., Cadoret A., et al. *Groupes de parents. Recherches en éducation familiale et expériences associatives*. Paris : L’Harmattan, 2003 : 57-77.
- (4) Tillard B. *Des familles face à la naissance*. Paris : L’Harmattan, 2002 : 298 p.

La santé des enfants, fonction parentale d’hier et d’aujourd’hui

Depuis cinquante ans, la responsabilité des parents a été progressivement renforcée par les textes de loi. Père et mère sont garants de la santé de leurs enfants et responsables de la prévention. Parallèlement, la législation a conforté la prise en charge par les adolescents de leur propre santé. Les parents ont désormais un rôle ambivalent : protéger leur enfant sans mettre en péril son autonomie.

Depuis des siècles, les parents se mobilisent pour la santé de leurs enfants, en s’abstenant de certains comportements, en prévenant certains bobos et en mettant en place des dispositifs curatifs en cas de maladie (1). Mais, au fil du temps, le rapport à la santé s’est modifié. De nos jours, chacun est invité à être l’acteur de sa santé, à ne pas subir passivement la maladie et la prescription médicale, et à développer des attitudes préventives pour bénéficier à long terme d’un capital-santé : de tels investissements sont inédits et soutiennent le développement d’actions éducatives. Dans un

système demeurant centré sur la dimension curative (2), l’injonction préventive concerne particulièrement les populations jeunes, encore préservées des pathologies physiques liées à l’avancement en âge, mais pas nécessairement à l’abri de pathologies psychiques. En même temps que le rapport à la santé, le rapport parental à l’enfant a connu une redéfinition profonde (3). La norme contemporaine ordonne aux parents d’aimer leur progéniture en la protégeant et en l’aidant à s’épanouir de manière autonome. Cette double valorisation de la santé et de l’enfant se traduit régulièrement

par l’engorgement des services d’urgence hospitaliers : parce qu’ils prennent leur rôle au sérieux, des parents inquiets se pressent avec leurs enfants dans les salles d’attente de l’institution médicale.

Parents, médecins... au chevet de l’enfant

Au moins quatre fées dont les interprétations peuvent diverger entourent le berceau de l’enfant et prétendent veiller sur sa santé.

S’il est censé primer sur les autres figures, le parent éducateur ne se laisse

en effet pas isoler aisément, tant son action apparaît socialement insérée dans un partenariat à géométrie variable. Le rapport complexe à l'enfant se lit dans le droit, qui énonce la définition légale de la fonction parentale, isole la dimension sanitaire de la responsabilité parentale tout en la mettant en relation avec les interlocuteurs directs des parents. L'article 371-2 du code civil énonce ainsi que « *l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement* ». La protection de la santé de l'enfant impose certains soins aux parents, par exemple les vaccinations obligatoires (4). Les parents ont, par ailleurs, l'obligation légale de protéger la personnalité psychique de leurs enfants mineurs.

D'autres textes permettent d'apprécier les contours néanmoins mouvants de cette autorité. D'un côté, l'article 43 du code de déontologie médicale prévoit que, hors cas d'urgence, la fonction du médecin d'un mineur est bornée par l'existence d'un consentement parental validant le choix d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale. Cependant, des cas épineux surgissent, surtout quand des valeurs religieuses sont mises en avant par des parents pour s'opposer à la poursuite de certains traitements. En 1999 et 2000, le débat à rebondissements sur la distribution par les infirmières scolaires de la pilule du lendemain à des collégiennes et lycéennes en situation de détresse fournit un autre exemple illustrant les contradictions qui opposent des acteurs éducatifs concurrents. Le Conseil d'État a, en particulier, écarté l'argument selon lequel la délivrance de ce produit par les infirmières contrevient aux règles de l'autorité parentale.

Plus largement, quand certaines attitudes ou décisions parentales mettent la santé ou la vie de l'enfant en danger, des mesures d'assistance éducative peuvent être décidées par le juge des enfants. L'école est plus largement interpellée depuis la loi du 6 mars 2000. Les services de santé scolaire ont la lourde mission de détecter et signaler des enfants maltraités et subissant des sévices. La protection de l'enfance maltraitée a été érigée en cause nationale en 1997, très récemment donc.

La compétence parentale face aux professionnels de la santé

Les experts professionnels émettent leurs propres normes spécialisées, y compris dans les magazines et autres médias à destination des parents. Mais, au nom de la compétence médicale, ils laissent trop souvent de côté la question de l'environnement familial quotidien de l'enfant. Pourtant, le rapport à la santé et à la maladie est aussi structuré par les cultures familiales et sociales des enfants. Cas particulier, certaines trajectoires migratoires impliquent des représentations spécifiques. En ignorant ces caractéristiques et en réduisant la relation à l'enfant à une relation unidimensionnelle entre un médecin et un patient, les professionnels ne font pas que disqualifier les interventions familiales autour de l'enfant, ils tendent à intimider les parents, à neutraliser leurs initiatives. Pourtant ce sont les familles

qui, dans la plupart des cas, ont en charge la fonction d'entourer l'enfant dans son éducation à la santé et, le cas échéant, de le soutenir dans le processus d'appropriation de la maladie et de guérison. Il est vrai que les milieux médicaux ayant en charge la santé physique et mentale des familles subissent sans doute un effet pervers de la vulgarisation médicale : la bonne volonté médicale des parents contemporains en pousse plus d'un, fort de la lecture d'un article de magazine, à inverser les rôles et à suggérer son propre diagnostic au médecin.

Néanmoins, savoir parfois remettre à leur place des parents ne saurait justifier de renoncer à leur laisser des initiatives compatibles avec la valorisation de la santé familiale. L'accueil réservé aux parents doit répondre à cet objectif. En contribuant à définir le

cadre de la relation entre le médecin et le parent, il doit aider à lever des malentendus d'autant plus difficiles à faire disparaître ensuite qu'ils concernent une relation très affective : celle qui lie un parent à son enfant. Et les malentendus entre parents et médecins se mettent en place avant même la naissance, à l'occasion, par exemple, d'une échographie de contrôle au cours de la grossesse. Une parole anodine du praticien, commentant ce qui apparaît à l'écran, peut être mal interprétée par des parents inquiets : leur enfant est-il bien normal ? D'un autre côté, les parents investissent l'échographie de sentiments qui n'ont rien à voir avec l'objectif médical associé à cet examen de contrôle, à tel point que, parfois, on retrouve l'échographie « dans le salon familial », comme si l'image médicale représentait une première photographie de l'enfant (6).

L'éducation parentale à la santé a-t-elle un sexe ?

Est-il équivalent d'être père ou mère comme la loi sur l'autorité parentale semble l'indiquer ? En fait, comme dans d'autres domaines, l'exercice de la parentalité reste sexué en matière sanitaire dans la mesure où chacun a son rôle. L'héritage historique est pour l'heure peu remis en cause et il a même été soutenu dans les dernières décennies par la vulgarisation psychologique de l'image de la bonne mère, attentive et maternante. Dès la grossesse – désormais très médicalisée pour raison préventive –, la femme vit en première ligne la surveillance de sa santé et celle de son enfant, et elle est construite en partenaire privilégiée du médecin qui la suit. Dans la continuité de la phase initiale, la mère prendra généralement en charge le contrôle médical du nourrisson. C'est également elle qui, le plus souvent, s'arrêtera de travailler quand des petites maladies d'enfance retiendront provisoirement son enfant à la maison (7). Au quotidien, l'enfant apprend ainsi que le souci sanitaire est féminin dans la société dans laquelle il grandit. Cet apprentissage nourrit son éducation : l'éducation à la santé, c'est aussi ça ! Peut-être faudrait-il en être plus conscient. D'autant plus que l'éducation à la santé est aussi prise en charge par le système scolaire et que l'une des particularités des enseignants du primaire est le plus souvent... d'être des enseignantes, c'est-à-dire de nouveau

des femmes. Pour un enfant de 7 ans, il n'est certainement pas neutre d'étudier les conditions de la santé – hygiène corporelle et alimentaire notamment – avec un substitut maternel (8).

L'enfant : la reconnaissance juridique d'un droit à l'autonomie

Depuis trente ans, demander son avis à l'enfant est devenu la norme, dès lors que la volonté du mineur apparaît éclairée. En matière de dépistage du sida – gratuit et anonyme dans les centres de planning familial – et de contraception, le mineur jouit d'ailleurs d'une autonomie reconnue. La pratique révèle toutefois combien, faute d'une « majorité spéciale au contrat de soins », les mineurs résidant en France peuvent difficilement s'adresser seuls à des médecins (9). La reconnaissance du droit d'autonomie peut par ailleurs être source de contradictions en plaçant les parents face à un dilemme : doivent-ils protéger leur enfant au détriment de la conquête de son autonomie ou doivent-ils favoriser l'épanouissement de l'autonomie de l'enfant au péril de sa santé, éventuellement ? La question se pose avec une acuité dramatique quand sont en jeu des conduites à risques, généralement pratiquées par les jeunes avec les pairs. Ce dilemme s'exprime plus largement hors du champ sanitaire et renvoie à une ambivalence structurelle qui déchire les parents contemporains, invités à en faire beaucoup pour leurs enfants, mais pas trop non plus, bref à avoir du « talent », comme le dit le philosophe Alain Renaut (10). On aurait envie d'ajouter que ces parents sont invités à avoir la santé pour résister à de telles pressions ! Au-delà de la boutade, on peut penser que l'action éducative parentale est pour partie conditionnée par la santé des parents eux-mêmes et qu'une réflexion sur la santé des enfants ne peut, de fait, faire l'économie d'une réflexion sur celle des parents : des unités mères-enfants ont été créées dans certains hôpitaux pour aider des jeunes femmes à prendre en charge leurs bébés alors qu'elles souffrent elles-mêmes de toxicomanie ou d'une pathologie psychique. Sur ce point, la question de l'éducation à la santé comme élément de la fonction parentale croise tristement celle des inégalités sociales face à la santé et, aussi, face à la mortalité.

Parce que la santé n'a pas de prix, on ne peut que soutenir l'éducation à la santé des enfants et des adultes, des hommes comme des femmes. Chaque famille peut y contribuer, y compris en essayant de faire plaisir à sa progéniture tout en transmettant un message. En lisant ou relisant les désormais célèbres aventures de Harry Potter, chaque enfant (re)découvre que même son héros fréquente régulièrement l'infirmerie scolaire, quand il ne suit pas les enseignements du professeur Chourave sur les propriétés curatives de la mandragore. La santé, ça s'apprend ! Et ça s'entretient !

Catherine Cicchelli-Pugeault

Maître de Conférences à la Faculté des Sciences humaines et sociales de la Sorbonne-Paris V, Cerlis, Paris-V-CNRS.

► Références bibliographiques

- (1) Rollet C., Morel M.-F. *Des bébés et des hommes. Traditions et modernité des soins aux tout-petits*. Paris : Albin Michel, coll. La cause des bébés, 2000 : 384 p.
- (2) Lorient M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Toulouse : Erès, coll. Action santé, 2002 : 166 p.
- (3) Ariès P. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris : Seuil, coll. Points, 1975 : 320 p.
- (4) Rubellin-Devichi J. (sous la dir.). *Droit de la famille 2001-2002*. Paris : Dalloz, 3^e édition, coll. Dalloz Action, 2001 : 976 p.
- (5) Cf. loi n° 2000-197 publiée au *Journal Officiel* du 7 mars 2000.
- (6) Cf. Tisseron S. *L'échographie au salon familial*. In : *Petites mythologies d'aujourd'hui*. Paris : Aubier, 2000 : 149-63.
- (7) Singly F. (de). *Parents salariés et petites maladies d'enfants : le congé pour enfant malade*. Paris : La Documentation française, 1993 : 137 p.
- (8) Pour le reste, on ne peut que souscrire aux propos de Daniel Motta, qui remarque que « pour parler aux adolescents, la santé doit s'inviter dans les programmes scolaires ». Voir *La santé de l'homme*, n° 364, mars-avril 2003.
- (9) Cf. Rubellin-Devichi J., op. cit., p. 691.
- (10) Renaut A., Manent P. *La question de l'autorité : modernisation du lien familial ?*, Comprendre, n° 2, Le lien familial, 2001 : 185-206.

Adolescence : les parents, valeur refuge

Les jeunes plébiscitent la famille comme valeur refuge. Or, à chaque problème qui se pose aux adolescents, les parents sont montrés du doigt. Le climat familial n'en joue pas moins un rôle important dans l'émergence de certains troubles à l'adolescence.

On dit que la cellule familiale vole en éclats, que les parents sont démissionnaires, qu'ils ne transmettent plus la valeur du travail à leurs enfants... À chaque fois qu'un problème se pose chez les adolescents, les parents sont montrés du doigt. Rappelons d'abord quelques constats :

- 77 % des parents d'adolescents sont mariés et vivent ensemble. Mais cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, parmi les étrangers ou Français d'origine étrangère que parmi les Français de souche. Parmi les jeunes en grande difficulté (comme les jeunes sous mandat judiciaire), moins de 50 % ont des parents mariés ou vivant ensemble ;
- 97 % des moins de 20 ans vivent avec au moins un de leurs parents. Le placement familial, la vie avec les grands-parents ou un autre membre de la famille ou en logement indépendant sont devenus rares à l'adolescence. Cette cohabitation est certes prolongée au-delà de l'adolescence, à cause des études et des intégrations professionnelles difficiles. Ainsi, en France, 20 % des 25-29 ans habitent encore avec leurs parents, chiffre nettement supérieur à la moyenne européenne. Mais cette cohabitation est souvent acceptée, voire recherchée, à cause d'une vie familiale jugée agréable et rassurante ;
- la majorité des jeunes vit dans une famille avec d'autres enfants : 90 % ont au moins un frère ou une sœur, 24 % vivent même dans une famille de quatre enfants ou plus. C'est donc dire que ces familles sont « pleines de vie » ;
- la majorité des pères d'adolescents ont une activité professionnelle (88 %) et les mères sont actives dans 60 % des

cas. L'inactivité simultanée du père et de la mère concerne moins de 2 % d'une génération de jeunes. On est donc loin du cliché d'une famille « dont plusieurs générations n'ont jamais travaillé » ! N'oublions pas que le chômage concerne surtout les moins de 25 ans et les 50 ans et plus, donc moins souvent ceux qui sont en âge d'être parent ;

- la famille est une valeur refuge, les jeunes la plébiscitent. Il faut dire que les parents interviennent lors des « accidents de parcours » (déscolarisation, chômage, rupture amoureuse). Preuve en est qu'en France, par exemple, trois quarts des 20,5 milliards d'euros qui circulent à titre privé (hors des échanges économiques) vont des parents aux enfants, ce qui a

permis aux jeunes d'accroître leur niveau de vie de 14 % en 2002 ;

- la majorité des jeunes (plus de 80 %) parlent avec leurs parents, même si les filles parlent plus volontiers que les garçons, et que les jeunes parlent plus volontiers à leur mère qu'à leur père. Ils se confient à eux pour les problèmes quotidiens (mais plus à la mère qu'au père), sont satisfaits de l'autorité parentale (en particulier de celle de la mère) et s'estiment au total « bien avec leurs parents ». L'opinion sur cette entente familiale évolue peu avec l'âge. Les filles sont toutefois plus insatisfaites (même si elles parlent plus...), surtout des relations avec leur père ;
- l'autorité imposée par les parents est

jugée satisfaisante par plus de 70 % des jeunes, et 80 % des parents savent où sont leurs enfants le samedi soir, excellent critère pour mesurer la préoccupation des parents vis-à-vis de leurs enfants. Ce, d'autant plus que les discours sur « l'après » sont souvent alarmistes (le chômage, le sida, la recherche d'un logement, la violence, etc.).

Un jeune sur cinq « jamais à l'aise » dans sa famille

Toutefois, des problèmes graves existent pour certains jeunes, problèmes d'autant plus perceptibles (et perçus) que la tendance est favorable pour une majorité. Il en est ainsi pour les 15 % des 18-20 ans qui ne poursuivent pas leurs études, pour les 10 % qui vivent dans une grande précarité, pour les 20 % de jeunes qui ne sont jamais à l'aise dans la famille, pour les 5 % qui subissent la violence intrafamiliale. Toutes ces réalités, par ailleurs, se recoupent, et les jeunes en grande difficulté (définis par leurs troubles, par leur désinsertion scolaire précoce ou par leur situation judiciaire) cumulent les handicaps et se caractérisent par des familles violentes, peu communicatives, peu aimantes, la « désstructuration » concernant surtout le climat psychologique.

Le discours social sur le jeune et sa famille s'est construit à partir des phénomènes largement minoritaires. Ce sont les jeunes les plus en difficulté et les familles les plus démunies qui ont alimenté le regard négatif sur l'adolescent et sa famille. En d'autres termes, moins de 20 % de la population juvénile a été à la base du discours concernant 100 % d'une génération... Cette « extrapolation » à partir d'un échantillon en rien représentatif de la population générale a dévalorisé les adolescents, leurs parents, voire leur environnement scolaire et professionnel. Reste que, dans tous les discours, la « majorité silencieuse » (les familles qui s'occupent des adolescents et les jeunes qui aiment leur famille et l'école, qui s'investissent dans leurs études, qui respectent l'autorité, les règles familiales et sociétales, qui deviennent progressivement adultes et responsables, qui entretiennent de bonnes relations avec l'entourage) est rarement prise en compte car jugée comme « peu intéressante »...

Ce discours dévalorisant sur les parents a contribué à l'incertitude parentale. Les parents traversent naturellement une période difficile au moment de l'adolescence de leurs enfants. Ils manquent souvent d'assurance et disent avoir besoin de conseils. Mais le fait qu'ils pourraient être considérés comme « incompetents » augmente leurs incertitudes et leurs angoisses. Les magazines qui s'adressent aux parents et les rubriques de conseil battent leur plein. Contrairement à ce que l'on dit, les parents ne sont pas « démissionnaires » mais inquiets, certains allant jusqu'au découragement, alors que les jeunes expriment plutôt leur satisfaction à leur égard ! Ces décalages entre les perceptions réciproques (jeunes/parents/société) sont ainsi source de confusion, en particulier pour les plus vulnérables.

Reste que le climat familial joue un rôle important dans l'émergence de certains troubles et conduites à l'adolescence. La majorité des troubles est fortement associée au climat familial. Si la séparation joue un rôle, elle est toutefois moins importante que le climat relationnel (bien ou mal s'entendre avec les parents). Mais le lien entre « vie familiale » et « trouble » diffère selon le trouble en question. Ainsi, les troubles

psychologiques (dépression, tentative de suicide, mal-être), qui sont dans leur majorité des troubles « typiquement féminins », sont plus associés au climat familial que les troubles « typiquement masculins » (comme la consommation d'alcool ou de drogue, les conduites violentes), plus associés à la vie relationnelle entre pairs (sortir souvent, faire partie d'une bande, etc.).

Sans que le facteur familial soit en aucun cas le seul facteur en cause. En effet, toute émergence de trouble est multifactorielle, les facteurs sociaux, scolaires, relationnels et familiaux jouant alors un rôle indépendant. Mais, selon les troubles, un type de facteur apparaît comme « prédominant », les autres ayant un poids moins important. Il en est ainsi des troubles psychologiques, pour lesquels les facteurs familiaux défavorables prédominent, alors que, pour d'autres troubles, les facteurs scolaires l'emportent – la qualité de la vie scolaire joue ainsi un rôle important dans l'absentéisme scolaire –, pour d'autres encore, ce sont les facteurs de mode de vie, pour la consommation de substances psychoactives par exemple.

Marie Choquet

Directrice de recherche, unité 472,
Inserm, Villejuif.

La famille, lieu d'apprentissages multiples

Dans la famille, l'éducation à la santé se fait à la confluence de multiples sources d'informations et de pratiques de santé. Les modèles parentaux peuvent être différents de ceux défendus par les médias ou les professionnels. À travers ces influences croisées, l'enfant, acteur de son apprentissage sanitaire, doit pouvoir développer son propre sens critique.

Dans la vie quotidienne avec les enfants, bien rares sont les moments où l'on s'occupe uniquement, et de façon tout à fait volontaire et explicite, de leur santé. Cette préoccupation est toujours mélangée à d'autres : le bon développement de l'enfant, son ardeur au jeu et au travail, la qualité de son appétit et de son sommeil, les relations amicales, le plaisir de vivre en famille... sont autant de préoccupations primordiales pour lesquelles la dimension santé peut être absente ou à peine présente à l'esprit des parents ; même si, de leur côté, les professionnels des soins abordent ces aspects-là principalement sous l'angle de la santé.

De même, la réponse aux douleurs, plaintes et malaises de l'enfant n'est pas systématiquement une réponse de type sanitaire ou médical. Les mères apprennent à moduler leurs réponses aux plaintes de l'enfant ; à proposer un câlin ou une sieste au lieu de chercher une intervention plus médicale. Plus généralement, elles apprennent à arbitrer – de façon pas toujours satisfaisante aux yeux des médecins et des infirmières – entre des objectifs contradictoires : que l'enfant puisse dormir assez mais ne pas être coupé des réunions de famille tardives, qu'il mange « équilibré » mais sans lui refuser tous les plats qui plaisent aux enfants. Ces mêmes mères doivent permettre à l'enfant d'être autonome tout en veillant à sa sécurité, en l'incitant à accepter nos valeurs et en lui apprenant à savoir dire non, à respecter son rythme et sa personnalité tout en facilitant son insertion dans un groupe très normé...

Assumer les messages disparates

Dans la famille, l'apprentissage sanitaire se fait rarement de façon organisée, systématique. Les activités s'entremêlent, comme les messages que l'enfant reçoit ; contrairement à ce qui se passe à l'école ou chez le médecin, il n'y a pas de moment réservé à ce type d'éducation, dispensée de manière diffuse et permanente par l'exemple et la parole, avec ses contradictions, ses points forts et ses points aveugles. Contradictions internes à chacun de nous, contradictions éventuelles entre les deux parents (si l'un fume et l'autre pas, quel est le modèle disponible pour l'enfant ?). Mais aussi contradictions entre la famille et l'extérieur. La famille n'est pas un isolat et les parents ne sont pas tout-puissants. Radio, télévision, journaux et divers professionnels – des animateurs de centre de loisirs aux médecins de PMI en passant par les enseignants – ont un rôle important à jouer dans les transmissions aux enfants. Or, ces acteurs peuvent

tenir des discours et proposer des modèles différents, voire contradictoires, entre eux ou avec ceux des parents. Par exemple, est-on sûr que les cantines scolaires appliquent les règles de l'alimentation équilibrée, que le sommeil des petits à l'école soit conforme aux conseils médicaux, que le poids des cantables et le mobilier scolaire soient en harmonie avec les connaissances ergonomiques ?

Or, la famille est le lieu, l'instance dans laquelle on va identifier les éventuels problèmes ; si les professionnels estiment que la transmission est mal faite, leur tendance naturelle va être de s'interroger sur les compétences parentales ; plus rarement de mettre en cause leurs conditions économiques (les bas salaires), de logement, de travail ou d'accès à la culture ; quasiment jamais de chercher du côté des professionnels et des institutions les lacunes, erreurs et manques que l'on cherche plus volontiers du côté des parents.

Quelles relations parents-professionnels ?

Enfin, l'enfant est lui-même un acteur de sa propre socialisation ; pour que la transmission soit réussie, il faut qu'il y participe activement, qu'il assimile et intègre les contenus transmis. Il ne le fait pas toujours pour les « bonnes » raisons que voudraient lui voir développer ses éducateurs. Il marque son identité originale en se démarquant de certains conseils, dont, formellement, il reconnaît la valeur ou la cohérence. Comme les adultes, il adopte des comportements dont il sait ou sent bien qu'ils ne sont pas adaptés.

Tout cela nous incite à une extrême bienveillance vis-à-vis de l'écrasante majorité de parents qui font au mieux. D'ailleurs, les professionnels des soins sont eux-mêmes des parents et partagent une partie des difficultés et des

réussites de l'ensemble des parents. Cependant, tous les parents ne sont pas des professionnels des soins et les relations entre ces deux groupes sont extrêmement variables, et c'est bien normal. Certains parents peuvent se sentir très proches et en accord avec les professionnels et leurs conseils. Mais d'autres situations existent : les tentatives pour se tenir à distance de professionnels jugés intrusifs ou ressentis comme une menace pour l'identité de la famille ; le conflit larvé pour ceux dont les valeurs et principes sont en opposition frontale avec les professionnels, dont ils se sentent incompris ; l'adhésion totale, à l'inverse : lorsque les parents sont excessivement soumis aux propos des professionnels, sans distance critique vis-à-vis de leurs conseils, sans réappropriation suffisante, la situation est problématique.

