



**Master 2 Pilotage des Politiques et Actions
en Santé Publique**

Promotion : **2011- 2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

**Intégration de la parentalité dans la politique santé des
villes-santé de l'OMS ; Focus sur l'action au sein des zones
urbaines sensibles**

Alice BROCHARD

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à Zoé Héritage, chargée de mission au Réseau Français des Villes-Santé pour sa patience son soutien et pour tout ce que j'ai pu apprendre à ses côtés au cours de ce stage.

Je remercie également Sophie Pamiès, médecin directeur du service de santé scolaire de la ville de Villeurbanne pour le temps et le soutien qu'elle m'a accordé.

Merci à tous les membres du groupe de travail « parentalité et santé » pour leur accueil et leur disponibilité au cours de cette recherche.

Je remercie toutes les villes santé de l'OMS qui ont bien voulu répondre à la fiche de recueil d'information et aux entretiens réalisés pour cette enquête.

Merci à Claude Martin, sociologue et enseignant à l'EHESP pour son temps et ses connaissances qu'il m'a transmises.

Merci à ma famille pour son soutien.

Sommaire

Introduction	p 1
Chapitre 1 : Parentalité et santé : cadrage théorique et pratique	p 4
1/La parentalité : émergence d'un nouveau concept	p 4
1.1.1 Psychologie	p 4
1.1.2 Anthropologie	p 6
1.1.3 Sociologie	p 7
1.1.4 Sciences juridiques	p 8
1.1.5 Appropriation par les politiques publiques	p 9
2/ La relation entre parentalité et santé	p 11
1.2.2 Revue de la littérature spécifique au lien entre parentalité et santé	p 11
3/ Le cadre politique et juridique de l'action	p 13
1.3.1 Les dispositifs juridiques	p 13
1.3.2 Les dispositifs politiques	p 14
1.3.3 Les différents acteurs du sujet	p 16
Chapitre 2 : Diagnostic : politiques et action des villes sur la thématique « parentalité et santé »	p 18
1/ Présentation générale de l'enquête et des résultats	p 18
2.1.1 Fiches de recueil d'information	p18
2.1.2 Entretiens semi-directifs	p 22
2/ La thématique parentalité et santé pour les villes : de la réflexion à l'action	p 23
2.2.1 La représentation du lien entre parentalité et santé par les acteurs des politiques de la ville	p 23
2.2.2 Posture de la ville face à la thématique parentalité et santé	p 28
2.2.3 Origine de l'impulsion de la réflexion et des actions	p 30
2.2.4 Les différents acteurs de la thématique et leur coordination	p 31
2.2.5 Les obstacles rencontrés par les villes pour mener leurs actions sur la parentalité et la santé	p 33
3/ Les profils des villes santé	p 36

2.3.1 Profil 1 : Des villes ayant intégrée le lien entre parentalité et santé dans leur politique	p 38
2.3.2 Profil 2 : Des villes ayant une culture naissante de la politique sur la parentalité et la santé	p 39
2.3.3 Profil 3 : Des villes ayant une culture de la prévention de la santé physique	p 40

Chapitre 3 : Focus sur les actions « parentalité et santé » menées au sein des quartiers en Zone Urbaine Sensible

p 42

1/ Zones Urbaines Sensibles et politiques de la ville

p 42

3.1.1 Du quartier populaire à la zone urbaine sensible : la mise en place de politiques sociales territorialisées	p 42
3.1.2 La politique de la ville	p 44
3.1.3 Enjeux pour les acteurs des politiques de la ville	p 46

2/ La politique de la ville adaptée et mise en place sur le thème de la parentalité et la santé

p 49

3.2.1 Des actions basées sur les programmes et plans intégrées dans le CUCS	p 49
3.2.2 Les diagnostics territoriaux	p 50
3.2.3 Les avantages et inconvénients de ces actions	p 52
3.2.4 Les solutions innovantes proposées par les villes	p 54

Recommandations

p 55

Conclusion

p 56

Résumé et mots clés

Bibliographie

Liste des annexes

Annexes

Liste des sigles utilisés

Acse :	Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances
AEMO :	Action Educative en Milieu Ouvert
ANRU :	Agence Nationale de Rénovation Urbaine
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASV :	Atelier Santé-Ville
ATSEM :	Agents Territoriaux spécialisés des Ecoles Maternelles
CCAS :	Centre Communal d'Action Social
CDAS :	Centre Départemental d'Action Social
CDDF :	Conseil des Droits et des Devoirs des Familles
CNFPT :	Centre Nationale de la Fonction Publique Territoriale
CIV :	Comité Interministériel des Villes
CRP :	Contrat de Responsabilisation Parentale
CLS :	Contrat Local de Santé
CUCS :	Contrat Urbain de Cohésion Social
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEL :	Projet Educatif Local
PLH :	Programme Local de l'Habitat
PLS :	Plan Local de Santé
PMI :	Protection Maternelle Infantile
PNRU :	Programme National de Rénovation Urbaine
PJJ :	Protection judiciaire de la jeunesse
PRE :	Programme de Réussite Educative
PRU :	Projet de Rénovation Urbaine
RASED :	Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté
REAAP :	Réseau d'Ecoute Appui et Accompagnement des Parents
RFVS :	Réseau Français des Villes-Santé
ZFU :	Zone Franche Urbaine
ZRU :	Zone de Redynamisation Urbaine
ZUS :	Zone Urbaine sensible

Introduction

Ce sujet de mémoire de master 2 s'inscrit dans la continuité de mes recherches de master 1 en sociologie. En effet, j'avais commencé à m'interroger sur la parentalité à travers l'observation des familles recomposées et de la relation entre le beau parent et son bel enfant. Ce sujet de mémoire me permet donc d'articuler mes premières recherches sur la parentalité avec des questionnements sur les politiques de santé publique, propres au master 2 de pilotage des politiques et actions en santé publique dans lequel je suis inscrite.

Ce sujet d'étude sur la parentalité et la santé m'a été proposé dans le cadre d'une offre de stage au Réseau Français des Villes-Santé (RFVS). Le RFVS est un programme de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui se base sur les principes de la charte d'Ottawa. Il existe des réseaux régionaux et nationaux des villes santé, mais également un réseau Européen. Au-delà de l'Europe les initiatives de Villes-santé sont peu nombreuses et se situent principalement au Japon et aux Etats-Unis. Le RFVS existe depuis 20 ans et compte aujourd'hui 80 membres. Les villes membres du réseau s'engagent à respecter les principes de la charte d'Ottawa et à mener une politique mettant en place des conditions favorables à la santé de leur population.

Chaque année, ce réseau organise un groupe de travail sur une thématique particulière. S'en suivent l'organisation d'un colloque et l'écriture d'un guide méthodologique. Depuis octobre 2012, un groupe d'une dizaine de ville se réunit pour partager leurs expériences et réfléchir à la thématique de la parentalité et de la santé.

Etant particulièrement intéressée par le domaine de la promotion de la santé, ce stage qui me permettait d'expérimenter ce champ d'action et d'intégrer mes premiers travaux de recherche en sociologie m'a immédiatement motivé. Mon rôle en tant que stagiaire est de coordonner le groupe de travail, participer à l'organisation du colloque et réaliser l'enquête pour le groupe sur le thème de la parentalité et la santé. Une prolongation de mon stage en CDD est envisagée afin que je puisse travailler à la coordination de l'écriture du guide méthodologique sur le sujet.

Il m'a paru logique de prendre comme sujet de mémoire dans le cadre de mon master 2 de pilotage des politiques et actions en santé publique, ce thème de la parentalité et de la santé. En effet, en plus de me permettre un accès rapide et privilégié au terrain d'enquête, ce sujet centré sur le point de vue des professionnel de la ville, a pour objet l'analyse des politiques de santé en lien avec la parentalité. La prévention en santé étant une partie des politiques de santé publique, il m'a paru pertinent de garder ce sujet d'étude de stage pour mon mémoire. De plus l'approche par la parentalité n'est pas commune c'est ce qui fait

l'originalité de ce sujet. Dans un premier temps cette thématique peut sembler très large. Elle l'est en effet dans le sens où elle ne se centre pas sur un champ de la santé en particulier (nutrition, pathologies chroniques etc.). C'est pourquoi ce mémoire s'attache à identifier les mécanismes de mise en place de ces politiques et plus particulièrement au sein des zones urbaines sensibles. Ce ciblage du sujet m'a semblé suffisamment fin pour faire l'objet d'un mémoire.

Lors de la première réunion du groupe, plusieurs problématiques communes aux villes-santé présentes ont émergé, parmi lesquelles :

- La transversalité des actions
- Partenariat, travail en réseau et pilotage, le positionnement des villes
- Evaluation quantitative et qualitative
- L'approche de la parentalité (proximité, thématiques,...) et les outils
- L'accessibilité des actions, la territorialisation de l'action publique

Cette première rencontre avec le groupe de travail en octobre 2012 m'a permis d'affiner le sujet sur les zones urbaines sensibles. En effet, un des principaux problèmes rencontrés par les villes et évoqué par le groupe est celui de la mise en place d'actions au sein des quartiers prioritaires de la ville. C'est ce qui transparait en partie à travers la dernière problématique évoquée ci-dessus. Le sujet de la parentalité et de la santé est particulièrement sensible. Eviter la stigmatisation et la culpabilisation de certains comme « mauvais parents » est une des préoccupations importantes des villes, qui transparait encore plus dans les actions ciblées sur des territoires ou populations particulières. Pourtant, dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, les actions sont basées sur des diagnostics afin d'agir là où les besoins sont les plus importants. C'est un des objectifs principaux qui motive la politique de la ville.

A partir de ce cadrage du sujet sur l'action des villes santé au sein des quartiers prioritaires, on peut se demander : Quelles sont les logiques qui entrent en interaction et influencent la construction et la mise en place des politiques des villes sur la santé et la parentalité ? Pour répondre à cette question de départ, il est nécessaire de s'interroger au préalable sur les points suivants : Quelles sont les approches possibles de la thématique parentalité et santé ? Comment ces approches déterminent les modalités d'actions des politiques ? L'histoire et la culture politique de la ville déterminent-elles les politiques de santé et parentalité ? Quels sont les choix opérés dans la politique parentalité et santé dans les zones urbaines sensibles ? Quels sont les atouts et limites de ces choix ?

A partir de l'enquête réalisée auprès des villes santé, une tentative de catégorisation des politiques et actions des villes en matière de parentalité et santé a été réalisée. Pour ce faire des modalités apparues comme constitutives dans la mise en place et la réalisation des actions ont été sélectionnées.

Dans le cadre de ce stage il m'a été demandé de réaliser une enquête auprès de toutes les villes membres du réseau, c'est pourquoi une fiche de recueil d'informations (conçu par le groupe de travail et moi-même) leur a été envoyée. Cette fiche a été renseignée par 39 villes sur les 80 membres du RFVS. Mais cette enquête bien que très instructive me paraissait incomplète. C'est pourquoi la décision a été prise de réaliser des entretiens avec des représentants des villes (élus et techniciens). Sur les 11 villes sollicitées au départ pour les entretiens, 8 étaient disponibles dans le délai prévu pour l'enquête. La méthodologie de ces enquêtes sera présentée en introduction du chapitre 2, avant la présentation et l'analyse des résultats.

Le premier chapitre de ce mémoire posera le cadre théorique et pratique pour les villes en matière de politiques de parentalité et de santé. Par cadre pratique nous entendons ici les structures juridiques et politiques qui cernent le sujet. Un point sera fait sur la notion de parentalité et son historique. Puis nous étudierons la revue de la littérature qui traite spécifiquement du lien entre la parentalité et la santé, avant d'observer la posture des villes face à cette thématique. Dans un dernier point, nous verrons quels sont les dispositifs juridiques et politiques qui encadrent les multiples acteurs de la parentalité et de la santé.

Une fois posé le contexte de l'action, le diagnostic réalisé grâce à l'enquête sera présenté. Pour ce faire la méthodologie de l'enquête sera détaillée ainsi que ces grands résultats. Nous décrirons ensuite les thématiques d'analyses ressorties comme étant pertinentes avant de présenter les différents profils politiques perçus grâce à l'enquête.

Enfin, un focus sur la politique de la ville (dans les zones urbaines sensibles) en matière de parentalité et santé sera réalisé. Pour ce faire nous observerons les dispositifs des politiques de la ville existants. Puis nous verrons comment les villes agissent dans les zones urbaines sensibles sur la thématique qui nous intéresse, les atouts et limites de ces politiques, et enfin les réponses innovantes apportés par les villes pour améliorer leur action.

Chapitre 1 : Parentalité et santé : cadrage théorique et pratique

Ce chapitre est dédié dans un premier temps au cadrage théorique de l'action, c'est-à-dire à l'approche sous l'angle de différentes disciplines des notions de parentalité et de santé puis de leur articulation. Nous aborderons également le cadre pratique des actions de parentalité et de santé pour les villes, c'est à l'environnement juridique et politique dans lequel elles se situent et qui leur permet de travailler sur ce sujet.

1/La parentalité : émergence d'un nouveau concept

Le concept de parentalité est utilisé depuis une vingtaine d'année par les politiques publiques, médias etc. Ce concept trouve son origine dans plusieurs disciplines : la psychologie, l'anthropologie, la sociologie et les sciences juridiques. Cette origine interdisciplinaire complexifie toutes initiatives de définition de la parentalité. Comme nous le verrons dans la présentation des résultats de l'enquête cela a pour conséquence une variation dans la définition de ce concept en fonction des acteurs qui pourtant travaillent ensemble. Afin de bien comprendre les enjeux inhérents au concept de parentalité, il faut le redéfinir au regard des différentes disciplines qui l'ont fondé. C'est ce à quoi nous allons nous évertuer dans la partie suivante, en s'appuyant sur deux textes : l'un de Gérard Neyrand¹ et l'autre de Claude Martin².

✓ Psychologie

On peut évoquer comme première discipline constructrice de ce terme de parentalité, la psychologie. En effet dès les années 1950, la parentalité apparaît dans les travaux psychanalytiques pour désigner un processus de construction du parent, d'expérience fantasmatique de la grossesse. Cette vision ne distingue pas encore de processus masculin ou féminin. Gérard Neyrand³ cite comme auteur ayant impulsé cette notion de la parentalité, la psychanalyste Thérèse Benedeck avec son article *Parenthood as a developmental phase*⁴ paru en 1959 dans le « Journal of the American psychoanalytic Association ». Le

¹G. NEYRAND, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Erès, 2000

²C. MARTIN, « Le soutien à la parentalité. Généalogie et contours d'une politique émergente », in M-P. HAMEL, S. LEMOINE et C. MARTIN (dir), *Aider les parents à être de « meilleurs » parents. Perspectives internationales*. Rapport du Centre d'analyse stratégique. Paris, La Documentation Française, 2012

³G. NEYRAND, *Op. Cit*, pp. 41

⁴T. BENEDEK, «Parenthood as a developmental phase" *Journal of the American psychoanalytic Association*, 7, 1959

sociologue Claude Martin⁵ cite quant à lui le clinicien Erik Erikson, auteur de la théorie du développement psychosocial en huit stades. La parentalité correspond alors à la phase de la générativité qui traduit un besoin de reproduction, de prise en compte de l'autre et donc d'engendrement, de prise en charge et d'ancrage d'un enfant dans l'histoire de l'individu. Cette phase ne traduit pas seulement le processus de parentalité mais plus globalement un souci de prise en compte des générations à suivre.

Paul Claude Racamier a abordé cette notion de parentalité sous un angle différent en distinguant la maternalité et la paternalité, comme mécanismes psychiques de préparation à l'arrivée d'un premier enfant. Le psychiatre Serge Stoleru définit ainsi ces deux termes dans le *dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* : « Aussi définissons-nous la maternalité d'un sujet comme l'ensemble organisé de ses représentations mentales, de ses affects, de ses désirs, et de ses comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né. Le développement ci-dessus est entièrement transposable à la paternalité et, plus généralement à la parentalité ».⁶

Le processus de parentalité désigne également dans ce passage d'un stade à un autre, l'articulation des générations et du genre. Des catégories d'âge et de genre sont établies pour étudier des relations, comme par exemple la relation père-fille ou parent-enfant. Ces constructions mentales catégorielles mises en évidence par Leticia Solis-Ponton constituent « un cadre de référence qui organisera les représentations du monde et de soi par rapport à l'entourage »⁷.

La définition de la parentalité selon la discipline psychanalytique s'est élargie depuis son apparition dans les années 1950. Le terme s'est d'abord systématisé (on le voit aujourd'hui dans les titres des ouvrages). Gérard Neyrand relève de plus dans cette évolution un élargissement de la définition : « on est ainsi progressivement passé d'une définition de la parentalité en terme de fonctionnement psychique et de transformation subjective internes à une nouvelle définition qui, outre cette dimension de processus psychique inclut désormais des pratiques parentales, renvoyant à des catégories de pensée en rapport avec la parenté, la différence des sexes et la génération »⁸.

⁵ C. MARTIN, *Op. Cit.*, pp. 3

⁶ S. STOLERU, « Aspects conceptuels », entrée *Parentalité* dans D. HOUZEL, M. EMMANUELLI, F. MOGGIO (sous la direction de), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2000, p 491

⁷ L. SOLIS-PONTON, (sous la direction de), *La parentalité, défi pour le 3^{ème} millénaire. Un hommage à Serge Lebovici*, Paris, PUF, 2002

⁸ G. NEYRAND, *Op. Cit.*, pp. 46

✓ Anthropologie

. Si on retrouve bien comme pour la discipline psychanalytique la notion d'articulation des générations, et la différenciation de la parenté et de la parentalité, l'anthropologie met elle, en valeur le processus social de la parentalité (alors que l'approche psychanalytique insiste sur le processus psychique).

L'anthropologue Esther Goody⁹ détaille cinq fonctions principales de la parentalité : l'engendrement, le nourrissage, l'éducation, l'attribution d'identité, l'accès au statut d'adulte. Avec la reconnaissance de la parentalité viennent un ensemble de droits et devoirs envers l'enfant. Certaines règles sociales et normes sont accolées à la parentalité. En anthropologie un des principes fondateurs de la parentalité est celui de l'interdit de l'inceste. Mis à part cette norme commune à de nombreuses sociétés, les règles de la parentalité s'inscrivent dans un contexte social et historique particulier qui influence leurs reproductions et éventuels changements. Les comportements attendus dépendent également du schéma de parenté propre à la société dans laquelle ils s'inscrivent.

Pour certains anthropologues comme Maurice Godelier, la parenté s'inscrit dans le cadre de la parentalité. La parentalité vient en complément de la parenté. Les parents peuvent également être des oncles ou autres membres apparentés. Maurice Godelier définit sous ces termes la parentalité : « ensemble culturellement défini des obligations à assumer, des interdictions à respecter, des conduites, des attitudes, des sentiments et des émotions, des actes de solidarité et des actes d'hostilité qui sont attendus ou exclus de la part d'individus qui – au sein d'une société caractérisée par un système de parenté particulier et se reproduisant dans un contexte historique donné – se trouvent, vis-à-vis d'autres individus, dans des rapports de parents à enfants »¹⁰. Pour Maurice Godelier, les fonctions de la parentalité de Goody sont plus des fonctions de parenté.

Agnès Fine¹¹, anthropologue contemporaine pose quant à elle la question de la distinction entre engendrement et prise en charge de l'enfant par le terme de parentalité. Etre parent ce n'est pas seulement donner vie mais inscrire l'enfant dans une histoire familiale, le prendre en charge jusqu'à l'autonomie, l'éduquer et prendre soin de lui. Cette distinction anthropologique est intéressante pour mieux comprendre les changements familiaux actuels. La place du beau parent par exemple peut être réinterrogée puisqu'il n'a pas engendré l'enfant mais peut participer à sa prise en charge et à son intégration familiale.

⁹ E. GOODY, *Parenthood and social reproduction. Fostering and occupation Roles in West Africa*, Cambridge University Press, 1982

¹⁰ M. GODELIER, *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard, 2004, pp 239-240

¹¹ A. FINE, « Pluriparentalité et système de filiation dans les sociétés occidentales » in D. LE GALL et Y. BETTAHAR, (sous la direction de), *La pluriparentalité*, Paris, PUF, 2001

Ces changements interrogent également le droit, qui ne reconnaît pas, si l'on reprend l'exemple précédent, le beau parent qui pourtant a un lien de parentalité avec son ou ses beaux enfants. Nous reviendrons sur les enjeux juridiques de la parentalité.

✓ Sociologie

En sociologie, la parentalité recouvre la multiplicité des formes familiales actuelles. Si les formes familiales que l'on connaît actuellement ne sont pas nouvelles, la signification qui les accompagne et leur augmentation numérique l'est. Ainsi il a toujours existé, par exemple, des familles monoparentales et recomposés, mais cela faisait suite à l'époque à un veuvage plus qu'à un divorce, puis à une substitution de l'ancien conjoint mort par un nouvel époux. Les mutations familiales reflètent entre autre un changement des formes de mise en couple. Irène Théry, sociologue du droit parle de mariage et de démariage¹² pour caractériser ces évolutions.

C'est de ce constat de transformation des familles que partent nombres d'ouvrages sociologiques étudiant la parentalité. Depuis les années 1980 se sont multipliés les titres sur la fragilité et la « crise » que connaissent les familles dans le cadre de leur mutation. Les formes familiales traditionnelles sont posées à l'inverse comme stable, avec des liens forts entre les membres qui les composent. Un discours ambiant d'inquiétude a émergé remettant en cause la capacité des familles à créer un lien social aussi fort que dans sa forme traditionnelle. Irène Théry, en contrecourant de ces discours alarmistes dit à propos du divorce : « ce dont nous souffrons, ce n'est pas du divorce (et de l'éclatement de la famille traditionnelle), c'est de l'incapacité totale de la société à (leur) donner un autre sens que celui de l'échec de ses valeurs »¹³.

Les explications sur ces mutations familiales sont nombreuses et parfois controversées. On peut citer entre autre la transformation de la condition féminine, son émancipation du foyer conjugal, l'augmentation du nombre de femmes à travailler et les modifications des rapports de genre. Ces mouvements sociaux d'émancipation ont participé à la transformation des rapports et des rôles parents-enfants.

Un apport majeur de la sociologie sur la famille a été de distinguer deux temps qui la constituent : un temps conjugal et un temps parental. Ainsi la désunion du couple n'engage pas forcément une destruction du lien parental. Au niveau du temps conjugal, on peut noter

¹² I. THERY, *Le démariage, justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1993

¹³ Ibid, pp. 10

comme élément clé de notre époque la baisse du nombre de mariage et l'augmentation croissante des divorces pour ceux qui se marient. Sur le plan parental bien que ces séparations puissent avoir lieu sans rupture des liens parentaux, on observe une mutation dans le rôle parental. La définition du « bon parent » n'est aujourd'hui plus la même que celle donnée jusqu'au courant des années 80. La relation d'autorité parent-enfant a évolué. Le parent ne doit pas être trop autoritaire, ni trop laxiste. Une multitude de modèles de rôles parentaux existent et se confrontent. La tâche parentale en paraît extrêmement compliquée et peut amener selon François De Singly à un « épuisement parental ».

Selon Irène Théry, la parentalité et la filiation possèdent trois dimensions : le biologique, le domestique et le généalogique. Ces trois points constitutifs de la parentalité ont longtemps été réunis au sein d'une « fiction juridique » représentée par le mariage. L'explosion des formes familiales a participé à éclater cette fiction juridique et à éparpiller les composants de la parentalité et de la filiation. C'est la distinction actuelle du temps conjugal et du temps parental, ou encore du couple de la famille et de la filiation¹⁴.

✓ Sciences juridiques

Une des réponses du droit aux mutations familiales a été de préserver le lien de filiation en posant le principe de coparentalité, qui devait permettre aux deux parents de rester en relation avec leurs enfants même après divorce. Le code Napoléon imposait jusqu'à cette loi de 1970 sur la coparentalité, la puissance paternelle et donc un rapport inégalitaire des membres du couple à l'enfant. Selon Gérard Neyrand¹⁵, il a encore fallu attendre 2002 pour que cette égalisation des rapports parentaux soit effective, avec la loi sur la reconnaissance de la résidence alternée. Le lien conjugal autrefois indissoluble et sacré n'est plus entériné comme tel, contrairement au lien parental aujourd'hui. C'est ce que soutient Irène Théry dans son ouvrage *Différence des sexes et différences des générations* : « Ainsi en se personnalisant et s'individualisant, le lien de filiation est devenu ce qu'il n'avait jamais été au temps où les statuts familiaux l'emportaient sur l'actualité de la relation interpersonnelle : l'idéal même du lien inconditionnel et indissoluble »¹⁶.

Cette loi a participé à la transformation du rapport entre conjugal et parental. Mais peu nombreuses sont les lois qui ont eu ce même effet par la suite. Le droit peine à s'affranchir d'une perspective traditionnelle de la relation parent-enfant. Ainsi, de nombreux statuts de

¹⁴ I. THERY, « Différences des sexes et différences des générations L'institution familiale en déshérence » ; *Malaise dans la filiation*, Esprit, n° 227, 1996, p80

¹⁵ G. NEYRAND, *Op. Cit*, pp. 24

¹⁶ I. THERY, *Op. Cit*, pp 63.

parentalité reconnus par la société ne le sont pas par le droit. C'est le cas par exemple des beaux parents, qui participent à l'éducation des enfants de leurs conjoints sans pour autant être reconnus comme tels. De même la reconnaissance de la relation entre les enfants réunis au sein d'une même famille et qui ont des parents différents est inachevée, ce qui peut se percevoir clairement lorsque l'on regarde les « noms » que se donnent les membres de ces familles entre eux. Alors que certains ont des demi-frères et sœurs, d'autres ont de « faux » frères et sœurs, et d'autres encore les appellent frères et sœurs. Un flou juridique persiste autour de ce type de famille, ce qui participe en partie à créer de l'incertitude autour des rôles et relations au sein des familles.

Selon la juriste Claire Neyrink, citée par Claude Martin¹⁷, « le recours à ce néologisme qui n'a reçu à ce jour aucune définition, ni dans le dictionnaire de langage usuel ni comme terme juridique, relève une demande, un besoin. »¹⁸Ce besoin n'est pourtant pas encore pris en compte juridiquement.

✓ Appropriation par les politiques publiques

A partir du milieu des années 90, les politiques publiques commencent à s'intéresser à cette notion de parentalité. Cette appropriation révèle la volonté des politiques publiques de prendre en compte les transformations de la famille, mais également leur inquiétude concernant ces mutations et la capacité des parents à « bien » exercer leur rôle éducatif. Dans un contexte où, comme le montre la sociologie, la parentalité peut être vécue mais pas reconnue ni socialement ni juridiquement, les politiques publiques sont interpellées pour soutenir les parents dans leur rôle.

Le terme de parentalité a donc été rapidement approprié par les politiques publiques mais également par les médias, qui l'ont utilisé pour illustrer cette inquiétude ambiante sur la « démission parentale », oubliant ainsi de replacer les familles dans leur contexte de vie globale et imputant la faute au comportement parental plutôt qu'à l'environnement social dans lequel il se situe. Cet engouement autour du concept de parentalité par les politiques publiques et les médias révèle pour Claude Martin¹⁹ la construction d'un problème social nouveau : la délinquance des jeunes et la démission parentale.

¹⁷ C. MARTIN, *Op. Cit*, pp. 6

¹⁸ C. NEYRINCK., 2001, « De la parenté à la parentalité », dans A. BRUEL, J. FAGET., L. JACQUES, M. JOECKER, C. NEYRINCK, G. POUSSIN (2001), *De la parenté à la parentalité*. Paris, Erès, p. 15. IN C. MARTIN,

¹⁹ C. MARTIN, *Op. Cit*, pp. 23

Claude Martin²⁰ propose de distinguer les politiques publiques sur la parentalité à partir de la popularisation de ce concept dans le courant des années 90 à travers les médias et la politique. En effet il est nécessaire de distinguer selon lui les politiques qui sont un renouvellement des précédentes et celles qui ont un caractère réellement nouveau, l'intérêt étant de repérer les logiques d'actions sous jacentes à ces politiques. De même les politiques en matière de parentalité sont à distinguer en fonction de leur approche sécuritaire (qui véhiculent un discours sur la responsabilité parentale) et les politiques d'accompagnement. En prenant pour référent ces deux approches, on peut observer la généalogie des politiques de parentalité mise en place depuis le courant des années 90 et les réflexions et présupposés qui les accompagnent. Claude Martin²¹ donne comme exemple, la mise en place des écoles des parents comme reflet de la réflexion psychanalytique sur le soutien à la parentalité qui reconnaît les savoirs des parents et le rôle de ces derniers comme partenaires dans l'éducation des enfants. Tandis que la mise en place des contrats de responsabilisation parentale reflète le discours managérial et sécuritaire de l'Etat envers les parents « fautifs » ou « défaillants » dans leur rôle éducatif. Gérard Neyrand²² reprend cette dichotomie des politiques publiques de parentalité en parlant du control parental en opposition au soutien parental, tout en précisant les biais de ces deux approches.

Le concept de parentalité est complexe de par son origine disciplinaire multiple et les débats qu'il sous tend par son appropriation par les politiques publiques. Associé au terme de santé, la parentalité prend une orientation plus précise, parfois difficile à cerner et qui reflète bien les débats implicites à la mise en place de politique sur la parentalité. Dans ce second point du premier chapitre, nous ferons un bref tour d'horizon des écrits sur la relation entre la parentalité et la santé. Ce dernier point nous permettra d'avoir un aperçu de l'argumentation scientifique du lien étudié puisque le sujet de cette étude n'est pas de le prouver mais d'en explorer les représentations par les acteurs des politiques de la ville.

²⁰ C. MARTIN, *Op. Cit*, pp. 15

²¹ C. MARTIN, *Op. Cit*, pp. 18

²² G. NEYRAND, *Op. Cit*, pp. 145

2/ La relation entre parentalité et santé

✓ Revue de la littérature spécifique au lien entre parentalité et santé

La revue de la littérature sur « la parentalité et la santé » nous indique que peu d'études scientifiques ont été menées sur le sujet. Le savoir en la matière est plutôt fragmentaire : la sociologie de la médecine s'est peu intéressée à la famille et même si la sociologie de la famille se tourne de plus en plus vers les questions de santé, aucun auteur n'a pour l'instant théorisé la relation entre famille et santé. On trouve de nombreux écrits de sociologie de la santé, qui étudient la relation patient- professionnel ou encore l'importance du réseau de soutien social sur le parcours de santé d'un malade. Mais là encore, la famille n'occupe pas une place centrale dans ces recherches. Geneviève Cresson, dans son article « la sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? »²³, arrive à la conclusion d'un désintérêt mutuel entre les sociologues de la famille et de la santé, alors que l'étude de la santé sur la perspective de la famille pourrait pourtant être très riche.

Beaucoup de travaux de sociologie peuvent apporter un éclairage sur la thématique de la triangulaire parentalité-santé-professionnels de l'action sanitaire et sociale. Je vais maintenant présenter quelques pièces de ce savoir fragmenté sur la parentalité et la santé.

La famille est un lieu de socialisation primaire pour l'enfant. Les pratiques, normes et valeurs d'une famille se transmettent entre générations. C'est ce que Bourdieu appelle la reproduction sociale. Les pratiques et représentations de la santé sont elles aussi transmises à travers la socialisation. Un fait représentatif de la transmission de normes et valeurs en matière de santé est la consommation de biens et soins de santé différenciée en fonction du genre. Ainsi, les femmes consomment plus de médicaments et consultent plus de médecins que les hommes²⁴. Cette différence n'est pas due à un état de santé moins bon chez les femmes. Mais cela s'explique en partie par la transmission de normes différenciées selon le genre en matière de consommation de biens de santé. La socialisation joue donc un rôle très important sur la santé des enfants et les normes en la matière, qui deviendront les leurs.

Les formes de la famille changent et se multiplient. Dans ce contexte les modalités de parentalité évoluent également. Les transformations qui peuvent intervenir au sein d'une famille entraînent une modification de l'organisation et des stratégies familiales. La relation entre parentalité et santé dans ce contexte de transformation de la famille peut recouvrir une

²³ CRESSON, G., « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », Sociétés contemporaines, 1997, n°25, p 45-65.

²⁴

multitude de réalités. Laura Cardia Vonèche et Benoit Bastard²⁵ introduisent dans une étude exploratoire sur les *préoccupations de santé et fonctionnement familial* l'idée d'une contradiction éventuelle entre les intentions en matière de santé et les stratégies familiales amenant à ne pas mettre en œuvre des pratiques de santé dans une famille, pourtant reconnues comme désirables par celle-ci. Cette perspective envisage que la santé ne possède pas l'autonomie que l'on suppose en sociologie de la médecine. Les actions bénéfiques pour la santé qui sont menées dans une famille ne le sont pas toujours dans cette visée, mais peuvent répondre à d'autres objectifs comme le plaisir ou la manifestation d'un acte de confiance par exemple.

En matière de santé, ce qui est admis comme bonne ou mauvaise pratique est défini par les autorités de santé (Haute Autorité de Santé, Agences Régionales de Santé ...) en fonction de recherches scientifiques. Cependant, certaines vérités scientifiques ont une durée de vie très courte. Ainsi, une bonne recommandation peut en devenir une mauvaise quelques années plus tard. On peut donner ici l'exemple de la manière de coucher les bébés. Pendant toute une période il était recommandé de coucher les bébés sur le ventre, car il était scientifiquement prouvé que cette position était meilleure pour eux. Mais une autre étude, quelques années plus tard, a prouvé que le taux de mort subite du nourrisson était plus élevé chez les bébés couchés sur le ventre. Depuis, il est recommandé d'allonger son bébé sur le dos. Cet exemple amène de nombreuses questions sur les pratiques des parents et le suivi des recommandations. On peut s'interroger sur l'articulation des savoirs « profanes » de la famille, les savoirs des professionnels de santé et l'application réelle des pratiques en santé.

La multiplication des mouvements sociaux de santé (dont des mouvements de patients, tel que les mouvements lobbyistes pour la recherche sur le sida) montre une réappropriation de la santé par les patients et leur entourage. L'équilibre qui existait alors entre les professionnels de santé « tout puissant », la famille et les patients au savoir « profane » est en train de se modifier.²⁶

Geneviève Cresson propose dans son article intitulé *la sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille*, de s'interroger sur les raisons légitimes que se donnent les acteurs professionnels pour agir en faveur du soutien à la parentalité. Selon elle, aucune étude ne

²⁵ CARDIA-VONECHE, L., BASTARD, B. « Préoccupations de santé et fonctionnement familial » In : *Sciences sociales et santé*. Vol 13, n°1, 1995. Pp. 65-80.

²⁶ BURTON-JEANGROS, C., « Transformation des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales*, 2006/1 n°3, p. 16-25.

propose une analyse de ce thème. L'observation de ces mécanismes est pourtant nécessaire pour comprendre comment interagissent les parents avec les professionnels.

Voyons maintenant quel est le cadre juridique et politique qui permet aux villes d'agir sur ce lien entre la parentalité et la santé. La compréhension de ce cadre nous donnera une idée des grandes prérogatives nationales et de la marge de manœuvre par rapport à ces prérogatives dont disposent les villes, lorsqu'elles souhaitent agir sur la parentalité et la santé.

3/ Le cadre politique et juridique de l'action

Afin de comprendre le contexte juridique et politique qui encadre les villes dans leurs actions sur la parentalité et la santé, il est nécessaire de présenter les dispositifs juridiques existants en la matière. De même les structures, réseaux et programme permettant aux villes d'agir en la matière doivent être présentés. Ce cadrage n'est pas exhaustif mais reprend les principaux éléments de cadrage cités par les représentants des villes lors des entretiens.

✓ Les dispositifs juridiques

Il est important de ne pas dissocier le parental de son contexte globale social économique et environnemental. En effet, ne pas prendre en compte ce contexte revient à assigner tout problème chez un enfant, à ses parents, d'où l'émergence de discours sur la « démission parentale » et la nécessité de responsabilisation. Des dispositifs et compétences juridiques ont été mis en place dans ce sens : ce sont les « dispositifs de responsabilisation dans le cadre de la prévention de la délinquance »²⁷. La création des REAAP et du comité national de prévention que nous présenterons ci-dessous en font partie. Mais ces mesures s'inscrivent plus dans une démarche de soutien à la parentalité. D'autres mesures sont plus contraignantes et dures avec les parents : c'est le cas du contrat de responsabilisation parentale (CRP) qui prévoit en cas d'absentéisme répété d'un enfant la suspension des droits aux allocations familiales. Le refus par les parents d'un CRP peut également être sanctionné par la suppression temporaire des allocations familiales.

Dans le cadre du projet de loi de prévention de la délinquance de 2005, une autre mesure était prévue et a suscité de fortes réactions de la part des associations et des parents, permettant ainsi l'échec de sa mise en place. Cette mesure prévoyait de repérer les

²⁷ Source web : http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_votre_service/publications/rapports-iga/11-089-01/downloadFile/attachedFile/11-089-01 - Responsabilite parentale - EPPD.pdf?nocache=1327775383.3
Mission permanente de la politique de prévention de la délinquance, « Trois dispositifs de responsabilisation parentale dans le cadre de la prévention de la délinquance », Rapport établi par D. Lacaze et B.Laffargue, I. Massin, B ; Messias, J-L. Miraux, novembre 2011.

enfants qui feraient preuve d'un « trouble oppositionnel avec provocation » dès l'âge de 3 ans.

Les villes disposent de pouvoirs particuliers en matière de responsabilisation parentale. Le maire de la ville peut décider de la mise en place d'un accompagnement parental, dans le cadre du conseil des droits et des devoirs des familles (CDDF) qu'il préside (dans les villes de plus de 50 000 habitants la mise en place de ce conseil est obligatoire). Les mesures d'accompagnement parental ne peuvent se superposer avec le CRP proposé par le Conseil Général. Ces mesures et compétences du maire sont définies par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007.

Pour Gérard Neyrand²⁸, certaines mesures imputent la responsabilité de la délinquance des enfants au comportement parental en les détachants complètement du contexte global dans lequel ils vivent. Ces mesures entrent pour lui dans le cadre du control et non de l'accompagnement et s'inscrivent dans ce qu'il appelle « l'excès managérial ». « Au delà de la souhaitable rationalisation budgétaire, la volonté managériale peut déboucher, si elle est déconnectée de la logique du champ dans lequel elle est appliquée, sur la remise en cause des fondements humanistes de l'Etat social au bénéfice d'une rationalité comptable à courte vue, qui va privilégier le spectaculaire »²⁹.

✓ **Les dispositifs politiques**

Les Réseaux d'écoute, appui et accompagnement des parents (REAAP) ont été créés suite à la conférence des familles de 1998. Ils ont pour but de mettre en relation différentes initiatives de soutien à la parentalité, afin d'accompagner les parents, de les soutenir et les valoriser dans leurs rôles parentaux. Il existe des REAAP dans chaque département Français. Les REAAP sont donc variables d'un territoire à l'autre dans leur dynamique. Les actions menées dans le cadre du REAAP sont multiples : groupes de paroles, conférences, activités etc. Des professionnels encadrent ces actions (psychologues, travailleurs sociaux etc.). Tous les acteurs locaux de la parentalité sont impliqués dans les REAAP : associations, villes, éducation nationale, action sociale, justice, organismes de la sécurité sociale, etc. Un rapport de la cour des comptes de 2009 relève l'aspect fragmentaire et incomplet des actions et politiques en faveur du soutien à la parentalité.

C'est en partie pour cela que le comité national de soutien à la parentalité a été créé en 2010. Celui-ci a pour but de coordonner les politiques de soutien à la parentalité. Il englobe quatre instances dont celle de médiation familiale et les REAAP. Ce comité se compose des grandes instances décisionnelles en matière de politique familiale.

²⁸ G. NEYRAND, *Op. Cit.* pp145

²⁹ G. NEYRAND, *Op. Cit.* pp 145

On peut citer d'autres dispositifs du champ de la parentalité et la santé telles que les écoles des parents, qui sont des associations reconnues d'intérêt public. Les écoles des parents proposent également des formations « à l'éducation à la vie et au conseil conjugal et familial », agréée par le ministère des affaires de la santé et de la solidarité (en 2005). De même nous pouvons citer les services de médiation familiale qui visent à la réduction des conflits entre les parents et leurs enfants par le biais d'un médiateur professionnel.