Il reste que les parents sont les premiers responsables de leurs enfants, de l'éducation et de la santé de leurs enfants en particulier. À ce titre, ils ont un rôle essentiel dans la transmission d'informations, de comportements et d'habitudes. Mais, ce rôle, ils ne l'exercent pas en dehors de toute contingence. Pour le remplir de façon optimale, il faut qu'ils soient eux-mêmes bien traités socialement (respect et considération sociale, accès aux ressources économiques et culturelles, logement décent et raisonnablement confortable, horaires et conditions de travail adaptés, etc.), même si les conditions décentes de vie n'assurent pas *ipso facto* une transmission satisfaisante aux yeux des professionnels de la santé.

Geneviève Cresson

Professeure des Universités en sociologie,
Université de Lille-I.

Mères et pères : des rôles différenciés

Mère et père ont un rôle spécifique à jouer dans l'éducation à la santé de leurs enfants. En confondant ces rôles, certains parents désemparés deviennent intrusifs par rapport à leurs enfants. Les professionnels peuvent les aider à rester à leur place, en mettant en avant l'intérêt pour la santé des enfants. Didier Lauru nous fait partager des réflexions issues de sa pratique clinique.

La différence des sexes est un des éléments fondamentaux, avec la différence des générations, qui fait tenir la structure de nos sociétés comme la structure individuelle de chaque sujet. Dès l'enfance, la répartition des rôles éducatifs entre le père et la mère se dessine au sein du couple parental. Dans les consultations pour jeunes enfants, dans les PMI, chez le généraliste ou le pédiatre, c'est plus traditionnellement la mère qui amène l'enfant. Les pères sont parfois présents, par volonté ou par obligation. Les mères, depuis la naissance de l'enfant, sont dans une proximité physique, puis psychique, plus étroite que celle des pères. Dans un

deuxième temps, viendra la spécialisation des rôles entre les deux parents. Ce qui va de pair avec les identifications des enfants au parent du même sexe. Vouloir ressembler à son père pour un garçon fait partie de son parcours subjectif obligé, même s'il va devoir s'en défaire à l'âge adolescent. Les mêmes problématiques se retrouvent dans l'axe mère-fille.

Ainsi, les mères tiendront à jour le carnet des vaccinations et les questions des soins ; mais, plus tard, ce sont plutôt les pères qui assumeront le rôle explicatif des mécanismes des maladies et aussi assureront une part de la pré-

vention en matière de santé. Même si cela est assuré par de nombreux pères, une question est souvent énoncée de façon angoissée : où sont les pères ? Dans un colloque récent (1), Marcel Rufo et d'autres professionnels constataient une recrudescence de la présence des pères dans les consultations, que ceux-ci avaient désertées depuis bien longtemps.

Les pères, ces inaptes ?

Les pères sont souvent considérés comme inaptes à faire passer des messages de prévention ou d'éducation à la santé, car ils favoriseraient la prise de risque, les conduites dangereuses,

en particulier à l'égard de leurs fils. C'est du moins le discours ou le fantasme courant de nombre de professionnels et de bon nombre de mères, ce qui n'a pas de fondement précis dans la réalité. Les mères, à l'inverse, du fait de la « préoccupation maternelle primaire », sont naturellement dans la protection des enfants, le soin, mais aussi la prévention.

Considérons aussi l'âge adolescent. Les pères ont à jouer un rôle de différenciation, de séparation d'avec la mère et son enveloppe protectrice. Ainsi, encore une fois spécifiquement à l'égard des fils, ils peuvent prendre en charge les informations concernant la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Les mères prenant naturellement en charge ces pôles, avec celui de la contraception, à l'égard de leurs filles. Il est difficile, pour un adolescent, de parler de son intimité affective ou sexuelle avec l'un de ses parents. Le rôle des professionnels consiste alors à soutenir et guider les parents qui seraient dans une gêne bien naturelle ou dans des difficultés à instaurer un dialogue avec leurs enfants autour de ces sujets. La pudeur, la honte sont régulièrement rencontrées là où il risque de survenir des impasses à la transmission entre générations de l'apprentissage de la vie. En effet, la sexualité est le véhicule qui permet aux sociétés de perdurer et de transmettre des valeurs qui sont les leurs, et aussi à la vie de construire dans une suite des générations.

Existerait-il des fonctions parentales innées, ou se transmettant depuis des générations, qui rendraient compte d'un mode d'exercice de la parentalité distinct ? Ce terme de parentalité, assez récent, déssexualise la fonction de parent et l'indifférencie, spécifiquement dans sa condition d'être sexué. Les retentissements sur la relation parent-enfant selon le sexe du parent sont pourtant évidents et multiples. Peut-on parler d'amour ou de sexualité indifféremment avec l'un ou l'autre parent ? À l'évidence non. Ainsi, la différenciation des rôles dans l'éducation à la santé des enfants et des adolescents doit tenir compte de cette donnée essentielle : le père et la mère n'ont pas le même impact sur leur enfant – selon qu'il soit fille ou garçon – en matière d'éducation à la santé.

Ne pas déssexualiser la fonction parentale

Ce que confondent parfois des parents désemparés devant leurs enfants, souvent en situation monoparentale, voire dans une attitude possessive, ce sont leurs angoisses et leur rôle éducatif respectif : ainsi un père qui se préoccupe de la contraception de sa fille ou une mère qui va vouloir se renseigner sur l'état d'avancement de la sexualité de son fils. Dans ces situations, cela est souvent vécu par les adolescents sur le mode de l'intrusion et risque d'être traumatique. C'est pourquoi les adolescents ont tendance actuellement, plus encore qu'hier, à tenter de se réapproprier leur corps au travers de pratiques ou de marques auto-infligées de type scarifications, piercings, tatouages, etc., comme l'explique David Le Breton (2). Ils montrent ainsi qu'ils tentent de se défendre contre ce qu'ils ressentent comme une tentative de possession de leur corps par leurs parents. Ces parents-là sont dans une souffrance narcissique importante et le rôle des professionnels est de tenter de les dégager d'une tentative d'emprise sur le corps de leur enfant en mettant en avant l'intérêt pour la santé de ces enfants.

Ainsi, se dessinent deux pôles distincts : celui de l'intimité du corps qui serait plus du registre maternel, avec les conseils et les prescriptions éducatives qui vont avec, et ce qui concerne le dehors, que nous pourrions appeler le corps social, qui serait un registre plus paternel. Dans les deux cas, les champs de compétence peuvent se recouper, mais il est essentiel que chaque parent se sente et reste à sa place, sans risquer d'être intrusif par rapport au corps et à la psyché de son enfant. L'essentiel, la règle d'or, c'est qu'en matière de santé comme dans les autres domaines, les parents soient à l'écoute de leur enfant, de ses questionnements et de ses doutes : l'instauration d'un dialogue continu et régulier est donc indispensable. C'est la condition du développement harmonieux – tant psychique que physique – de l'enfant et de l'adolescent.

Les parents ne sont pas égaux entre eux

Cependant, ces positions intuitives ou innées des parents, scindées en pôles maternel et paternel, peuvent se modifier selon la position de sujet de

chaque parent. Si une mère est plutôt structurée sur un mode masculin dans ses traits de personnalité, elle aura tendance à empiéter sur les prérogatives usuelles des pères en plus de leur pôle maternel habituel. De même, des pères ayant une sensibilité d'allure féminine seront amenés de leur côté à « materner » et dans ce cas seront souvent qualifiés de « papa-poule ». Ces variations sont courantes et les enfants s'adaptent le plus régulièrement à ces aspects de parentalité indifférenciée, à condition que chacun assume aussi la place qui lui revient.

Lorsque des situations de crise surviennent, les parents peuvent se sentir dépassés et désorientés par des enfants qu'ils ne comprennent plus et qui en viennent à négliger leur santé et leur corps, surtout au temps de l'adolescence, dans divers types de conduites à risques qui peuvent banalement aller de l'abus de tabac ou d'alcool à la prise de substances psychotropes ou des conduites à risques mettant en jeu leur corps propre et parfois avec des risques vitaux (sports dangereux, vitesse en moto, scooter, auto, etc.). C'est le temps où les parents pourraient se faire guider par des professionnels de la santé, avant de s'adresser, en dernier recours, à des consultations psychologiques spécialisées.

Les parents ne sont pas égaux entre eux, ainsi le genre qui les constitue implique un rapport aux autres différent, y compris vers leurs propres enfants. Ce qui n'empêche nullement les parents de communiquer entre eux des préoccupations qu'ils ont à l'égard de la santé de leurs enfants !

Didier Lauru

Psychiatre-psychanalyste, directeur de la revue *Enfances & Psy*.

► Références bibliographiques

- (1) À paraître en 2004, *La question du père à l'adolescence*. Sous la direction de Didier Lauru et Jean-Louis Lerun. Erès, Coll. *Enfances & psy*, 2004.
(2) Le Breton D. *Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris : Métailié, coll. *Traversée*, 2002 : 228 p.

Christine Ducamp-Mayolle :

« Les parents se sentent dépossédés de leurs fonctions d'éducateurs »

Face à leurs adolescents, nombre de parents se sentent dépossédés de leur fonctions parentales, en particulier sur les sujets ayant trait à la santé. Ils attendent des magazines des informations leur permettant d'entrer en contact avec leurs enfants, voire de répondre à leurs arguments, analyse Christine Ducamp-Mayolle, rédactrice en chef adjointe de *Top Famille magazine*, psychologue et psychanalyste de formation.

La Santé de l'homme : Quel est le profil de vos parents lecteurs ?

Christine Ducamp-Mayolle : Nous sommes un magazine familial plutôt que parental, nous avons pour particularité de nous adresser à des parents d'enfants de 0 à 16 ans, ayant majoritairement plusieurs enfants, donc expérimentés. Notre ancrage, c'est la dynamique familiale, nous traitons de tous les domaines (éducation, santé, société, etc.), décryptons les informations pour faire en sorte que les relations familiales au quotidien s'améliorent.

S. H. : Comment vous adressez-vous aux parents ?

Christine Ducamp-Mayolle : Nous partons des préoccupations des parents sur la santé physique et psychique de leurs enfants et essayons de les aider dans leur action parentale. Nous informons sur la santé des enfants dans une dynamique globale, à la fois médicale et psychologique, voire sociétale.

Sur le plan médical, nous essayons d'informer les parents en amont de la consultation chez le médecin, de les aider à repérer des symptômes. Le plus souvent, nous traitons de manière globale les questions de santé, c'est le cas quand nous traitons un sujet ayant trait au développement psychomoteur, comme la dyspraxie (troubles de la coordination, de l'organisation du geste, du regard, etc.) ; nous avons une

très forte demande de nos lecteurs depuis très longtemps, sur cette maladie peu connue, mal identifiée et qui peut provoquer des dégâts dans les apprentissages premiers de l'enfant si elle n'est pas repérée à temps.

Autre exemple, la dyslexie (difficulté durable d'apprentissage de la lecture) : dans le dernier article que nous avons consacré à ce sujet, nous avons choisi d'informer sur la galère des parents, à partir d'histoires individuelles représentatives. En présentant les différentes formes de dyslexie – simple, grave, handicapante –, nous tentons d'aider les parents à se repérer dans cet univers.

Toujours avec cette même approche d'action parentale, nous consacrons un dossier de dix pages aux répercussions de la maladie d'un enfant sur la famille. Partant de pathologies récurrentes, comme le diabète, l'autisme ou une psychose, nous tentons de décrypter leur incidence sur la dynamique familiale, les répercussions pour la mère, le père, le couple, la fratrie. Là encore, nous essayons d'accompagner les parents.

Mais nous avons aussi des articles n'ayant qu'un objectif pratique : dans nos pages destinées aux parents des tout-petits, nous venons, par exemple, de passer en revue la centaine de laits vendus en grandes surfaces pour aider les parents à choisir le mieux adapté aux soucis que rencontre leur bébé.

Dans nos pages « santé enfants », nous abordons un large éventail de sujets depuis « les ratés de la propreté chez les 2-8 ans » à « trop d'antibios » en passant par « comment les aider à vaincre leur fatigue ? » ou « comment se débarrasser des verrues plantaires ? »

S. H. : Quels types d'informations vous demandent vos lecteurs ?

Christine Ducamp-Mayolle : Les deux champs qui les intéressent prioritairement – comme en témoignent entre autres nos forums sur Internet – sont le développement de l'enfant et la prévention ; dans ce dernier domaine, ils demandent une alerte informative en amont sur tous les thèmes.

S. H. : Mères et pères sont-ils en difficulté pour exercer leur parentalité ?

Christine Ducamp-Mayolle : Les échanges que nous avons avec les experts et nos lecteurs confirment que mères et pères se sentent dépossédés de leur fonction parentale. Ils ont le sentiment de ne plus être au centre de la famille, de ne plus être détenteurs de l'autorité, y compris sur les questions de santé. Daniel Marcelli, pédopsychiatre, souligne à quel point les parents d'adolescents peuvent être dépossédés de ce lien-là s'ils n'ont pas réussi à mettre en place un lien d'autorité naturel et évident quand les enfants sont très petits. Comment, en effet, gérer la probléma-

• COMMUNIQUÉ •

Education
Santé
sommaire

n° 181 – Août 2003

Initiatives

La prévention du suicide en milieu scolaire

par Chantal Leva, Vincianne Schul et Valérie Coupienne

Campagne « été 2003 » de prévention des MST

par Nicole Maréchal et Thierry Martin

Rodin: pas de fumée sans feu

par Marleen Teugels

Tabac : appel à ratification de la convention-cadre par la Belgique Travail à horaires irréguliers et santé

par Sylvie Bourguignon

Réflexion

La formation des personnels en PSE

par Marguerite Lion-Delahaut

Matériel

« Vivre, apprendre, expérimenter à l'école »

par Annick Moreau

Badaboum et Garatoi, coup de cœur Outilthèque

Les contes des 1001 seins, coup de cœur Outilthèque

Le secret de Valery, initiation aux valeurs humanitaires

Vu pour vous

Collection vidéo « éducation santé » : le disque supplante l'imprimé

par Vincent Guérin

La main au chapeau, intégration de la personne handicapée

par Vincent Guérin

Ma santé en questions

« J'vais le dire », gestion des conflits à l'école maternelle

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique ; pour les abonnements à l'étranger, une contribution de 20 € est demandée (l'abonnement prenant cours dès réception du paiement).

tique de santé chez cet adolescent quand on ne réussit pas soi-même parent, à être à sa juste place de parent éducateur ?

C'est ici que des médias comme le nôtre peuvent intervenir en tant que « médiateurs ». Si l'on traite, par exemple, un sujet difficile comme le suicide des adolescents, de quelle façon alerter les parents sur le fait que le suicide est la deuxième cause de mortalité en France ? Pour traiter ce sujet, nous avons choisi de publier un entretien avec Marie Choquet, psychologue à l'Inserm, pour qu'elle-même alerte directement les parents. Dans ce cas, notre magazine pourra être placé sur la table du salon, comme support de discussion. En résumé, notre travail est de redonner aux parents les outils pour qu'ils redeviennent des parents éducateurs.

S. H. : À quels moments les parents sont les plus demandeurs de soutien ?

Christine Ducamp-Mayolle : Ils demandent une guidance forte lorsque l'enfant a de 2 à 4 ans, puis au début de l'adolescence. Pères et mères, confrontés à des problèmes délicats, se sentent alors souvent désarmés. Ils sont très demandeurs d'arguments à faire valoir face à leurs enfants dans le domaine de

la santé. En bref, ils nous demandent de les accompagner pour se remettre au centre de la famille comme parents éducateurs.

Sur des thèmes de préoccupation majeure tels le sida, le suicide, le tabac ou les drogues, le parent doit avoir une vraie place : quoi que puisse entendre l'enfant par ailleurs, il est l'adulte éducateur auquel incombe le travail d'information et de prévention. Nous lui donnons des informations pour l'aider à s'adresser à l'adolescent, en décryptant les réactions de ce dernier ; en rappelant que la parole du parent n'est certes pas celle qu'il va entendre de façon privilégiée mais que cette parole est importante et que les parents doivent la lui donner. Ils doivent être présents avec tact, sans être intrusifs en matière de sexualité ; et, s'ils se sentent dépassés par des problèmes de type toxicomanie, nous pouvons leur suggérer d'effectuer un travail sur eux-mêmes pour pouvoir aider davantage leur enfant. Nous leur rappelons que ce dernier doit aussi avoir des interlocuteurs extérieurs, compte tenu du fait que la parole parentale ne sera pas classée prioritaire par l'adolescent. Dans tous les cas, c'est sur cette fonction parentale mise à mal qu'ils nous demandent une assistance pragmatique.

Propos recueillis par Yves Géry

Violences visuelles : dialoguer plutôt qu'interdire

Les images auxquelles les enfants sont confrontés représentent un risque pour leur santé, par la violence qu'elles contiennent et les stéréotypes qu'elles véhiculent. C'est par le dialogue que les parents peuvent aider leurs enfants à se protéger contre les dangers des médias. Ils ne doivent pas seulement interdire, mais expliquer, argumenter.

L'interdiction de certains spectacles aux mineurs et la signalétique télévisuelle sont deux éléments majeurs du dispositif de prévention des dangers de certaines images. Ils ont des conséquences très bénéfiques sur la vie familiale : les parents qui veulent encadrer les spectacles de leurs enfants ont beaucoup plus de facilité pour le faire lorsqu'ils peuvent s'appuyer sur des conseils officiels. En outre, le parent qui interdit un spectacle à son enfant sous prétexte que cela correspond à la

recommandation de la Commission de classification fait en quelque sorte d'une pierre deux coups. Il protège son enfant et il l'inscrit en même temps dans la loi commune, ce qui est une démarche à la fois socialisante et structurante. De telles mesures sont positives parce qu'elles placent les parents devant leurs responsabilités.

Pourtant, il serait illusoire de croire pouvoir éviter par ce moyen que nos enfants ne voient un jour des images

qui les malmènent et risquent de les traumatiser. C'est pourquoi il faut que les parents prennent l'initiative d'ouvrir le dialogue avec leurs enfants. C'est le seul remède à la crise de l'autorité parentale et aux dangers des médias. Il est notamment important de comparer les valeurs véhiculées par les émissions vues en famille avec celles que les parents désirent apprendre à leurs enfants. Les domaines où la culture télévisuelle et la culture des parents peuvent s'opposer ne manquent pas, qu'il s'agisse de l'idéalisation de la lutte, de la valorisation de l'autoritarisme ou de l'inégalité entre les sexes. Et, pour cela, le mieux est de partir de ce qui a pu choquer l'enfant et de chercher avec lui ce qui l'a malmené dans ce qu'il a vu. C'est une manière de lui permettre de « digérer » les images qui lui sont en quelque sorte « restées en travers de la gorge », mais c'est aussi une façon de le sensibiliser au fait que toute image est un rapport de force et qu'il devra toujours s'en méfier.

C'est pourquoi, par exemple, si un enfant petit demande à regarder le journal télévisé, il faut commencer par lui demander pourquoi : peut-être a-t-il de bonnes raisons ! Un enfant curieux d'images a pu être mis en éveil par l'école ou par des conversations avec des camarades. Et toute occasion d'échanger avec son enfant est une bonne occasion. De même, si un enfant ne veut pas regarder la télévision, il est important de parler avec lui des raisons de ce refus. Souvent, il a

été surpris par des images qui l'ont choqué à un autre moment – qu'il s'agisse de violence ou de pornographie. Il refuse alors de regarder car il craint d'être agressé à nouveau. Et d'autres fois, il demande que l'adulte reste près de lui pour la même raison.

Si des parents parlent à leur enfant pour lui expliquer le monde, il aura confiance en eux parce qu'ils lui font confiance en lui parlant. Sinon, il développera un sentiment de solitude, d'insécurité intérieure, un langage pauvre, et il sera tenté de régler les problèmes de la vie en ayant davantage recours à la violence. S'il a été lui-même un enfant malmené, il aura d'autant plus tendance à prendre les images violentes qu'il voit comme un repère pour se défendre, agresser, ou même se venger sur d'autres des souffrances injustes qu'il estime avoir subies.

Quand l'horreur suscite le fou rire

Un autre point important consiste pour les parents à exprimer leurs émotions. Si un enfant est entouré d'adultes qui semblent ne rien ressentir face aux images violentes qui les entourent, il pense qu'être grand c'est pouvoir tout regarder sans rien ressentir. Il apprend alors, peu à peu, à s'immuniser contre les spectacles horribles vus à la télévision ou au cinéma, et finalement il s'immunise naturellement aussi contre le spectacle des horreurs réelles auxquelles il pourrait être confronté. Mais on voit que ce n'est pas la quantité d'images violentes vues qui détermine ce risque chez l'enfant, c'est l'attitude des adultes qui laisse penser qu'un « grand » n'éprouve jamais ni dégoût, ni malaise, ni gêne, ni peur devant les images. C'est pourquoi le rôle éducatif des adultes dans ce domaine consiste d'abord à accepter de montrer à leurs enfants ce qu'ils éprouvent face aux images... avant d'inviter ceux-ci à faire de même sans condamner aucune de leurs réactions. Face aux attentats du 11 septembre découverts à télévision, certains enfants ont, par exemple, eu besoin de manifester d'abord le fou rire ou la jubilation qui les avaient saisis lorsqu'ils pensaient encore que ces images étaient des fictions. C'était une manière pour eux de passer par la mise en forme émotionnelle de ce qu'ils avaient vécu avant de commencer à penser à la tragédie en elle-même. Empêcher les

enfants, pour des raisons morales, d'évoquer les émotions ressenties face à des spectacles d'images, c'est les condamner à enfermer ces émotions au plus profond d'eux-mêmes, avec le risque de les perturber durablement.

Privés de recul face à la violence visuelle

Nous voyons que si, en matière d'images, tout ne doit pas être autorisé, le rôle des parents ne saurait se réduire à interdire ! Et ils ne doivent, en particulier, jamais le faire en présentant ce qu'ils interdisent comme une merveilleuse friandise qui serait réservée aux adultes. Sont à proscrire notamment les phrases du genre : « *Ce n'est pas pour toi, tu le verras quand tu seras plus grand !* ». L'enfant aurait alors le sentiment qu'être « grand », c'est prendre du plaisir à des choses répugnantes ou éprouvantes. Quelle idée terrible il aurait alors de ce que sa majorité lui apportera ! Au contraire, les parents doivent expliquer à leur enfant qu'il n'est pas souhaitable qu'il voie ce spectacle car celui-ci lui imposerait une violence à laquelle il aurait de la difficulté à résister et qu'il ne pourrait prendre aucun recul tant il en serait bouleversé. Les enfants acceptent en général très bien ce raisonnement parce qu'il correspond souvent à une expérience pénible qu'ils ont faite un jour, celle d'être surpris par des images qui les ont sidérés et sur lesquelles ils n'ont pas pu avoir une réflexion. Si les choses lui sont dites de cette manière argumentée, l'enfant est introduit, à la fois, à la violence des images, à la légitimité de son désir de les comprendre et de prendre de la distance par rapport à elles et à la sollicitude de ses parents à son égard. Sinon, il risque d'oublier que les images sont le principal rapport de force avec lequel il aura à négocier toute sa vie, et cela bien après qu'il n'aura plus affaire à ses parents ! Que ce rapport de force se donne souvent les allures de la séduction ne change rien. On a appris aux enfants à ne pas suivre dans leur voiture les messieurs qui leur tendent un bonbon en leur entrouvrant la portière. Il faut maintenant leur apprendre à ne pas suivre les images qui leur tendent un bonbon à travers l'écran !

Serge Tisseron

Psychiatre, psychanalyste.

• COMMUNIQUÉ •

Education **Santé** sommaire

n° 182 - septembre 2003

Initiatives

La consommation des jeunes : le bien-être à quel prix ?

par Sylvie Bourguignon

« Au-delà de certaines limites, ce n'est plus du sport ! »

par Nicole Maréchal

Une campagne de promotion de l'activité physique au quotidien

par Véronique Janzyk

Locale

Santé et qualité de vie des familles

par l'Équipe du CLPS Brabant wallon

Stratégie

Les programmes subventionnés en 2002,

par Christian De Bock

Appel à candidature pour le CLPS Namur

Lu pour vous

Les droits du patient

par Sylvie Bourguignon

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique ; pour les abonnements à l'étranger, une contribution de 20 € est demandée (l'abonnement prenant cours dès réception du paiement).

Entre éducation et respect de l'autonomie

Sur les questions de santé, si l'adolescent écoute surtout ses pairs ou un adulte hors de sa famille, il se tourne parfois vers les services téléphoniques d'accueil anonymes, comme Fil Santé Jeunes. Les parents n'en ont pas moins un rôle fondamental à jouer : écouter, entendre, protéger... et savoir s'effacer.

Plate-forme d'accueil téléphonique animée par des écoutants professionnels, Fil Santé Jeunes est accessible par numéro vert, anonyme et gratuit (0 800 235 236), ouvert tous les jours de 8 h à minuit. Ce service s'est vu confier par les pouvoirs publics une double mission :

– proposer aux jeunes écoute, information et orientation dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale (*voir La Santé de l'homme n° 366*) ;

– être un observatoire national des difficultés des jeunes en matière de santé. Sa mission d'information et d'orientation intègre une mission d'accès aux soins¹.

Près de mille appels sont décrochés par jour. Environ trois cents font l'objet d'un entretien de guidance ou de soutien. Les thèmes d'appel se répartissent entre la santé au sens somatique strict, les états dépressifs, les difficultés relationnelles, les relations amoureuses et la sexualité. Le corps est au centre des préoccupations des jeunes.

En 2001, le dispositif a été complété par un site Internet : filsantejeunes.com. En moyenne, en 2002, plus de 3 100 pages du site ont été visitées par jour. Le nombre de visites et de visiteurs augmente de façon constante.

Détresse des parents qui appellent

La ligne Fil Santé Jeunes fait le choix de ne pas écouter les parents. En effet, Fil Santé Jeunes est un espace de parole pour les jeunes, un lieu et un instant, celui de l'entretien, qui leur sont réservés.

Dès lors, on peut s'interroger sur les appels de certains parents sur cette ligne : parfois ces appels correspondent à des situations d'urgence, de crise, telle cette maman qui téléphone un samedi alors qu'elle sort du commissariat où elle vient de signaler la fugue de sa fille. Seule, elle ne sait que faire et se demande comment préparer le retour de sa fille. Un autre jour, en semaine, elle aurait rapidement été orientée vers un service d'écoute adulte. Mais, le week-end, les lignes d'écoute de guidance parentale sont fermées.

Ce type d'appel reste exceptionnel sur Fil Santé Jeunes. Plus souvent, les écoutants ont le sentiment que les parents cherchent à s'immiscer dans l'intimité du jeune en s'adressant à un espace réservé à leur enfant : ce sont des appels de mères qui, « *par hasard* », ont découvert des cigarettes, du cannabis dans les poches de leur fils ; qui, toujours « *par hasard* », ont lu des révélations inquiétantes dans le journal intime de leur fille. Dans d'autres cas, c'est une mère ayant appuyé sur la touche « bis » du téléphone que vient de raccrocher son fils, qui questionne l'écoutant de Fil Santé Jeunes. Quel espace d'intimité ces parents laissent-ils à leurs enfants ? Quelle confiance leur accordent-ils ? Quelles inquiétudes, quelles angoisses sous-tendent ces appels ?

L'écoutant réoriente les parents vers un service qui leur est destiné. Ils seront alors pleinement dans leur place de parent, d'adulte (et non d'adolescent), dans un espace qui leur est réservé. Le propos n'est pas ici de cri-

tiquer les parents, mais de montrer comment, soudain, l'arrivée de l'adolescence dans la famille bouleverse les pensées et ressentis de chacun. Le jeune ne jaillit pas un beau matin au sein d'une famille ; pourtant, l'adolescence est un processus qui va soudain chambouler les relations entre les individus. Ce processus du « grandir » est souvent appréhendé bien avant par les parents, qui redoutent cet âge. Il plane autour de l'adolescence un parfum de crise, de conflit, de rébellion et de révolte. Les médias renvoient une image effrayante de la jeunesse : toxicomanie, dépression, anorexie, suicide, accident de la route et prise de risque, grossesse précoce, voilà les thèmes généralement développés à propos de l'adolescence. Ces thèmes d'inquiétude apparaissent d'ailleurs dans l'enquête réalisée à l'École des parents et des Éducateurs sur Inter Service Parents (service d'accueil destiné aux parents) et Fil Santé Jeunes, à l'initiative de la délégation interministérielle à la Famille et avec le soutien de la Fondation de France.

Faire face à sa santé, sans les parents

Toutefois, comment un père, une mère ne s'inquiéteraient-ils pas de l'arrivée de ce cataclysme qu'est l'adolescence ? D'autant que la métamorphose du jeune est visible par lui-même et par son entourage : la croissance s'accélère et, soudain, le jeune qui arrivait à peine à voir son image dans le miroir se retrouve tous les matins devant un visage bien au centre du miroir qui se transforme également et auquel il doit s'habituer.

périence. Tout en reconnaissant les connaissances et la sagesse des plus âgés, ils les trouvent trop éloignés de leurs préoccupations pour être aptes à les comprendre. Plus qu'une réponse « scientifique », ils attendent un échange au cours duquel ils pourraient, oseraient se confier. Un savoir livresque est pour eux inadéquat parce qu'insuffisamment personnalisé. Ils s'avouent surtout séduits par les émissions de radio. Les lignes téléphoniques spécialisées, sources d'informations, sont reconnues comme pratiques même si aucun d'entre eux ne dit avoir essayé. Ils les associent à la prévention avec une dimension supplémentaire, un peu comme une visite à un médecin confident.

Parmi les 1 300 jeunes interrogés, en 2001, pour une enquête menée par la Fondation de France et l'École des parents, 76 % disent privilégier, face à une difficulté, le recours aux pairs. Il semblerait que, pour formuler un problème, il soit plus envisageable pour eux de s'adresser à quelqu'un à qui ils peuvent s'identifier. Cependant, si les copains partagent les mêmes doutes, ils ne peuvent répondre de manière rassurante. Parfois, il se révèle même décourageant de soumettre ses craintes à un membre du groupe ami, la dramatisation, la dérision, voire les moqueries sont vite là...

Sur la prévention, la majorité d'entre eux réagit : ils connaissent ! Cela commence à la maison, pendant la petite enfance. « *Regarde avant de traverser la rue* », « *Ne parle pas à un inconnu, ne suis personne sans nous prévenir* », « *Lave-toi les dents avant d'aller te coucher* ». En grandissant, il devient plus difficile d'écouter les parents, qui ont l'air gênés de parler du sida et surtout du préservatif. Ce qui ne donne pas envie de les questionner pour mieux comprendre. D'ailleurs, pour une fois, eux non plus ne semblent pas prêts à s'étendre sur le sujet.

Adultes : écouter, assumer

Il y a pourtant des cas où il est nécessaire que l'adulte fasse sentir sa présence, son soutien. Les parents en premier lieu, et tous les adultes proches du jeune, dont les éducateurs, doivent être capables d'assurer sa sécurité. Sécurité physique, quand il s'agit de sa santé, mais aussi quand il se sent menacé parce que victime de racket, de violence

Les parents qui devaient jusque-là se baisser pour s'adresser à lui doivent maintenant lever la tête. Par là même, la relation change. L'adolescent qui jusqu'à présent ne présentait pas de pudeur particulière à la maison s'enferme dans la salle de bains, il ne se laisse plus voir. Il peut être difficile pour une mère de, subitement, ne plus pouvoir surveiller le corps de son enfant, ne plus voir si tout va bien. On constate souvent combien il est difficile de laisser le jeune seul lors de la consultation chez le médecin. Pourtant, c'est en l'absence de ses parents que l'adolescent peut interroger sur des préoccupations telles que le développement de son corps, de ses organes génitaux, de leur bon fonctionnement...

Grandir passe alors par une prise de distance qui est parfois interprétée comme une déperdition de l'attachement aux parents. Mais il est nécessaire pour le jeune de s'écarter des parents pour se développer. Plus qu'un éloignement, il s'agit d'un décentrement. Et c'est probablement là que ça fait mal. Les parents ne sont plus les objets d'amour unique, centres de l'intérêt du jeune. Ce décentrement n'est pas une rupture mais une continuité. Plus les parents acceptent ce changement en

respectant l'intimité du jeune, plus celui-ci leur garde une place de référence. Pourtant, il ne s'agit pas d'éviter le conflit.

D'autres personnes acquièrent une importance croissante, ils sont plus nombreux, inconnus, ou mal connus des parents ; ils ont des activités communes avec leur enfant, des discussions passionnantes que l'adulte ne peut et ne doit pas entendre. Il s'agit, prioritairement, des copains. Le groupe des pairs, comme on l'appelle, devient à l'adolescence le cercle de référence du jeune. Il l'aide à traverser cette période pendant laquelle le jeune construit son identité.

Adolescence : les pairs, des éducateurs ?

Dans ce contexte, où trouver l'information en matière de santé ? Qu'en est-il de la prévention des risques à l'adolescence ? L'information reçue des amis est-elle fiable ? Comment oser poser toutes les questions, qui deviennent vite gênantes, impudiques...

Des lycéens interrogés à l'occasion d'un forum santé précisaient se sentir mieux compris par un camarade ou par un jeune adulte que par un adulte d'ex-

par d'autres adolescents ou des adultes. Les parents doivent alors être à l'écoute et dans l'action protectrice du jeune. La santé ne se réduit pas au corps et à la prévention des maladies, elle couvre aussi le bien-être psychologique et social. C'est quand les adultes ne répondent pas, « se défilent », qu'ils perdent la confiance des jeunes et que le dialogue se fige entre les générations. Les sentiments de mal-être, de peur des autres ou de soi-même, de mal de vivre se cristallisent parfois à l'adolescence. Il faut savoir les percevoir, affronter le problème quand on est parent. Parfois, certains préfèrent ne pas voir, car ils sont trop inquiets : ils sont alors dans le déni de la souffrance de leur enfant, laquelle leur est insupportable.

Souvent les jeunes expriment leur difficulté à parler à leurs parents de leurs problèmes car ils ont peur de les inquiéter, de trop les « charger », ils ne veulent pas les « embêter ». La disponibilité que les adultes témoignent vis-à-vis de leurs enfants est donc primordiale et elle devrait s'accompagner pour les jeunes

du sentiment que leurs parents vont bien. L'enquête réalisée dans les deux services téléphoniques Inter Services Parents et Fil Santé Jeunes fait apparaître que les jeunes sont très sensibles au moral et au manque de patience de leurs parents. On imagine aisément que cela joue sur le climat familial.

Le changement de comportement d'un adolescent est toujours un signe d'alerte. Il semble donc important d'aider les parents à détecter, répertorier et trier les signes du malaise de leur adolescent. Ils pourront alors se tourner vers des professionnels de santé, mais aussi vers des réseaux d'aide qui recevront la famille ou le jeune. En demandant de l'aide, l'adulte ne témoigne pas de son incapacité à faire face, mais bien de sa capacité à tout mettre en œuvre pour le mieux-être de son enfant.

Il est donc nécessaire de permettre aux parents de s'adresser facilement à des professionnels de santé, mais aussi à des réseaux d'aide, de réflexion, et d'accompagnement à la parentalité. Les

symptômes physiques ne doivent pas systématiquement être traités de façon isolée. En tant que parent, prendre soin de son adolescent, c'est l'entendre, le voir dans sa globalité, le guider dans la connaissance de soi, corps et esprit, l'accompagner dans son insertion dans la société.

Brigitte Cadéac

Conseillère conjugale et familiale,
Responsable du dispositif Fil Santé Jeunes,

Nadège Pierre

Psychologue,
Responsable Fil Santé Jeunes-Téléphone.

1. Fil Santé Jeunes a été confié par la direction générale de la Santé (DGS) – ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la direction générale des Affaires sociales (DGAS) – ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, à l'École des parents et des éducateurs d'Ile-de-France.

Fil Santé Jeunes dispose de cartes et d'affiches pour les jeunes. Pour tout envoi, contacter le 01 44 93 44 64.

Et si professionnels et parents œuvraient ensemble ?

« Cessons de nous gargariser d'un prétendu idéal de parentalité : en dépit des progrès des connaissances, le fossé ne fait que se creuser entre le savoir théorique et la pratique possible », avertissent Maurice Titran et Annick-Camille Dumaret, qui accompagnent des familles en difficulté. Un travail d'échange sur le long terme qui donne d'indéniables résultats.

La définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne « l'état complet de bien-être physique, mental et social ». ... Pour l'enfant, nous ajouterons l'importance des interrelations qu'il établit depuis la vie anténatale avec sa mère et l'environnement de celle-ci. L'état de sécurité affective dans lequel elle se trouve intervient sur le talent qu'elle aura, ainsi que son bébé, à faire face aux difficultés ordinaires de la vie.

Des facteurs multiples y contribuent. Ils tiennent tant aux potentiels biologique, génétique qu'affectif de cet enfant, et ils interviennent en se combinant à tous les stades de développement. La capacité de l'environnement humain à répondre à ces potentiels concourt à donner un sens aux perceptions de l'enfant. C'est alors que coexistent parents et professionnels : promesse d'alliance possible en tenant compte des différences de perception,

par les uns et les autres, des besoins en santé de l'enfant.

Or, il faut bien reconnaître que, dans les milieux qui présentent de nombreux handicaps psychosociaux, les professionnels sollicités éprouvent des difficultés plus ou moins importantes pour comprendre les familles, les soutenir et les aider. Quant aux parents, parmi les multiples difficultés qu'ils peuvent rencontrer, citons l'accès au langage oral,

les difficultés de compréhension et d'expression.

Faire émerger les compétences réciproques

L'histoire de certaines familles, celles à vulnérabilités multiples, est faite de la répétition sur plusieurs générations des drames issus de violences, de ruptures, aboutissant à la perte des traces. Reste seulement l'amertume de tous ces souvenirs dans lesquels les professionnels sont parfois perçus comme associés à des situations douloureuses, compromettant les possibilités d'alliance actuelle entre ces professionnels et les familles. Plus inquiétant encore : alors que les professionnels disposent aujourd'hui de connaissances accrues, un fossé se creuse entre ce que la théorie enseigne et ce que la pratique permet (travail en réseau, au rythme des familles, en tenant compte des différences culturelles et des limites de chacun...).

Quand les familles rencontrent les professionnels, ces derniers mesurent l'ampleur des difficultés et mettent des mois à en déterminer les causes. Il s'agit

rarement de problèmes uniquement sanitaires. Le plus souvent, ces professionnels doivent prendre en compte les angoisses, les hontes, les peurs, les culpabilités, les réponses urgentes à apporter à « plus rien à manger », « ne plus savoir comment se loger », l'absence de ressources, la perte de protection sociale, etc.

Une action sociale doit donc être couplée de façon très précise dans un tandem médicosocial, en même temps que se construit, petit à petit, un projet éducatif. La stratégie de rencontre doit tenir compte de la possible émergence d'une souffrance supplémentaire (conscientisation des difficultés, confrontation avec un idéal de parentalité que les familles n'atteignent pas). C'est à partir de cette souffrance partagée où chacun perçoit ses limites et les accepte que peut se mettre en place un projet respectueux, éducatif, social, et thérapeutique si nécessaire.

Avec le temps, les diagnostics s'affinent, les projets se construisent, les nouvelles connaissances sont intégrées

et ne constituent plus des violences supplémentaires. Chacun émerge alors à ses meilleures compétences. Professionnels et familles s'étayent les uns les autres dans un « allant devenant ». Le temps, la patience, la confiance réciproque, l'humilité nécessaire débouchent sur la promotion réciproque.

C'est dans ce sens qu'un travail de groupe en santé communautaire est mené depuis plus de quinze ans auprès de familles et de leurs jeunes enfants, à Roubaix. Une évaluation récente témoigne que ces stratégies modifient les savoirs, les pratiques et le regard des professionnels (*voir l'interview de M. Titran page suivante*). Nombre de ces familles deviennent actrices de leur propre vie ; elles assument leurs compétences parentales, optimisant ainsi les potentiels de développement de leurs enfants.

Maurice Titran

Pédiatre, médecin directeur
 du CAMSP de Roubaix,

Annick-Camille Dumaret

Psychologue, ingénieur de recherche,
 Inserm unité 502-Cermes, site CNRS, Villejuif.

Maurice Titran, pédiatre :

« Nous tentons d'aider les parents à faire émerger leurs talents »

Maurice Titran accompagne depuis quinze ans, à Roubaix, dans le Nord, des familles en grande difficulté, y compris dans leur fonction parentale. Il plaide pour un soutien inscrit dans le temps, une remise en question de la façon de travailler des professionnels, une approche globale incluant le tissu social local.

La Santé de l'homme : En quoi consiste votre travail de groupe en santé communautaire auprès de familles et de leurs jeunes enfants ?

Maurice Titran : Nous aidons les mères à renforcer leurs talents. Quand le talent n'est pas suffisant, pas adapté, c'est le bébé qui souffre. Et c'est par la souffrance du bébé que la mère arrive à la consultation. C'est à ce moment-là que nous pouvons repérer ce qui, pour le bébé, est indispensable et utile, ce que la maman peut apporter, qu'est-ce qu'il faut aider à faire pour que cela tienne. C'est donc le bébé qui nous amène sa mère. Le déclencheur ? Il ne dort pas, ne digère pas, a des coliques, etc. Le bébé a un langage, ce n'est pas forcément un trouble, il parle, il s'exprime par son corps, par des comportements ; mais ces derniers ne sont pas forcément décryptés par le parent, parce que lui-même est en désir d'aimer, d'être aimé.

S. H. : Pourquoi avez-vous mis en place ce groupe ?

Maurice Titran : À force de constater que notre travail ne donnait pas de résultats ! Nous arrivions toujours trop tard, quand la pathologie s'était installée et que, en dépit des traitements mis en place, nous économisions mal les souffrances et étions confrontés à des séquelles chez ces enfants. Nous avons donc décidé de partir résolument sur un travail de prévention.

Ce travail consiste à découvrir les talents cachés des parents, des bébés... et des professionnels ! Parce que les professionnels savent aussi, encore faut-il les placer dans des conditions telles, qu'ils émergent à ces compétences ! Il faut souligner à quel point nous sommes dans une interrelation à trois, en alliance, prudence et écoute réciproque, en acceptant les limites de chacun. Le bébé, pour s'humaniser, doit être riche des interrelations que son environnement peut lui apporter ; il faut donc prendre en compte cette réalité des interrelations, de la vie affective, de la tendresse et de l'émotion dont on ne peut pas faire l'économie pour qu'un enfant se développe correctement.

S. H. : Quelle est votre marge d'action puisque vous ne pouvez pas influencer sur les conditions de vie quotidienne de ces familles démunies ?

Maurice Titran : Cette marge existe tout simplement parce qu'il y a des lois, et l'on s'aperçoit tout de même que les personnes qui se retrouvent à la marge – ou carrément exclues – le sont parfois parce qu'elles ont été victimes de violences qui n'ont pas tenu compte de la réalité des lois ! Donc, il faut d'abord réinscrire tout cela dans le droit, dans les moyens qu'il faut ensuite se donner pour que la loi s'exerce. Il n'est pas inutile de rappeler que cette loi est normalement faite pour protéger les plus faibles.

Et puis, il y a heureusement les structures sociales : les services sociaux, éducatifs, les liens avec tout ce qui existe dans une cité ! Les Africains disent que pour élever un enfant il faut un village. Et, donc, il faut activer tout ce qui existe comme richesse au niveau de la ville pour que justement cela fonctionne dans le meilleur sens possible pour ces familles compte tenu de leurs vulnérabilités.

S.H. : Contre quelles idées dominantes avez-vous à lutter pour aider à la réhabilitation de la fonction parentale ?

Maurice Titran : Contre les idées répandues par les lobbies à des fins mercantiles, en particulier ceux de l'alcool et du tabac. Prenez l'alcool et la grossesse : cela fait trente ans que l'on sait que l'alcool est tératogène ; les fabricants d'alcool le savent aussi et ils font tout ce qu'ils peuvent pour que la population ne le sache pas, y compris les femmes enceintes. Aux États-Unis et au Canada, c'est inscrit sur toutes les bouteilles. Pourquoi accepte-t-on cela depuis trente ans sachant qu'il y a en France, par an, sept mille enfants qui naissent blessés par ce produit tératogène ? Si l'on parle des addictions, on cite à juste titre l'alcool et le tabac, mais le sucre aussi est dans une certaine mesure une substance addictive ! Quand on met du sucre dans le lait des bébés, c'est volontairement pour les habituer

au goût sucré, pour les décourager très rapidement de prendre le lait maternel !

S. H. : Comment inscrire la parentalité dans ce contexte ?

Maurice Titran : Il faut instruire les parents sur le fait qu'ils sont manipulés par des intérêts économiques, afin qu'ils puissent prendre la bonne décision pour leur enfant, qu'ils puissent s'interroger véritablement sur ce qui va lui profiter. Car plus on est dans la pauvreté, plus on est accessible à ce type de message consumériste. Dépenser son argent est une forme d'addiction, que l'on retrouve dans beaucoup de familles qui ont peu de ressources et dépensent chaque mois l'intégralité de leur revenu. C'est de tout cela dont nous discutons avec les familles : nous essayons de travailler sur la prise de conscience et la critique de certains comportements, de la manière la plus délicate possible.

S. H. : Quel bilan dressez-vous de quinze années de ce travail de groupe ?

Maurice Titran : Nous sommes tous sortis un peu transformés de ces actions. Les parents changent : dans ces familles qui étaient très exclues et pour lesquelles on n'imaginait pas d'action possible, environ une famille sur deux se porte mieux. Et donc un enfant sur deux. Quant aux professionnels, on constate que, rapidement, ils intègrent ces transformations dans leurs modes de fonctionnement.

S. H. : Peut-on travailler sur l'environnement global de ces familles ?

Maurice Titran : On le doit. Prenez les problèmes d'addiction (alcool, tabac, médicaments) : une amélioration de l'état des parents sur ces questions se répercute immédiatement positivement chez les enfants. Prenez les problèmes de santé mentale, un certain nombre de parents qui ont un handicap psychique parviennent à accéder à des soins en santé mentale tout en continuant d'exercer leur fonction de parents. Il y a de ce point de vue un travail considérable à effectuer du côté des professionnels de la psychiatrie adulte, qui rencontrent d'im-

portantes difficultés pour prendre globalement en charge la famille. Ainsi, quand des mères chefs de famille ont besoin d'être hospitalisées, il faudrait les aider à continuer de pouvoir prendre soin de leurs enfants, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, par exemple, il n'existe aucun lieu où l'on peut hospitaliser en secteur périnatal une mère alcoolique et son enfant si cette mère a besoin de recevoir une aide en alcoologie du type sevrage. On lui dit qu'il faut arrêter de boire, mais elle répond qu'elle ne veut pas quitter son enfant. Les structures mères-enfants existent pour les femmes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, pourquoi pas pour celles en difficulté avec l'alcool ? Nous travaillons – sans succès jusqu'à présent – pour faire évoluer cette situation. Tout se passe comme si, dans l'inconscient collectif, on estimait qu'une femme qui s'alcoolise n'est pas vraiment une bonne mère *a priori*.

S. H. : Combien de temps faut-il pour obtenir ce type de résultat ?

Maurice Titran : Nous voyons ces familles une fois par semaine pendant au moins un an, et nous faisons une évaluation au bout de cinq ans. Il y a un résultat quand les enfants ne sont plus hospitalisés, plus malades, plus « cassés » comme auparavant et qu'il n'y a plus de ruptures dans la famille. Une fois que la situation s'est améliorée, nous avons beaucoup de demandes des parents pour en savoir davantage, savoir comment rester en bonne santé. Nous intégrons de plus en plus ce suivi dans notre travail quotidien. C'est un fil de prévention qui s'est tissé ; les parents consultent quand il voient un enfant qui s'agite, ils n'attendent pas la détresse somatique, ils arrivent avant ! Ce lien fait appel à une autre forme de transfert de savoir, qui n'est plus fondé sur la prescription, mais sur la discussion que l'on peut avoir pour comprendre de quoi chacun – enfant, parents professionnels – peut avoir besoin.