Le projet éducatif local (PEL) définit de grands axes prioritaires pour une ville, en fonction de besoins identifiés de la population. Le PEL réunit tous les acteurs de la politique éducative locale (associations, écoles, collèges, lycée, CAF, animateurs sportifs éducateurs de prévention, bibliothèques, les élus, le service santé-enfance de la ville, le CDAS, le service petite enfance etc.) lors de grandes assemblées, et réfléchit à une prise en charge globale des enfants de 2 à 16 ans dans leur milieu de vie, afin de leur permettre de se développer et de s'intégrer scolairement, socialement etc. Le PEL permet de coordonner les actions des multiples acteurs éducatifs d'un territoire afin de mener une politique plus cohérente. Le PEL vise l'ensemble des jeunes d'un territoire, contrairement au projet de réussite éducative, qui peut être considéré comme une déclinaison du PEL.

Les projets de réussite éducative (PRE)³⁰ sont inscrits dans la loi de cohésion sociale depuis mars 2006. Le PRE constitue le volet éducatif des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). Il est mis en place auprès des enfants et des adolescents de 2 à 16 ans, qui habitent dans les zones urbaines sensibles (ZUS) avec pour objectif de repérer les d'enfants ayant des besoins particulier afin de leur proposer une réponse personnalisée. Des équipes pluridisciplinaires composées, de psychologues, enseignants, travailleurs sociaux, professionnels de l'offre sportive et culturelle, représentants d'associations etc. sont créés afin de réaliser un projet personnalisé, pour répondre au mieux aux besoins repérés de certains enfants et adolescents. Un des devoirs du PRE est de penser la situation de l'enfant dans sa globalité et non pas seulement sous le prisme de l'éducation à l'école. Le PRE implique donc la prise en compte de la situation parentale.³¹

Les contrats locaux de santé, mis en place avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 permettent de définir des axes d'actions prioritaires en fonction des

³⁰ Le PRE es issu de la circulaire du 14 février 2006:mise en œuvre du Programme « réussite éducative »

³¹ Sources d'informations sur le PEL et le PRE : Y. L. SAPOVAL (dir), Guide méthodologique, Mettre en œuvre un projet de réussite éducative, les éditions de la DIV, collection Repère, 2007. Adresse web : <http://cddp72.crdp-nantes.fr/ftp/siteSarthe/pdf/reussite-educative-guide.pdf>

diagnostics santé territoriaux. Ces contrats passés entre ville et ARS permettent d'adapter la politique santé aux besoins d'une population donnée.

Les ateliers santé-ville³²(ASV) constituent le volet santé des politiques de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions³³. Ce sont des espaces de concertation entre représentants de la ville, représentants de la politique santé de l'Etat et habitants du territoire ciblé. Les ateliers santé-ville sont mis en place dans les quartiers prioritaires (dans les ZUS) concernés par les politiques de la ville. Basés sur une évaluation des besoins de la population les ASV permettent de coordonner et de rendre plus cohérente la politique de la ville sur un territoire donné, et sur la thématique de la santé.

Certaines actions sont à l'initiative des villes et ne dépendent pas de dispositifs étatiques. C'est le cas par exemple de certaines formations des professionnelles offertes par les villes. Ce type d'action découle clairement d'une politique volontariste de la ville plutôt que d'un cadre politique national.

✓ Les différents acteurs du sujet

La CAF constitue un des principaux partenaires y compris financier des villes dans leurs actions sur la parentalité et la santé.

Plusieurs villes s'appuient dans leurs actions sur le maillage associatif de leur territoire. De plus, les associations peuvent venir en complément de certains dispositifs étatiques en déclin, pour pallier à la baisse d'offre à la population. C'est le cas par exemple pour une des villes entretenues où le réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté (RASED) perd chaque année en moyens humains et financiers. Afin de pallier à la diminution des personnels en RASED, la ville de Rennes s'appuie sur les associations locales pour permettre une continuité de la prise en charge des élèves en difficulté.

Les politiques mises en place par les villes engagent une multitude d'acteurs. Au sein des écoles, ce sont tous les personnels qui sont investis : enseignants, agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM), mais aussi personnel de cantine, cuisiniers, assistants sociaux, médecins scolaires, professionnels médicaux (infirmiers, dentistes, psychologues, psychiatres, médecin généralistes etc.)

Le réseau ville santé s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé où tous les acteurs ont un rôle à jouer. La démarche entreprise par les villes santé est une « socio-écologie de la santé » : « Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations

³² Source d'information sur les ateliers santé villes : Y.L.SAPOVAL, (dir), Atelier santé ville, une démarche locale pour réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, les éditions de la DIV, Collection Repères, 2007. Disponible sur le site web : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

³³ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 et DGS/SP2, PRAPS institués par l'article 71 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche »³⁴. Ce sont donc tous les acteurs de la ville qui agissent et influent sur les conditions de vie qui sont pris en compte dans les actions menées par les villes-santé.

Nous venons donc de voir l'historique de la notion de parentalité, notion difficile à définir de par la multiplicité de ces origines disciplinaire. Nous avons également regardé du côté de la littérature, principalement sociologique, la relation entre la parentalité et la santé. Puis, nous avons établi un rapide tour d'horizon des dispositifs politiques et juridiques permettant aux villes d'agir sur les thématiques attendant à la parentalité et la santé. Ces dispositifs sont pour la plupart issus du domaine de la santé, de l'éducation, de l'action sociale et du soutien à la parentalité. Voyons maintenant grâce à l'enquête réalisée auprès du RFVS, comment les villes s'emparent des notions de parentalité et de santé, et des dispositifs leur permettant d'agir en la matière.

³⁴ Source : Site web du Réseau Français des Villes-Santé : « La ville lieu privilégié pour agir sur les déterminants de la santé »

Chapitre 2 : Diagnostic : politiques et action des villes sur la thématique « parentalité et santé »

Dans le cadre de la réflexion du RFVS sur les moyens d’agir pour les villes-santé, sur la parentalité et la santé et de cette recherche, deux types d’enquêtes ont été réalisées. Après avoir présenté la méthodologie de l’enquête et les premières grandes orientations qui s’en dégagent, nous verrons quelles variables sont apparues comme pertinentes dans l’analyse des politiques des villes. Puis, dans un troisième temps, nous observerons trois types de profils de villes qui se sont dégagés de ces enquêtes.

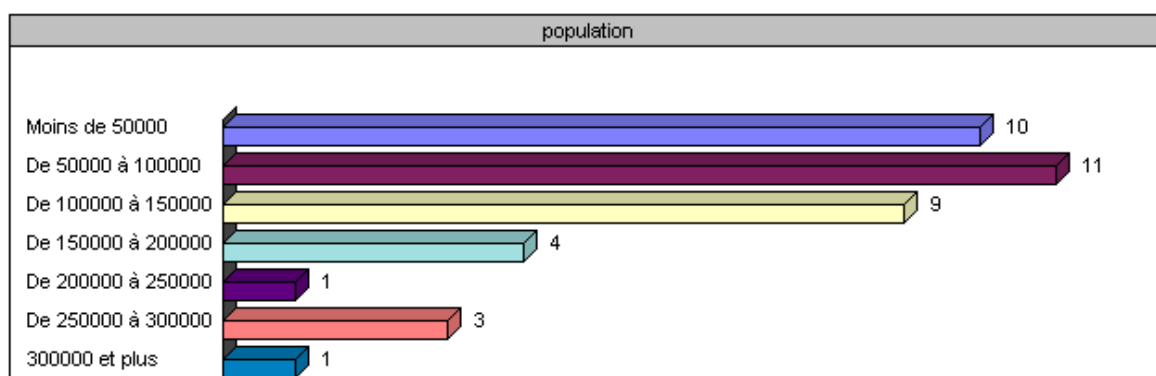
1/ Présentation générale de l’enquête et de ses résultats

✓ Fiches de recueil d’informations

Deux enquêtes ont été réalisées pour arriver à définir ces profils. Dans un premier temps, une fiche de recueil d’ informations³⁵ a été diffusée à toutes les villes membres du Réseau Français des Villes Santé, soit 80 villes. Le nombre de villes ayant répondu à cette enquête est de 39, dont 2 villes au nom de communauté d’agglomérations soit un taux de réponse de 46, 25 %³⁶.

Les villes ayant répondu a la fiche de recueil d’ informations sont de tailles très diverses :

Figure I : Taille des villes ayant répondu au questionnaire par le nombre d’habitants



La répartition géographique des villes ayant répondu est plutôt équilibrée, malgré une absence de réponse des villes des DOM-TOM³⁷.

³⁵ Cf annexe 1: fiche de recueil d’informations diffusée aux 80 villes membres du RFVS de l’OMS

³⁶ Cf. annexe 4: Liste des villes ayant répondu au questionnaire

La fiche de recueil d'informations était envoyée aux correspondants du RFVS de l'OMS dans toutes les villes membres. La fonction des correspondants est variable en fonction des villes. Certains correspondants ont directement répondu à l'enquête tandis que d'autres l'ont réorienté vers des collègues qu'ils pensaient plus à même de répondre. Ainsi, la direction d'appartenance des répondants de la fiche de recueil d'informations est variée mais on peut tout de même identifier trois secteurs professionnels principaux : la santé, l'éducation et la famille.

La majorité des répondants sont des techniciens de la ville et non des élus, bien que la feuille de recueil d'informations est été envoyée à l'élu et au technicien correspondants du RFVS dans chaque ville. Certaines villes ont choisis un seul répondant tandis que d'autres ont remplis de façon collective. C'est pourquoi le nombre de répondants indiqués pour 39 questionnaires s'élève à 43 personnes. Sur ces 43 interlocuteurs de la ville, 24 proviennent de services apparentés à la santé, 7 de services apparentés à la famille-parentalité, 7 apparentés à l'éducation et à la gestion des crèches. Puis 5 autres répondants provenaient d'autres services (3 n'étaient pas assez clairs pour que leur direction d'origine soit identifiée et 2 autres provenaient de services d'action sociale). On note tout de même qu'une grande majorité des répondants proviennent de services santé, ce qui peut être dû au fait que les correspondants du RFVS proviennent pour la plupart de services santé-hygiène-environnement.

Les objectifs de ce questionnaire diffusé à toutes les villes membres du RFVS étaient les suivants :

- Mesurer l'intérêt des villes-santé pour le thème « parentalité et santé »
- Recenser les différents thèmes d'actions et leurs modalités de réalisation
- Observer les difficultés rencontrées par les villes dans la réalisation de ces projets
- Recueillir des exemples d'actions innovantes sur la parentalité et la santé

La fiche de recueil d'informations se composait de 5 grandes questions dont une question fermée à choix multiples (avec plusieurs réponses possibles) sur les classes d'âges ciblées par les actions des villes et sur les modalités générales de mise en place des actions. Cette question à été construite par le groupe de travail et les informations recherchées était intéressantes. Mais la forme de la question était telle que les informations ne pouvaient être traitées scientifiquement ensuite³⁸. Cette impossibilité de traiter cette

³⁸ Cf. annexe 1 : Fiche de recueil d'information sur l'intérêt des villes santé pour la thématique « parentalité et santé » et les actions misent en place dans ce domaine.

question, pourtant lourde, du questionnaire est une des limites de l'enquête. Cependant, les autres questions ont pu être traitées et ont été riches en informations.

A la première question : « Prenez-vous en compte le concept de parentalité dans votre démarche santé? », 100% des villes donnent une réponse positive. Ce taux de réponse trouve une explication évidente : puisque cette question constitue la base du recueil de données, les villes qui étaient à même de répondre « non », n'auraient pas pu donner beaucoup de réponses pour la suite de la fiche et ont donc préférés ne pas répondre. Cette explication m'a été donnée lors d'une relance téléphonique (effectuée pour obtenir un nombre plus conséquent de fiches) par une des villes. Cette explication peut également constituer un biais, car comme nous l'avons vu dans la partie sur la représentation des villes sur le lien entre parentalité et la santé, la corrélation faite entre ces deux notions varie d'une personne à l'autre et certaines villes ont pu ne pas répondre à cause d'une vision trop restreinte de ce lien. C'est une autre explication possible au taux de réponse inférieur à la moitié des membres du RFVS et au taux de réponses positives total à la première question.

Cette première question a été instructive sur l'origine des actions réalisées par les villes en matière de parentalité et de santé. Beaucoup ont cité les programmes et plans tels que le PLS, les PRE, les PEL ou encore les ateliers santé-ville, comme source de réflexion sur les enjeux de parentalité et de santé. Les deux autres sources principales d'émergence de ce champ d'action sont les programmes de soutien à la parentalité et l'action au sein des écoles (tant la réussite éducative que la santé scolaire). On retrouve le triptyque « santé-éducation- parentalité ».

Les actions citées en exemple par les villes dépendent de la direction d'appartenance du répondant : cela va déterminer complètement l'angle d'approche de la thématique. Dans la partie suivante, nous verrons comment l'angle d'approche influence la perception des actions : la perception du lien entre la parentalité et la santé peut varier en fonction des villes. Alors que pour certains le lien est perçu de manière large et reprend les principes de la définition de l'OMS, pour d'autres, le lien est plus restreint et recoupe principalement des questions de soins. Nous verrons également comment l'angle d'approche oriente les modalités de mise en œuvre des actions.

Les Villes-Santé essayant d'appliquer à leur propres directions et pour leurs personnels les mesures qu'elles prônent pour leur population, un point de la fiche recueil concernait la mis en place d'actions de soutien à la parentalité pour les agents de la commune étant parents. A cette question peu de villes ont répondu et les informations collectées relevaient plus de mesures légales que d'actions et de modalités de travail réellement innovantes pour le soutien à la parentalité au travail. Il existe une charte de la

parentalité en entreprise qui prévoit par exemple qu'aucune réunion ne puisse avoir lieu après 18 heures.

A l'avant dernière question : « Menez vous des actions de soutien à la parentalité dans l'objectif d'améliorer la santé des enfants/ Si non pourquoi- Si oui, quelles sont les difficultés que vous rencontrez », 7, 7% des villes ont répondu « non » tandis que 7, 7% n'ont pas répondu et 87, 2% ont répondues « oui ».

Les villes qui ont répondu qu'elles ne mènent pas d'action de soutien à la parentalité dans une visée d'amélioration de la santé des enfants l'ont fait au nom de leur service seulement : ce sont trois répondants provenant de services santé et qui donc ne considèrent pas mener de projets de soutien à la parentalité en tant que tel. Ces trois réponses ne sont donc pas très significatives.

Tandis que les villes qui mettent en place ce genre d'actions évoquent quatre principales difficultés pouvant s'échelonner sur plusieurs niveaux :

- Au niveau du public (mobilisation, information, relation de confiance avec les institutions et les professionnels, barrières linguistiques)
- Au niveau stratégique (Choix du temps et du moment de l'action, relation entre les multiples acteurs, approche individuelle ou collective, ciblée ou universelle)
- Au niveau des professionnels (formation des professionnels, définition et perception du lien entre parentalité et santé, coordination des acteurs)
- Au niveau structurel (baisse des moyens financiers, matériels et humains)

La dernière question de la fiche devait amener les villes à illustrer leurs propos précédents en donnant deux exemples d'actions menées par eux sur leur commune. A cette questions, 29 villes ont donné au moins un exemple d'action et 23 ont renseigné deux exemples. Un tableau de recensement des actions des villes a été créé afin de repérer le type d'action réalisée. Certains exemples d'actions cités par les villes sont les mêmes, tant dans leur objectif, que dans leur modalité d'actions. C'est le cas par exemple des petits déjeuner thématiques, qui sont mis en place et cités par plusieurs villes. D'autres actions se démarquent par leur caractère plus novateur. C'est le cas notamment de l'action menée à Rennes et à Nantes et qui s'intitule : « en intégrant leur parents à l'école, tous les enfants peuvent réussir ». Cette action consiste à travailler sur la relation et les représentations entre familles et écoles, afin d'instaurer un climat de confiance propice au travail en collaboration, et au partage.

Afin d'analyser les informations obtenues par les fiches de recueil d' informations, toutes les réponses ont été enregistrées dans un logiciel de statistique. Ce premier travail a permis d'obtenir quelques données chiffrées fiables rapidement. Puis les informations données par les villes ont été lues à travers une grille d'analyse. C'est-à-dire qu'une grille de lecture thématique a été créée afin d'analyser chacune des fiches de recueil d' informations.

Pour compléter les informations obtenues grâce aux fiches de recueil d' informations, des entretiens ont été réalisés.

✓ **Entretiens semi-directifs**

Les fiches de recueil d' informations ont apporté des éléments de réponses généraux et sur un échantillon de 39 villes sur leurs pratiques en matière de parentalité et de santé. Mais des informations supplémentaires étaient nécessaires pour une bonne compréhension des enjeux qui sous tendent cette thématique. Ainsi, 11 villes ont été contactées afin de réaliser des entretiens semi-directifs par téléphone. Ces villes ont été sélectionnées sur la base de leurs réponses à la fiche informative. Plusieurs critères étaient pris en compte : la taille de la ville, l'origine des répondants (santé, éducation, famille), les actions innovantes mises en place, mais également les actions plus classiques. Enfin, les villes appartenant au groupe de travail sur la parentalité et la santé du RFVS ont été privilégiées. Sur les 11 villes contactées, 8 ont pu être disponible³⁹ dans un délai suffisamment bref pour réaliser l'entretien (les autres villes me proposant des entretiens fin juin). Les entretiens ont été réalisés avec un ou plusieurs interlocuteurs à la fois, en fonction du souhait des personnes qui ne se sentaient pas à même de répondre seuls sur une thématique qui leur semblait très large. Pour une des villes, deux entretiens ont été réalisés, avec deux interlocuteurs provenant de directions différentes (une direction santé scolaire et une direction réussite éducative). Cette dernière spécificité a été prise en compte dans l'analyse des résultats.

Deux grilles d'entretiens ont été écrites : une grille simple destinée aux villes de 12 questions réparties dans 4 grands thèmes, une grille plus élaborée avec des sous questions et le détail des points à aborder destinée à l'enquêteur. Pour chacune des grilles, un petit texte argumentatif replace l'enquête dans son contexte et détaille les objectifs de l'entretien. La grille destinée aux villes leur était envoyée avant la réalisation de l'entretien. Certains enquêtés avaient donc préparé à l'avance une partie de l'entretien ce qui était intéressant pour

³⁹ Cf. annexe 5: grille des répondants aux entretiens

certaines questions puisque cela a permis d'obtenir des réponses plus élaborées, même si moins spontanées.

Les 8 villes avec lesquelles des entretiens ont été réalisés sont : Montpellier, Valence, La Roche-sur-Yon, Grenoble, Villeurbanne, Nantes, Salon-de-Provence, Rennes.⁴⁰

Les entretiens ont tous été enregistrés. Il n'y a pas eu de retranscription complète des entretiens, mais une lecture attentive à travers une grille d'analyse thématique, prenant en compte les idées principales évoquées par les villes. Des citations correspondant à ces idées ont été prises en note avec une retranscription précise du minutage (moment de l'enregistrement où la citation peut être retrouvée). Un logiciel informatique de retranscription et de traitement d'entretiens a également été utilisé pour faciliter et fiabiliser l'analyse des informations recueillies. Grâce à ce logiciel, des croisements ont pu être fait entre les différents discours des villes sur une même thématique. Ainsi, des profils de villes ont pu être dégagés, en fonction également de variables tels que la taille de la ville, la direction d'appartenance du répondant. Une attention particulière a été portée au nombre de répondants présents lors de l'entretien afin d'observer dans quelle mesure la présence de plus d'un interlocuteur pouvait modifier le discours tenu. Il s'est avéré que la présence de plus d'une personne ne biaisait pas les informations données (il y aurait pu y avoir une gêne des interlocuteurs les uns envers les autres ce qui aurait limité ou modifié leur discours). La différence notable consiste plus en un plus large panel de points de vue, surtout lorsque les interlocuteurs viennent de directions distinctes.

Grâce à la réalisation et à l'analyse de ces entretiens, recoupés avec les informations obtenues par les fiches de recueil de données, des profils des villes ont pu être identifiés sur leur posture et leurs modalités d'actions sur la thématique de la parentalité et de la santé.

2/ La thématique parentalité et santé pour les villes : de la réflexion à l'action

Afin d'analyser les résultats des entretiens, 5 thématiques (comprenant des sous parties) ont été définies. Les éléments de réponses de chaque questionnaire qui s'inscrivaient dans une thématique ont pu être analysés.