S. H. : Vous est-il arrivé de suivre des familles sur un temps plus long ?

Maurice Titran : Nous avons des mères que l'on connaît depuis plus de

dix ans : elles sont toujours là parce que les raisons qui font qu'elles sont dans cette souffrance, dans cette difficulté existentielle, sont toujours présentes ! Je pense, en particulier, au syndrome d'alcoolisation foetale. Les bébés qui ont été alcoolisés pendant la grossesse ont des séquelles neurologiques, des troubles de la pensée et du langage, de l'anxiété, des dépressions, qui pourront persister à l'âge adulte. Il faut donc les accompagner tout le temps qui est nécessaire, ce peut être une vie. Il faut arrêter de croire que, parce qu'on va mener des actions d'accompagnement en santé, on va rendre les gens autonomes. Il y a des personnes pour lesquelles, en menant des actions, on mesure leur niveau de dépendance à d'autres systèmes de fonctionnement. Ces dépendances sont liées aux limites que ces personnes peuvent avoir, à la façon dont, congénitalement, elles sont constituées, ce qui n'a rien à voir avec leurs talents génétiques ! Autrement dit, si ces personnes – blessées par l'alcool que leur mère a consommé lorsqu'elles étaient dans leur ventre – restent abstinentes et ont ensuite des enfants, elles auront des bébés normaux. Nous sommes ici face à un problème tératogène anténatal.

Même observation pour le tabac : nous avons beaucoup d'enfants présentant des troubles du comportement, une hyperactivité, une instabilité qui perturbent énormément la relation sociale ; or ces troubles sont des séquelles de l'exposition aux doses fortes de tabac que ces enfants ont reçues pendant la grossesse. Ce fait est désormais avéré, comme en témoignent nombre de travaux scientifiques récents.

S. H. : Avez-vous le sentiment d'avoir contribué à renforcer les talents de parentalité de ces mères ?

Maurice Titran : Ce que je peux mesurer, c'est le plaisir que j'ai à travailler dans ce centre dans des situations très dures : depuis quinze ans, j'ai l'impression que la pénibilité de ma tâche s'est amoindrie. Cela me semble un bon signe.

Propos recueillis
 par **Yves Géry**

Ateliers santé : une porte ouverte sur la parentalité

Ateliers santé, formations : les actions de terrain d'éducation à la santé regroupant des adultes sont un lieu privilégié pour échanger astuces et encouragements sur le « métier » de parent. Le témoignage du Comité d'éducation pour la santé des Alpes-de-Haute-Provence.

En éducation pour la santé, le soutien à la parentalité est rarement un thème en soi, annoncé comme tel. En revanche, dès lors que, dans un groupe où l'on travaille sur l'éducation à la santé, les parents présents peuvent exprimer leurs difficultés et préoccupations par rapport à leurs enfants, qu'il s'agisse de sommeil, d'hygiène, d'alimentation, de consommation de produits nocifs ou interdits, de violences, le parent se sent aidé, rassuré, renforcé dans son rôle d'éducateur, dans ce qu'il essaie de transmettre à son enfant.

Toutes les actions nationales et locales d'éducation pour la santé – qu'elles visent un public d'enfants, comme la campagne « Équilibre de vie, prévention des cancers et des conduites à risques » ou « Prévention des dépendances en CM2 », qu'elles visent un public d'adultes, comme les ateliers santé du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) ou les ateliers « Santé positive » menés avec les détenus à la maison d'arrêt – font ressortir en toile de fond le thème du soutien à la parentalité.

En voici quelques exemples recueillis à travers notre pratique quotidienne :

- lors d'ateliers santé Praps, des mamans s'échangent des « tuyaux » pour arriver à faire manger des légumes à leurs enfants ;
- un homme décide de ne plus rouler ses cigarettes devant le fils de sa compagne car il vient de prendre conscience que celui-ci imite ses gestes ;
- des mères qui élèvent seules leur(s) enfant(s) parlent de leurs difficultés à faire face à l'ensemble de leurs respon-

sabilités, à tenir tous les rôles. Difficulté aussi, quand l'enfant part exceptionnellement chez son père, d'organiser leur temps libre car elles ont perdu l'habitude de prendre soin d'elles. Là aussi, des astuces sont échangées, des encouragements donnés ;

- à quelques jours de Noël, l'un des participants à un atelier raconte comment il a été battu et dépossédé de ses papiers, courses et argent. Sous le choc, il envisage de renoncer à aller rejoindre, à l'autre extrémité de la France, sa fille, qu'il n'a pas vue depuis plusieurs mois. L'ensemble du groupe va alors chercher des solutions pour que son projet initial aboutisse. Son projet reprend vie... et il aboutira ;

- ailleurs, ce sont des mères qui expriment leurs peurs dans la perspective du passage au collège de leurs enfants (violence, racket, tabac, drogues). C'est après avoir abordé le thème des addictions lors d'un atelier que certaines décideront d'assister à la réunion parents-enseignants qui précède l'action « Prévention des dépendances en CM2 ». Elles exprimeront alors leur motivation à être bien informées sur ces thèmes, souligneront leurs préoccupations quant à l'exemple du père ou du grand-père qui boit ou qui fume ;

- des ateliers santé avec des mères turques ont débouché sur des rencontres avec les enseignantes : pour la première fois, elles passaient les grilles de l'école et rencontraient personnellement les institutrices. Par la suite, certaines sont venues assister aux réunions proposées par l'école.

Quand, par exemple, on évoque l'alimentation et les effets sur la santé des chips, sodas, etc., une, puis plusieurs mères osent exprimer leurs difficultés à dire « non » à l'enfant qui se met à pleurer à la caisse du magasin. Le débat s'ouvre alors sur la possibilité et la nécessité de dire « non » à son enfant !

Quand ce travail auprès de parents est couplé avec l'apport d'informations

données aux enfants dans le cadre scolaire, comme dans la campagne « Équilibre de vie », cette fertilisation croisée s'avère très efficace : l'enfant s'approprie ce qu'il entend en classe et le ramène à la maison comme un objet de valeur.

Et, quand la famille s'y prête, des modifications sont mises en place : tel enfant se couche plus tôt car il a observé et respecte l'heure d'arrivée de son sommeil, tel autre boit moins de sodas, un autre encore mange davantage de fruits, se lave les mains plus souvent, surveille l'équilibre alimentaire de la tablée ou brosse plus régulièrement ses dents.

En réunion de fin d'année, les parents témoignent de l'aide que ces informations extérieures leur a apporté : « Ça m'aide ! », « Ça m'arrange ! », « C'est plus facile pour qu'il aille se coucher. » Une mère rencontrée à la sortie de l'école nous confie : « Depuis des mois, je répète des choses qui ne sont pas entendues, vous avez réussi à lui donner envie de se brosser les dents. » Les parents effectuent leur travail d'éducateurs et nos interventions donnent du poids à leur(s) parole(s). « Ils comprennent car on leur a donné des explications. »

Beaucoup d'autres exemples pourraient être mis en avant, issus des ateliers ou rencontres avec d'autres groupes (jeunes, détenus, etc.) ou sur d'autres thèmes : adolescence, dépendances, sexualité, deuil, stress et relaxation, etc. Les parents se mettent alors en recherche de mots qu'ils pourraient utiliser, de lieux dans lesquels ils trouveront de l'aide, de solutions qu'ils vont construire... Dans les ateliers d'éducation pour la santé, ils trouvent parfois une réponse à leurs interrogations sur la parentalité.

Claudine Campy Comte

Éducatrice de santé,

Anne-Marie Saugeron

Directrice, Codes des Alpes-de-Haute-Provence.

Rencontres nutrition : un lieu de débat entre parents et professionnels

Faire prendre conscience aux familles de l'importance du temps du repas et du contenu de l'assiette pour le devenir de leurs enfants, tel est le but poursuivi par l'action d'éducation nutritionnelle parents-enfants mise en œuvre à Saint-Sever, dans les Landes. Professionnels de l'éducation et de la santé se sont mis à l'écoute de la population.

Les « rencontres nutrition » ont été impulsées en 2002 par l'Association familiale et rurale, en partant des préoccupations exprimées par les parents autour de l'alimentation. En deux ans, une vingtaine de ces rencontres se sont tenues entre parents et professionnels de l'éducation et de la santé (PMI, directrice de crèche, etc.), impliquant l'ensemble des écoles maternelles et primaires du canton de Saint-Sever. Objectif : informer en partant des attentes des parents, répondre à toutes les questions, celles par exemple des familles conciliant difficilement nutrition et budget serré. « *Pourquoi donner des épinards à la cantine alors qu'il vaut mieux donner des pâtes ou des frites ? Au moins les enfants mangeront...* », ont notamment fait remarquer certains parents. Ces rencontres ont donc permis d'échanger sur le type d'alimentation proposé aux enfants dans les cantines, de rappeler que ces structures d'accueil ont un rôle à jouer en matière d'éducation au goût. Les rencontres au sein de l'épicerie sociale ont permis de constater qu'un grand nombre de familles ne savaient pas comment cuisiner ; professionnels et responsables d'associations leur ont donc distribué des fiches de recettes.

Cette action est fondée sur un large partenariat, incluant les institutionnels (caisse primaire d'Assurance Maladie,

direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, Inspection académique), les élus (de la Communauté de communes), les associations départementales (comité départemental d'Éducation pour la santé des Landes) et familiales, les représentants de parents d'élèves, des professionnels de la petite enfance, de la santé et de la restauration scolaire, des instituteurs, mais aussi des bénévoles ou des salariés œuvrant au sein d'associations à objet de loisirs ou social. Lors de ces rencontres, chacun a pu être entendu dans sa pratique,

son quotidien, sans qu'aucun jugement ne soit porté. Ce fut un temps d'écoute, de questionnements, de reconnaissance des difficultés rencontrées.

Aborder la nutrition par le jeu

Cet échange a généré une envie commune de trouver une réponse appropriée. Ainsi, parallèlement à l'organisation des rencontres parents-professionnels, des groupes de travail, constitués depuis 2002, ont notamment permis aux instituteurs de se retrouver avec d'autres professionnels pour travailler sur des outils pédagogiques à

destination des enfants. Pour susciter l'intérêt des parents mais aussi des enfants sur la nutrition, un jeu de piste intitulé « rallye du goût » a été organisé courant octobre 2003, réunissant deux cents personnes et clôturé par un goûter associatif. Ce jeu a, dès sa création, impliqué la population locale et permis aux familles d'échanger de manière conviviale autour d'un support ludique.

Le parti pris a été de mettre à contribution les « bonnes volontés » – et pas uniquement les professionnels – pour que chacun se sente acteur (par exemple l'épicerie sociale a organisé un atelier jardinage, les enfants se sont occupés des dessins et de la mise en place des supports de communication, etc.). Des soirées-débats autour de la nutrition ont également été organisées.

Trois ans après le lancement de cette action, un premier bilan permet de souligner la richesse des échanges lors des réunions de travail, chacun apportant sa contribution en se fondant sur ses spécificités ; le travail en partenariat permet une meilleure appropriation des objectifs par les différents acteurs, d'autant que les associations locales, fortement impliquées, n'ont pas été déposées de la maîtrise du projet par les représentants institutionnels. Il est cependant à craindre que l'investissement croissant des professionnels dans cette action ne se fasse au détriment des familles qui en sont à l'origine. Il faudra veiller à maintenir la place de ces dernières, en privilégiant les petits groupes de réflexion plus propices aux échanges informels.

Anne Van Craynest-Puyvandran

Infirmière scolaire, organisatrice des rencontres nutrition.

La parentalité commence avant la naissance

La parentalité commence à s'exercer avant la naissance. Les parents doivent s'adapter au développement de leur enfant pour remplir cette fonction, en particulier à l'adolescence, où le jeune demande sécurité et autonomie. Un programme pilote dans les maternités du Nord-Pas-de-Calais permet de soutenir les parents dans les premières semaines de la vie *via* une formation renforcée des professionnels.

L'enfance s'apparente à un processus où se construit – ou se détériore – le capital santé physique, psychique et affective et où s'accomplit, ou non, son insertion sociale. L'enfant est au centre d'un système constitué par la famille – personnes référentes de l'enfant –, l'école, les pairs, le quartier et d'autres lieux de socialisation spécifiques à certaines tranches d'âge. Le développement de l'enfant – doté de ses caractéristiques propres – va se faire par la rencontre avec ses parents (ou substituts) à un moment de leur histoire, avec tout ce que l'enfant va réveiller en eux à chaque étape de son développement.

Les échanges entre l'enfant et son environnement sont le moteur du développement. Des interactions de mauvaise qualité, du fait des caractéristiques de l'enfant ou de celles d'un milieu particulier, compromettent le développement harmonieux. Sans intervention régulatrice, un processus cumulatif de dégradation va provoquer une « précarisation » du développement.

Divers facteurs peuvent infléchir les trajectoires, mais aucun facteur ne peut à lui seul permettre de prédire le développement de l'enfant. L'association de facteurs de risque détermine tout au plus le degré de vulnérabilité de l'enfant car d'autres facteurs pourront jouer un rôle de protection ou de compensation. En fonction des trajectoires, les expériences seront vécues différemment et des significations différentes seront attribuées aux milieux de vie traversés.

La nature des expériences de développement offertes par le milieu familial va varier d'un enfant à l'autre selon les caractéristiques du groupe familial (composition, statut de ses membres, niveau socioculturel, etc.) et ses conditions matérielles d'existence.

L'importance de ce milieu tient au fait qu'il est, non seulement, le premier dans lequel va se constituer le fondement de l'organisation comportementale de l'enfant, mais aussi celui dans lequel le développement va s'inscrire le plus durablement. Cadre institutionnel des premiers échanges humains, la famille accompagne en outre l'intégration sociale de l'enfant au sein des autres institutions (crèche, école, etc.) et des groupes sociaux (amis, quartier, clubs et associations, etc.).

La famille aura à mobiliser ses ressources et compétences en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant. Les attitudes et pratiques éducatives familiales qui sont façonnées, à la fois, par le système de valeurs des parents mais aussi par leurs conditions de vie (habitat rural/urbain, taille du logement, niveau socioculturel, etc.) vont infléchir de façon marquée la trajectoire de l'enfant.

Adolescence : renégociation des rôles

La famille peut être vue comme une instance de socialisation dynamique. Elle va, en effet, devoir réaliser des ajustements au fil du développement de l'enfant pour répondre à l'évolution de

ses besoins. Les transitions dans le développement seront des périodes de déséquilibre à la fois pour l'enfant et sa famille, qui nécessiteront la mobilisation de ressources et compétences.

La première transition se situe autour de la grossesse et de la naissance. La période périnatale, qui marque l'accès à la parentalité, est une étape importante dans la dynamique de l'identité parentale. Les parents ont, à ce moment-là, l'occasion de se projeter dans un avenir et de trouver de nouveaux points de repère existentiels. Ils ont aussi l'occasion d'établir une relation avec des professionnels permettant un soutien avant et après la naissance de l'enfant.

Dans les deux premières années, le rôle essentiel de la famille sera de soutenir le développement physique, cognitif et moteur, tout en créant les conditions favorables à l'établissement d'un attachement sécurisé. Avec la demande d'autonomie croissante à partir de 2 ans, le rôle du groupe familial sera plus axé sur l'acquisition de l'indépendance physique et la maîtrise du comportement. Après 6 ans, l'apprentissage des tâches à accomplir à la maison, la spécification des libertés accordées et des attentes par rapport à l'école constitueront de nouvelles focalisations pour la famille.

À l'entrée de l'adolescence, la renégociation des rôles par l'enfant qui a grandi va générer une transition importante au cours de laquelle la famille va

devoir relever un défi : il lui faudra répondre au besoin de sécurité de l'adolescent – en maintenant un lien émotionnel et en établissant des règles et des limites claires – tout en lui permettant l'accès à l'autonomie qu'il réclame. C'est pourquoi l'adolescence peut être considérée comme une période plus stressante pour les parents que pour les jeunes, et comme l'une des étapes les plus difficiles du rôle parental. L'attachement aux parents reste important même si les conflits augmentent temporairement avec le besoin d'autonomie de l'adolescent. Ces conflits, relativement mineurs dans la plupart des cas, font partie du processus de développement normal.

Un programme régional de santé adapté

Se basant sur les connaissances scientifiques résumées ci-dessus, le Programme régional de santé (PRS) du Nord-Pas-de-Calais a choisi un axe fort autour de la parentalité et particulièrement autour de la qualité des liens d'attachement parents/enfants.

Un système d'évaluation des PRS en Nord-Pas-de-Calais a été mis en place en 2002. Il intègre une évaluation de la politique régionale, une évaluation de chaque programme et une évaluation des actions. L'évaluation du programme régional Santé des enfants et des jeunes a renforcé les priorités qui ont été fixées, à savoir favoriser la qualité des liens (d'attachement) « parents-enfants » :
 – valoriser les compétences parentales par les professionnels (permettre aux professionnels de reconnaître, valoriser et soutenir les compétences parentales, améliorer l'accompagnement des parents) ;
 – améliorer le repérage des troubles d'attachement et y remédier (améliorer la capacité des professionnels à repérer les troubles d'attachement et orienter, promouvoir l'éducation pour la santé) ;
 – faire en sorte que les parents en difficulté avec leur enfant puissent bénéficier d'une réponse adaptée (favoriser l'expression des parents, faire connaître les dispositifs de santé, faciliter l'accès des familles au dispositif de soins, etc.).

Un appel à projets a permis aux acteurs locaux de s'inscrire dans ce programme. Quatre types d'actions ont été développés autour de ces priorités :

1. des programmes de formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux ;
2. des animations de réseaux en y incluant des parents ;
3. l'élaboration et la diffusion d'outils (guides) ;
4. des ateliers d'aide à la parentalité.

Éducation à la santé dans les maternités

Les actions entreprises dans le cadre du PRS ont été évaluées. C'est le cas, par exemple, du programme intitulé « Événement naissance », action de formation-sensibilisation du personnel soignant à l'éducation pour la santé, proposée aux quarante-trois maternités de la région Nord-Pas-de-Calais (58 000 naissances par an).

Cette action s'articule autour de trois thèmes prioritaires se rapportant à la maternité : l'allaitement maternel, le dépistage sensoriel, les compétences du bébé et de ses parents. Ils sont abordés lors de trois journées de formation espacées dans le temps. Elle a pour objectif général de permettre aux professionnels de santé des maternités de prendre en compte, dans leurs pratiques, le processus de l'éducation pour la santé. Ses objectifs spécifiques sont d'identifier les attentes et les représentations de ces professionnels, de susciter une réflexion sur leurs pratiques pour en faciliter l'évolution et, enfin, de mettre en place, dans chaque site, une personne référente en éducation pour la santé. Les actions qui accompagnent la mise en place de la formation font

appel à la participation, à l'écoute et à la médiation à l'intérieur d'un établissement. Elles favorisent la mise en réseau des professionnels entre les maternités et la Ville. Le recueil d'indicateurs de processus et de résultats a été mis en place dès le début de l'action afin d'en faciliter l'évaluation.

Un comité de pilotage multidisciplinaire définit les grandes lignes de la formation : contenu, modalités, ressources potentielles à utiliser et évaluation du processus et des résultats. Le Comité régional d'éducation pour la santé en assure l'animation. L'action s'est déroulée en plusieurs étapes depuis fin 2000 :
 – élaboration du cahier des charges, du contenu et des modalités de l'action (un an et demi) ;
 – obtention du financement ;
 – mise en œuvre expérimentale d'un premier cycle de formation de six mois ;
 – extension de la formation à l'ensemble des maternités de la région : deux ans et demi.

Dans le souci d'une approche globale de la santé, le comité de pilotage a décidé d'organiser une formation transversale aux trois thèmes retenus (allaitement/dépistage/compétences).

Le choix d'une action faisant appel à différentes disciplines et professions a suscité une remise en question des pratiques professionnelles ; cela a renforcé la dynamique de groupe des différents professionnels de santé, qui s'est traduite par l'élaboration de nouveaux protocoles de prise en charge dans les

services. L'action a déclenché des demandes allant au-delà de la formation et le besoin de trouver des relais chez les autres professionnels du service.

La participation des usagers à la définition de l'action a permis une rencontre entre les objectifs de la formation et les attentes des participants. L'adoption d'une démarche « à petits pas » a favorisé la combinaison du court et du long terme : le changement des pratiques s'est traduit par des activités immédiatement mises en œuvre, mais inscrites dans une perspective à long terme. Le fait d'établir des liens entre théorie et pratique a permis de proposer aux mères de nouvelles perspectives d'accompagnement. Quant aux experts

« facilitateurs », ils se sont montrés prêts à adapter la forme et les apports de leurs interventions aux demandes et besoins des professionnels, à inventer avec eux des modalités d'action.

La volonté affichée de la direction de l'établissement hospitalier et des chefs de service d'inscrire cette action au sein d'une politique locale de santé s'est traduite par une attitude incitatrice, un soutien financier et matériel des projets, l'ouverture de possibilités de travail collectif et d'accès à la formation continue.

L'association précoce des participants à la construction de l'action fait qu'ils sont devenus à leur tour médiateurs du changement auprès des autres

professionnels et des mères. Ce changement des pratiques a entraîné d'autres modifications : les mères, par exemple – sur lesquelles les professionnels portaient un regard différent –, ont gagné en autonomie.

Élisabeth Vérité

Médecin inspectrice de santé publique,
Coordination du PRS santé des enfants
et des jeunes, Drass Nord-Pas-de-Calais.

Famille : une définition bouleversée

La diversité des formes actuelles de famille ne permet pas d'en donner une définition précise. L'étroitesse des liens, l'intimité, l'intérêt que le parent porte à l'enfant, et la stabilité temporelle des relations considérées apparaissent comme des éléments de définition pertinents, les liens biologiques ou légaux n'étant pas des critères suffisants pour définir la famille.

En dépit de son caractère universel, la famille peut revêtir des formes diverses selon les sociétés mais aussi au sein d'une même société. Actuellement, elle peut se présenter sous les formes suivantes :

- les familles nucléaires (parents/enfants) biologiques, recomposées, ou d'adoption, constituées autour d'un couple hétérosexuel ou homosexuel ;
- les familles monoparentales qui elles-mêmes sont très diversifiées ;
- les groupes familiaux élargis (cohabitation de plusieurs générations, communauté de couples).

La monoparentalité peut revêtir diverses formes ; cette diversité peut être appréhendée à travers les statuts socioculturels des familles – qui vont déterminer les conditions d'existence –, mais aussi à travers la relation à l'enfant. Dans certains groupes monoparentaux, la femme peut avoir choisi d'élever seule l'enfant qu'elle a désiré et attendu, alors que, dans d'autres, la femme peut élever seule son enfant sans l'avoir désiré du fait de l'abandon du géniteur biologique. D'autres formes de monoparentalité peuvent être la résultante du décès d'un parent ou d'une séparation à la suite de conflits, les deux parents jouant dans ces cas un rôle parental pendant un certain temps.

Les groupes familiaux étant moins stables et moins institutionnalisés qu'avant les années soixante, l'enfant peut être confronté, au cours de son développement, à des modifications du ou des groupes familiaux de référence.

Le modèle de la famille nucléaire tend encore aujourd'hui à apparaître comme celui qui réunit l'ensemble des caractéristiques adaptées au développement socio-affectif harmonieux de l'enfant, alors que les recherches montrent qu'il n'existe pas de relations univoques entre une forme familiale particulière, ou une modification de cette forme, et le développement de l'enfant. C'est plutôt la conjonction de divers facteurs qui permet de rendre compte de l'impact de certains événements familiaux sur le développement de l'enfant.

La parentalité s'articule autour de trois axes qui ne sont pas dissociables : l'exercice, l'expérience et la pratique. L'exercice de la parentalité concerne les droits et devoirs liés aux fonctions parentales et s'inscrit dans une filiation et une généalogie. Il inclut l'autorité parentale mais ne s'y limite pas. L'expérience de la parentalité correspond à l'expérience affective et imaginaire des personnes impliquées dans ce processus. C'est à ce niveau qu'interviennent les fantasmes conscients et inconscients des parents concernant l'enfant, les représentations que les enfants ont de leurs propres parents, etc. La pratique de la parentalité concerne les tâches effectives qui incombent aux parents (soins à l'enfant, pratiques éducatives, interactions comportementales, etc.).

Bibliographie

- Balleyguier G. *Le développement émotionnel et social du jeune*. Paris : Puf, coll. Psychologie d'aujourd'hui, 1996 : 368 p.
- Baudier A., Céleste B. *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Paris : Nathan, 2002 : 185 p.
- Bee H., Boyd D. *Psychologie du développement : les âges de la vie*. Paris : De Boeck, 2^e édition, 2003 : 494 p.
- Bolognini M., Prêteur Y. *Estime de soi : perspectives développementales*. Paris : Delachaux et Niestlé, 1998.
- Dugnat m. *Troubles relationnels père-mère-bébé : quels soins ?* Ramonville Saint-Agne : Erès, coll. petite enfance, 1996 : 214 p.
- Gruère M., Jeammet P. (sous la dir.). *Construire un adulte : pour un partenariat entre parents et professionnels*. Paris : Bayard/École des parents et des éducateurs, coll. Paidós, 1998 : 158 p.
- Haut Comité de la santé publique. *Rapport pour la Conférence nationale de santé*, 1997.
- Houzel D. (sous la dir.). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1999 : 200 p.
- Mazet P., Stoleru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions précoces*. Paris : Masson, 3^e édition, 2003 : 434 p.
- Pêcheux M.-G. Le développement du bébé dans un contexte social. In : R. Lécuyer, Pêcheux M.-G., Stréri A. *Le développement cognitif du bébé*. Paris : Nathan, 1994 ; 1 : 7-77.
- Pithon G., Terrisse B., Prévôt O. Une recherche appliquée en éducation parentale : concevoir, animer et évaluer une formation pour des mères vulnérables. In : Peterander F., Speck O., Pithon G., Terrisse B. (sous la dir.). *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. 1999 : 127-47.

Et si on prenait au sérieux l'accompagnement des parents ?

Dans le département de la Côte-d'Or, les services d'aide à l'enfance ont mis en place un dispositif d'accompagnement psychologique et social des mères de jeunes enfants. Le personnel d'accueil et de soins bénéficie lui aussi du soutien hebdomadaire d'un psychanalyste pour l'aider dans son accompagnement des familles.

Recrutée, en 1972, comme médecin responsable du service de Protection maternelle et infantile (PMI) de Côte-d'Or, j'ai pu pendant plus de trente ans participer, avec beaucoup « d'autres », à la mise en place d'une nouvelle politique de santé publique où la démarche préventive devenait valorisée.

En effet, le VI^e Plan national de 1970 a introduit la nécessité de développer une politique de prévention et d'éducation pour la santé ; il s'agissait alors de contenir les dépenses en matière de « santé » qui s'accroissaient de manière trop importante, surtout dans le champ « curatif ». Or, la population revendiquait des réponses nouvelles en matière de bien-être social et de santé. « Prévenir plutôt que guérir » était une devise souvent reprise à divers niveaux de la société.

Jusqu'à cette date, en France, les actions de prévention étaient essentiellement défensives : il s'agissait d'éviter certaines maladies – grâce aux vaccinations par exemple –, certaines carences – tel le rachitisme. Les moyens mis en place pour ces mesures étaient plus que modestes !

Une prévention plus offensive

Les plans « Périnatalité » de 1970 et de 1975 avaient comme objectifs affichés de lutter contre les causes de mortalité périnatale et contre les causes de handicaps liés aux circonstances de la grossesse, de la naissance et des premières semaines de vie ; ils engageaient les institutions à impulser une véritable démarche préventive avec la popula-

tion concernée. Les services hospitaliers, les divers professionnels du champ médical et médico-social ont aussi été mobilisés pour cette cause nationale.

Les services départementaux de PMI ont vu ainsi leurs missions évoluer et ont été considérés comme moyen logistique de cette politique nationale. Ils ont été, entre autres, chargés de mettre en place un recueil de données en matière de santé maternelle et infantile (à partir des trois certificats de santé de l'enfant). Ils ont aussi été amenés à promouvoir des actions nouvelles afin de développer l'accompagnement et l'aide aux femmes enceintes et aux parents de jeunes enfants en situation de vulnérabilité (naissance prématurée, pathologie néonatale, etc.).

En 1974, les services de PMI ont dû aussi mettre en place des centres de planification et d'éducation familiales accessibles et gratuits, ouverts à tous et garantissant la confidentialité. Un des objectifs alors était de lutter contre les grossesses non désirées et de promouvoir des actions d'éducation à la santé et de prévention.

Avant même que les lois de décentralisation soient appliquées, la circulaire du 16 mars 1983 sur les orientations du service de PMI a invité, en particulier, les équipes de PMI à développer des actions de promotion de la santé en essayant d'agir sur l'environnement social, dans la mesure où cet environnement est souvent un élément déterminant de problème de santé.

Mais il a fallu attendre la loi du 18 décembre 1989 pour que soit réalisée une étape nouvelle de cette politique offensive de protection et de promotion de la santé de la mère et de l'enfant qui implique l'État, les collectivités territoriales, les caisses de Sécurité sociale mais aussi les parents.

Le premier article de cette loi a ensuite été complété par un article de la loi de lutte contre l'exclusion (art. 74), qui préconise que soient mises en place des « mesures d'accompagnement psychologique et social pour les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de fragilité ».

Le nécessaire accompagnement des parents

En fait, dans beaucoup de départements, les équipes de PMI, en lien avec les travailleurs sociaux, n'ont pas attendu la parution de ces textes pour mettre en place des initiatives très diverses afin de répondre aux attentes des familles et aux besoins révélés et analysés ; des réponses innovantes ont été encouragées. Ce dynamisme a permis de développer une pratique préventive nouvelle.

C'est ainsi qu'en Côte-d'Or, dès les années 1973-1974, le service de PMI a été sollicité pour mettre en place des bilans de santé en écoles maternelles afin de prendre la relève des services de santé scolaire, obligés de se désengager de ce travail devenu non obligatoire pour eux ! C'est avec le soutien, en particulier, d'associations de parents d'élèves ainsi que d'associations d'en-

fants handicapés que nous avons pu persuader notre direction de nous donner les moyens nécessaires pour mettre en place une recherche-action. Une commission de suivi avec des partenaires divers (Éducation nationale, parents, spécialistes, etc...) nous a permis d'évaluer chaque étape et d'améliorer notre dispositif. C'est ainsi que la rencontre avec les parents s'est révélée un temps essentiel de la démarche au fil du temps. Cela a permis de découvrir que beaucoup de parents sont démunis dans leur relation avec leur enfant de 3-4 ans : difficultés relationnelles, agressivité, jalousies, troubles du sommeil, de l'alimentation, énurésie, pathologie psychosomatique, etc. Bien sûr, des orientations étaient proposées mais très souvent celles-ci n'étaient pas suivies.

Il était donc indispensable de pouvoir inventer d'autres possibilités accessibles et acceptables pour les parents. Nous avons donc créé une consultation en binôme pédiatre-psychanalyste en centre de PMI, lieu familial, gratuit et garantissant la confidentialité. Très vite, nous avons compris qu'il était déjà nécessaire que le professionnel qui souhaitait cette consultation puisse accompagner la famille et l'enfant jusqu'au lieu du premier rendez-vous. Cette démarche est parfois difficile à faire seuls !

La première consultation de ce type s'est ouverte en 1983. Maintenant, il y en a six, bientôt sept, car cela semble

bien répondre aux demandes et attentes des familles et des professionnels.

D'autres expériences, des accompagnements des parents ou des jeunes pourraient être cités car, à chaque fois, il s'agissait d'une aventure collective passionnante : par exemple, il y a eu la recherche-action menée avec l'association départementale en milieu rural afin de répondre aux besoins d'accueil en milieu rural. Cela a permis de créer une dizaine de haltes-garderies dans les années 1980-1985. Il y a eu aussi, dans les années 1992-1994, la campagne de prévention des affections sexuellement transmissibles à chlamydiae, principale cause de stérilité secondaire chez les jeunes. Cette campagne a été impulsée par les centres de planification, le centre hospitalier universitaire, des professionnels libéraux mais aussi et surtout des jeunes. Cela a débouché sur un concert rock, pendant lequel les musiciens ont parlé aux jeunes présents de ce problème concernant leur santé !

De la nécessité d'accompagner aussi les professionnels

Les diverses expériences soutenues par des réunions mensuelles nous ont permis d'élargir notre appréhension des réalités familiales : les bébés, les enfants, les mères, les pères ne peuvent être seulement objets de nos soins. Ils doivent être « sujets de parole » et cela ne va pas de soi. L'apport des psychanalyses depuis plus de vingt ans nous a beaucoup aidés à progresser !

Cependant, il faut rappeler que le travail de terrain est de plus en plus difficile ; les professionnels sont souvent dépourvus devant certains problèmes : métier impossible parfois, sentiment d'impuissance souvent. Un accompagnement des professionnels, qui en font souvent la demande, est aussi indispensable que l'accompagnement des parents car il y a cette même vulnérabilité ! C'est pourquoi nous avons mis en place dans le service un lieu d'écoute et de soutien. C'est une permanence hebdomadaire d'un psychanalyste. Professionnels, équipes de terrain peuvent venir parler d'une situation, de violences vécues, de ce qui les a bouleversés, de leur conflit... et ce, en toute confidentialité.

En conclusion, il est nécessaire que les institutions entendent ce nécessaire soutien des professionnels ! Si elles ne répondent pas à leurs demandes d'aide, ceux-ci auront du mal à trouver la force de pouvoir être suffisamment disponibles pour les familles, les jeunes en difficulté, en crise, en conflit... Il est aussi nécessaire de rappeler que ce travail d'accompagnement nécessite des moyens, du temps, une valorisation du travail de proximité et de soutien du lien social...

Marie-Thérèse Fritz

Médecin, conseillère technique,
Service de protection
maternelle et infantile (PMI)
de Côte-d'Or, Dijon.

Un temps pour reconstruire la parentalité ébréchée

À Tours, des médecins et psychologues de la Pause Café Parents accueillent des parents parfois découragés face aux comportements de leurs enfants. Ils les aident à reconstruire leur parentalité, en valorisant leurs compétences et en changeant leur regard.

L'adolescence, période de mise à distance des parents, provoque quelquefois des comportements intrigants, voire inquiétants, chez les adolescents, ce qui suscite naturellement des réactions d'angoisse chez les parents. Ces derniers sont confrontés à des questionnements nouveaux de la part des adolescents. L'héritage des réponses transmises par leurs propres parents est-il suffisant pour y faire face ? La Pause Café Parents de Tours propose un soutien de la part de professionnels.

Intégrée à l'Espace Santé Jeunes de Tours¹, cette structure, effective depuis 2001, offre quelques heures d'accueil hebdomadaire aux parents d'adolescents. Elle obéit au même objectif général que l'Espace Santé Jeunes : l'accès aux soins. Différents constats ont participé à la mise en place de cette Pause Café Parents :

- l'expérience des premiers Espaces Santé Jeunes, nés en 1997 : des parents d'adolescents soulignaient le manque de lieux pour exprimer leur difficulté face aux nouveaux comportements de leurs enfants ;
- des parents convoqués par le système judiciaire pour leur enfant consommateur de substances psychoactives illicites cherchaient un lieu d'expression à leur incompréhension ;
- réalisant des actions en suivant la méthodologie de santé communautaire, il faut tenir compte de la population concernée et de l'environnement. Or, les usagers de l'Espace Santé Jeunes restent de plus en plus longtemps dans la cellule familiale ;
- aller vers les structures de soins ou passer le seuil de l'Espace Santé Jeunes

se révèle compliqué pour certains adolescents. Afin d'atteindre ce public qui peut se mettre en réel danger, une stratégie d'action s'est imposée : travailler avec les parents.

Parents dans l'insupportable

La Pause Café Parents fonctionne sous forme de groupe de parole ouvert, animé par deux professionnels de l'Espace Santé Jeunes². Les thèmes de discussion sont libres et choisis par les parents, qui échangent entre eux.

L'accès est libre, gratuit, anonyme et confidentiel. La durée est limitée à une heure deux fois par semaine ; ce temps d'échange avec les parents est bien séparé, dans le temps et dans l'espace, des permanences en direction des jeunes. L'un des professionnels écoutants peut s'isoler avec un parent dont la problématique est trop intime ou émotionnelle (pleurs.) Les situations exposées en entretien individuel sont souvent complexes, source de grande souffrance parentale et de conduites à risques chez l'adolescent.

La Pause Café accueille des parents qui se sentent démunis face à leur adolescent. Ils disent : *« J'en peux plus, que dois-je faire ? La situation n'est plus supportable, est-ce que je le mets à la porte ou est-ce que je dois supporter cela ? »* Les parents formulent ainsi leur difficulté à accepter les moments d'opposition, les conflits avec leur enfant, leur difficulté à renoncer à la toute-puissance parentale, à se séparer. Pour chacun, aménager et réajuster la bonne distance s'avère un travail douloureux.

Pourquoi les parents s'adressent-ils à cette structure ? Selon les résultats que nous avons pu recueillir à partir des informations qui nous sont confiées, 20 % des parents citent les troubles anxiodépressifs de leur adolescent, puis 15 % la consommation de substances psychoactives, 9 % la violence et l'agressivité, 7,5 % les troubles des

Prévention et soins pour adolescents en difficulté

Plus de trente Espaces Santé Jeunes fonctionnent actuellement dans l'Hexagone, la grande majorité d'entre eux sont soutenus par la Fondation de France, par le biais de financements et d'un accompagnement méthodologique. Tous ont pour objectif de développer l'activité de prévention et de soins par rapport aux adolescents en difficulté, souligne Geneviève Noël à la Fondation de France. Hormis Tours, quelques-uns accueillent également les parents. Faute d'être réunis en réseau, ces Espaces ont des liens informels et une charte commune mais développent chacun leur spécificité. Par exemple, si l'Espace de Tours travaille beaucoup sur les questions psychiatriques et l'accès aux soins, d'autres ont développé une activité importante d'information et prévention du suicide. Parallèlement aux Espaces Santé Jeunes, les pouvoirs publics souhaitent développer des « Maisons de l'adolescent », à l'image de celle fonctionnant déjà au Havre ; Claire Brisset, nommée défenseuse des enfants par le gouvernement en 2001 et présidente du Réseau européen des médiateurs pour enfants (Enoc), est associée à ce projet.

conduites alimentaires, 6 % une pathologie chronique (santé mentale, épilepsie, diabète), etc. Au total, 76 % des parents s'inquiètent du mal-être global de leur enfant, contre 24 % qui souhaitent de l'information générale. Les adolescents des parents reçus sont à 80 % des mineurs, et les garçons (généralement l'aîné de la fratrie) représentent 55 %. Les parents sont issus à 73 % de

la ville de Tours, dont 25 % du quartier à habitat social près duquel l'Espace Santé Jeunes est implanté. Dans 55 % des cas, ces parents sont ensuite orientés vers des structures sanitaires et sociales (chiffres pour 2002).

Décoder les messages adolescents

Les parents reçus ont besoin d'exprimer leur angoisse, d'être rassurés sur les comportements de leur enfant. Conscients des difficultés de leur adolescent mais confrontés à une certaine impuissance, à certaines craintes (du médecin, du psy, des soins), ils cherchent une source d'information dans un lieu neutre. Dans de nombreux cas, les échanges aident les parents à repositionner un cadre affectif stable, des limites. Un cadre qui résiste à l'agressivité, au besoin de destruction de l'adolescent. Le travail mené par le groupe consiste à aider les parents à décoder les messages (actes ou paroles) que leur enfant leur adresse, à entendre la question et à élaborer une réponse, à modifier le regard qu'ils portent sur cet adolescent afin qu'ils réajustent leurs attitudes et comportements, et finissent par accepter de remanier les liens entre eux.

Les parents ont besoin d'une approche qui valorise leurs compétences et renforce leur compréhension du processus adolescent. Les « re-qualifier » les aide à prendre de la distance, à accepter la séparation, à percevoir autrement leur histoire. Le cadre rassurant de la « pause café » permet d'étayer cette réflexion : le contexte non jugeant, la convivialité, la rencontre d'autres parents et de professionnels, tout cela aide le parent à s'affranchir d'un fantasme de disqualification ; il peut ainsi à nouveau aborder les questions essentielles, dédramatiser, apaiser et redynamiser certaines situations.

Hélène Dacal

Médecin coordinatrice,

Valérie Verdier

Psychologue, accueillante,
Espace Santé Jeunes, Tours.

► Pour en savoir plus

• Fondation de France, programme Santé des jeunes.

Contact : 01 44 21 31 28.

www.fdf.org

• Guilloux K. *Les Espaces Santé Jeunes, spécificité et pertinence des pratiques professionnelles*. Paris : Fondation de France, coll. Pratiques, 2003 : 104 p.

• Espace Santé Jeunes, 67, rue Blaise-Pascal 37000 Tours.

Tél./Fax : 02 47 05 07 09

<http://perso.wanadoo.fr/espacesante.jeunes37/>

1. *L'Espace Santé Jeunes de Tours a été créé dans le cadre d'un appel à projets de la Fondation de France visant à créer des lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes de 12 à 25 ans, en complémentarité des structures sanitaires et sociales.*

2. *L'équipe de l'Espace Santé Jeunes est composée de deux médecins, deux psychologues, une secrétaire et d'un assistant accueil santé.*

Un réseau de soutien à la parentalité

Soutenir les parents dans l'exercice de leurs fonctions éducatives, quels que soient leur origine sociale ou leurs problèmes : tel est l'objectif des Réseaux d'écoute, d'accueil et d'accompagnement des parents (Reapp), mis en place depuis 1999¹ par la Délégation interministérielle à la famille (Dif). Ces réseaux constituent un dispositif original de soutien à la parentalité ; ils ont été créés à un moment où le thème des parents démissionnaires était à l'ordre du jour, avec notamment l'apparition de phénomènes de violence et d'absentéisme scolaire chez des enfants de plus en plus jeunes.

Dans ce cadre, des moyens ont été mis en place pour financer ces interventions en faveur de la parentalité sur la base d'une charte nationale dont les principes sont les suivants :

- être ouverts à tous et favoriser la relation entre parents, la parole et l'échange étant considérés comme des moyens privilégiés pour déculpabiliser, entraider et résoudre des problèmes ;
- valoriser les compétences des parents : capacité à comprendre, à protéger et à aider leurs enfants, responsabilité et autorité, capacité à transmettre les valeurs, cela par opposition à une attitude trop répandue qui consistait à mettre l'accent sur leurs carences ;
- faciliter « l'animation et la mise en réseau de tout ce qui contribue à conforter les familles dans leur fonction parentale » ;
- « assurer un bon équilibre entre la

participation des parents et l'intervention des professionnels ».

Dans chaque département ont été créés un ou plusieurs comités d'animation, qui regroupent les diverses institutions concernées par le soutien à la parentalité : suivant les cas, Ddass, caisses d'Allocations familiales (Caf), sous-préfet à la ville, conseil général, Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations (Fasild) et associations de type unions départementales des associations familiales (Udaf), parents d'élèves, associations de quartier, fédération des centres sociaux, etc.

Par rapport aux actions menées traditionnellement en direction de la famille par les services de Protection maternelle et infantile (PMI), l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les Caf – qui s'inscrivent dans un cadre spécialisé et professionnalisé –, les Reapp présentent l'intérêt d'être généralistes, ouverts à tous, accessibles, de type collectif plutôt qu'interindividuel et de placer les professionnels en supervision et en soutien plutôt qu'en première ligne.

En 2002, 2 883 projets ont été financés dans ce cadre, essentiellement par la Dif et la DGAS (8,8 millions d'euros sur un total de 23,6 millions) : conférences-débats, groupes de parole de parents, activités parents/enfants, actions de médiation familiale, formation de

parents-relais, etc. Les actions se déroulent dans des centres sociaux, des maisons de quartier, des établissements scolaires, des crèches. Ce sont des microprojets inscrits dans la proximité et la vie de quartier.

L'apport des Reapp est d'abord d'avoir légitimé la parentalité comme thème d'intérêt collectif et comme objet de politique publique, d'avoir rapproché entre elles des administrations qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble et d'avoir mis en réseau des associations et des professionnels qui œuvraient souvent de manière verticale et spécialisée. Il apparaît aussi que les professionnels ont changé leur regard sur les parents et que ceux-ci se sont mobilisés et ont pris des initiatives dans un domaine, celui de leurs problèmes avec leurs enfants – vie quotidienne, petite enfance, relations avec les adolescents, absentéisme scolaire, rapports interculturels... – en face desquels ils se sentaient souvent isolés, culpabilisés ou dépendants de savoirs professionnels. De plus en plus, les conseils généraux et les communes soutiennent ces actions qui confortent les liens familiaux mais aussi le lien social et la citoyenneté.

Bernadette Roussille

Inspectrice générale des affaires sociales,
 ministère de la Santé, de la Famille et des
 Personnes handicapées, Paris.

1. Par une circulaire du 9 mars 1999.

Trousseau, hôpital ouvert aux parents

Depuis trente ans, l'hôpital Trousseau, à Paris, a progressivement ouvert ses services aux parents, généralisant les chambres enfants-parents. Ce maintien d'un lien parental fort sécurise les enfants et influe positivement sur leur santé. Une telle ouverture exige toutefois une grande tolérance mutuelle entre soignants et parents.

L'hôpital pédiatrique Armand-Trousseau accueille les enfants de la naissance à l'âge de 15 ans. L'enfant hospitalisé a besoin de conserver des repères proches de sa vie extérieure et de bénéficier de la proximité de ses parents. Leur permettre d'exercer leur parentalité au sein de l'hôpital, c'est aussi créer un véritable partenariat entre l'enfant, sa famille et les professionnels de santé.

Comment a évolué la place des parents à l'hôpital ? Au cours des années soixante, des réorganisations structurelles – suppression progressive des dortoirs et création de chambres individuelles – ont permis d'améliorer l'accueil des patients. À l'hôpital Armand-Trousseau, la place des parents auprès des enfants a été prise en compte antérieurement aux textes réglementaires. Les premières recommandations relatives aux conditions spécifiques de l'hospitalisation des enfants étaient contenues dans la circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 ; certains professionnels de Trousseau ont d'ailleurs participé à sa rédaction. Tous les aspects que revêt cette hospitalisation y sont évoqués, car l'enfant est un malade particulièrement fragile. Cette circulaire prescrit l'amélioration des conditions de séjour, le développement des visites et ouvre aux parents l'accès auprès de l'enfant pendant son séjour hospitalier. D'autres textes ont, par la suite, repris le contenu de cette circulaire, notamment au plan européen.

Parent-enfant : un lien vital

Ce sont les chercheurs, dont Françoise Dolto, qui ont alerté sur la nécessité d'ouvrir l'hôpital à la parentalité. Les travaux menés par des psychologues à l'hôpital Trousseau ont ainsi attiré l'attention des équipes sur le lien vital qui

unit les parents à l'enfant quand celui-ci est hospitalisé (1). Dès 1973, à titre d'essai, le professeur Brissaud, épaulé par la psychologue Danielle Rapoport, ouvrait dans son service des chambres individuelles où la mère pouvait être accueillie auprès de l'enfant pendant son séjour et participer aux soins quotidiens pour ne pas rompre les liens. Petit à petit, le contact entre soignants et parents s'est renforcé, et de tels échanges ont permis de fournir des indications précieuses pour la prise en charge globale de l'enfant. À ce jour, quarante-six chambres « parent-enfant » ont été aménagées.

L'extension de telles chambres n'étant pas toujours réalisable pour des raisons de place ou de conditions de soins, une Maison des parents a été ouverte en 1990, en face de l'hôpital ; cette structure peut accueillir quatorze parents. Une ligne directe et gratuite permet aux parents et à l'enfant de rester en contact téléphonique. Au sein de la Maison des parents, ces derniers et leurs enfants sont libres d'aller et venir 24 h sur 24. Depuis 2001, un espace nommé « Loisirs et tendresse » a été aménagé sur un niveau de la Maison des parents, offrant les mêmes activités que l'enfant pourrait avoir à son domicile ; la famille dont l'enfant est en séjour long à l'hôpital peut ainsi le retrouver le week-end dans un cadre confortable et chaleureux. À condition que l'état de santé de l'enfant lui permette de se rendre dans cet espace loisirs.