✓ La représentation du lien entre parentalité et santé par les acteurs des politiques de la ville

⁴⁰ Cf. annexe 5 : Grille des répondants aux entretiens

Représentation du lien par les professionnels

Le lien entre parentalité et santé n'est pas immédiat pour toutes les villes. Celles qui se l'approprient le mieux, sont celles qui mènent déjà des activités s'y apparentant depuis longtemps et qui ont une forte culture du soutien à la parentalité dans leur politique sociale. En effet, il semble plus facile d'aborder le lien entre parentalité et santé lorsqu'on ne se place pas uniquement du point de vue de la santé. Effectivement, il est dès lors plus difficile d'envisager la santé au delà du soin et d'une situation de handicap lorsque les tâches quotidiennes qui nous occupent relèvent du soin et de la prévention de maladies. Ainsi les exemples d'actions évoqués par les directions santé sont plus souvent des actions attendant à la santé physique des enfants.

Pour certaines villes le lien entre parentalité et santé est abordé presque naturellement :

« E : nous on part du principe que la santé c'est d'abord être bien dans sa peau, bien dans sa vie. C'est se sentir bien. Il y a l'idée du bien être et du bien vivre. Un enfant en bonne santé c'est d'abord un enfant qui va bien, qui s'épanouit et qui du coup n'a pas de problème non plus de santé aigu au sens diagnostic et médicale du terme ...

O : sauf s'il a des problèmes de santé, il a des parents attentifs autour de ces questions de santé, du coup je pense que la parentalité elle est en lien direct avec la santé parce que une relation parent-enfant qui dégradé va avoir des conséquences sur la santé de l'enfant au sens large. Moi je pense à des situations qu'on voit fréquemment de situation de séparation de couples ou de violences dans le couple, l'enfant n'est pas malade au sens propre, il peut somatiser mais on a des enfants tristes » (Grenoble)

A travers cet extrait d'entretien, on perçoit plusieurs niveaux relevant de la santé défini par ces techniciennes. La présence de maladie clinique est d'abord citée comme élément révélateur de l'état de santé. Puis la santé psychique est ensuite abordée comme relevant de la santé également. La vision donnée de la santé est ici celle de l'OMS : « La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁴¹

⁴¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

La vision large de la santé est-elle un préalable pour mieux identifier le lien entre parentalité et santé ? Une enquête quantitative plus poussée pourrait répondre à cette question, mais on peut déjà en émettre l'hypothèse puisque le lien entre la parentalité et la santé est perçu plus clairement quand la santé n'est pas restreinte uniquement à sa dimension de soins.

Alors que pour certaines villes coutumières des actions alliant enjeux de parentalité et de santé aborder ces deux thématiques en lien l'une avec l'autre semble naturel, cela nécessite pour d'autres un travail de construction intellectuelle.

« Ca va pas de soi quand vous avez demandé de renseigner le questionnaire, je me suis rapproché du service petite enfance qui fait beaucoup aussi en matière de prévention santé finalement mais lorsqu'on s'interroge sur les actions qu'on met en œuvre, et qu'on fait parentalité et santé ensemble ca va pas de soi, on se dit mais attends qu'est ce qu'on fait la... ca demande d'aller un peu plus loin dans la réflexion et dans une appréhension plus large de ce qu'est la santé pour les petits enfin les petits et les plus grand ». (Montpellier)

De même que l'on s'interroge sur la définition préalable à donner à la santé pour construire ce lien entre parentalité et santé, on peut se poser la question de la définition préalable de la parentalité. La définition de ce concept peut poser problème. Comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente⁴², le terme de parentalité est apparu tardivement sur la sphère politique et dans le langage courant. De plus l'origine disciplinaire multiple complexifie l'approche et la compréhension de ce concept. A travers les entretiens, la multiplicité des définitions données à la parentalité est apparue très clairement. Alors que pour les membres du groupe de travail, on retrouve une définition plutôt homogène, il n'en est pas de même avec les autres villes. Ainsi, une des villes interrogée considérait la parentalité uniquement sous l'angle du lien entre le parent et l'enfant. Les actions qui ne les réunissaient pas ne s'inscrivaient pas selon eux dans le cadre des actions sur la parentalité. De ce fait, une action de soutien psychologique menée auprès des adolescents, souvent citée par les villes comme action « parentalité et santé », n'avait rien à voir pour cette ville avec une action sur la parentalité.

Ce qui peut jouer sur la perception du lien entre parentalité et santé c'est donc, les définitions données à ces deux termes, l'histoire de la politique de la ville (elle peut avoir une « culture » des actions parentalité et santé), l'appartenance professionnelle des acteurs agissant sur cette thématique.

⁴² Chapitre 1- I : La parentalité : émergence d'un nouveau concept

Prise en compte de la multi-culturalité

Les acteurs à l'origine des politiques publiques sur la parentalité et la santé ont leurs propres représentations de ces deux notions. Elles n'ont pas le même sens pour tous les acteurs politiques. De même les professionnels sur le terrain peuvent avoir des représentations différentes de la santé et de la parentalité. Sur une même action, un même service offert par la ville, des représentations très variables se côtoient. C'est également le cas pour les familles. En fonction de son origine sociale ou culturelle la parentalité ne fait pas sens de la même manière et surtout, la concrétisation pratique de la parentalité n'est pas la même. Ce constat s'applique également pour la santé.

« Culturellement parlant il y a aussi des familles qui nous disent mais nous dans notre pays quand on confie l'enfant on a complètement confiance donc après on va pas aller voir ce qui s'y passe, ça je pense à des parents Africains notamment. On a eu une formation sur l'inter culturalité l'année dernière et l'intervenante nous disait ça mais ya des parents quand ils confient leur enfant à l'école ils vont pas aller vérifier après ce que l'école fait et ils vont pas venir dans l'école parce que pour eux le fait de confier l'enfant c'est déjà un acte suffisamment fort et après il délèguent alors nous on a des représentations professionnelles ou on souhaite que les parents participent et s'impliquent alors que dans d'autres cultures cette implication est pas recherchée au même niveau ou en tout cas ils sont pas demandeurs mais après c'est pas parce qu'ils ont un désintérêt pour l'enfant. (...)C'est difficile de laisser de coté ses propres représentations pour essayer de se mettre dans les représentations des autres. » (Nantes)

La définition de ces termes et la représentation de sa concrétisation pratique est propre à chacun. Cette situation peut créer un écart entre les attentes des uns et des autres quand à ce qui est désirable dans une offre de service par exemple. Dans le cas évoqué ci-dessus, les professionnels attendent comme marque d'investissement des parents que ces derniers participent à la vie de l'école et aux actions proposées. Alors même que leur absence peut se révéler être une preuve de confiance envers les professionnels. Ainsi chacun pensant faire un pas vers l'autre s'éloigne.

Les représentations de la santé divergent également fortement en fonction de la classe sociale d'appartenance de la famille de sa culture d'origine et de son histoire personnelle. L'accès aux soins n'est également pas le même en fonction du milieu d'appartenance. De fortes inégalités sociales de santé existent et s'accroissent aujourd'hui.

Le lien entre parentalité et santé pris en compte dans un contexte global

Les diverses définitions et réalisations pratiques de la parentalité et de la santé, nous poussent à penser cette thématique et à appréhender les familles dans leur globalité. De multiples facteurs peuvent jouer sur leurs représentations, leurs pratiques. Gérard Neyrand, dans un ouvrage sur les politiques de parentalité⁴³, cite le sociologue Claude Martin : « Une réflexion sur la parentalité ne peut se limiter à évoquer des principes et des normes. Il s'agit d'engager une réflexion sur la condition parentale dans la société contemporaine en tant qu'elle dépend étroitement des conditions quotidiennes d'existence, avec leurs contraintes profondément inégales »⁴⁴. Gérard Neyrand continue ainsi : « c'est rarement le cas dans les discours sur la parentalité tant ils ont tendance à rabattre sur la seule responsabilité des parents des déterminants du comportement des enfants et des jeunes qui participent pourtant de l'organisation sociale, de ses règles culturelles et de ses caractéristiques socio-économiques. »

Ainsi, il ne suffit pas d'étudier des comportements parentaux pour expliquer ceux des enfants. Il faut prendre en compte la famille dans son contexte global, ses conditions de vie et d'existence. C'est ce que propose la ville de Valence en préambule de son entretien : « *On a un contexte économique, environnementale qui s'aggrave, en tout cas à Valence et ça pour contrer cette vague cette marée là c'est difficile. Toute la politique que l'on peut faire elle donnera pas du boulot à tous les gens, il faut replacer ça dans une politique plus globale.* » (Valence)

Lors d'un autre entretien, une technicienne de la ville de Rennes insiste également beaucoup sur la nécessité de prendre en compte la famille dans son milieu de vie : « *Moi je suis assez sur l'idée d'une démarche environnementale, c'est-à-dire ne pas être frontal dans l'éducation pour la santé parce que c'est culpabilisant et puis c'est aussi considérer que les enfants et les familles sont multiples à cadre varié et qu'il faut un cadre riche en regard et que chacun puisse s'emparer des ressources possibles* ». (Rennes)

La parentalité semble dans beaucoup de discours des villes, avoir comme toile de fond les mutations de la famille : « *La parentalité j'en entends parler depuis pas mal de temps (...) et ya eu moult ouvrages moult approches de la parentalité et je pense que ça continuera... parce que les familles continuent à évoluer, la famille au singulier ca n'existe plus et par là même la parentalité ca va continuer à évoluer aussi.* »(Nantes)

⁴³ G. NEYRAND, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Erès, 2000, pp. 53

⁴⁴ C. MARTIN, *La parentalité en question. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille, Paris, 2003, p12.

✓ Posture de la ville face à la thématique parentalité et santé

La perception du lien entre parentalité et santé n'est pas spontanée pour les acteurs des politiques de la ville. Cela dépend en partie de la définition que l'on donne à la santé et à la parentalité. Le Réseau Villes Santé étant un programme de l'OMS, on peut supposer qu'ils ont une culture commune de promotion de la santé et adoptent la définition de l'OMS de la santé, c'est-à-dire rappelons le « un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁴⁵ Cependant les acteurs de la ville investit dans le RFVS partagent cette définition mais ne n'est pas le cas de tous les professionnels des villes susceptibles d'agir autour de la parentalité et de la santé. C'est un point qui ressort des moments de rencontre du groupe de travail mais également des entretiens avec les villes. La définition commune des termes de parentalité et de santé est déterminante pour la coordination des acteurs d'une même action. Nous y reviendrons dans le point sur les différents acteurs de la thématique.

Les parents sont au même titre que les professionnels acteurs des politiques sur la parentalité et la santé puisqu'ils y tiennent un rôle majeur. La posture des professionnels par rapport aux parents peut varier mais ces derniers sont toujours présents dans le jeu des actions sur la parentalité. On entend ici parent au titre de celui qui prend en charge l'enfant, l'éduque et l'inscrit dans une histoire familiale. On peut distinguer deux postures des professionnels des politiques de la ville face aux parents : une posture de co-éducation où les parents sont partenaires et une posture où le professionnel transmet un savoir, des bonnes pratiques au parent.

La première posture entre dans le cadre de l'approche écologique du soutien à la parentalité. Cette approche est celle dont se revendiquent le plus souvent les villes-santé, puisqu'elle prend en compte le parent dans son contexte globale, son milieu de vie, et reconnaît les compétences et savoirs faire des parents. Les professionnels et parents sont partenaires et ces derniers peuvent s'apprendre entre eux autant que les professionnels. Cette approche écologique a été initié par le psychologue Urie Bronfenbrenner à la fin des années 70. Ce modèle définit 5 systèmes ayant une influence sur les personnes, qui s'échelonnent du microsystème au chrono système. En considérant ce modèle, la politique

⁴⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

de la ville peut influencer sur le milieu de vie des personnes, au même titre que d'autres facteurs tels que le marché du travail par exemple.⁴⁶

Une éthique des actions sur la parentalité accompagne ce modèle écologique de Bronfenbrenner.⁴⁷ Cette approche globale prend en compte les compétences des individus et les influences environnementales qu'il subit afin d'identifier tous les déterminants sur lesquels il est possible d'agir. Plusieurs villes s'inscrivent dans cette démarche en considérant les parents comme partenaires de leurs actions pour la santé des enfants.

Toutes les villes interrogées lors des entretiens définissent leur approche de la parentalité comme étant de l'accompagnement. Mais certaines villes couplent cette posture de soutien avec une dimension de transmission de savoirs et de comportements aux parents.

La seconde posture qui consiste plus en une transmission de messages, de savoirs et de comportement, prend elle en compte les déterminants de la santé qui dépendent uniquement du comportement des individus. La transmission de messages de santé mise sur la modification des habitudes afin d'améliorer la santé des personnes. Cette posture est citée comme étant adoptée pour 5 des 8 villes entretenues. On retrouve également cette posture à travers les fiches de recueil d'informations lorsque notamment les villes citent comme difficulté la non reproduction des messages de prévention transmis par les professionnels aux familles.

Les villes entretenues perçoivent le cadre juridique de l'action sur la parentalité et la santé comme étant volontariste. Seules deux des villes citent le cadre juridique de la protection judiciaire de la jeunesse avec la mise en place d'Actions Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) comme exemple, mais ces villes distinguent bien ces mesures de celles qu'elles mettent en place pour agir sur la parentalité et la santé comme prévention, avant d'avoir besoin d'intervenir pour un problème important. La politique parentalité et santé leur semble émerger de la volonté des villes à agir dans ce domaine.

⁴⁶ Cf. annexe 6: schéma sur le modèle écologique de Bronfenbrenner adapté à la thématique de la parentalité et la santé

⁴⁷ Voir R-M. DUGUAY, "Accueil et accompagnement des parents (AAP), recension des écrit", Octobre 2009

✓ Origine de l'impulsion de la réflexion et des actions

Grâce au recueil d'informations et aux entretiens, plusieurs sources de réflexions et d'actions sur la parentalité et la santé ont pu être identifiées. Étant donné la conjugaison de ces deux domaines, qui n'est pas spontanée pour nombre d'acteurs, les lieux où ils sont combinés ne sont pas des évidences. Pourtant, on retrouve des domaines classiques de trois champs : la santé, la parentalité et l'éducation. En fonction de la direction de la ville dans laquelle se situe le répondant, les sources de réflexions sur la parentalité et la santé se distinguent. Ainsi, les interlocuteurs venus du champ de la santé citent volontiers les ateliers santé villes, les contrats locaux de santé ou encore la santé scolaire comme étant à l'origine de leur réflexion sur la parentalité et la santé, tandis que les interlocuteurs du champ de l'éducation citent les projets de réussite éducative, les programmes éducatifs locaux et les enquêtés du champ de la famille donnent quand à eux les lieux de soutien à la parentalité tels que les maisons des adolescents, café des parents etc. comme source de réflexion sur le sujet. Ces programmes et dispositifs politiques sont principalement cités comme source de réflexion et d'action.

Mais les villes donnent également les diagnostics territoriaux comme étant à l'origine d'actions sur le sujet. Ces diagnostics peuvent être effectués par des observatoires régionaux de santé ou encore dans le cadre des contrats locaux de santé ou bien par la ville pour avoir une meilleure vision des problèmes de leur population, afin d'agir au plus près des besoins locaux. Ce type de diagnostic pour identifier les besoins de la population est fait en santé mais également sur l'éducation.

Certaines actions sont mises en place depuis longtemps dans le champ des politiques familiales mais renouvelées et adaptées aux besoins identifiés des familles. On passe d'une politique familiale à une politique sur la parentalité qui prend donc en compte les changements actuels des familles.

« Dans le temps ce que je peux vous dire c'est qu'on a toujours travaillé sur la santé et la parentalité. Ça ne s'appelait pas comme ça. Ça s'appelait prévention des accidents domestiques des enfants et on mettait en place un groupe de travail sur ce thème au sein d'une maison de quartier. Ça s'appelait petit déjeuner dans les écoles et puis on rencontrait les parents. Ça s'appelait...voilà on a travaillé sur le sommeil des enfants ou sur les vaccinations donc ça a toujours existé depuis que je suis là...depuis... 1983 mais aujourd'hui on a un lot d'actions qui vont être étiquetées parentalité qui seront peut-être un petit peu plus précises et un petit peu plus... on va avoir un catalogue qui sera un peu plus ciblé. » (Valence)

Dans le cas de la santé scolaire, le cadre légal des visites médicales obligatoire en primaire semble être l'occasion de travailler sur la parentalité et la santé. Ainsi, le cadre légal peut également être source d'action sur ce sujet.

En fonction de la direction dans laquelle on se place l'origine des réflexions et actions sur le lien entre parentalité et santé et les modalités d'approches possibles sont très variables. Regardons maintenant quels sont les acteurs associés à ces actions.

✓ **Les différents acteurs de la thématique et leur coordination**

Les principaux acteurs de la thématique de la parentalité et la santé sont les suivants :

- les familles (parents, autres éducateurs des enfants, enfants)

Les parents et les enfants sont cités comme acteurs des actions menées sur la parentalité et la santé. Mais fait étonnant, alors même que ce sont les cibles des actions menés, les parents et surtout les enfants sont peu cités par les villes comme sujets des actions alliant enjeux de parentalité et de santé. Cela peut révéler une préoccupation telle pour la coordination des professionnels que les cibles en sont oubliés, par les villes mêmes qui les citent comme partenaires des actions.

- les associations (tout type d'association investie auprès des familles ou sur des thématiques d'éducation ou de santé au sens large du thème c'est-à-dire bien être physique, social et mental)

Les structures associatives sont impliquées au côté des villes dans la réflexion et la mise en place d'action sur la parentalité et la santé. Malgré leur fragilité actuelle, due en partie à la baisse de financement, les politiques locales semblent s'appuyer de plus en plus sur les associations pour combler leurs propres diminutions de moyens financiers, matériels et humains. Cette coordination plus importante entre politiques des collectivités territoriales et associations à été rapportée au cours des entretiens semi directifs avec les villes.

- les différentes directions des villes (surtout santé, éducation et famille),
- les salariés de la ville (restauration collectives, employés des écoles),

Les actions sur la parentalité et la santé concernent plusieurs directions au sein des collectivités locales, que ce soit la petite enfance, l'éducation, la santé scolaire, la santé publique, la famille etc....Le nom des directions est variable en fonction des mairies, mais on retrouve le triptyque éducation, santé, famille au centre des actions réalisées dans le champ

d'étude. Au sein de ces directions, ce sont tous les professionnels qui y travaillent ou qui y sont affiliés qui participent aux actions sur la parentalité et la santé.

- les réseaux de l'Etat (RASED, REAAP),

Nombreuses sont les actions qui s'appuient sur les réseaux déjà existants et qui touchent aux problématiques de parentalité et de santé. En effet, ces réseaux offrent la possibilité de travailler en coordination avec de multiples acteurs motivés, souvent formés pour travailler sur ces problématiques. Cependant certains réseaux souffrent de la baisse des financements qui leurs sont attribués ou sont amenés à disparaître. C'est le cas par exemple des RASED. Les réseaux type REAAP, sont quant à eux très inégaux en fonction des départements dans leur dynamique, coordination d'acteurs etc.

D'autres acteurs des actions ont été cités par les villes comme partenaires dans la réflexion et la mise en place d'actions sur la parentalité et la santé.

- les collectivités territoriales telles que le conseil général et le conseil régional,
- les organismes qui dépendent de la santé et qui sont rattachés aux collectivités territoriales (PMI, centres de santé),
- les organismes qui dépendent de l'action sociale et qui sont rattachés aux collectivités territoriales et tous les professionnels rattachés à ces structures (CCAS, CDAS, centres sociaux et certaines maisons de quartiers),
- structures d'accueil d'enfants rattachés aux collectivités territoriales et tous les professionnels qui y travaillent (crèches, centres de loisirs) ;
- les écoles (enseignants et ATSEM)
- les financeurs et principaux partenaires (CAF, ARS etc.)

Un travail dans la transversalité semble être favorable à la réalisation de ce type d'action, sur cette thématique qui touche à de multiples domaines, d'autant plus lorsque l'on considère le lien dans sa dimension globale (de bien être et d'exercice et de reconnaissance de la fonction parentale). La transversalité est un enjeu important des politiques et actions sur la parentalité et la santé, et peut se mettre en place tant au niveau des différentes directions des collectivités territoriales entre elles, mais aussi avec les associations et professionnels de terrain ou encore les institutions et structures agissant dans le domaine. La transversalité des actions permet d'éviter certains freins dans la mise en place et la réalisation des actions. Voyons maintenant quelles sont les obstacles cités par les villes.