Des espaces pour la fratrie

Au total, à Trousseau, pour trois cent trente lits d'hospitalisation, deux cent vingt-sept possibilités sont offertes aux parents qui souhaitent rester la nuit auprès de l'enfant. Ces possibilités ont

également permis de faire une place organisée aux parents au sein des services (voir les témoignages de soignants des services d'hématologie et de néonatalogie, pages suivantes). La place occupée par les parents aujourd'hui est l'aboutissement d'une évolution constante de l'attention portée par les soignants aux besoins de l'enfant et de ses parents. Ce partenariat a permis d'améliorer considérablement la qualité de séjour des enfants hospitalisés. Cependant, les acteurs doivent intégrer les nouvelles obligations légales en préservant un climat de confiance et de respect individuel et collectif en faveur de l'enfant.

« Dans cet hôpital – et peut être dans tous les hôpitaux pédiatriques –, on ne parle pas de malades mais d'enfants, une manière de souligner que l'enfant hospitalisé est considéré comme une personne et non comme un malade », souligne Chantal de Singly, directrice de l'hôpital Trousseau jusqu'en juillet 2003, qui occupe désormais les mêmes fonctions à Saint-Antoine. Et de poursuivre : « tout est fait pour restituer dans l'hôpital ce qui fait partie de l'univers de l'enfant : ses parents, ses frères et sœurs – des espaces pour la fratrie vont être créés dans le service rénové de néonatalogie – l'école, les amis, la fête, les animations, etc. » Afin d'éviter l'isolement et de rompre la distance que crée la maladie.

Marie-Line Pruvost

Attachée principale d'administration hospitalière, hôpital Trousseau, Paris.

(1) Dommergues J.P., Leverger G., Rapoport D. *Droit de savoir, savoir dire : l'enfant malade*. Paris : Belin, coll. Naître, grandir, devenir, 2003 : 288 p.

« Accueillir et déculpabiliser »

Le service d'hématologie de Trousseau accueille les parents 24 h sur 24. Le personnel soignant constate que les adolescents sont, eux aussi, très demandeurs de présence parentale. Et il œuvre à déculpabiliser les parents moins disponibles.

Depuis environ une quinzaine d'années, les équipes – sollicitées dans ce sens par les enfants et leurs familles – ont ouvert les portes de leurs services 24 h sur 24 aux parents. La maladie vient rompre un équilibre de la vie familiale et la séparation peut avoir des effets délétères pour tous ses membres. L'hospitalisation reste un traumatisme même si de nombreuses initiatives, en termes d'accueil, de proposition d'activités ludiques et éducatives sont développées progressivement. Pour les parents, laisser leur enfant seul le soir, dans un lit d'hôpital, génère de l'anxiété. La possibilité de pouvoir, pour le père ou la mère, rester auprès de son enfant malade lève d'emblée un motif d'anxiété lié au sentiment d'abandon, d'incertitude autour des questions telles que : « *qui va venir le rassurer lorsqu'il va se réveiller la nuit ? Qui va lui raconter son histoire préférée ? Qui va accepter qu'il demande plusieurs fois un verre d'eau avant de s'endormir ?* ».

Pour l'enfant, le fait de se trouver obligé de dormir à l'extérieur de son environnement habituel est une épreuve, d'autant plus s'il s'agit d'une chambre d'hôpital, où ne règnent pas toujours le confort et la chaleur de son foyer. Que papa ou maman reste pour dormir atténue le caractère hostile d'un service où on lui annonce rapidement qu'il devra séjourner plusieurs semaines et y « bénéficier » de traitements pas vraiment sympathiques, qui vont entraîner des conséquences et des contraintes plutôt rébarbatives (isolement, problèmes infectieux, ne plus aller à l'école, etc.).

L'adolescent, dans toute l'ambivalence que représente cette période de vie, apprécie vraiment que son père ou

sa mère puisse rester dormir avec lui... ne serait-ce que pour l'agresser ! À cet âge où l'autonomie, l'indépendance sont revendiquées, il n'est pas rare que les adolescents exigent carrément la présence d'un parent auprès d'eux presque 24 h sur 24, même s'ils en font leur souffre-douleur.

Pour tous les soignants, l'essentiel est d'avoir assimilé que, quel que soit son propre avis sur la question, ils doivent proposer aux parents de rester auprès de leur enfant ; ce dernier a le droit de dire s'il veut qu'un de ses parents reste avec lui notamment la nuit. Toutefois, ils doivent rester vigilants quant aux conséquences que cette présence induit au sein de la cellule familiale. En effet, il est des cas où des époux, des frères ou sœurs sont restés plusieurs semai-

nes, voire plusieurs mois sans voir leur épouse ou mère à la maison. Ou bien, les parents se relayant, la fratrie n'a plus jamais pendant des mois bénéficié de la présence des deux parents dans leur environnement habituel, et cela a pu avoir un effet néfaste sur les uns ou les autres. Aussi, notre rôle à nous, soignants, est de déculpabiliser les parents qui ne peuvent rester auprès de l'enfant hospitalisé, de les informer aussi bien que possible sur ce qui se déroule en leur absence et de les encourager parfois à retrouver leur foyer, leur famille pour entretenir les liens préexistants à la maladie !

Sylvie Gervaise

Cadre supérieure infirmière,
 service d'Hématologie et d'Oncologie
 pédiatrique, hôpital Trousseau, Paris.

Bébés prématurés : les parents, acteurs des soins

À peine tolérés derrière une vitre il y a une trentaine d'années dans les services accueillant des prématurés, les parents peuvent désormais y entrer, voire participer aux soins prodigués à leur enfant. Témoignage.

La place des parents et le rôle qu'ils jouent auprès de leur enfant hospitalisé en service de néonatalogie ont beaucoup évolué. Interdits d'accès jusqu'aux années quatre-vingt, ils peuvent désormais accéder à ces services, comme c'est le cas à l'hôpital Trousseau. Les parents sont aujourd'hui non seulement présents, actifs dans les soins, mais aussi acteurs du projet de soins de leur enfant et du projet de vie de la famille autour de cet enfant.

La naissance d'un enfant prématuré entraîne des bouleversements importants dans la vie des familles. Ces parents se trouvent dans une situation tout à fait particulière : des sentiments contradictoires et une anxiété majeure sont la toile de fond de leurs premières relations avec leur enfant. Ils peuvent se sentir dépossédés de leur bébé et être tentés de déléguer aux soignants leur rôle parental. Cette situation peut grandement perturber l'attachement parents-enfant. Un des rôles des soignants est donc de permettre aux parents de prendre leur place, de découvrir les besoins et les compétences de leur bébé, et leurs capacités à y répondre, de faire les soins : laver, nourrir, bercer, consoler... et surtout de pouvoir exprimer ce qu'ils souhaitent pour leur enfant. Dialoguer permet de faire participer les parents à l'élaboration de ce que nous appelons le projet de soin de leur enfant, et ensuite à sa réalisation. Cela nécessite de la part des soignants une écoute, de la disponibilité et un *a priori* de bienveillance vis-à-vis des familles quels que soient leurs origines, leur culture, leur religion, leur mode de vie...

Parent-soignants : un apprentissage mutuel

Les parents vont donc faire l'apprentissage des soins, condition *sine qua non* du retour à domicile du bébé et, par le biais des soins, l'attachement va se développer.

Les parents sont invités à être présents auprès de leur bébé le plus souvent possible. Le temps passé auprès de l'enfant est un facteur essentiel et nous essayons donc de faciliter les visites (aides matérielles pour la garde des autres enfants, transport, etc.) et de permettre aux parents d'être aussi disponibles que possible pour leur bébé pendant ce temps de visite.

Dès les premiers jours, et en tout cas dès que l'état de l'enfant le permet et que les parents le désirent, les soignants vont leur enseigner les gestes nécessaires à la prise en charge de leur bébé. L'apprentissage est pour nous une relation de réciprocité. La personne qui connaît le mieux le bébé est sa mère. Respecter le savoir des mères, c'est leur donner confiance dans leurs capacités. Tenir compte de leurs observations nous permet d'améliorer nos capacités de soignants pour ce bébé en particulier.

Chaque parent a une manière bien à lui d'apprivoiser son bébé, de le reconnaître comme le sien, par le regard, le toucher, la parole. Les soignants respectent ces façons de faire car elles sont sûrement celles qui conviendront au bébé, qui feront que lui aussi reconnaîtra ses parents. Dans chaque culture, ces gestes sont différents. Certaines pratiques nous déroutent parfois. L'import-

tant est que le bébé et les parents s'y retrouvent, s'y rencontrent, s'y apaisent, s'y rassurent mutuellement.

Certains parents ont besoin d'intimité et souhaitent se retrouver seuls auprès de leur enfant, alors que d'autres se sentent plus rassurés s'ils sont entourés par leur famille. Les soignants tiennent compte de ces souhaits dans la mesure où cela ne perturbe pas le fonctionnement du service. Ils écoutent les parents, prennent en compte leurs demandes, leurs acquis et leurs ressources, les soutiennent en les déculpabilisant, en valorisant leur savoir-faire et en s'adaptant au contexte particulier de chaque famille. Ils ne cherchent pas à donner des « recettes », des « modes d'emploi » standardisés. Ils laissent à chacun le temps de découvrir ses propres façons de faire, n'imposent rien qui ne soit dicté par la sécurité matérielle ou affective du bébé. Il s'agit avant tout de respecter le rythme de chaque famille. Les soignants les encouragent, en restant auprès d'eux, en leur laissant toujours l'initiative et en n'intervenant qu'à leur demande ou s'ils les sentent hésitants mais n'osant pas demander de l'aide.

La place des parents n'est pas celle que les soignants leur ont assignée, mais celle qu'ils ont prise, petit à petit, et que personne aujourd'hui ne songerait à leur contester, tant les bénéfices de leur présence auprès de l'enfant et de leur participation à l'élaboration du projet de soin sont évidents pour tous.

Geneviève Binet

Cadre supérieur infirmier, service de Néonatalogie, hôpital Trousseau, Paris.

Genève : des parents épaulés par des psychologues

À l'hôpital des enfants de Genève, psychologues et pédopsychiatres apportent un soutien aux parents de bébés prématurés. Ils aident les parents à reprendre confiance en leurs capacités, tentent de favoriser la création des premiers liens mère-bébé pour éviter que des débuts de vie difficiles ne provoquent un traumatisme chez le nouveau-né.

Le département de Pédiatrie de l'hôpital cantonal universitaire de Genève, couramment appelé hôpital des enfants de Genève, dispose de cent trente-trois lits. Durant l'année 2002, 11 222 enfants y ont été accueillis. L'une de ses missions est de prendre soin et de contribuer de façon globale au bien-être physique et psychique des enfants de la naissance à 16 ans.

Le regard médical et social sur les nouveau-nés a profondément changé depuis les travaux des années quatre-vingt de D. Stern (1), B. Cramer (2), F. Palacio-Espasa, J. Manzano (3) et T.B. Brazelton (4). Ces travaux insistaient sur les compétences des nourrissons et sur l'importance des relations précoces parents-enfants. Ces auteurs nous ont appris à mieux déceler et décrire les signes d'appels témoignant d'une souffrance psychique des nourrissons.

Dans les différentes unités de l'hôpital des enfants de Genève, la prise en charge des enfants hospitalisés est multidisciplinaire. Une attention particulière est portée sur les compétences de l'enfant, mais aussi sur les ressources des parents. Alors que les premiers travaux d'Anna Freud (5), de R. Spitz (6) ou de J. Bolwby (7) avaient décrit la souffrance psychique des nourrissons qui étaient séparés de leur famille, actuellement l'accent est mis sur la collaboration entre l'équipe qui prend en charge l'enfant et les parents, chacun ayant des rôles distincts mais complémentaires. Ce type de prise en charge existe dans toutes les unités de l'hôpi-

tal des enfants, mais varie en fonction de l'âge, de la durée et du type de maladie de l'enfant.

L'exemple du service de néonatalogie et des soins intensifs

Cet article décrit plus particulièrement le travail qui est fait dans ce domaine dans le service de néonatalogie avec les nouveau-nés et leurs parents.

En 2002, 464 des 3 543 bébés nés à la maternité ont été hospitalisés à la division de néonatalogie (dont une unité dite de développement) et de soins intensifs de pédiatrie. Ces nouveau-nés représentaient 13 % de toutes les naissances. Ils souffraient de diverses affections telles la prématurité et de diverses pathologies ayant souvent pour conséquence une situation de détresse vitale. Le nombre de lits en néonatalogie centrale est de quinze et l'unité de développement accueille huit bébés dont certains lits sont destinés aux prématurés. L'équipe est composée de pédiatres, d'infirmières, d'une psychologue clinicienne, d'une pédopsychiatre, d'une assistante sociale et de physiothérapeutes.

La prise en charge globale des bébés est le fruit d'une étroite collaboration entre les soignants et les parents. Elle est centrée sur le rôle essentiel des parents dans les premiers liens d'attachement absolument nécessaires au développement harmonieux des bébés.

Depuis 1997, les membres de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison interviennent régulièrement comme consultants dans les différentes unités de la pédiatrie. Un des aspects du travail du psychologue et du pédopsychiatre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire est d'aider le bébé ou l'enfant, ses parents, et toute l'équipe soignante, à mettre des mots sur les angoisses envahissantes et les sentiments très intenses de tristesse, de culpabilité, voire d'agressivité.

La collaboration entre les parents et les équipes passe progressivement par le biais du travail multidisciplinaire. Les espaces d'échanges entre les équipes soignantes et l'équipe de pédopsychiatrie permettent d'élargir le point de vue médical et d'être attentif à l'enfant, aux parents dans leur globalité. Des réunions de famille sont organisées régulièrement. La présence des parents est indispensable dans la prise en charge des enfants. Pour les parents habitant dans une zone géographique éloignée de Genève, un logement près de l'hôpital est proposé. Actuellement, par manque de place, les parents de bébés prématurés n'ont pas de possibilités de dormir auprès de leur bébé. Les projets futurs vont dans le sens d'unités mères-bébés.

L'équipe de pédopsychiatrie a un rôle d'enseignement aux pédiatres et aux infirmières pour les questions concernant le développement, la psychopathologie de l'enfant et le vécu des parents à l'hôpital. L'enseignement se

fait de plusieurs façons, cours théoriques, présentation de cas cliniques, supervision de situations, rencontres improvisées, discussions informelles. Les formations continues, les activités de recherche clinique permettent aux thérapeutes de se tenir au courant et de faire des liens avec d'autres équipes en Suisse et à l'étranger travaillant dans le même domaine.

Ils ne se sentent pas « bons parents »

Dans la majeure partie des cas, les parents n'ont pas été préparés à une naissance prématurée ou à des complications médicales graves nécessitant une hospitalisation de leur enfant. Ils sont confrontés à une séparation précoce et douloureuse d'avec leur bébé. Ils ne sont prêts ni dans leur tête, ni dans la réalité pratique ; l'enfant réel et hospitalisé ne correspond pas à celui imaginé tout au long de la grossesse (le bébé des fantasmes de la mère et du père). Les parents sont donc en état de choc traumatique. Ils sont précipités par cette naissance dans une réalité dramatique et confrontés à des angoisses de mort de leur bébé. Ils éprouvent une immense culpabilité et se sentent responsables des problèmes médicaux

► Références bibliographiques

- (1) Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf, coll. Le fil rouge, 2003 : 384 p.
- (2) Cramer B. *Profession bébé*. Paris : Calmann-Levy, 1989 : 381 p.
- (3) Palacio-Espasa F., Manzano J. Problématique psychique et interactions parents-bébés lors des interventions thérapeutiques brèves. In : *Psychiatrie du bébé : nouvelles frontières*. Eshel, 1988 : 71-84.
- (4) Brazelton T.B. Le bébé partenaire dans l'interaction. In : *La dynamique du nourrisson*. Paris : ESF éditeur, 1982 : 11-27.
- (5) Freud A., Burlingham D. *Enfants sans famille*. Paris : Puf, 1947.
- (6) Spitz R. A. *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. Paris : Puf, 2002 : 306 p.
- (7) Bowlby J. *Soins maternels et santé mentale*. Genève OMS : série monographique, 1954, n° 2.
- (8) Winnicott D. W. *La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.

de leur enfant. Cela est d'autant plus douloureux qu'ils sont séparés de leur enfant qui est pris en charge par l'équipe médicale. Dans une telle situation, il peut arriver que les parents ressentent des sentiments de l'ordre de la rivalité à l'égard de l'équipe. Le drame qu'ils vivent les amène à ne pas se sentir de « bons parents ». Au début de l'hospitalisation, la plupart des mères ne peuvent pas vivre la satisfaction de nourrir leur enfant directement au sein, comme peuvent le faire d'autres mères. Elles n'ont pas droit au sentiment de plénitude qu'amène l'échange « du corps à corps » avec le bébé et n'ont que peu l'occasion d'expérimenter le sentiment d'être une « *maman suffisamment bonne* ». Selon Winnicott, (8), la mère « *suffisamment bonne* » a une fonction à tour de rôle « *de moi auxiliaire, de pare-excitation* » (la maman protège

son bébé des éléments extérieurs non familiers qui peuvent effrayer un bébé), « *de contenant psychique, de partenaire symbiotique* » (relation très proche et fusionnelle entre la maman et son bébé pendant ses premiers mois de vie).

Dans ce contexte, la préoccupation des équipes soignantes est de renforcer les ressources parentales et de favoriser des interactions positives parents-bébés lors de différentes activités telles que les soins et les repas, les moments des massages du bébé, et la possibilité d'être dans un rapproché corporel et affectif avec le bébé.

Le regard du bébé vers la mère

En complément à ce travail, le psychologue ou le pédopsychiatre propose des consultations thérapeutiques où sont abordés la souffrance et le vécu

traumatique lié à la séparation précoce, à la reviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils que suscitent la grossesse, puis une naissance dans des conditions difficiles. Les parents font part de leurs angoisses et de sentiments multiples qui peuvent aller des sentiments de culpabilité aux difficultés d'investissement affectif du bébé malade, qu'ils craignent de perdre. Les parents évoquent aussi quelquefois des difficultés relationnelles antérieures avec leurs propres parents ou l'ambivalence de leur désir d'enfant. Au chevet du lit du bébé, le thérapeute va souligner les côtés positifs des interactions entre les parents et le bébé ; par exemple, le regard du bébé en direction de sa mère ou sa détente lorsqu'il se trouve dans ses bras. Tous ces signes d'investissement et de plaisir permettront à la mère d'asseoir son propre

investissement et de se sentir mère dans toute la plénitude du terme. Le thérapeute aidera également les parents à identifier les besoins du bébé, ses capacités, son tempérament, ses progrès, sa manière d'entrer en contact, son besoin de repos ou ses demandes d'attention. Le but de ces interventions est de favoriser la compréhension qu'ont les parents de leur enfant et la construction des premiers liens entre eux. Toute l'intervention est donc centrée sur une découverte et une rencontre du bébé réel qui permettent aux parents de reprendre confiance dans leurs capacités parentales.

En conclusion, en étroite collaboration avec les équipes médico-infirmières, la prise en charge pédopsychiatrique et psychologique en néonatalogie a pour but de favoriser la création de pre-

miers liens parents-bébé aussi harmonieux que possible. Cela afin d'éviter que des débuts de vie difficiles ne provoquent chez le bébé un traumatisme ancré dans son psychisme et que les angoisses vécues empêchent les parents de reprendre confiance dans leurs capacités.

La sauvegarde et le développement des liens d'attachement parents-bébé sont donc au centre de la prise en charge des enfants et cela non seulement en néonatalogie, mais aussi dans toutes les unités de l'hôpital des enfants.

Zarina Qayoom,

Psychologue clinicienne,
service de Psychiatrie

de l'enfant et de l'adolescent
(Pr F. Palacio-Espasa),

Antenne à l'hôpital des enfants (Pr S. Suter).

Mieux accepter les parents en milieu hospitalier

Journaliste, Pierre Ganz' est père d'un jeune homme qui, enfant, a passé plusieurs années en hôpital de jour. Ce qu'il a vécu l'a conduit à créer une association pour aider les parents confrontés à un tel parcours. Plaidoyer pour restaurer l'exercice de la parentalité en milieu de soins.

Drôle de rencontre que celle des professionnels de santé et des parents. Les uns ont besoin des autres, et réciproquement, mais les uns aimeraient parfois que les autres ne soient pas là. Tout commence par l'inquiétude des parents : il s'est passé quelque chose, bébé est tombé ou a de la fièvre, ou décidément ne dort pas la nuit. Bébé peut avoir 15 ans et trois poils au menton, préparer son bac et courir les boutiques de mode, bébé reste bébé, c'est-à-dire la vie dont on a pris la responsabilité, qui donne un sens à sa propre vie, et pour laquelle on déplacerait les montagnes. L'inquiétude est une alerte. Même en cas de fausse alerte, le pompier – pardon, le professionnel de la santé – doit faire

plus que couper l'alarme : il doit rassurer, apaiser. Un bref « *ce n'est rien du tout* » à l'accueil, un « *ne vous inquiétez pas* » en fin de consultation ne suffisent pas forcément. Le parent attend les explications minimales qui lui permettent de conclure lui-même « *qu'il s'est inquiété pour rien* » : faire naître ce sentiment est la meilleure façon de chasser son inquiétude. Cela demande du temps, du tact, du respect, toute denrée que les professionnels n'ont pas toujours en rayon, ou dont malheureusement les stocks peuvent s'épuiser.

Mais l'inquiétude est justifiée. Il y a la maladie, et pas une de ces maladies infantiles, angines et autres

affections bénignes qui sont des étapes, des initiations familiales au même titre que l'entrée au CP ou en 6^e, et qui relèvent finalement de la même approche que la fausse alerte, les soins en plus bien sûr. Non, il y a la maladie, une sale maladie, celle qui va durer, qui met bébé dans un état où, plus ou moins longuement et durement, sa santé physique ou psychique est en cause : un accident grave, une maladie qui apparaît chronique, un trouble qui, loin de cesser, devient composante de la personnalité. Toutes sortes d'événements qui font entrer les familles dans un cycle long de soins, un parcours d'inquiétude, de culpabilité, d'incompréhension, parfois de désespoir.

Cette impression d'être de trop

Dans ces cas-là, pourquoi ne pas le dire, les parents peuvent finir par avoir l'impression qu'ils sont de trop. Et c'est vrai que parfois ils le sont, mais il y a façon et façon de faire sortir un papa d'une salle de pansement aux urgences. La plus simple est de lui expliquer clairement et fermement pourquoi on lui demande de s'éloigner. En psychiatrie infanto-juvénile, il est fréquent que certains lieux soient interdits aux parents. Cet interdit signifié sans explication stimule leur curiosité indignée (le « *c'est mon gosse, j'ai le droit de savoir* » n'est jamais loin) jusqu'à ce qu'une explication leur soit fournie sur la vertu thérapeutique de lieux pour des ados en souffrance, totalement étrangers aux parents.

Être de trop, c'est aussi être exclu de la décision de soin. Hormis l'urgence bien sûr, l'équipe médicale ne perd pas son temps quand elle consulte les parents, leur précise la guérison ou la progression du mal, leur explique le pourquoi des actes médicaux pratiqués. Et puis, écouter les parents, ce n'est pas seulement apporter des réponses à leurs questions. C'est entendre leur question, déchiffrer ce qu'il peut y avoir derrière, concernant le malade mais aussi sa famille, donc les parents en question. Souvent la famille a plus à dire que ce que demandent les médecins, mais n'ose pas parler, pour ne pas être « hors sujet », pour ne pas « *embêter le docteur* ». Sans doute le médecin lui-même n'a pas le temps d'être attentif à cela. L'expérience montre que d'autres acteurs du système de soins peuvent être les récepteurs, passifs ou non, de ces à-côtés ; à commencer par la secrétaire médicale, dans la mesure où elle n'est pas la voix interchangeable et anonyme d'un centre d'appel. La présence d'une assistante sociale dans les services qui accueillent des enfants est essentielle. Quelques minutes dans son bureau permettent de mieux comprendre, de se rassurer : elle n'est pas le docteur détenteur d'un savoir magique (guérir), elle est « *comme nous* », donc « *elle peut comprendre* ».

Dans certains cas, c'est un véritable accompagnement qu'il faudrait mettre en place, sans lequel les parents sont littéralement livrés à eux-mêmes. Les Maisons des parents, qui existent dans certains hôpitaux accueillant de

petits cancéreux pour des soins réguliers, proposent plus qu'un hébergement de proximité. Leurs animateurs ont, par petites touches très humaines, un rôle essentiel pour le moral des familles et le traitement des malades.

Une écoute spécifique des parents est essentielle, dans les cas de maladie psychique lourde, mais pas seulement. Les numéros d'appel, anonymes ou pas, existent et offrent une soupape à l'angoisse, la lassitude, la culpabilité. Mais des rendez-vous ou des contacts systématiques, des échanges lors de groupes de parole sont sans doute plus utiles. Dans ce dernier cas, ce qu'on ose dire y est exprimé par d'autres, on n'y craint ni de « déranger », ni « d'être jugé », parce que les participants y partagent la même singularité. Cet accompagne-

ment de la famille devrait avoir aussi une dimension sociale et humaine pour répondre à des questions concrètes qui finissent par « *pourrir la vie* » des parents et interférer avec le traitement.

Pierre Ganz

Journaliste, fondateur d'une association de parents d'enfants malades.

1. Pierre Ganz est le père d'un jeune homme qui a dû passer plusieurs années en hôpital de jour (le Cerep Montsouris à Paris). Cette expérience l'a conduit à créer une association de parents d'enfants hospitalisés dans cet établissement, tant pour défendre ce type de structure de soin que pour aider les parents à moins mal vivre la maladie de leur enfant. Après une tentative pour fédérer diverses associations similaires, l'association des parents et amis du Cerep Montsouris a adhéré à l'Unafam. Pierre Ganz est, par ailleurs, membre du conseil d'administration de l'association Cerep, qui gère l'hôpital de jour pour adolescents Montsouris et trois autres structures de soins.

Pour en savoir plus

Bibliographie

Parentalité, médiation familiale : repères et enjeux

- Aulagnier M., Olm C. *Le rôle des parents selon les familles et les professionnels*. Paris : Credoc, 1998 : 67 p.
- Coum D. (dir.). *Des parents ! À quoi ça sert ?* Paris : Erès, 2001 : 183 p.
- De Panafieu F. (prés.), Brin H. (rapp.). *Services à la famille et soutien à la parentalité. Rapport de propositions remis à Jean-François Mattéi et Christian Jacob*. Paris : ministère délégué à la Famille, 2003 : 77 p. [http://www.famille.gouv.fr/doss_pr/conf_famille03/fam_parent/rapport.pdf, dernière visite le 12 décembre 2003]
- Délégation interministérielle à la Famille, direction de l'Action sociale, délégation interministérielle à la Ville et au Développement social urbain, direction de la Population et des Migrations. Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. [<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1999/9911/a0110762.htm>, dernière visite le 12 décembre 2003]
- Durning P. (dir.). *Éducation familiale. Un panorama des recherches internationales*. Vigneux : Matrice, 1988 : 285 p.
- Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE). *La médiation familiale dans les écoles des parents et des éducateurs*. Paris : FNEPE, décembre 2002 : 38 p.
- Fontaine A.-M., Pourtois J.-P. *Regards sur l'éducation familiale. Représentation – responsabilité – intervention*. Bruxelles : De Boeck Université, 1998 : 352 p.
- Guilbert D. *Et si l'autorité, c'était la liberté ?* Paris : EdLM, 2001 : 215 p.
- Hermange M.-T. *L'enfant soi-disant roi*. Paris : Albin Michel, 1999 : 329 p.
- Lemel Y., Roudet B. (coord.). *Filles et garçons jusqu'à l'adolescence. Socialisations différentes*. Paris : L'Harmattan, 1999 : 323 p.
- Marcelli D. *L'enfant, chef de la famille. L'autorité de l'infantile*. Paris : Albin Michel, 2003 : 300 p.
- Poilpot M.-P. (dir.), Boukobza C., Causer J.-Y., Chauvet E. *Être parents en situation de*

grande précarité. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000 : 156 p.

- Ribes B. *L'accompagnement des parents*. Paris : Dunod, 2003 : 178 p.
- Savourey M., Brisson P. (collab.), Sassier M. (préf.). *Re-créer les liens familiaux. Médiation familiale et soutien à la parentalité*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval/Lyon : Chronique sociale, 2002 : 187 p.
- Vossier B. *La parentalité en questions. Problématiques et pratiques professionnelles*. Paris : ESF, 2002 : 211 p.

Parentalité et santé

- Bonnin F. *Recommandations pour l'action. Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, 1999 : 34 p.
- Cardia-Voneche L., Bastard B., Delanoy B. (collab.), Jacot-Guillarmod G. (collab.), Mazoyer M.A. (collab.), Spinelli S. (collab.). *Pratiques éducatives et modes de socialisation en matière de santé. Une étude auprès des adolescents et des adultes qui interviennent dans leur éducation. Recherche réalisée pour le ministère de l'Éducation nationale (direction de l'Évaluation et de la Prospective) et la Mire*. Paris : Centre de sociologie des organisations (CNRS), 1996 : 179 p.
- Commission communautaire française. Bruxelles. BEL. *Réflexions et expériences de prévention en santé mentale : des lieux de rencontre enfants-parents*. Bruxelles : Commission communautaire française, 1999 : 87 p.
- Ferron C. (coord.), Gareau A. (coord.). *Dossier Éducation pour la santé et petite enfance*. La Santé de l'homme 2002 ; n° 361 : 13-45.
- Gautier A., Arènes J. *Jeunes gens, parents et comportements de santé. Actualité et dossiers en santé publique 1999/03 ; n° 26 : 75-9*.
- Phare Enfants-Parents. *Difficile adolescence : signes et symptômes de mal-être. Guide pour les parents, enseignants et éducateurs*. Paris : Association Phare Enfants-Parents, 2002 : 178 p.
- PRS Santé des enfants et des jeunes Nord – Pas-de-Calais. *Guide à l'usage des porteurs de projets en parentalité*. 2003 : 45 p. Diffusé par le Comité départemental d'éducation pour la santé du Pas-de-Calais.

Soutien à la relation parent-enfant : pratiques

- Duclos G., Laporte D., Ross J. *L'estime de soi de nos adolescents. Guide pratique à l'intention des parents*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1995 : 178 p.
- Dugnat M. (dir.). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2003 : 220 p.
- Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE). *Parents, enfants, école : le partenariat éducatif. Des actions menées par les écoles des parents et des éducateurs*. Paris : FNEPE, décembre 2002 : 53 p.
- Fondation de France, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam). *Comment soigner votre adolescent ?* Paris : Unafam, 2003/05 : 72 p.
- Fondation de France, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam). *Votre adolescent vous inquiète ?* Paris : Unafam, 2002 : 52 p.
- Lamoureux-Maillet N., Martinez M.-C. *Les pratiques de travail sur les liens parents-enfants*. Reims : IRTS Champagne-Ardenne, 2001 : 108 p.
- Laporte D. *Favoriser l'estime de soi des 0-6 ans*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 2002 : 98 p.
- Laporte D., Sevigny L. *Comment développer l'estime de soi de nos enfants. Guide pratique à l'intention des parents d'enfants de 6 à 12 ans*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1998 : 119 p.
- Marine A., Chasseboeuf G. *Adolescence à fleur de peau. Précis de navigation à l'usage des parents*. Saint-Brieuc : Sepam Studio, 2001 : 19 p.
- Phare Enfants-Parents. *Repères pour une attitude éducative. Guide à l'usage de tous les parents*. Paris : Association Phare Enfants-Parents, 1996 : 62 p.
- Collection *Le métier de parents*. Paris : Fleurus. Cette collection, conçue comme un guide sur l'art de vivre en famille, explore les questions les plus fréquentes des parents d'aujourd'hui et nous aide à comprendre et à franchir en famille les grandes étapes de la vie psychologique d'un enfant : de la naissance aux apprentissages fondamentaux, de la découverte de soi à celle des autres, de l'exploration de la personnalité à la socialisation par l'école, les jeux, l'amitié... sans oublier les turbulences de l'adolescence. (informations de l'éditeur)

Site internet

<http://www.familles.org>

Cellule nationale d'appui technique auprès de la délégation interministérielle à la Famille (Dif)

Ce site donne des informations relatives au dispositif des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents créé en 1999 à l'initiative du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et dont la charte, qui figure sur le site, indique les objectifs et principes d'action.



Organismes ressources

• Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE)

180 bis, rue de Grenelle – 75007 Paris
Tél. 01 47 53 62 70 – Fax 01 47 53 62 84
www.ecoledesparents.org

Association loi 1901, créée en 1970, reconnue d'utilité publique et agréée *Association de jeunesse et d'éducation populaire*, la FNEPE constitue un lieu de ressources, de documentation, de formation et d'information, un centre d'études, d'échanges et de travail en commun pour les Écoles des parents et des éducateurs (EPE), pour leurs animateurs, pour leurs partenaires publics ou associatifs, pour les professionnels de l'enfance et de l'éducation et pour les parents.

Elle représente les EPE au niveau national, en particulier auprès des pouvoirs publics. Elle coordonne et anime la réflexion et les activités du réseau des EPE.

Les EPE accueillent, dans une perspective généraliste de soutien aux compétences parentales, de co-éducation et de prévention, des parents, des jeunes, des enfants et des professionnels concernés par les questions relatives au groupe familial et à l'éducation. Elles proposent des actions diversifiées individuelles et collectives :

- actions de médiation familiale, conseil conjugal et familial
- interventions auprès des familles, des parents, des jeunes
- consultations
- groupes de parole
- lieux parents-enfants
- espaces d'accueil et d'écoute pour les jeunes
- services téléphoniques
- permanences juridiques
- conférences-débats
- ludothèques et centres de documentation
- expertise
- formation initiale et continue.

La FNEPE édite la revue *L'école des parents*, bimestrielle, diffusée au numéro (7,50 € et 11,50 € le hors-série) ou sur abonnement (60,50 € par an). Chaque numéro propose un dossier thématique et des rubriques régulières comme *Terrains* et *Être parents*.

Outre *La Charte des initiatives, pour l'écoute, l'appui et l'accompagnement des parents*, le site présente des actions menées par les différents EPE et offre quelques points de repères sur la médiation familiale et le partenariat éducatif. Il donne également accès à des extraits de certaines rubriques de la revue, notamment *Culture : le monde des enfants et des ados* qui propose des sélections coup de cœur : livres, CD-Rom, vidéos, jeux et jouets. Malgré le peu de textes en ligne, ce site reste très efficace grâce à une sélection pertinente de liens réellement utiles.

Le réseau de la FNEPE dispose de lignes d'écoute spécialisées, anonymes et gratuites pour les parents, les enfants et les jeunes répertoriées dans la rubrique EPE du site.

• Sparadrap – Centre national de ressources sur l'enfant et l'hôpital

48, rue de la Plaine – 75020 Paris
Tél. 01 43 48 11 80
www.sparadrap.org

Créée en 1993, cette association de parents et de professionnels de la santé a pour thème d'action l'enfant malade ou hospitalisé et pour but l'aide aux familles et aux professionnels. Respect de l'enfant, information de celui-ci sur sa maladie et les soins qu'il reçoit, exercice de la parentalité y compris à l'hôpital, telles sont les motivations de Sparadrap qui tente de concilier les besoins des familles et des professionnels. L'association propose conseils et formations aux équipes soignantes pour améliorer l'accueil de l'enfant et de sa famille à l'hôpital. Elle crée et diffuse guides, livrets d'information, affiches ou jeux. Elle dispose d'un centre de documentation sur l'enfant et l'hôpital accessible sur rendez-vous.

• Fenamef

11, rue Guyon de Guercheville – 14200 Hérouville-Saint-Clair
Tél. 02 31 46 87 87 – Fax 02 31 46 87 80

Issue d'un véritable souci de faire reconnaître la médiation familiale, la Fédération nationale de la médiation familiale, initialement nommée Comité national des associations et services de médiation familiale (CNASMF), créée en 1991, regroupe des associations, organismes et collectivités locales qui gèrent un service de médiation familiale.

Membre des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (www.familles.org),

Outils pédagogiques

La sélection présentée ci-dessous propose des outils destinés aux adultes, parents et/ou professionnels.

• Association Sparadrap, Fondation de France. *Votre enfant est gravement malade. Pour en parler avec lui...* Paris : Sparadrap, 2003/05 : 9 p. + 19 p.

• Cyrulnik B., Lemay M. *Parlez moi du père.* Vidéo. Draguignan : Anthéa, 1998 : 45 mn.

• Fédération des initiatives locales pour l'enfance. *Félix, Zoé, Boris et les vôtres.* Jeu. Bruxelles : File, 2002.

• FRAJE asbl. *La relation parents-enfant.* Série de cinq vidéos :

- Les chemins de l'autonomie : 25 mn

- Au fil des relations : 45 mn

- Corps, accords, désaccords : 40 mn

- Y'a pas honte : 70 mn

- Le roman familial : 63 mn

Bruxelles : FRAJE asbl.

• Salicetti S. *Les ailes du désordre.* Vidéo. Bobigny : La Cathode Vidéo, 1997 : 52 mn.

• Salicetti S. *La panne.* Vidéo. Bobigny : La Cathode Vidéo, 1998 : 22 mn.

La Fenamef s'est donné pour mission de promouvoir la médiation familiale, de la faire évoluer, de la faire « sortir » d'une certaine forme de marginalité pour la conduire à une place reconnue au sein de la société. (informations de la FNEPE).

• Union nationale des associations familiales

28 place saint Georges – 75009 Paris
Tél. : 01 49 95 36 00 – Fax : 01 40 16 12 76

L'Unaf est une institution nationale chargée de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant sur le territoire français, quelles que soient leurs croyances ou leur appartenance politique. Union d'associations, elle anime le réseau des vingt-deux unions régionales des Associations familiales (Uraf) et des cent unions départementales des Associations familiales (Udaf), et les appuie dans leurs missions institutionnelles et de services aux familles.

Olivier Delmer
Catherine Lavielle

Documentalistes à l'INPES.

Surpoids, obésité et régimes alimentaires

L'obésité et le surpoids, qui poursuivent leur progression en France¹ comme dans l'ensemble des pays industrialisés², préoccupent les professionnels de santé. Le baromètre santé nutrition 2002 de l'INPES³ permet de mieux connaître le profil des personnes souffrant de surcharge pondérale, et notamment leurs pratiques concernant les régimes alimentaires.

Pour déterminer la corpulence d'un individu, le corps médical utilise comme mesure l'indice de masse corporelle (IMC)⁴. Pour les adultes, le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 30 kg/m² et l'obésité par un IMC au moins égal à 30 kg/m².

Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées, plus d'un quart (27,2 %) sont en surpoids et 7,7 % sont obèses⁵. Les proportions de personnes souffrant de surcharge pondérale (surpoids ou obésité) sont plus importantes parmi les hommes, ainsi que parmi les personnes les plus âgées de l'échantillon (Figure 1). Ainsi, les hommes sont 43,9 % à dépasser le seuil des 25 kg/m² contre 26,2 % des femmes, et ces proportions atteignent 64,8 % et 42,0 % pour les personnes âgées de 60 à 75 ans.

Parmi l'ensemble des personnes en surpoids ou obèses, 12,8 % déclarent effectuer un régime amaigrissant et 20 % un autre type de régime (contre l'hypertension, le cholestérol, le diabète, etc.) – ces proportions étant respectivement de 3,3 % et 10,1 % pour les personnes de corpulence normale. Les femmes (en surcharge pondérale) sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer au moins un régime, quel qu'en soit le type (35,8 % versus 20,2 % pour les hommes). Les régimes amaigrissants ne diffèrent pas selon l'âge, contrairement aux autres régimes dont la déclaration est la plus importante entre 60 et 75 ans (Figure 2).

La proportion de personnes en surcharge pondérale pour lesquelles le régime a été prescrit par un médecin est plus importante parmi les hommes (85,7 %) que parmi les femmes (66,3 %). Par ailleurs, plus l'individu est corpulent, plus les régimes ont été prescrits par un professionnel de santé : ainsi, pour trois quarts des personnes en surpoids ou obèses effectuant un régime, ce dernier est issu d'une prescription médicale, contre 58,9 % des personnes de corpulence normale (Figure 3).

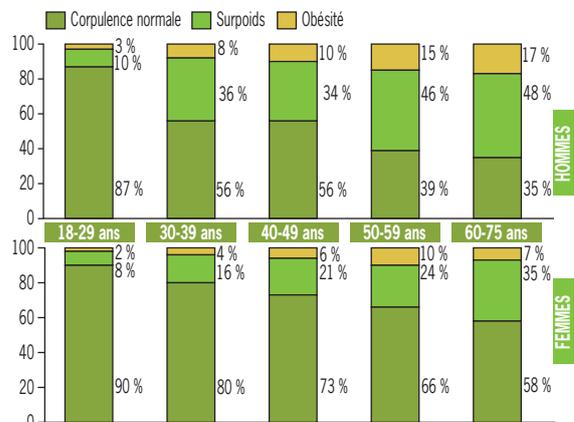


Figure 1. Corpulence selon le sexe et l'âge

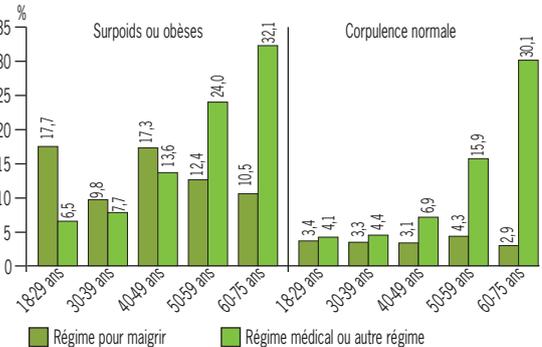


Figure 2. Régimes selon la corpulence et l'âge

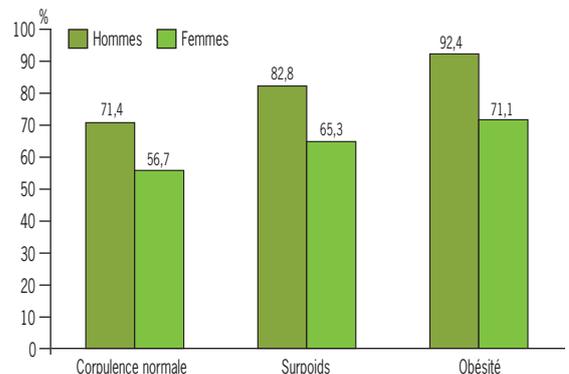


Figure 3. Pourcentage de personnes déclarant qu'un, au moins, de leur régime a été prescrit par un médecin

Arnaud Gautier
Chargé d'études-statisticien, INPES.

1. Obepi 2003. 3^e enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France. Dossier de presse, juin 2003.
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 1998.
3. Baromètre santé nutrition 2002. À paraître à l'INPES en 2004 dans la collection Baromètres santé.
4. Poids (kg) / Taille (m).
5. L'enquête Obepi 2003 estime respectivement à 30,3 % et 11,3 % la proportion de personnes en surpoids et obèses parmi les Français de 15 ans et plus. La différence observée avec le baromètre peut s'expliquer par une méthodologie d'enquête, une population et des années d'enquêtes différentes.

Rubrique La santé en chiffres, coordonnée par H. Perrin :
helene.perrin@inpes.sante.fr

Osmosis Jones

Dans le film *Osmosis Jones*, le « héros » manque aux règles les plus élémentaires de l'hygiène, puis voit son corps transformé en terrain de lutte contre les maladies. Beau prétexte pour informer les enfants de 8 à 12 ans des conséquences de l'hygiène sur la santé. En partant de leur vécu, de leur culture, en soulignant aussi la notion de respect d'autrui.

**Un film de Peter et Bob Farrelly
États-Unis, 2001, 1 h 38
avec Bill Murray**

1. Le film'

On ne prétendra pas qu'*Osmosis Jones* est une œuvre raffinée, ce serait même tout le contraire puisque son personnage principal, Frank (interprété par Bill Murray), est un individu manquant aux règles élémentaires de l'hygiène et du savoir-vivre. Il en sera d'ailleurs bien puni car, ayant ramassé un œuf tombé par terre, un virus mortel pénètre dans son corps et y déclenche une fièvre carabinée... C'est là que le film bascule puisqu'il passe alors de la prise de vues réelles au cinéma d'animation : tout ce qui se passe à l'intérieur du corps de Frank est en effet montré sous la forme d'un dessin animé avec une foule de nouveaux personnages, le méchant virus Thrax mais aussi le globule blanc, Jones, qui, en tant que policier, est chargé de la sécurité intérieure. Le corps de Frank apparaît comme une gigantesque ville avec ses hiérarchies, ses différents corps sociaux, ses grands et ses petits métiers, ses luttes « intestines »...

2. À quels spectateurs est destiné le film ?

Si le mauvais goût affiché et assumé par ce film risque de heurter la sensibilité de certains adultes, il déclenchera, en revanche, à coup sûr le rire des enfants entre 9 et 12 ans environ.

3. Relation à la problématique santé

Le message que délivre le film *Osmosis Jones* est sans doute clair pour la majorité des spectateurs : Frank est un personnage (relativement) sympathique,

mais son manque d'hygiène risque de mettre sa santé en danger. Ce film peut donc être l'occasion d'aborder avec les jeunes spectateurs, notamment en situation scolaire, la question de l'hygiène et plus largement de l'éducation à la santé.

4. Suggestion d'animation : un personnage malpropre ?

Aujourd'hui, « l'hygiène » n'a pas nécessairement bonne presse dans la mesure où elle a souvent confondu le souci légitime de la santé des individus avec des valeurs morales beaucoup plus relatives : l'hygiène corporelle a été rapidement confondue avec « l'hygiène mentale » et a été associée à des disciplines comportementales plus ou moins rigides (qui amenaient, par exemple, à confondre la propreté avec la mise en ordre domestique). Par ailleurs, nous sommes plus facilement conscients aujourd'hui que le « propre » et le « sale »

n'ont sans doute pas de définition objective et dépendent largement des sociétés et des cultures qui les utilisent. Dans l'aire occidentale, par exemple, on sait bien que les pays nordiques n'ont pas la même conception (que l'on peut qualifier de plus stricte) des lieux d'aisance que les pays du Sud. Dans l'islam et le judaïsme, la notion de droite et gauche se superpose à celle de pureté et de souillure, ce qui a pour effet notamment d'interdire de mettre la main droite en contact avec les zones réputées « impures », en particulier le sexe et l'anus. D'un point de vue social, l'expérience montre également facilement que les conceptions de la propreté varient grandement selon les groupes et les individus².

Dans un tel contexte, l'éducation à la santé ne peut plus se concevoir comme la simple prescription de normes ou de



PHOTO PROD DE ©WARNER BROS / D.R.



PHOTO : PROD DB © WARNER BROS / D.R.

modèles de comportements, et elle doit tenir compte de la diversité des publics auxquels elle prétend s'adresser. Cela ne signifie pas que l'on doive renoncer à toute finalité éducative au nom d'un relativisme culturel mal compris (« *chacun est libre de se conduire comme il veut* »), mais que les valeurs défendues dans une telle perspective sont plus larges et doivent permettre aux individus d'opérer leurs choix de façon responsable.

On défendra donc ici des valeurs comme :

- l'autonomie individuelle mais également le respect de soi-même et de sa santé ;
- le respect des autres et la solidarité ;
- le souci de l'avenir (du sien propre mais aussi de celui des autres).

Ainsi, par exemple, il ne s'agira pas d'interdire les pratiques à risque mais de faire prendre conscience aux individus de la portée de telles pratiques sur leur propre santé, mais aussi sur celle d'autrui ou éventuellement sur la qualité de leurs relations avec autrui, chacun restant cependant libre de ses choix en matière de santé (dans le cadre bien sûr du respect des lois en vigueur).

L'animation proposée ici a pour but d'amener les jeunes participants à une première réflexion personnelle sur l'éducation à la santé, de leur permettre de clarifier leurs propres opinions sur la question et de tracer éventuellement des pistes pour une action future. Cette animation s'appuiera sur la situation mise en scène dans *Osmosis Jones*, en

particulier sur le personnage de Frank sur lequel les enfants seront invités à porter des jugements éventuellement négatifs : la dimension fictive du personnage devrait permettre d'éviter la stigmatisation d'individus ou de comportements réellement observés.