✓ Les obstacles rencontrés par les villes pour mener leurs actions parentalité et santé

Plusieurs dimensions ont été repérés lorsque l'on pose la question des difficultés rencontrés par les villes pour agir en matière de parentalité et santé : la dimension des professionnels, la dimension des publics, la dimension structurelle et enfin la dimension stratégique.

Au niveau des professionnels :

« Il faut que ça rentre dans les mœurs de nos personnels, c'est-à-dire que la posture des agents de la ville est essentiel, la façon dont on va accueillir un parent le matin ou le soir, dont on va s'adresser à lui, la posture est essentielle donc il y a du boulot à faire au niveau de nos agents tous très inégale, chez nos animateurs chez nos atsem, etc. peut être chez nos spécialistes de la petite enfance aussi, c'est une question vraiment à travailler avec nos agent et à partir du moment où la posture est bonne ou ont est outillé, c'est pas évident non plus pour nos agents d'aller trouver les parents de prendre le temps et trouver les mots justes, à partir du moment où ça s'est acquis, ya forcément une relation de confiance qui s'instaure et après c'est beaucoup plus facile de travailler avec les parents. C'est vraiment du B.A.B.A mais je pense qu'il y a un gros... c'est pas un gros mais un vrai travail d'accompagnement de nos agents à faire dans la relation qu'on eut entretenir avec les parents des enfants qu'on accueille. Ca s'invente pas. » (Montpellier)

Cette citation reflète plusieurs problèmes rencontrés par les villes dans la mise en place d'actions sur la parentalité et la santé. La première difficulté relève de la formation des professionnels pour aborder des thématiques sensibles comme la santé et la parentalité sans stigmatiser ou culpabiliser le public rencontré. C'est un point sur lequel nous reviendrons dans le dernier chapitre.

Un autre problème perceptible grâce à cet extrait d'entretien est la nécessité pour les villes de poser un socle éthique commun qui permettra de définir les modalités de mise en œuvre des actions.

De même les acteurs doivent se positionner sur une même définition des sujets qu'ils traitent. Ceci n'est pas chose facile avec des notions comme la parentalité et la santé dont on a vu la complexité et la multiplicité des interprétations possibles. En fonction des cultures professionnels, les définitions et perspectives des actions ne sont pas les mêmes. C'est un des freins à la mise en place d'un travail dans la transversalité.

La coordination des acteurs permet également de ne pas multiplier les actions individuelles sur un même sujet ou territoire. Certaines villes ont trouvé une solution à cela en territorialisant leurs actions : des zones d'action ont été définies en fonction des caractéristiques du territoire et de la population. Au sein de la ville les actions sont mises en place dans chaque territoire et coordonnent tous les acteurs qui les constituent.

Au niveau stratégique :

L'évaluation peut être un point décisif pour la reproduction d'une action. En effet une politique dont on peut percevoir les retombées positives sur la population a des chances d'être reconduite. Mais l'évaluation des actions attenantes à la promotion de la santé n'est pas facile. En effet, comment mesurer l'impact d'une politique qui prévient des événements... On ne peut pas se fier uniquement à l'occurrence d'un événement pour certaines pratiques. Par exemple une action de prévention des pratiques addictives ne peut évaluer le nombre de jeunes qui échapperont à ces pratiques à risque. De par cette difficile évaluation (quantitative) des impacts des politiques de prévention de la santé, celles-ci sont peu suffisamment reconnues, précaires et non prioritaires. Sur le plan stratégique du financement des actions, l'évaluation peut être un frein.

« La prévention c'est comme le ménage on voit ce que ça fait quand on arrête de le faire » (Valence)

Les modalités de réalisation des actions telles que le choix du lieu et du moment sont des points stratégiques très importants dans la réussite de celles-ci. Différents choix se posent aux villes : agir au plus près des familles sur leur milieu de vie : là où elles vont pour leurs besoins quotidiens etc. (bibliothèques, écoles, crèches, places publiques etc.) ou bien agir sur des lieux spécifiques où les familles seront amenées à se déplacer pour les besoins de l'action (maison des adolescents, maison de la prévention etc.). Il en va de même, pour le moment de l'action : celles-ci peuvent être réalisées sur des moments de vie des familles (à la sortie de l'école, dans les salles d'attente de PMI etc.) ou encore sur des temps où les parents sont plus libres (activités le samedi matin, hors des temps d'école et de travail).

La question du maillage territorial est également importante : est-ce que les structures où on lie les actions sont réparties de manière homogène sur tout le territoire ou bien sont-elles centralisées sur quelques territoires des villes ? De ce type de question découle l'approche de l'action choisie par les villes, avec une volonté d'accompagner les parents en allant les chercher ou bien en choisissant une démarche beaucoup plus volontariste. De même

Ces modalités représentent des choix stratégiques qui vont orienter le succès des actions réalisés : la participation, la satisfaction et la mobilisation sur le long terme des publics concernés.

Au niveau du public

L'information du public est un des problèmes les plus importants puisque pour qu'une action marche, il s'agit de mobiliser le public ciblé. Cependant, certaines familles sont éloignées des circuits de l'information plus traditionnelle. Cela peut être du à une faible intégration sociale, à une faible participation à la vie du quartier etc. Il s'agit également pour les promoteurs des actions de les rendre accessibles (par des choix stratégiques comme nous l'avons vu précédemment) et en créant une relation de confiance entre les différents acteurs de l'action. Certains parents entretiennent une méfiance par rapport aux institutions (écoles, mairies etc.), qui limite la collaboration. Des villes comme Rennes et Nantes par exemple travaillent particulièrement sur ce point en mettant en place des actions ayant pour but de créer une relation de confiance entre parents et enseignants.⁴⁸ La plupart des villes interrogées disent veiller à créer cette relation de confiance afin de pouvoir travailler avec les familles, pour la santé de leurs membres. Mais la posture des professionnels peut être délicate, notamment pour aborder certains sujets sensibles ou particulièrement culpabilisants ou stigmatisant pour les familles. C'est ce que nous avons vu à travers l'extrait d'entretien avec la ville de Montpellier, dans le point sur les difficultés rencontrées par les professionnels.

Les difficultés de collaboration entre familles et professionnels peuvent également venir de différences culturelles qui impactent la perception des rôles de chacun, des comportements à entretenir etc. En lien avec la différence culturelle, les familles ayant une langue d'origine autre que le français et parlant peu cette langue sont plus difficiles à informer des actions menées par la ville. Le recours à des traducteurs ou bien la mise en place de cours d'alphabétisation en français pourraient être une solution à apporter à ce problème. Mais faute de moyens humains et financiers, cette réponse est difficilement mise en œuvre.

Au niveau structurel

Les acteurs de la parentalité et de la santé souffrent dans la mise en place de leurs actions d'une baisse des moyens financiers et humains alloués au champ de la santé (surtout de la prévention), de l'éducation et de la famille. Ainsi il leur est plus difficile d'agir. Les actions qu'ils mettent en place sont précaires : d'une année sur l'autre les villes n'ont

⁴⁸ Cf. annexe... fiche action en intégrant leurs parents à l'école tous les enfants peuvent réussir »

pas l'assurance de la reconduction des actions qu'elles réalisent, ni l'assurance du maintien des acteurs de terrain avec lesquels elles collaborent habituellement. Les associations par exemple sont en grandes difficultés financières ces dernières années. Pour beaucoup de villes la priorité reste de maintenir les actions les plus adaptées aux besoins de leur population et qu'elles mettent déjà en place, plutôt que d'en impulser de nouvelles.

A partir des deux enquêtes réalisées et des différentes thématiques mises en exergue grâce à celle-ci, des profils types de villes ont pu être identifiés quant aux actions menés sur la parentalité et la santé.

3/ Les profils des villes santé

Avant de détailler les profils dégagés grâce aux entretiens, il est important de préciser qu'ils ont été établis sur la base de réponses données pour chaque ville par une ou plusieurs personnes provenant parfois de directions distinctes⁴⁹. Ainsi, les réponses données reflètent parfois un point de vue, parfois plusieurs. Pour cette analyse, cette précision très importante sur l'origine et la diversité des informateurs a été prise en compte.

Les profils des villes ont été établis en croisant les réponses données aux grandes thématiques analysés pour chaque entretien. Ainsi cette analyse thématique couplé aux informations sur les villes tels que la taille, l'histoire et la situation sociale de la ville, la fonction et le domaine d'action des répondants, m'ont permis de dégager trois profils principaux.

Le premier profil représente les villes ayant une conception très large du lien entre parentalité et santé et qui donc se servent des multiples dispositifs de la ville pour agir mais également ont une politique volontariste très forte sur la parentalité et la santé dans le sens ou elles mettent en place beaucoup d'actions en dehors des cadres politiques habituels. Ces villes ont une perception de la situation des personnes dans leur contexte global. Leur politique est universelle, les actions sont ciblées au minimum sur des populations, dans une volonté de ne pas stigmatiser ou contraindre les publics. L'objectif est plus de créer une dynamique entre professionnels et familles, pour mener une politique sur la parentalité et la santé.

⁴⁹ Cf. annexe 5 : grille des répondants aux entretiens

Le deuxième profil concerne des villes ayant une vision large du lien entre parentalité et santé, mais plus hésitante. Une culture des actions sur la parentalité et la santé se met peu à peu en place dans ce type de ville, avec transversalité naissante des actions menées.

Le troisième profil se place une des huit villes avec lesquelles ont été réalisés des entretiens. Cela s'explique en partie par le fait que les villes avec lesquelles ont été réalisés les entretiens appartiennent pour la plupart au groupe de travail du RFVS sur la parentalité et la santé. Leur réflexion en la matière est donc élaborée et leurs actions et modalités d'approche ainsi que leur discours s'en ressent. On retrouve cependant ce profil numéro 3 à travers les fiches de recueils d'informations. Les villes intégrant le profil 3 ont une vision très floue du lien entre parentalité et santé et considèrent plus les actions ayant trait aux soins ou à la prévention de la santé physique.

Tableau I : Profil 1 : des villes ayant intégrée les actions de parentalité et de santé dans leurs politiques

Profil 1 : une culture intégrée des actions sur la parentalité et la santé

Perception du lien entre parentalité et santé	La relation entre parentalité et santé est perçue de manière très large. Le sens donné à ces deux notions l'est également, la parentalité est prise dans ces multiples dimensions et la santé est considérée comme un état de complet bien être au sens de l'OMS.
Modalités d'action	<p>Les actions menées par ces villes sont principalement collectives mais comptent également des actions individuelles.</p> <p>Une réflexion particulière est portée sur le choix du temps (s'adapter aux horaires de travail des parents, mais également les approcher sur des temps où ils sont dans leur rôle de parent) et du lieu des actions afin de les rendre accessibles à un plus grand nombre de personnes. Le maillage territorial est très important. Les actions sont portées sur tout le territoire.</p> <p>Les actions sont peu ciblées sur une population en particulier car il y a une volonté forte de ne pas stigmatiser les personnes. Ainsi les professionnels comptent susciter la volonté des familles à participer aux actions mises en place. Les politiques en place ont une visée universelle plus que ciblée.</p> <p>Un effort supplémentaire est porté sur les actions dans les territoires en zone urbaine sensibles.</p>
Approche de l'action	<p>Il n'y a pas d'orientation particulière à ce type de profil puisqu'on le retrouve aussi bien dans des villes et dans le discours d'interlocuteurs qui travaillent tant dans la santé, que la famille ou l'éducation.</p> <p>Par contre, on peut remarquer que les villes qui adoptent ce type de profil sont principalement des grandes villes, avec un historique de politique familiale fort ou une transversalité des acteurs sur la thématique parentalité-santé très importante.</p>
Posture des professionnels face aux familles	Les professionnels ont principalement une posture d'accompagnateur des parents qui sont même considérés comme partenaires des actions menés auprès des enfants.

Tableau II : Profil 2 : des villes à la culture naissante des politiques sur la parentalité et santé

Profil 2 : la culture naissante des politiques de parentalité et de santé

Perception du lien entre parentalité et santé	<p>Le lien entre parentalité et santé est bien perçu mais pas tout à fait clair. La relation entre ces deux notions a été élaborée suite à un processus de réflexion important et donc n'est pas évident pour tous les acteurs de la politique de la ville concernés par le sujet ce qui peut participer à créer un flou autour de l'affiliation de certaines actions à la thématique parentalité et santé.</p>
Modalités d'action	<p>Les actions mises en place sont principalement individuelles mais des actions collectives sont également réalisées.</p> <p>Les villes ayant ce profil ont une volonté forte de ne pas stigmatiser ou culpabiliser les populations auprès desquelles elles agissent. Mais cette tâche est rendue plus compliquée par un ciblage des populations à toucher. Le ciblage se fait d'abord au niveau territorial. Puis les actions individuelles favorisent le ciblage sur des situations repérées comme étant prioritaires.</p> <p>Ce profil traduit une autre ambiguïté : celle d'accompagner les parents mais également de faire de la prévention auprès des familles, ce qui en soit n'est pas contradictoire, mais peut l'être sur la prévention devient trop « contrôlante ». Pour certains interlocuteurs des villes, leurs actions échouent si les personnes ciblées ne reproduisent pas les comportements transmis par les professionnels.</p> <p>Ce biais de la prévention contrôlante, autrement appelé « risque managérial » par Gérard Neyrand⁵⁰, apparaît dans ce profil par une volonté très forte de réduire les inégalités sociales de santé.</p>
Approche de l'action	<p>Ce profil semble plus fréquent dans les villes ayant une approche portée sur la santé, de la thématique parentalité et santé. Il semblerait que les villes se rapprochant le plus de ce profil soient de taille moyenne et surtout avec des indicateurs de fragilité sociale importants.</p>
Posture des professionnels face aux familles	<p>La posture des professionnels face aux publics ciblés est ambigu : pour certaines actions, l'objectif principal est de soutenir et d'accompagner tout en prévenant des problèmes de santé mais d'autres actions sont proches du risque managérial, et unidirectionnel de la transmission de savoir du professionnel vers le parent.</p>

⁵⁰ G. NEYRAND, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Erès, 2000

Tableau III : Profil 3 : Des villes ayant une culture de la prévention de la santé physique

Profil 3 : Des villes ayant une culture de la prévention de la santé physique

Perception du lien entre parentalité et santé	La relation entre parentalité et santé est très floue. La définition des notions de parentalité n'est pas très claire et la santé est prise en premier lieu au sens des soins, puis du bien être physique. La santé comme bien être total (dont social) n'est pas prise en compte. La dimension sociale de la parentalité est également très peu abordée par ce profil de ville.
Modalités d'action	<p>Les actions menées sont individuelles et collectives. La vision préventive est très présente pour ce profil de ville : la priorité de ces actions c'est la transmission de savoirs et de comportements bons pour la santé et/ou pour la relation parent-enfant. Ce profil de ville se situe souvent à la limite de la gestion managériale de la parentalité et la santé.</p> <p>Dans une visée de réduction des inégalités sociales de santé, des populations, familles sont repérés et ce sont celles que les villes souhaiteraient toucher par leurs actions, au risque d'avoir une approche un peu brutal de ces personnes.</p> <p>Pour combler le manque de mobilisation volontaire des familles, les actions sont mises en place là où sont les parents, sur leurs lieux de vie.</p>
Approche de l'action	Les villes ayant ce profil tendent plus à provenir du champ de la santé, et semblent avoir peu de culture de la transversalité avec le champ familial.
Posture des professionnels face aux familles	La question de la posture des professionnels face aux familles est un problème, car ces villes souhaiteraient travailler auprès de familles en difficultés, mais la mise en place d'une relation de confiance permettant un réel travail est difficile. Les techniques d'approche peuvent donc être un peu trop direct ce qui ne privilégie par la réussite des actions.

La mise en exergue de ces profils à révélé un point sensible des actions en matière de parentalité et de santé : c'est la mise en place de politiques au sein des quartiers dit « prioritaires » par la ville, les Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Penchons nous un peu plus sur cette thématique afin d'identifier les différentes tensions et logiques qui la sous-tendent.

L'enquête réalisée à donc permis de dégager des éléments de compréhension des modalités de mise en œuvre d'actions par les villes sur la parentalité et la santé. La représentation qu'ont les villes des notions de parentalité et de santé est déterminante dans la politique qu'ils peuvent mettre en place et ce d'autant plus qu'une bonne partie de ce qui se fait sur la parentalité et la santé provient d'une démarche volontariste des villes. Une distinction se perçoit déjà quant au choix de mettre en place des actions ciblées sur des personnes repérées comme étant dans des situations sociales et de santé précaire, ou bien de mener des actions sur toute la population. Ces actions ciblées entrent pour la plupart dans le cadre des politiques de la ville sur les zones urbaines sensibles, définies comme tel de part l'importance des indicateurs de précarité de la population du territoire.

Voyons maintenant comment ces actions observées au niveau global de la ville se mettent en place sur les zones urbaines sensibles.

Chapitre 3 : Focus sur les actions « parentalité et santé » au sein des quartiers en Zone Urbaine Sensible

Ce chapitre a pour objectif de détailler les dispositifs des politiques de la ville, leur histoire et la variation des formes qu'ils ont pu prendre. Une fois posé ce cadre politique nous verrons comment les villes santé s'en emparent, les atouts et inconvénients qui ressortent de ces politiques mais également les pistes de solutions trouvées par les villes à travers l'innovation dans leurs actions. Nous verrons également quels sont les enjeux et les tensions qui sous tendent la question de la mise en place de ces politiques et comment les villes négocient avec dans la réalisation de leurs actions.

1/ Zones Urbaines Sensibles et politiques de la ville

Afin de comprendre la question des enjeux qui sous tendent la politique parentalité et santé au sein des quartiers populaires, il est important de connaître les logiques en jeu lorsque l'on aborde la thématique des politiques sociales en place sur ces territoires. Pour cela, un petit détour historique sur les quartiers populaires pourra nous éclairer. Nous verrons comment les quartiers populaires se sont transformés en Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Puis une description des politiques dites de la ville permettra d'identifier le cadre actuel des actions qui peuvent être mises en place sur la parentalité et la santé. Au regard du premier point qui prend une distance critique avec ces politiques territorialisées, et de la présentation du cadre actuel une analyse des résultats de l'enquête sur ce point de l'action au sein des Zones Urbaines Sensibles, pourra être réalisée.

✓ Du quartier populaire à la zone urbaine sensible : la mise en place de politiques sociales territorialisées

Le terme de quartier populaire est largement médiatisé aujourd'hui et souffre d'une image négative de pauvreté, de violence, de concentration des problèmes sociaux. Ces quartiers populaires n'ont pas toujours été ainsi. En effet, depuis le développement du capitalisme dans le milieu des années 70, la situation sociale française (et plus généralement mondiale) s'est fragilisée. L'insécurité sociale et dans le monde du travail est très présente. A partir de ce mouvement de paupérisation de la population, on observe une transformation des quartiers populaires, jadis cimentés par l'identité professionnelle ouvrière à une identité commune basée sur la pauvreté ou le fait d'être « habitant » de tel quartier.

L'identité des quartiers a changé et s'est diversifiée. De plus, d'un quartier à l'autre les problématiques identitaires et conflits ne sont pas les mêmes. Ce mouvement s'observe également dans les formes de solidarité que l'on retrouve sur le quartier. Le délitement du lien social au travail amené par le système capitaliste a entraîné une baisse des solidarités et du lien social, jadis fondé sur l'identité professionnelle. C'est cette fragilisation du lien social que Robert Castel traduit par le concept de « désaffiliation sociale ».

Les politiques sociales sont passées en suivant cette orientation, du soutien aux professionnels par le maintien de leurs conditions de travail, au soutien apporté en cas de déficits particuliers. Les actions politiques se portent sur des carences spécifiques, liées aux conditions de vie générales de pauvreté et non plus au statut de travailleur. C'est ce que soutient Denis Merklen, sociologue, dans son ouvrage *Quartier populaire, quartiers politiques*. On assiste selon lui actuellement à une politisation du local. Les politiques publiques ont été amenées de par cette transformation sociale et économique (qui se traduit en partie par une complexification des enjeux identitaires en milieu urbain) à focaliser leurs actions sur le local.