Hygiène et impact sur la santé : confronter les avis

Nous avons travaillé sur la base d'un questionnaire (en deux parties) permettant d'analyser les comportements des jeunes, leur ressenti et leurs réactions (*voir encadré*). On pourra soumettre aux jeunes participants ce questionnaire concernant différents comportements de Frank, avec pour chacun d'eux une échelle d'évaluation de son impact positif ou négatif sur sa santé ; la seconde partie de ce questionnaire permettra ensuite de recueillir les réactions personnelles de chaque participant à cet égard.

L'intérêt de la première partie de ce questionnaire est notamment d'attirer l'attention des jeunes participants sur des comportements ou des états auxquels ils n'auraient peut-être pas fait attention mais qui peuvent avoir un effet sur la santé individuelle. La seconde partie demande aux participants de préciser quels sont les aspects de la santé qui leur paraissent les plus importants et ceux pour lesquels ils sont éventuellement prêts à faire des efforts en ce domaine.

Comme ce questionnaire demande des réactions personnelles aux participants, chacun y répondra de façon indi-

viduelle et anonyme. Après avoir répondu au questionnaire, les participants seront invités à confronter leurs réponses (en grand groupe ou en groupes restreints) en ce qui concerne essentiellement les comportements de Frank, et à justifier éventuellement leurs opinions. On évitera à ce moment d'aborder les réponses plus personnelles afin d'éviter la stigmatisation éventuelle de certaines attitudes ou de certains comportements.

Le rôle de l'enseignant ou de l'animateur lors de cette première discussion sera essentiellement de clarifier les arguments et les opinions des différents participants. On distinguera, par exemple, des comportements (de Frank) qui sont effectivement néfastes à la santé (par exemple le fait de fumer), d'autres qui sont généralement considérés comme « malpropres » (comme renifler sa morve) mais qui n'ont sans doute aucun impact sur la santé individuelle. Dans la même perspective, il faudra sans doute préciser que les « poignées d'amour » ne sont qu'un symptôme en soi inoffensif d'un mode d'alimentation (une nourriture trop riche) qui, lui, est plus problématique ; semblablement, la bière est une boisson inoffensive pour autant qu'elle soit consommée « avec modération ».

Repérer centres d'intérêt et préoccupations

La deuxième partie du questionnaire (*voir encadré*) proposé dans cette animation demande aux participants des réactions plus personnelles concernant leurs conceptions de la santé et l'im-



PHOTO PROD DB © WARNER BROS / D.R.

portance qu'ils y accordent. L'enseignant ou l'animateur pourra donc recueillir toutes ces réponses – qui, rappelez-le, auront été faites anonymement – et repérer ainsi les thèmes qui intéressent plus particulièrement les enfants, ou les sujets qui éventuellement les préoccupent.

Il n'est donc pas possible de prévoir *a priori* ces réactions ni de suggérer des pistes d'animation sans tenir compte de

la spécificité de ces réactions. Cette première animation devra donc s'inscrire dans un projet à plus long terme d'éducation à la santé qui dépasse le cadre de ce dossier et où il faudra peut-être faire appel à des spécialistes extérieurs. On tracera ici seulement quelques pistes pour des animations ultérieures.

Deux guides nous paraissent cependant essentiels dans une telle perspective. Il est important de partir des repré-

sentations et du vécu des enfants qui peuvent être très éloignés de ceux des adultes : l'alimentation, par exemple, n'est pas indépendante de la culture, du mode de vie, des habitudes familiales, de la religion de chacun... Il ne sert donc à rien de dispenser des conseils généraux qui risquent d'être contradictoires avec le contexte de vie de l'enfant. Il faut d'abord interroger les enfants sur ce qu'ils mangent, où et dans quelles conditions ils mangent, sur

Un questionnaire pour décrypter les comportements des enfants

Voici le questionnaire³ mis au point par l'équipe pédagogique des Grignoux et utilisé pour travailler sur ce film, essentiellement avec des enfants de 10 à 12 ans. Il est ci-dessous présenté sous une forme simplifiée : dans le travail de cette équipe avec les enfants, il est accompagné pour chaque item d'une double échelle d'évaluation portant sur le risque sanitaire du comportement évoqué et sur la réaction personnelle face à une telle attitude.

Le questionnaire : Que penses-tu du comportement de Frank, le personnage principal d'*Osmosis Jones* ? Penses-tu qu'il prend bien soin de sa santé ou, au contraire, qu'il est négligent ? Est-ce lui qui a raison de se comporter comme il le fait ou est-ce plutôt sa fille, Shane ? Et toi, est-ce que tu agirais comme Frank ou est-ce qu'au contraire tu ne voudrais jamais lui ressembler ? Voici une série de comportements de Frank ou de situations où il se trouve, sur lesquels tu peux donner ton avis.

- Frank se gratte le derrière en observant un singe dans sa cage ;
- Frank ramasse un œuf tombé dans la cage d'un singe et le mange ;
- Frank ne se brosse pas souvent les dents ;
- Frank ne met plus de déodorant (car sa fille, Shane, pense que c'est cancérigène) ;
- Comme Frank n'a pas de mouchoir, il renifle la morve qui lui coule du nez ;
- Frank adore les cuisses de poulet... les sauces et le sel ;
- Les « poignées d'amour » de Frank sont en pleine expansion ;
- Frank boit de la bière ;
- Frank fume ;
- Frank est veuf ;
- Frank ne fait pas de sport ;
- Frank manque de sommeil ;
- Frank a un ongle incarné.

À présent, en fonction notamment des réponses que tu viens de donner, peux-tu préciser

ce qui te paraît pour toi le plus important pour préserver (ou améliorer) ta santé ?

Enfin, peux-tu dire dans quels domaines tu es prêt à faire des efforts pour rester en bonne santé ou améliorer ta santé :

- manger de façon équilibrée ;
- prendre soin de mon corps (me laver, me brosse les dents, soigner mes cheveux, etc.) ;
- vivre de façon équilibrée (dormir suffisamment, changer d'activités, etc.) ;
- faire du sport ou des activités physiques en dehors de l'école ;
- respecter les règles d'hygiène (me laver les mains avant de manger, changer régulièrement de linge, etc.) ;
- me soigner régulièrement (visites chez le médecin, chez le dentiste, etc.) ;
- écouter les avis ou les conseils d'autres personnes (parents, camarades, etc.) à ce sujet ;
- autre chose...

ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas, sur ce qu'ils pensent être bon pour la santé et ce qui ne le serait pas... On peut, par exemple, demander aux enfants de décrire leurs repas types ou encore de noter au cours d'une journée tout ce qu'ils ont mangé, à quels moments ils ont mangé et quelle « valeur » – du point de vue de la santé mais également du goût – ils attribuent aux différents aliments : c'est à partir de telles informations qu'il sera possible de repérer d'éventuels déséquilibres qui pourront d'ailleurs différer selon les enfants.

De la même façon, les questions d'hygiène seront facilement abordées à partir de questions sur le plaisir ou le déplaisir que l'on peut éprouver à se laver, à prendre une douche ou un bain chaud, à jouer dans l'eau, à se laver les mains, à se sentir propre ou au contraire sale : une telle discussion où se confrontent des avis divers sinon divergents devrait permettre notamment de mieux comprendre les résistances que peuvent manifester des enfants à des règles d'hygiène qu'ils connaissent souvent par ailleurs.

Élaborer des règles communes de comportement

Un second principe important est de ne pas se limiter à une séance d'information et d'amener les enfants à une véritable action. Ainsi, il est sans doute possible de mener une réflexion avec

les enfants sur l'hygiène à l'école et de tracer avec eux des pistes pour améliorer ces conditions d'hygiène : il s'agit donc d'inciter les élèves à transformer leur cadre de vie, ce qui suppose non seulement que chacun réfléchisse à la question, mais également que l'on prenne l'avis d'autres personnes dans l'école et que l'on s'informe sur ce qu'il est possible ou non d'y faire. L'avis des parents pourra également être sollicité.

Une telle action suppose, on le voit, une responsabilisation des enfants, qui seront invités non pas seulement à respecter des règles d'hygiène plus ou moins abstraites, définies par l'autorité, mais surtout à définir concrètement ce que ces règles recouvrent dans la classe ou l'école : la dimension sociale de ces règles, que chacun ne perçoit pas de la même manière, devra d'ailleurs nécessairement être prise en compte. Ce qui dégoûte les uns (des toilettes sales, des douches défectueuses, de la boue dans la cour, des débris abandonnés n'importe où, etc.) peut laisser les autres indifférents, et il faudra d'abord que les avis différents s'expriment, puis qu'on élabore éventuellement de nouvelles règles de comportement qui devront être acceptées par tous.

Dans la même perspective, une réflexion sur l'équilibre nutritionnel pourrait facilement déboucher sur un « atelier des goûts et des saveurs » : si la plupart des enfants sont spontanément

portés vers les aliments sucrés, il faut sans doute procéder à une véritable éducation du goût, destinée à leur faire découvrir d'autres saveurs mais également à apprécier des différences plus fines que celles qu'ils perçoivent habituellement. Le sommet de cet art des saveurs est sans doute celui de l'œnologue, qui perçoit des milliers de différences entre les vins, mais il est facile de faire découvrir aux enfants les multiples variétés de fromages, de pains, de pommes, de poires ou même de chocolat. Face à la standardisation de nos modes de consommation, un tel atelier entend valoriser la diversité des produits et des réalisations culinaires. Il sera également l'occasion pour les enfants de présenter les spécialités propres à leur famille, leur région, leur culture ou leur pays d'origine. Enfin, de telles séances devraient permettre d'exprimer leurs sensations et de développer le vocabulaire des cinq sens au-delà des simples jugements « j'aime » ou « je n'aime pas » (« miam » ou « beurk »).

Michel Condé

Centre culturel « Les Grignoux », Liège.

1. Le film est disponible en vidéo et DVD. Il est également possible d'organiser des séances, par exemple en matinées scolaires, avec des cinémas partenaires.
2. Sur ces différents points, on se reportera notamment au dossier spécial « De l'hygiène à la santé » dans La Santé de l'homme, n° 349, septembre-octobre 2000.
3. Le questionnaire complet se trouve dans le dossier édité par Les Grignoux (<http://www.grignoux.be>).

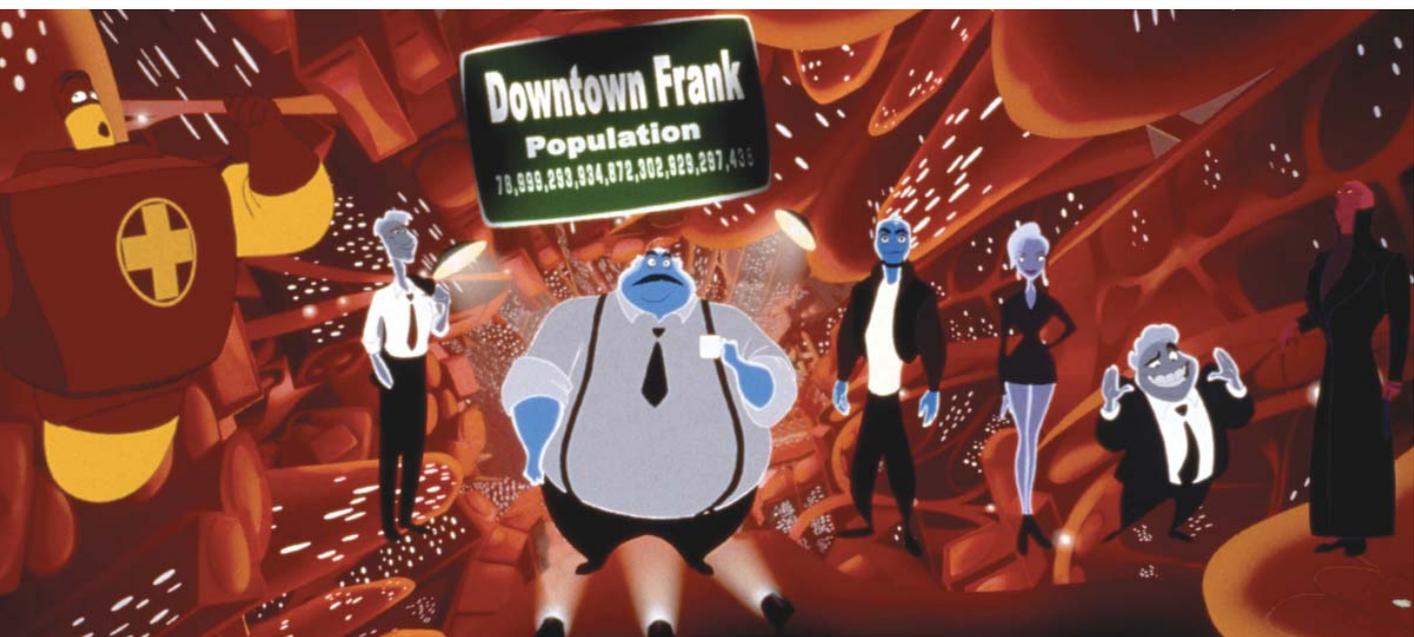
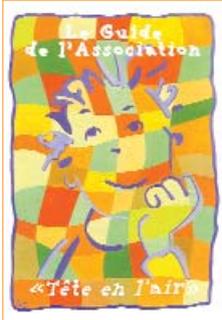


PHOTO PROD DE © WARNER BROS / D.R.



Le Guide de l'Association Tête en l'air

L'association de parents *Tête en l'air* contribue depuis 1999 à favoriser – en liaison avec les équipes soignantes – la réinsertion scolaire, familiale, sociale et plus tard, professionnelle, des enfants qui sont ou ont été suivis en neurochirurgie, qu'ils souffrent de tumeurs malignes ou bénignes, d'hydrocéphalie, de traumatismes ou de pathologies diverses. Ce guide pratique, rédigé par sept étudiants de « Sciences Po », a pour but de répondre aux questions que se posent les parents : l'hospitalisation inquiète toujours, *a fortiori* lorsqu'elle concerne le cerveau de l'enfant.

Le guide fournit des informations sur les examens, le traitement de la douleur ou sur le rôle des membres de l'équipe soignante. Le séjour de l'enfant à l'hôpital se prolongera fréquemment au-delà d'une semaine et l'organisation de la vie quotidienne du malade et de son entourage s'en trouve alors bouleversée : emploi du temps, continuité de la scolarité, loisirs, hébergement des parents, visites, informations sur le traitement en cours sont décrits. Le retour à la maison fait l'objet d'une partie du guide qui détaille les dispositifs permettant la meilleure réintégration possible à l'école et dans la famille, que l'enfant conserve ou non des séquelles ; l'ouvrage aborde aussi la perspective d'une future intégration dans la vie professionnelle. Les aspects juridiques et administratifs ainsi qu'un carnet d'adresses et un index thématique concluent ce guide.

Saint-Germain-en-Laye : Association Tête en l'air, 2003, 79 pages.

Diffusion : Association Tête en l'air, 25 bis rue d'Alsace, 78100 Saint-Germain-en-Laye. Tél. : 01 34 51 35 95.

<http://www.teteenlair.asso.fr>

Olivier Delmer



SOS Enfant malade

Colette Pericchi

La collection *Le métier de parents*, dirigée par Jacques Arènes, offre au grand public un outil de réflexion à l'usage des parents. Ce nouveau titre vise à comprendre l'enfant malade. Le propos général est de faire en sorte que la maladie ne constitue pas une entrave à l'évolution de l'enfant mais puisse contribuer à celle-ci. Du jeune

enfant à l'adolescent, la prise de conscience du corps et de la notion de bonne ou mauvaise santé conditionne son attitude face à la maladie et son comportement face aux soins et traitements, et doit conduire les parents à une attitude et des décisions différenciées face à la souffrance de leur enfant.

La relation qui s'établit entre l'enfant et les adultes – parents ou soignants dans le contexte de la maladie – constitue le cœur de cet ouvrage au travers de développements sur la reconnaissance, l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Constituant une séparation, l'hospitalisation est une épreuve pour laquelle la préparation est cruciale. Les peurs de l'enfant et le rôle des parents dans ces circonstances sont longuement traitées. Si l'enfant bien portant « ignore qu'il pourrait être malade, donc qu'il est en bonne santé », il arrive parfois qu'il y ait une demande de soins en l'absence de maladie. Ces troubles psychosomatiques sont traités en fin d'ouvrage.

Paris : Fleurus, coll. *Le métier de parents*, 2003, 190 p., 9 €.

O. D.



La copine de Lili a une maladie grave

Dominique de Saint-Mars, illustration de Serge Bloch

Chaque bande dessinée de la série *Max et Lili*, qui s'adresse aux enfants à partir de 6 ans, aborde des sujets directement liés à la santé tels

que la drogue ou la maltraitance, ou relatifs à la vie quotidienne des enfants : l'amour, l'échec scolaire. Ainsi, dans ce dernier titre de la collection, c'est de la maladie, et en particulier du cancer dont il s'agit. Du diagnostic à la rémission, l'auteur s'attache, à travers l'histoire de Zigzou, copine de Lili atteinte d'un cancer du rein, à décrire de façon simple l'hospitalisation de l'enfant, son traitement, sa scolarité pendant la maladie, la solidarité de ses camarades de classe. C'est l'importance de ce soutien et l'attitude de l'entourage vis-à-vis de la maladie qui sont les arguments principaux de cet opuscule. En écho au travail de la maîtresse de Zigzou qui organise, dans l'histoire, la solidarité avec la petite malade et dédramatise sa maladie auprès des élèves de la classe, l'ouvrage se termine par une série de questions destinées à engager avec le jeune lecteur une discussion sur le sujet traité. La densité du texte de ce petit livre néanmoins fort didactique fait qu'il sera utilisé avec profit par des enfants un peu plus grands que l'âge susmentionné ou aidés dans leur lecture par des adultes.

Paris : Calligram, coll. *Ainsi va la vie*, n° 66, 2003, 47 p., 4,90 €.

O. D.

Rubrique lectures coordonnée par le centre de documentation de l'INPES : doc@inpes.sante.fr



Equilibrio

Centre d'information des viandes

Ce jeu de quatre-vingt cartes se joue de quatre à sept joueurs, à partir de 7 ans. Il a pour objectif d'aider les joueurs à assimiler les principes de l'équilibre alimentaire et de leur faire comprendre qu'il peut être simple de bien s'alimenter en se faisant plaisir. Quentin l'enfant, Coralie l'adolescente, Sébastien le sportif, Emma la femme enceinte, Christophe l'homme adulte, Élisabeth la femme adulte et Pierre le senior sont les sept personnages du jeu. Chacun est représenté par une carte qui le décrit en quelques lignes (activités, goûts, etc.). Chaque joueur va se voir attribuer l'un des sept personnages. Le but du jeu est de composer un menu équilibré comportant obligatoirement une entrée, un plat, un fromage ou un laitage, un dessert et une boisson, tout en respectant les goûts alimentaires de son personnage et en incluant sept assiettes de couleurs différentes représentant les groupes d'aliments. Les cartes « entrée », « plat principal » et « dessert » sont des cartes recettes sur lesquelles figurent les ingrédients, le temps de préparation et la recette pour réaliser le plat indiqué.

Centre d'information des viandes (CIV/CHORUS/NET)
33-35, rue de Chazelles, 75017 Paris.
<http://www.centre-info-viande.asso.fr> 1 u., 2002, 2 €.

Fabienne Lemonnier



Porter secours. Guide de l'enseignant. Un apprentissage de la maternelle au collège.

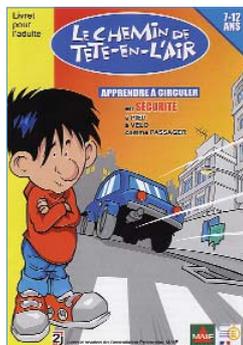
C. Ammirati, R. Gagnayre

Cet ouvrage a été réalisé par un collectif de médecins de Samu, formateurs d'adultes et pédagogues. Il a pour objectif d'aider les enseignants désireux de s'engager à la formation de leurs élèves aux gestes de premier secours.

Le programme « Apprendre à porter secours » (Bulletin Officiel de l'Éducation nationale du 17/07/97) préconise que l'enseignant mette en œuvre une approche des comportements adaptés face à une situation d'urgence et qu'il adapte cet apprentissage au développement de l'élève en utilisant des situations de complexité croissante. Cet ouvrage offre les connaissances nécessaires à la compréhension des gestes d'urgence, mais aussi des expériences d'enseignants et des réflexions pédagogiques concernant l'apprentissage d'un geste (propositions de scénario et de matériel à utiliser). Il couvre l'ensemble des compétences visées de la maternelle à la fin de scolarité obligatoire.

Paris : Maloine, 2002, 133 p., 27 €.

F.L



Le chemin de Tête-en-l'air

Un cédérom conçu et réalisé par 2J Média

en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale et Prévention Maif

Ce cédérom ludoéducatif a pour objectif d'apprendre aux enfants de 7 à 12 ans à circuler en sécurité, que ce soit à pied, à vélo ou comme passager d'une automobile véhicule. À partir de la chambre du personnage central de l'histoire, « Tête-en-l'air », plusieurs activités sont proposées à l'enfant. Elles vont lui permettre notamment de se repérer dans l'espace, prévoir un itinéraire, connaître et comprendre la signalisation, choisir le bon moment pour traverser, etc. Les performances de l'enfant sont enregistrées, ce qui lui permet de se voir proposer des activités de difficulté croissante. Ce programme est disponible en deux versions, la version « famille » et la version « éducation » destinée à l'enseignant. Celle-ci, plus étoffée, inclut des fiches pédagogiques pour l'enseignant, qui permettent de structurer une démarche au long cours, faisant appel à différents champs disciplinaires. Trois projets de scénarios sont ainsi proposés à l'enseignant. Le premier, « l'enfant piéton », vise à l'autonomie de l'enfant dans ses déplacements à pied, dans le respect des règles de sécurité. Le deuxième, « l'enfant passager », s'intéresse aux véhicules particuliers ; il s'agira pour l'enfant de connaître et respecter les règles à observer en tant que passager et de prendre en compte les transports en commun et les risques particuliers qu'ils représentent. Le troisième, « l'enfant rouleur », est un projet qui propose la préparation d'une sortie vélo pour participer à un challenge avec d'autres classes. Au terme de ce projet, l'enfant devra être capable de choisir et d'organiser un itinéraire, gérer son temps, maîtriser son vélo, son trajet et ses déplacements, gérer son matériel, mais aussi respecter la règle, se procurer un matériel de protection, donner l'alerte et agir en cas de problème.

Pour chacun de ces projets, les objectifs, le déroulement et les activités proposées, avec ou sans le support du cédérom sont détaillés dans les fiches.

2J Média : Europôle Méditerranéen de l'Arbois, BP 28 – 13545 Aix-en-Provence Cedex 4. Tél. : 04 42 90 80 06.
1 u., 2002, Mac/PC, Win 98, version famille : 29,90 €.
Version éducation : monoposte = 53 €, 5 postes = 150 €, 10 postes = 250 €.

F.L.



Faculté
de Médecine
et de Pharmacie
de Besançon



Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

1^{ère} Université d'été francophone en santé publique

Au cœur de la Francophonie (à 2h 30 de Paris en TGV et 1h 30 de Lausanne par la route), les organisateurs de l'Université d'été seront heureux de vous accueillir pour une semaine de travail, mais aussi de découverte professionnelle et culturelle avec des intervenants et des participants venant de différents pays francophones.

La promotion de la santé constituera le fil conducteur de cette rencontre destinée prioritairement à des professionnels en activité et des élus œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

L'Université est organisée autour de 15 modules de formation. D'une durée d'une semaine chacun, ils sont proposés sur plusieurs grands thèmes de santé publique : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, réseaux de santé, santé des adolescents, santé en milieu rural, prévention des accidents et de la violence (suicide, chutes...), cancer, rythmes biologiques, évaluation des interventions de santé...

Pour obtenir le programme complet ou d'autres renseignements :

- **Sites internet :** <http://www.urcam.org> ou <http://www.univ-fcomte.fr>
- **Adresse courriel :** Caroline Guillin, cguillin@urcam.org
- **Adresse postale :**

Secrétariat de l'Université d'été francophone en santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie,
Place St Jacques
25030 Besançon Cedex

Cette Université d'été est organisée avec le soutien de plusieurs partenaires dont
l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Besançon, France, du 5 au 9 juillet 2004

Une semaine
de formation et d'échanges
modules d'enseignement
forums
débat
conférences



Université d'été francophone
en **santé publique**