Dans la préface de l'ouvrage de Denis Merklen, Robert Castel présente une des conséquences de cette politisation des quartiers en France : « Les habitants de nos banlieues ne manquent pas seulement de ressources mais aussi de marge de manœuvre pour définir ce qui pourrait le mieux correspondre à leurs besoins et pour disposer de ce qu'ils obtiennent en fonction de leurs propres objectifs. »⁵¹ Les politiques sociales actuelles, si elles ne peuvent être critiquées dans leur volonté d'agir afin de diminuer les inégalités sociales, et de réduire des pans de la pauvreté qui touche la population urbaine, peut être remises en question dans leur modalités d'actions. En effet, il semble important de laisser aux habitants la possibilité de s'approprier les mouvements collectifs, et mieux de les initier et les revendiquer. On relève déjà une première ambiguïté dans les politiques de collectivités locales qui en voulant agir au mieux, limitent les possibilités d'une réelle mobilisation et évolution (qui passerait par l'appropriation de l'action collective par les habitants). Outre le renforcement d'une identité collective autre que la pauvreté et le lieu d'habitation, cette réappropriation de l'action collective aurait pour effet bénéfique l'expression des besoins des habitants et donc de mener des actions plus adaptées.

En France, peu de mouvements collectifs émergent des habitants seuls. L'espace de création et d'appropriation de politiques par les habitants étant réduit, la violence et la contestation émerge parfois comme moyen d'expression de la volonté d'agir de ces derniers.

⁵¹ Préface de R. CASTEL, dans D. MERKLEN, *Quartiers populaires, quartiers politiques*, La dispute/ Snédit, Paris, 2009, p16

Robert Castel dit à propos des émeutes de 2005 dans les banlieues : « Dès lors l'action collective est pour l'essentiel limitée à la protestation. Les émeutes déclenchées par les jeunes des quartiers exemplifient sur un mode extrême cette posture condamnée à la pure contestation et qui s'accomplit à travers l'exercice d'une violence apparemment gratuite (s'affronter aux forces de l'ordre, brûler des voitures et des édifices publics...). Il ne s'agit pas de les innocenter. Mais si ces actions prennent ce caractère nihiliste, c'est aussi que leurs auteurs n'ont pas les moyens d'intervenir d'une manière légitime sur les instances de décision qui les concernent. »⁵²

Ce mouvement de transformation de la structure identitaire du quartier peut être comparé à celui des transformations de la famille. A partir des années 80 les formes familiales se modifient, prennent un sens nouveau. Le modèle traditionnel de la famille étant remis en cause, des inquiétudes se créent quant au maintien du lien social et des solidarités familiales. C'est deux mouvements de transformation de l'identité des quartiers et des mutations des formes familiales sont apparentés en même temps à une plus grande liberté individuelle de l'individu, libéré des normes et de la morale traditionnelle. Mais c'est aussi ce qui a entraîné la désaffiliation sociale. Sur le plan familial, ce constat est à relativiser puisque contrairement au discours ambiant, notamment lors de la canicule de 2003 les solidarités familiales sont toujours importantes.

Les politiques locales sont aujourd'hui bien inscrites dans une logique territorialisée. On parle aujourd'hui dans le cadre de politiques de la ville, non plus de quartiers populaires mais de Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Voyons maintenant plus en détail dans quels cadres politiques s'inscrivent les ZUS et comment elles ont été mises en place.

✓ La politique de la ville

A partir de 2007, les Contrats Urbains de Cohésion Sociale ont succédé aux contrats de villes, destinés à encadrer la politique territorialisée sur les quartiers dits défavorisés. Les contrats de ville ont été mis en place en 1989. Ils prévoient un accord entre l'Etat et les collectivités territoriales, qui s'accordent sur des axes d'actions prioritaires à mettre en place sur les quartiers repérés comme étant les plus défavorisés, et ce, tous les 5 ans. L'objectif de ces contrats était de lutter contre l'exclusion sociale, économique et citoyenne, de réinstaurer une cohésion de quartier et un sentiment d'appartenance identitaire à la cité. Le contrat prévoyait donc de regrouper les différentes politiques mises en œuvre jusque là séparément, pour mieux les coordonner sur ces quartiers.

⁵² Ibid, p 17

Tout comme le contrat de ville, le CUCS est passé entre l'Etat et des collectivités territoriales. Les contrats sont passés avec les maires ou bien avec les présidents des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI). Les objectifs sont également les mêmes : agir sur les territoires les plus défavorisés pour lutter contre l'exclusion. Ce type de contrat est prévu pour une durée de 3 ans. La création du CUCS a été décidée en prévision de la fin du contrat de ville de la période 2000-2006, afin de prendre d'améliorer la politique de la ville sur les quartiers prioritaires. Ainsi, les CUCS se devaient plus formalisés que les contrats de villes, avec une meilleure définition des objectifs pour chaque acteur, ainsi qu'une coordination plus poussée de ces derniers. Le suivi et l'évaluation des projets devaient également être plus approfondis.⁵³C'est le comité interministériel à la ville (CIV) qui a formalisé le CUCS, définit ses objectifs et son cadre. Il existe 495 contrats de type CUCS en France. Selon le site du ministère de l'égalité des territoires et du logement⁵⁴, ce sont près de 2 200 quartiers qui sont concernés par cette politique de la ville. Parmi ces quartiers, on compte 751 zones urbaines sensibles. Le CUCS coordonne les différents programmes et plans, mis en place sur les quartiers afin de mener une politique cohérente de lutte contre l'exclusion et les inégalités. On peut citer entre autres comme programmes coordonnés par le CUCS les Plans Educatifs Locaux (PEL), les Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité, les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Ateliers Santé Ville (ASV) mais encore les Projets de Rénovation Urbaine (PRU), les Programmes Locaux d'Habitation (PLH) etc. Le CUCS regroupe une multitude de politiques sur des sujets variés mais ayant comme objectif la réduction des inégalités dans une vision globale, et sur un territoire.

La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 est à l'origine de la création du Programme National de Rénovation Urbaine (PNRU). Ce programme à l'initiative de Jean Louis Borloo, à l'époque ministre de l'emploi de la cohésion sociale et du logement, prévoit la rénovation et la restructuration des quartiers en ZUS. Depuis 2009, c'est l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU)⁵⁵ qui est chargée du PNRU. Une autre agence telle que l'ANRU est placée sous la tutelle de l'Etat pour la mise en place de politiques de la ville, c'est l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (Acsé). Cette agence née en 2006 a pour but d'améliorer les conditions de vie quotidienne des habitants des quartiers prioritaires.⁵⁶

⁵³ Source d'information sur le contrat de ville et le CUCS : site du sénat. <http://www.senat.fr>

⁵⁴ Source : ministère de l'égalité des territoires et du logement : <http://www.ville.gouv.fr>
<http://sig.ville.gouv.fr/>

⁵⁵ Source : site de l'ANRU : <http://www.anru.fr/>

⁵⁶ Source : site de l'Acse : <http://www.lacse.fr>

Pour interroger les politiques de parentalité et santé sur les quartiers dit « défavorisés », nous prendrons comme échelon celui des ZUS. La définition standard de l'INSEE des ZUS est la suivante : « Les zones urbaines sensibles (ZUS) sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires ». Cette définition apporte plusieurs degrés d'information : les ZUS relèvent de la politique de la ville et sont définies par les collectivités territoriales. Elles correspondent à des « zones de besoins » identifiées comme prioritaires pour les politiques de la ville. Les ZUS sont nées de la loi du 14 novembre 1996 qui définit également deux autres catégories de zones : les Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU) et les Zones Franches Urbaines (ZFU). A chaque type de zone correspondent des dispositifs sociaux et économiques particuliers à mettre en place afin de répondre aux difficultés rencontrées sur ces territoires. Les ZUS sont définies en fonction de critères qualitatifs dont les principaux sont la part de grands ensembles ou d'habitations dégradées et le déséquilibre entre emploi et habitat.

✓ **Enjeux pour les acteurs des politiques de la ville**

Un des enjeux que nous avons déjà exposé, est celui de la distinction entre politique d'accompagnement et politique sécuritaire. Cela se perçoit bien à travers les dispositifs politiques existants et l'analyse de leur histoire. C'est l'idée que reprend Sylvie Tissot dans son ouvrage *L'Etat été les quartiers, genèse d'une catégorie de l'action publique*⁵⁷. Elle présente l'émergence des politiques de la ville et les orientations prises par celle-ci sous l'impulsion des gouvernements de droite. Elle analyse la politique sécuritaire menée par Nicolas Sarkozy et la politique de destruction (des logements sociaux pour la réhabilitation des quartiers dans le cadre du PNRU) initiée par Jean-Louis Borloo. Les acteurs locaux de la politique de la ville, sont encadrés par ces choix pris au niveau de l'Etat.

Tout comme Denis Merklen, Sylvie Tissot présente le « problème des banlieues » comme une construction sociale, car d'après elle, ce n'est pas le problème qui est récent mais plutôt l'angle avec lequel on l'approche. En parlant de la description faite par les acteurs politiques pour légitimer leur action, Sylvie Tissot dit la chose suivante : « ces

⁵⁷ S. TISSOT. « L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique », Edition du seuil, 2007, 300p.

discours ne décrivent pas seulement la réalité, ils en proposent une interprétation »⁵⁸. En cela, les politiques participent à créer une réalité sociale.

Claude Martin⁵⁹ dit à propos de l'appropriation de la parentalité par les politiques publiques, qu'elle émerge en partie du construit social sur le risque, la peur de la jeunesse violente ou délinquante, qui serait le fait d'une carence parentale. Cette construction a orienté les politiques familiales vers une politique de la parentalité, afin d'agir là où se situent les carences (donc la relation du parent à son enfant). La question de la co-éducation est également posée sous des formes nouvelles par cette appropriation de la parentalité. Le parallèle peut être fait entre cette politique de la parentalité et celle mise en place dans les quartiers. Toutes deux ont comme objectif d'agir auprès d'une population stigmatisée comme à risque, pour répondre à des manquements, des carences, que ce soit dans l'éducation, la construction de lien social, la santé.... Cette politique sécuritaire n'est plus la seule aujourd'hui, mais Claude Martin rappelle l'importance de la connaissance et de la compréhension de la généalogie de ces politiques.

Les différents acteurs concernés par les politiques locales dépendent des dispositifs eux-mêmes. Pour Denis Meklen, « dans les processus de décentralisation de l'Etat en France, les municipalités se sont appuyés sur le tissu associatif qu'en même temps elles ont renforcé, dans une tentative pas toujours réussie pour renforcer les quartiers. »⁶⁰ On trouve l'illustration parfaite de cette idée dans un exemple déjà cité auparavant : pour combler la baisse des effectifs en RASED sur la ville de Rennes, des associations de psychologues ont pris le relai du suivi des enfants. Le changement de politique que l'on peut supposer avec le nouveau gouvernement Hollande, pourrait modifier la balance du poids des acteurs qui a été créée avec la politique plus sécuritaire des gouvernements Chirac et Sarkozy. En effet, l'angle d'approche de la nouvelle majorité présidentielle devrait se distinguer de la précédente et donc participer à créer un nouvel équilibre des acteurs des politiques territorialisées.

Le premier point de ce chapitre a mis en évidence le processus de transformation des quartiers populaires où l'identité fédératrice est celle du travailleur, en quartier politique, territoire d'action des politiques de la ville pour combler les défaillances de solidarité et d'intégration. Cette politique a en même temps participé à ancrer et stigmatiser (à l'aide des médias) ces quartiers comme des espaces de pauvreté où la violence et les multiples problèmes sociétaux sont réunis. Cette représentation d'une réalité sociale certes précaire (où la désaffiliation sociale et la paupérisation de la population sont très fortes) a insisté sur

⁵⁸ Ibid, pp11

⁵⁹ C.MARTIN, Op. Cit, pp. 2

⁶⁰ ⁶⁰ S. TISSOT. « L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique », Edition du seuil, 2007, pp62

le risque de la situation et la nécessité d'une politique sécuritaire pour y répondre. Les efforts politiques se sont donc centrés sur ces territoires « sensibles » tant pour réduire les risques envisagés que pour lutter contre une situation fortement inégalitaire.

Nous avons donc distingué deux angles d'approche : un sécuritaire, l'autre plus axé sur le soutien et la lutte contre les inégalités. La première vision se traduit par une volonté de transformation des populations, avec des efforts portés sur la déconstruction et une mixité sociale plus importante. C'est la politique menée par Borloo et Sarkozy. La deuxième approche consiste plutôt à combler les manques existants sur un territoire en allouant des ressources supplémentaires afin de limiter les inégalités sociales dans leur globalité.

Un des biais de cette approche déjà évoqué, est la vision uniquement compensatoire qui ne s'appuie finalement que peu sur les ressources positives dont dispose le quartier. Robert Castel dit de cela que les espaces d'expressions et d'appropriation des actions collectives sont trop réduits pour permettre à la population de les habiter.

Pour résumer, les politiques de la ville sont nées de la volonté de l'Etat de limiter les inégalités sociales qui paraissaient ancrées sur des territoires particuliers (qui sont aujourd'hui les ZUS). Cette politique s'est accompagnée d'une stigmatisation des quartiers populaires et de leur population, véhiculant un discours sur le risque qui a en partie orienté les politiques des villes. Deux modalités de politiques se sont succédées : l'une vise à limiter les inégalités sociales et l'exclusion en offrant plus de moyens sur les territoires ciblés comme défavorisés. L'autre, approche plus sécuritaire tend à déconstruire ces quartiers par une politique de mixité et de déconstruction. En fonction de chaque approche, les acteurs locaux ont un rôle et un poids variable. Daniel Béhar géographe, parle lui de politiques qui se préoccupent plus du « people/ place »⁶¹. Chacune de ces approches des politiques territorialisées semble avoir ses biais, l'une ne permettant pas suffisamment à la population de mener ses propres actions collectives et l'autre ne prenant pas suffisamment en compte la réalité sociale de la population et les accablant donc de multiples fautes.

L'enjeu principal d'une politique ayant pour visée la réduction des inégalités sociales de santé, est de ne pas stigmatiser la population d'un quartier comme étant à risque du simple fait de son lieu d'habitation, mais également de ne pas l'observer que sous l'angle des lacunes. La multiplicité et la complexité des situations de la population des quartiers (multiculturalité, situation précaire diverses) rend difficile l'appropriation d'une action collective revendicatrice de ces derniers. Les politiques locales doivent donc veiller à

⁶¹ BEHAR. D., « Mise en perspective de la politique de la ville française sous l'angle du Critère territorial » IN « des effets de quartier à la politique de la ville » 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique, Paris.

construire une relation de confiance afin de favoriser les contacts avec la population et d'aboutir à un travail en partenariat avec ces derniers. Plus largement, une politique globale permettant des conditions d'existence souhaitable pour tout à chacun semblent nécessaires (la précarité de l'emploi semble être un des points majeurs à combattre). Par condition de vie convenable nous entendons ici, un accès aux droits primaires (pouvoir se nourrir convenablement c'est-à-dire avoir accès à une alimentation variée et équilibrée, avoir accès à une habitation salubre), mais également disposer de ressources économiques suffisantes pour accéder aux soins, aux loisirs etc.

Après avoir analysé la mise en place, les différentes formes et les enjeux des politiques de la ville, regardons maintenant comment se traduisent ces politiques sur la thématique de la parentalité et de la santé. Pour cela nous nous appuyerons sur les entretiens réalisés pour l'enquête auprès de 8 villes santé.

2/ La politique de la ville adaptée au thème de la parentalité et de la santé

✓ Des actions basées sur les programmes et plans intégrés dans le CUCS

La plupart des actions citées en matière de parentalité et de santé, trouvent leur origine dans des programmes rattachés au CUCS. Ces actions sont donc mises en œuvre au sein des ZUS dans le cadre de la politique de la ville afin de réduire les inégalités sociales de santé. Les dispositifs les plus souvent cités sont les PRE en matière éducative et les CLS et ASV dans le champ de la santé. Les CLS et ASV sont décrits comme des sources d'émergence de la réflexion sur la parentalité et la santé. Cette première notion est bien souvent un des axes prioritaires des politiques de santé dans les ZUS.

Un autre programme légal encadre les actions sur la parentalité et la santé : ce sont les bilans de santé obligatoires à l'école primaire. Dans beaucoup de villes, ces contrats qui ont lieu sur toutes les écoles de la ville sont renforcés dans les ZUS. Ils sont l'occasion pour les professionnels de santé de rencontrer les parents des enfants scolarisés et de les sensibiliser aux thématiques santé, de réaliser de la prévention par le biais de messages, de transmission d'informations sur les bonnes pratiques en santé. Ces bilans sont souvent suivis en cas de problème de santé particulier par des suivis personnalisés. La mise en relation avec les professionnels de santé appropriés est facilitée par ces professionnels de santé scolaire qui coordonnent et mettent en réseau les différents acteurs. Des actions de ce

genre ont été citées par plusieurs villes au cours des entretiens, notamment sur des thématiques de santé bucco-dentaire ou sur l'obésité.

Dans le cadre de la réussite de nombreuses actions sont mises en place auprès des enfants. Elles intègrent un suivi du parcours individualisé de l'enfant et coordonnent une multitude d'acteurs autour de ces parcours afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant, pris en compte dans sa globalité. Il ne s'agit pas seulement d'agir sur les troubles d'apprentissage, mais sur tous les facteurs qui peuvent être à leur origine, ou simplement sur tout ce qui touche au bien être de l'enfant. La mise en place de bonnes conditions de vie est nécessaire au bien être social, physique et mental de l'enfant. Ainsi, les acteurs qui se réunissent autour des situations des enfants sont nombreux et issus de champs professionnels variés : santé, social, éducation, socioculturel, prévention spécialisée... On retrouve ici la volonté du CUCS de prise en charge globale des situations individuelles, pour combler toutes les lacunes éventuelles dans le cadre de vie quotidien des personnes.

La coordination de tous ces professionnels est un des avantages de ce type de programme puisqu'il permet de prendre en charge globalement la personne et les enfants et non pas de manière parcellaire, sur un aspect problématique. Pour agir sur un aspect de la vie de la personne, il est important de régler tous les problèmes qui pourraient influencer ce point initial. On voit bien à travers le thème de la parentalité et de la santé, que de multiples facteurs entrent en compte dans cette problématique. C'est en partie pour cela que l'éducation, le milieu scolaire, sont pris en compte comme milieux d'influence sur la santé et la parentalité.

Voyons maintenant quels autres avantages peuvent être tirés de la mise en place de ces politiques du point de vue de la parentalité et de la santé. Puis nous verrons rapidement quelles difficultés peuvent également être rencontrées par les villes dans la mise en place de leurs actions. Mais avant cela, faisons brièvement le point sur le point de départ de ces politiques : le diagnostic établi sur les quartiers, les principales constantes rencontrées dans les ZUS en matière d'inégalités sociales et enfin les différentes instances chargées du diagnostic sur ces quartiers. Pour cela nous nous appuyerons également sur le témoignage des villes-santé rencontrées pour l'enquête.

✓ **Diagnostics territoriaux**

Afin de mener des actions adaptées aux besoins de la population, et ainsi de les rendre plus pertinentes (car étant des moyens de lutte contre les inégalités sociales) et plus attractives pour les populations, la ville mène des diagnostics sur son territoire. Ils peuvent être de nature variable et porter sur la santé de la population, ou encore sur l'accès aux

loisirs, les troubles d'apprentissage etc. Ces actions permettent d'identifier des axes d'actions prioritaires sur lesquelles la politique de la ville peut se concentrer.

De manière générale on peut tracer un tableau rapide des inégalités sociales les plus récurrentes dans les ZUS. Celles-ci concernent la santé, l'éducation, l'accès à l'emploi, les structures familiales etc. Donnons en exemple de l'expression de ces inégalités sociales qui impactent d'autres domaines de la santé. En matière de santé il existe de fortes inégalités dues au statut social. L'impact de facteur social est particulièrement frappant puisque l'on pourrait penser que les inégalités de santé sont uniquement le fait du hasard et de la nature, mais il n'en est rien. De plus, les comportements propres à certaines classes sociales ne suffisent pas à expliquer les inégalités sociales de santé : « Les différences dans les comportements individuels, et en particulier les pratiques à risque (tabac, alcool, sédentarité...), n'expliqueraient qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes. »⁶² Un exemple concret de ces inégalités sociales de santé est visible lorsque l'on regarde l'espérance de vie en fonction du statut professionnel : les cadres ont une espérance de vie sans incapacité des cadres à 35 ans est de 34 ans, tandis qu'elle est de 24 ans pour les ouvriers⁶³.

Selon Marie Hélène Bacqué⁶⁴, sociologue, on peut relever plusieurs dimensions des effets de quartiers qui influent effectivement sur les inégalités sociales : « la dimension physique, la dimension spatiale, la dimension institutionnelle et la dimension sociale ». Ces quatre dimensions englobent des aspects tels que l'habitat, l'environnement, l'isolement spatial, l'offre de services institutionnelle et les espaces et modalités de socialisation offerts par le quartier. Selon la sociologue, seul le dernier point est un effet réellement propre au quartier et à la concentration de population précaire, puisqu'il prend en compte les groupes de pair et l'environnement social.

Il faut être méfiant avec ce que l'on appelle les effets de quartiers ; en fonction de leur interprétation des politiques de la ville différentes sont mises en place. Ainsi, si l'on analyse les effets de quartiers comme cause de la concentration de la population précarisée, on arrive à la conclusion de la nécessité de mettre en place une plus grande mixité sociale. Tandis que si l'on considère les effets de quartiers comme résultant des carences en offre de services des politiques publiques la réponse à apporter sera de multiplier les ressources sur ce territoire.

⁶² KUNST, A., GROENHOF, F., MACKENBACH, J. P. et al., 2000, « Inégalité sociale de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in LECLERC, A., FASSIN D., GRANDJEAN, H., KAMININSKI, M., LANG, T. (dir.). Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte/Inserm, pp 349.

⁶³ Source : BASSET, B. (dir), « ARS, les inégalités sociales de santé », Ed INPES 2008, pp 15

⁶⁴ BACQUE. M-H., « Quels effets de quartiers » IN « des effets de quartier à la politique de la ville » 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique

La probabilité de retrouver en ZUS des personnes ayant ce type de profil et cumulant les inégalités est donc importante. C'est pourquoi la politique de la ville se concentre sur ces zones. Cependant, on peut relativiser l'effet de quartier : en dehors comme en dedans des ZUS, le taux de chômage des immigrés est aussi important⁶⁵.

Les villes ne sont pas les seules à élaborer de tels diagnostics. On peut noter entre autres les observatoires de santé (qui peuvent établir des bilans pour la ville sur l'état de santé d'une population, en général ou sur une thématique particulière), ou encore l'Acse qui propose aux villes d'établir des diagnostics sur divers sujets.

✓ **Les avantages et inconvénients de ces actions**

Comme nous l'avons vu dans le premier point, un des avantages majeurs de cette politique de la ville est de réunir autour d'un même sujet des acteurs politiques et professionnels d'horizons divers. Cela permet une meilleure compréhension des problèmes (qui peuvent être éclairés par la multiplicité des visions) et d'avoir une approche globale des solutions à apporter. Mais cette coordination peut poser problème puisqu'elle est particulièrement complexe à mettre en place. Dans certains domaines, la transversalité n'est pas encore inscrite dans les mœurs. La mise en place peut être difficile car elle oblige à penser son champ d'action habituel sous un autre point de vue, afin de comprendre les intérêts de ces interlocuteurs, condition d'une bonne communication. De plus certains acteurs peuvent être craintifs quant aux conséquences pour leur domaine d'action de ce type de réorganisation. Une ville interrogée a rapporté les difficultés rencontrées dans la mise en place du groupe de travail du projet de réussite éducative. Dans un contexte où le maintien de certaines missions ou directions était précaire, cette réorganisation a effrayé. De plus les partenaires craignaient l'effet « mille feuille » de ce type de dispositif.

La politique de la ville peut être mise en place de différentes manières par les villes. Ainsi certaines vont renforcer leurs actions sur les ZUS en particulier, mais sans effectuer de ciblage au sein de ces territoires. D'autres à l'inverse tentent de repérer des personnes à toucher en priorité au sein même de ces ZUS. Il y a donc une approche territorialisée qui déjà cible des populations prioritaires, et une approche ciblée sur les personnes. Dans la

⁶⁵ KIRSZBAUM. T., Quelle voie suivre pour enrayer les effets de quartier ? Politiques préventives ou programmes de démolition ? Les leçons des États-Unis » IN « Quels effets de quartiers » IN « des effets de quartier à la politique de la ville » 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique

mesure ou le ciblage populationnel ne s'effectue pas dans le cadre des suivis de parcours prévus par le PRE par exemple, la posture du professionnel face à la population est à réinterroger. En effet, il faut se demander les effets d'une stigmatisation possible en comparaison des effets de l'action elle-même. Aborder des thématiques de santé ou de parentalité peut être une chose très délicate dans la mesure où cela pourrait renvoyer à une faute, un manquement de la part des personnes ciblées, ce qui peut être extrêmement culpabilisant et limiter la relation de confiance avec le professionnel.

Un autre problème rencontré par les professionnels résulte dans la diversité des profils et des situations des familles qu'ils côtoient. Beaucoup de parents en ZUS sont issus de l'immigration et ne parlent pas forcément français. La communication avec les professionnels est donc beaucoup plus compliquée à mettre en place, d'autant plus que les villes ne peuvent faire appel constamment aux services de traducteurs. La multi-culturalité des ZUS amène parfois un décalage des représentations des sujets abordés entre professionnels et famille. Cela peut être un point positif, puisqu'un élargissement de la vision que les acteurs ont de leur sujet de travail est toujours enrichissant, mais cela crée en même temps une incompréhension mutuelle qui limite les possibilités d'actions.

Un des points abordés comme étant une des principale difficulté rencontrée par les villes est l'information et la mobilisation des publics. Là encore nous trouvons une explication de la difficile information par la structure du quartier. Il faut pouvoir dépasser les barrières de la langue, rendre les informations qui sont parfois très nombreuses, accessibles, compréhensibles et claires. Encore faut-il que l'information soit passée et comprise pour que le public se mobilise. Une autre explication a été apportée au cours d'un entretien. Certaines situations familiales sont très dégradées et la préoccupation de ces personnes pour les questions de santé et de parentalité ne sont pas les mêmes que celles des professionnels. Prenons l'exemple de l'alimentation équilibrée et variée recommandée pour la santé alors que dans certaines familles la priorité peut être de pouvoir s'alimenter chaque jour.

Une formation des professionnels (et de tous les professionnels par exemple former même les enseignants et ATSEM dans les écoles) est donc nécessaire pour leur permettre d'aborder ces questions sensibles avec les parents. Certaines villes proposent des formations à leur professionnels afin d'aborder plus sereinement ces thématiques de parentalité et santé. C'est donc trouver une solution à une des limites de la politique de la ville. Voyons plus en détail les solutions abordées par les villes pour dépasser les barrières qu'elles rencontrent.

✓ Les solutions innovantes proposées par les villes

Afin de dépasser les obstacles rencontrés dans la mise en place de la politique de la ville, celles ci mettent en place différentes actions.

La première que l'on peut citer ici concerne la formation des professionnels. Dans de nombreuses villes l'accent est mis sur cet aspect afin de faciliter la posture des professionnels par rapport aux parents. C'est le cas pour plusieurs villes rencontrées lors des entretiens. Ces formations peuvent passer par le CNFPT, par la ville, le conseil général etc. Par exemple des formations peuvent être proposées sur la multi-culturalité par les mairies. Une action particulière est mise en place sur la ville de Valence au niveau de la formation. Chaque année depuis 25 ans, une semaine de formation est proposée aux professionnels qui œuvrent auprès des jeunes et souhaitent devenir des adultes relais en matière de prévention des conduites à risque à l'adolescence. Cette formation de 7 jours est suivie de nombreuses rencontres entre les adultes relais formés, de conférences et un journal est publié par et pour ces référents. Ce réseau permet un partage d'expériences entre professionnels d'horizons variés, et de poser des bases éthiques et des pratiques communes.

La multi culturalité est également bien prise en compte par certaines villes, qui au delà de la formation de leurs professionnels sur le sujet, disposent de centres de médiation culturelle. On peut citer en exemple le centre Babel (adossé à la maison des adolescents de Paris) spécialisé dans la clinique transculturelle. Ce centre propose un service de médiation culturelle aux hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de pathologie clinique mais également un service auprès des parents pour mieux les associer aux dispositifs de soutien proposés à leurs enfants.

Au niveau de la thématique de l'intégration des parents et des familles en général aux dispositifs de réflexion on repère des actions qui semblent favoriser cette appropriation des mouvements collectifs par la population. On peut citer comme exemple l'université populaire, ou autres actions visant à renforcer l'expression citoyenne sur des thématiques de parentalité et santé. Ainsi, les villes qui favorisent les lieux d'échanges entre familles leur donnent de l'espace et une certaine marge de manœuvre pour exprimer leurs besoins et s'approprier les dispositifs d'actions.

La mis en place de ce type d'action nécessite au préalable une relation de confiance entre professionnels et parents. Ce contact n'est pas facile à mettre en place puisqu'il peut y avoir beaucoup de méfiance de la part des acteurs les uns envers les autres. Une action menée par la ville de Rennes et de Nantes vise à instaurer une relation confiante des

parents vis-à-vis des institutions et à favoriser une posture des professionnels égalitaire avec les familles. Cette action intitulée « en impliquant leurs parents à l'école, tous les enfants peuvent réussir » s'inscrit dans le cadre de la réussite éducative. Elle est mise en place avec une association (ATD quart monde) et vise « *à travailler les représentations que se portent mutuellement les parents et les enseignants afin de faire émerger les conditions d'un vrai dialogue.* »⁶⁶ Cette action se concrétise par la mise en place de deux groupes de parole : un de parents et l'autre d'enseignants, puis par un espace d'échange entre les deux groupes. Une rencontre est organisée afin de restituer les échanges des deux groupes et d'en discuter. Des débats et conférences sont organisés au cours de cette rencontre.

Les villes mettent en place, en dehors des programmes de la politique de la ville et des grands axes nationaux, des solutions aux problèmes qu'elles rencontrent. Des actions innovantes sont pensées et testées afin de prendre en compte la complexité des situations individuelles et de surmonter les obstacles liés aux dispositifs politiques eux-mêmes.

En s'appuyant sur le diagnostic établi à partir des résultats de l'enquête, sur la revue de la littérature et l'analyse des dispositifs des politiques de la ville, nous pouvons proposer des recommandations en matière de politiques de parentalité et de santé.

⁶⁶ Extrait de la fiche de recueil d'information de la ville de Rennes

Recommandations :

Au regard du diagnostic réalisé, nous pouvons proposer les recommandations

- Favoriser une relation égalitaire et de confiance avec les familles, en travaillant sur les représentations des professionnels et des familles les uns sur les autres
- Développer pour les familles des lieux d'expression citoyenne et des lieux d'appropriation des politiques de santé de parentalité mais également d'éducation.
- Favoriser la lisibilité des informations sur les dispositifs destinés aux familles, par une simplification des contenus transmis et par le regroupement de l'information sur des lieux accessibles : points d'informations répartis sur les différents territoires des villes,
- Développer la transversalité des actions au sein des villes mais également avec les associations présentes sur le territoire
- Travailler dans la transversalité sur la définition du lien entre parentalité et santé et décider d'une éthique de la politique à adopter pour tous les acteurs
- Développer la formation des professionnels afin de leur permettre d'aborder sereinement et sans brutalité les thématiques de santé, mais également de les familiariser à l'accompagnement parental.
- Favoriser une approche globale des familles et travailler sur leurs conditions de vie quotidienne
- Favoriser l'approche visant l'accompagnement et le soutien social plutôt que la transmission de comportements jugés favorables
- Articuler les actions collectives et individuelles ainsi que le suivi individualisé des parcours et les actions à visée « universelles » sans ciblage de population ou de territoire

Conclusion :

En réponses aux questions posées au départ de cette enquête, on observe que la perception de la parentalité et de la santé ainsi que du lien qui unie ces deux notions est très variable en fonction des villes. La perception de cette relation influence la mise en place de politiques sur le sujet. Comme nous l'avons noté dans les profils des villes, une perception claire du lien favorise la construction d'une politique étendue et volontariste. En fonction du champ d'action dans lequel on se situe, les actions sur la parentalité et la santé ne prendront pas les mêmes modalités ni la même approche de la parentalité et de la santé. Dans ce contexte la transversalité semble être une ouverture de la politique favorable à la population mais également aux professionnels. De nombreux enjeux sous-tendent les

politiques et actions sur la parentalité et la santé et ce plus particulièrement au sein des zones urbaines sensibles. Les modalités d'actions sont particulièrement interrogées dans ce type de quartier ou de nombreuses problématiques s'entrecroisent (précarité, barrières de la langue etc.). Ces politiques ayant pour but de limiter les inégalités sociales de santé sont délicates à mettre en place : ces quartiers en zones urbaines sensibles sont fortement stigmatisés et nécessitent une approche ouverte, plus accessible et partenariale.

Afin de compléter cette enquête il aurait pu être très intéressant de réaliser des entretiens auprès de professionnels de zones urbaines sensibles, tels que des travailleurs sociaux, des enseignants etc., mais également avec des familles. C'est une des limites principales de cette recherche mais qui est en même temps intimement liée à la nature du sujet. En effet, l'objectif de cette recherche était d'analyser les logiques en place dans les politiques de santé et de parentalité, du point de vue des villes santé. Une autre limite peut être relevée dans la méthodologie de l'enquête : les entretiens ont été faits pour 8 sur 9 d'entre eux avec des villes membres du groupe de travail. Les représentants de ces villes avaient donc déjà une réflexion poussée sur le sujet et un intérêt particulier pour celui-ci. Mais heureusement, les fiches de recueil d'informations ont permis de compléter les données des entretiens. Une autre source d'information sur le sujet de cette enquête n'a pas été citée : c'est celle des groupes de travail du réseau organisés depuis octobre 2011. Ces moments d'échanges ont été très riches en informations.

Cette étude servira au RFVS de l'OMS. Une synthèse de l'enquête sera réalisée et transmise aux membres du réseau. Un guide méthodologique à destination des villes sera également publié en 2013. L'objectif de ce guide sera de fournir des outils théoriques et pratiques aux villes qui souhaitent impulser une politique ou une action sur la parentalité et la santé. Grâce à cette enquête, un travail de recensement des différentes actions réalisées par les villes sur la thématique a été réalisé. Ce dossier servira au réseau pour le colloque qu'il organise en octobre, intitulé « Villes, parentalité et santé ; un nouvel enjeu de transversalité pour les politiques locales ». Cette enquête aura donc une continuité auprès des villes santé. Au delà du cadre du RFVS de l'OMS, ce sujet pourrait être plus approfondi au niveau de la perception de la population des zones urbaines sensibles sur les politiques dont font l'objet leurs quartiers. Ce croisement des regards permettrait une meilleure compréhension des conflits et enjeux qui sous tendent la politique de la ville, et plus particulièrement sur ce thème sensible et important qu'est la parentalité et la santé.

Résumé :

Le réseau Français des villes-santé de l'OMS, programme de promotion de la santé dans 80 villes françaises a initié une étude sur les politiques de parentalité et de santé mises en place au niveau local. Ce travail de recherche a permis de repérer les modalités de réalisation des actions alliant enjeux de parentalité et de santé en lien avec la représentation des acteurs du sujet sur ces deux notions. Un focus sur la politique des villes dans les zones urbaines sensibles a permis d'éclairer les différents enjeux immanents de la réalisation de ces actions.

Mots clés :

OMS, ville santé, politique ville, Parentalité, politique de la famille, politique santé, promotion santé, prévention santé, zone urbaine sensible

Bibliographie

Ouvrages

BOZZINI, L., TESSIER.R., 1985, *Support social et santé*, In DUFRESNE, J. et coll. *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*. Presse de l'université du Québec. Presses Universitaire de Lyon, p 905-940.

COUM, D. (dir), *Que veut dire être parent aujourd'hui*, Erès/Parentel, 2008 : 286p.

COUM, D. (dir), *De la difficulté d'être parent*, Parentel, 2010 : 230p.

CRESSON, G., *Le travail domestique de santé*, Ed L'Harmattan, 1995, 346p.

CRESSON, G., METBOUL, M., dir, *Famille et santé*, Presses de l'EHESP, Coll Recherche-santé-social, 2010, Rennes, 301p.

DARTIGUENAVE, J-Y., GARNIER, J-F., *Un savoir de référence pour le travail social*, Toulouse, Erès, 2008.

GOFFMAN, E. 1968, *Asiles*. Paris: Minuit.

GRAHAM, H. 1984. *Women, health and the family*, Brighton: Wheatsheafs books, Harvester Press.

IDEF, Institut de l'Enfance et de la famille. 1984, *L'enfant sa famille et les médicaments*, Paris, Ed: IDEF.

KUNST, A., GROENHOF, F., MACKENBACH, J. P. et al., 2000, « Inégalité sociale de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in LECLERC, A., FASSIN D., GRANDJEAN, H., KAMININSKI, M., LANG, T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 448 p

LECLERC, A., KAMINSKI, M., LONG, T., *Inégaux face à la santé; du constat à l'action*, chap 1&2.

LE DISERT, D.1985. *La maladie: la part du social*. Paris: CNRS, CDSH Synthèse et documentation.

DE MAILLARD, J., 2004, *Réformer l'action publique, La politique de la villes et les banlieues*, Edition droit et société, collection Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 242p.

MARMOT, M., WILKINSON, RG., 1999 *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

MARMOT, M., 2006, *Social inequalities in health, new evidence and policy implications*, Ed Johannes Siegrist.

MARTIN, C., GALL (le), D., 1996, *Familles et politiques sociales*, L'Harmattan, Paris.

MARTIN, C., COMAILLE, J., 1998, *Les enjeux politiques de la famille*, Bayard, Paris.

MARTIN, C., BERTAUX, I., 1996, COMMAILLE, J., SINGLY (de), F., MARUANI, M., MUXEL, A., *La famille en questions*, Etat de la recherche, Paris, Syros.

MERKLEN, D., 2009, *Quartiers populaires, quartiers politiques*, Edition La dispute, Paris, 305p.

NEYRAND, G. *Soutenir et contrôler les parents, Le dispositif de parentalité*, Edition Erès, 2011, 171p

PERCHERON, A. 1991. *La transmission des valeurs*. In SINGLY de, F., (dir), *La famille l'état des savoirs*, Paris, La découverte, pp 183-193.

PREVOT, O., dir, 2010, *Intervenir auprès des parents, Réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen*, 262p.

QUENTEL, J-C., 2008, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, Raisonsnances, Ed de boeck, 2^{ème} édition, Paris, 272p.

QUENTEL, J-C., 1997, *L'enfant, Problème de genèse et d'histoire*, Coll raisonsnances, Ed de Boeck, 2ème édition.

SINGLY (de), F., 1993, *Sociologie de la famille contemporaine*, Coll 128, Nathan Université, Paris, 128p.

TISSOT, S. « L'Etat et les quartiers ; Genèse d'une catégorie de l'action publique », Edition du seuil, 2007, 300p.

Articles

CARDIA-VONECHE, L., BASTARD, B. « Préoccupations de santé et fonctionnement familial ». In: *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°1, 1995. pp. 65-80.

CARDIA-VONECHE, L., VON ALLMEN, M., BASTARD, B. 1987. « Fonctionnement familial et rapport à la santé: essai d'analyse typologique », *Revue internationale d'action communautaire*, n°18/58, p. 67-77.

CRESSON, G., PITROU, A. 1991. "The role of the family in creating and maintaining healthy lifestyles". In BADURA, B. and KICKBUSCH, I. *Health promotion research, Towards a new social epidemiology. WHO regional publications European series*, n° 37, p. 213-227.

FABLET, D., « L'émergence de la notion de parentalité en milieu(x) professionnel(s), Sociétés et jeunesses en difficultés », *revue pluridisciplinaire de recherche*, n°5, printemps 2008 : Parentalité et pratiques socio-éducatives, mis en ligne le 15 octobre 2009.

La santé de l'homme (n° 367) septembre-octobre 2003: dossier « Santé des enfants : la place des parents »

LITMAN, T. J. 1974. "The family as a basic unit in health and medical care: a social - behavioral overview". *Soc Sci Med.*, vol 8, p. 495-519.

MARTIN, C., « Le soutien à la parentalité. Généalogie et contours d'une politique émergente », in M-P. HAMEL, S. LEMOINE et C. MARTIN (dir), *Aider les parents à être de « meilleurs » parents. Perspectives internationales. Rapport du Centre d'analyse stratégique*. Paris, La Documentation Française, 2012

OSIEK-PARISOD, F. 1990. « C'est bon pour ta santé. Représentations familiales en matière d'éducation la santé ». *Services de la recherche sociologique*, Genève, n°31.

SCHUTHLEIS, F. LUSCHER. K. 1987. « Familles et savoirs », *L'année sociologique*, p 239-263

VON ALLMEN, M., BASTARD, B., CARDIA-VONECHE, L., LANGIN, M. N. 1988. « Les représentations de la santé dans la famille: une analyse exploratoire ». Université de Genève, Institut de médecine sociale et prévention, ronéo, 12p.

Rapport

FAYROT, G. 1998. « L'activité de soins dans le système d'activité familial, facteurs d'insertion et de rejet », rapport de synthèse à la MIRE. Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Paris, ronéo, 119p. + annexes.

DUGUAY, R-M., "Accueil et accompagnement des parents (AAP), recension des écrit", Octobre 2009

Rapport de la cour des comptes, « Les politiques de soutien à la parentalité », in Chapitre IV *politiques publiques*, pp 626-644.

BASSET, B. (dir), « ARS, les inégalités sociales de santé », Ed INPES 2008, 209p.

Politique nationale de soutien à la parentalité : Des propositions pour avancer, présentées par Claude Greff, secrétaire d'Etat chargée de la famille, 18 novembre 2011

Conférences

PITROU, A. 1984. « La famille de nos jours: entre la solidarité familiale et la promotion de la santé par les pouvoirs publics ». *Atelier international de l'éducation pour la santé*, KÖln.

BACQUE. M-H., « Quels effets de quartiers» IN *Des effets de quartier à la politique de la ville*, 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique

BEHAR. D., « Mise en perspective de la politique de la ville française sous l'angle du Critère territorial »IN *Des effets de quartier à la politique de la ville*, 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique, Paris.

KIRSZBAUM. T., Quelle voie suivre pour enrayer les effets de quartier ? Politiques préventives ou programmes de démolition ? Les leçons des États-Unis » IN *Des effets de quartier à la politique de la ville*, 24 novembre 2011, CIV publication du centre d'analyse stratégique

Sites internet

Site de l'ANRU visité le 08.06.12, disponible sur internet : <http://www.anru.fr>

Site de l'Acse visité le 08.06.12, disponible sur internet: <http://www.lacse.fr>

Site du Sénat, visité le 08.06.12, disponible sur internet : <http://www.senat.fr>

Site du ministère de l'égalité des territoires et du logement, visité le 06.08.12, disponible sur internet : <http://www.ville.gouv.fr>

D. LACAZE, D., LAFFARGUE, B., MASSIN, I., MESSIAS, B., MIRAUX, J-L., novembre 2011, Mission permanente de la politique de prévention de la délinquance, « Trois dispositifs de responsabilisation parentale dans le cadre de la prévention de la délinquance », visité le 25.05.12, disponible sur internet :

http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_votre_service/publications/rapports-iga/11-089-01/downloadFile/attachedFile/11-089-01_-_Responsabilite_parentale_-_EPPD.pdf?nocache=1327775383.3

SAPOVAL, Y-L., (dir), Guide méthodologique, Mettre en œuvre un projet de réussite éducative, les éditions de la DIV, collection Repère, 2007. Consulté le 24.05.12. Disponible sur internet : <http://cddp72.crdp-nantes.fr/ftp/siteSarthe/pdf/reussite-educative-guide.pdf>

SAPOVAL, Y-L., (dir), Atelier santé ville, une démarche locale pour réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, les éditions de la DIV, Collection Repères, 2007. Consulté le 24.05.12. Disponible sur internet : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

Site du RFVS de l'OMS, consulté le 05.05.12. Disponible sur internet : <http://www.villes-sante.com/>

Liste des annexes :

Annexe 1 : Fiche de recueil d'information

Annexe 2 : Grille d'entretien personnelle

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des villes

Annexe 4 : Liste des répondants au questionnaire

Annexe 5 : Grille des répondants aux entretiens

Annexe 6 : Schémas sur l'approche environnementale de Bronfenbrenner adaptée à la parentalité et la santé

Annexe 1: Fiche de recueil d'informations sur la parentalité et la santé, à destination des villes santé de l'OMS

PARENTALITE ET SANTE :

Enquête sur la prise en compte de la parentalité dans les politiques des Villes-santé

Cette enquête a pour but de mesurer l'intérêt des villes santé pour les politiques de parentalité en lien avec la santé, et de recenser les différentes actions mises en place dans ce cadre. Elle a été conçue par le groupe de travail sur la parentalité et la santé du RFVS, et va servir à nourrir ses connaissances dans le but d'un colloque le 24 octobre 2012 et d'une publication par le Réseau Français des Villes Santé en 2013.

Ce questionnaire peut être retourné sur version papier à imprimer ou en version électronique en remplissant les encadrés grisés ajustables au texte et en cliquant sur les cases à cocher.

Nom de la ville ou intercommunalité :

Nombre d'habitants :

Identité du répondant :

Prénom, Nom :

Fonction :

Courriel :

ARGUMENTAIRE

La famille est un lieu de santé communautaire dont les premiers acteurs sont les parents. Or, ce rôle paraît mis à mal par un certain nombre de facteurs : brouillage des messages de santé par les médias, isolement des familles, méconnaissance des besoins des enfants, milieux défavorables à la santé...

Parallèlement, les politiques locales tentent de répondre aux besoins des familles en proposant de multiples services, faisant de celles-ci des consommatrices plus que des partenaires potentiels. Quelle place et quel rôle ont les actions de soutien à la parentalité dans ces politiques locales ? Contribuent-elles à donner une autre place aux familles et aux parents ? Permettent-elles d'élargir le champ des actions possibles en jouant sur d'autres leviers que le transfert de savoir et de connaissance ? Comment les enjeux de santé sont-ils pris en compte ? Peut-on assigner des objectifs spécifiques de santé aux politiques de soutien à la parentalité et comment ? Est-ce un levier possible pour la réduction des inégalités de santé ? Et si oui, comment les mettre en œuvre sans stigmatiser les familles ?

Ce questionnaire et vos réponses devraient permettre de constituer une base d'expériences pour aller plus loin dans le questionnement et l'esquisse d'un ouvrage collectif

1 / Prenez-vous en compte le concept de parentalité dans votre démarche santé ?

non oui

Si non pourquoi ?

.....

Si oui comment ?

.....

2/ Dans votre collectivité, les politiques municipales favorisent-elles des actions autour de la : (choix multiples possibles)

	modalités de mise en oeuvre	types d'actions
périnatalité	<input type="checkbox"/> régie directe <input type="checkbox"/> coordonnateur d'actions <input type="checkbox"/> co-financeur / financeur <input type="checkbox"/> partenaire d'actions	<input type="checkbox"/> collectives <input type="checkbox"/> individuelles <input type="checkbox"/> déclinaison infra communale <input type="checkbox"/> événementiel <input type="checkbox"/> lieux spécifiques
petite enfance (0-3 ans)	<input type="checkbox"/> régie directe <input type="checkbox"/> coordonnateur d'actions <input type="checkbox"/> co-financeur / financeur <input type="checkbox"/> partenaire d'actions	<input type="checkbox"/> collectives <input type="checkbox"/> individuelles <input type="checkbox"/> déclinaison infra communale <input type="checkbox"/> événementiel <input type="checkbox"/> lieux spécifiques
enfance (3-11 ans)	<input type="checkbox"/> régie directe <input type="checkbox"/> coordonnateur d'actions <input type="checkbox"/> co-financeur / financeur <input type="checkbox"/> partenaire d'actions	<input type="checkbox"/> collectives <input type="checkbox"/> individuelles <input type="checkbox"/> déclinaison infra communale <input type="checkbox"/> événementiel <input type="checkbox"/> lieux spécifiques

adolescence (11-18 ans)	<input type="checkbox"/> régie directe <input type="checkbox"/> coordonnateur d'actions <input type="checkbox"/> co-financeur / financeur <input type="checkbox"/> partenaire d'actions	<input type="checkbox"/> collectives <input type="checkbox"/> individuelles <input type="checkbox"/> déclinaison infra communale <input type="checkbox"/> événementiel <input type="checkbox"/> lieux spécifiques
jeunes adultes (18-25 ans)	<input type="checkbox"/> régie directe <input type="checkbox"/> coordonnateur d'actions <input type="checkbox"/> co-financeur / financeur <input type="checkbox"/> partenaire d'actions	<input type="checkbox"/> collectives <input type="checkbox"/> individuelles <input type="checkbox"/> déclinaison infra communale <input type="checkbox"/> événementiel <input type="checkbox"/> lieux spécifiques

3/ Votre collectivité en tant qu'employeur développe-t-elle une politique ressource humaine en faveur des parents :

oui non

si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

4/ Menez-vous des projets de soutien à la parentalité dans l'objectif d'améliorer la santé de l'enfant ?

Non Oui

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Si oui quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

.....
.....
.....
.....

5/ Le Réseau Français des villes santé souhaite valoriser vos actions dans le cadre du colloque du 24 octobre 2012 et de la préparation d'un ouvrage. Veuillez

.....
.....
.....
.....

Une évaluation à t'elle été réalisée ? oui non

Avez-vous des illustrations (photos, etc.) de cette action ? oui non

Nom et coordonnées de la personne en charge du projet (si cette personne n'est pas celle qui remplit le questionnaire)

:
.....
.....
.....

Nous vous remercions pour votre participation !

Questionnaire à retourner à Alice Brochard, étudiante chargée d'étude au Réseau français des Villes-santé de l'OMS **pour le 13 Avril 2012**

Par mail : alice.brochard@eleve.ehesp.fr

Par courrier postal :

RFVS de l'OMS

EHESP Dept SHSC

Av du Pr Léon Bernard

35043 RENNES

Annexe 2: Grille d'entretien

Grille d'entretien- Recherche sur l'intégration de la parentalité dans la politique santé des villes santé

Depuis le mois d'octobre 2010, un groupe de travail du Réseau Français des Villes-Santé (RFVS) se réunit dans le but d'organiser un colloque et de publier un guide méthodologique en 2013 sur le thème de la parentalité et la santé. Un questionnaire a été diffusé auprès des 80 villes membres du Réseau Français des Villes-Santé. Pour approfondir les résultats de cette enquête, des entretiens sont réalisés auprès d'une dizaine de ville, sélectionnées sur la base des résultats des questionnaires.

Les informations à recueillir grâce à ces entretiens sont les suivantes :

- ⇒ La perception du lien entre parentalité et santé par les villes
- ⇒ L'articulation de la parentalité et de la santé dans les actions menés par les villes (approche plutôt orienté santé ou parentalité ou action prenant en compte dès le départ l'articulation des deux)
- ⇒ Le choix de mener des politiques de soutien à la parentalité par la municipalité auprès de ses employés et auprès de sa population
- ⇒ Les modalités d'actions utilisées, leurs avantages et leurs freins perçus par la municipalité
- ⇒ La connaissance des villes du cadre juridique et institutionnel en matière de soutien à la parentalité
- ⇒ Les limites et avantages de ce cadre juridique et institutionnel
- ⇒ La collaboration entre services distincts sur un sujet transversale comme celui de la parentalité et la santé
- ⇒ L'orientation de l'action en fonction des caractéristiques des territoires de la ville et de la population
- ⇒ Les actions que la ville souhaiterait développer

Aborder ces grands thèmes avec les villes me permettra d'avoir des informations sur les difficultés rencontrés par les villes pour agir en matière de parentalité et de santé. Ces difficultés peuvent résulter d'un cadre juridique et institutionnel restrictif (financièrement et structurellement), de la volonté des acteurs (professionnel et public visé), de l'organisation de la municipalité (cloisonnement entre services et secteurs au sein d'une même municipalité), ou encore relever de perceptions individuelles (difficulté à percevoir le lien entre parentalité et santé). Les notions d'espaces, de territoires sont également à interroger lorsque l'on s'intéresse aux modalités d'actions des villes sur la parentalité et la santé. Il peut être intéressant de savoir si les villes orientent leurs actions en fonction des caractéristiques des territoires et de la population et si oui, de quelle manière.

Ces informations nous permettrons d'avoir une vision d'ensemble des actions menées et leurs modalités, en matière de parentalité et de santé. Appréhender les obstacles rencontrés dans la mise en place et la réalisation de ces actions nous permettra de donner par la suite des recommandations sur les politiques de parentalité et de santé.

Talon :

Identité de l'enquêté

Ville d'appartenance

Caractéristiques de la ville : nombre d'habitants, caractéristiques de la population, caractéristiques politiques de la ville...

Fonction de l'enquêté

Projet dont il est chargé en matière de parentalité et/ou de santé

Contact

I/ La politique de la ville « parentalité et santé » en général :

1 /Pouvez-vous me parler des actions menées par la ville et qui allient enjeux de parentalité et santé ?

Avez-vous un atelier santé-ville ? Les problématiques de parentalité et santé ont-elles émergé de cet atelier ?

Quelle approche : articulation de la santé et de la parentalité dès le départ ou introduction de la parentalité par le biais de la santé et vice versa ?

Quelles thématiques d'actions ?

Quelle population visée : en fonction de l'âge, ou de caractéristiques sociales de la personne ?

Comment sont choisis les professionnels chargés de la mise en place et de la réalisation des actions ?

Modalités des actions : choix des lieux et du moment ?

2 /Menez-vous en tant qu'employeur une politique en faveur des parents ?

Pouvez vous me raconter comment ?

3 / Selon vous, qu'est ce qu'une démarche de soutien à la parentalité ?

Est-ce plutôt une démarche de transmission de savoirs, à reproduire au sein de la famille ?
Ou bien plutôt une démarche d'écoute, d'empathie et d'accompagnement ?

Quelle relation y a-t-il entre parents et professionnels ?

II/ Les modalités d'actions :

4 / D'après vous, quel est le cadre légal qui vous permet d'agir en matière de parentalité et de santé ?

5 / Quels sont les principaux obstacles dans la mise en place et la réalisation de ces actions ? Qu'est ce qui favorise la mise en place et la réalisation d'actions ?

Quels sont les facteurs d'échecs et facteurs de réussite :

- Financier ?
- Matériel ?
- liés aux volontés individuelles (personnel motivé pour mener actions) ?
- inadéquation entre culture professionnelle et culture du public visé ?

- Participation et assiduité des personnes visées par l'action ?
- Modalités d'actions inappropriées : choix du lieu, de la période, des intervenants, de l'orientation donnée à l'action ?

6 / Qui sont les principaux partenaires de vos actions de soutien à la parentalité ?

Quel lien avec les associations ?

Centre sociaux, services de la ville, CAF, REAAP etc.

Articulation entre les différents services de la commune, action collective sur des thématiques partagées ?

Moment de réflexion en commun pour les sujets transversaux ?

7 / Ces partenaires sont-ils ouverts aux questions de santé ?

III/ Les cibles des actions :

8 / Menez-vous des actions ciblées en fonction de territoires, de quartiers de la ville ?

Les actions ciblées sont-elles basées sur un diagnostic territorial ?

Où se trouvent les structures de la ville liées à la santé et à la parentalité ?

Multiplication de structures dans chaque quartier ?

Où se trouvent les lieux unique d'actions (exemple : centre régional d'information jeunesse etc.) ?

Quel public est visé par ces lieux ?

Quelle fréquentation ?

Participation quartiers populaires VS centre ville ?

9 / Menez-vous des actions ciblées sur certaines populations (familles avec caractéristiques sociales, économique etc. particulières) ?

Approche ouverte à tous ou actions ciblées sur certaines caractéristiques ?

Prise en compte des représentations de la famille et de la santé ? (médiation culturelle en santé)

IV/ Continuation :

10 / Quelles pistes d'améliorations pour vos actions percevez-vous ?

Réalisation d'évaluation ou non des actions menés ?

Réflexion sur le sujet son intérêt, ses enjeux et les moyens d'y répondre de manière optimum ?

11 / Y a-t'il des actions que vous souhaiteriez réaliser en plus de celle que vous avez déjà mis en place ?

12 / Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

Auriez-vous des illustrations (photos, affiches, programmes etc.) des actions évoqué auparavant, et si oui pourriez-vous nous les communiquer? Ces illustrations seront peut être réutilisés, avec votre accord, dans le guide méthodologique que publiera le RFVS.

Annexe 3: Grille d'entretien à destination des villes

Grille d'entretien- Recherche sur l'intégration de la parentalité dans la politique santé des villes santé

Depuis le mois d'octobre 2010, un groupe de travail du Réseau Français des Villes-Santé (RFVS) se réunit dans le but d'organiser un colloque et de publier un guide méthodologique en 2013 sur le thème de la parentalité et la santé. Un questionnaire a été diffusé auprès des 80 villes membres du Réseau Français des Villes-Santé. Pour approfondir les résultats de cette enquête, des entretiens sont réalisés auprès d'une dizaine de ville, sélectionnées sur la base des résultats des questionnaires.

Les informations à recueillir grâce à ces entretiens sont les suivantes :

- ⇒ La perception du lien entre parentalité et santé par les villes
- ⇒ L'articulation de la parentalité et de la santé dans les actions menés par les villes (approche plutôt orienté santé ou parentalité ou action prenant en compte dès le départ l'articulation des deux)
- ⇒ Le choix de mener des politiques de soutien à la parentalité par la municipalité auprès de ses employés et auprès de sa population
- ⇒ Les modalités d'actions utilisées, leurs avantages et leurs freins perçus par la municipalité
- ⇒ La connaissance des villes du cadre juridique et institutionnel en matière de soutien à la parentalité
- ⇒ Les limites et avantages de ce cadre juridique et institutionnel
- ⇒ La collaboration entre services distincts sur un sujet transversale comme celui de la parentalité et la santé
- ⇒ L'orientation de l'action en fonction des caractéristiques des territoires de la ville et de la population
- ⇒ Les actions que la ville souhaiterait développer

Talon :

Identité de l'enquêté

Ville d'appartenance

Caractéristiques de la ville : nombre d'habitants, caractéristiques de la population, caractéristiques politiques de la ville...

Fonction de l'enquêté

Projet dont il est chargé en matière de parentalité et/ou de santé

Contact

I/ La politique de la ville « parentalité et santé » en général :

- 1 / La ville mène t'elle des actions qui allient enjeux de parentalité et santé ?**
- 2 / Menez-vous en tant qu'employeur une politique en faveur de vos agents parents ?**
- 3 / Selon vous qu'est ce qu'une démarche de soutien à la parentalité ?**

II/ Les modalités d'actions :

- 4 / D'après vous quel est le cadre légal qui vous permet d'agir en matière de parentalité et de santé ?**
- 5/ Quels sont les principaux obstacles dans la mise en place et la réalisation d'actions portées sur la parentalité et la santé ? Qu'est ce qui favorise la mise en place et la réalisation de ces actions ?**
- 6 / Qui sont les principaux partenaires de vos actions de soutien à la parentalité ?**
- 7 / Ces partenaires sont-ils ouverts aux questions de santé ?**

III/ Les cibles des actions :

- 8 / Menez-vous des actions ciblés en fonction de territoires, de quartiers de la ville ?**
- 9 / Menez-vous des actions ciblés sur certaines populations (familles avec caractéristiques sociales, économique etc. particulières) ?**

IV/ Continuation :

- 10 / Quelles pistes d'améliorations pour vos actions percevez-vous ?**
- 11 / Y à t'il des actions que vous souhaiteriez mettre en place en plus de celle que vous avez déjà réalisées?**
- 12 / Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?**

Auriez-vous des illustrations (photos, affiches, programmes etc.) des actions évoqué auparavant, et si oui pourriez-vous nous les communiquer? Ces illustrations seront peut être réutilisés, avec votre accord, dans le guide méthodologique que publiera le RFVS.

Annexe 4 : Liste des répondants au questionnaire

Ajaccio	La Roche-sur-Yon	Perpignan
Angers	La Rochelle	Reims
Aubagne	Lorient	Rennes
Aulnay sous Bois	Longwy	Saint Briec
Belfort	Metz	Saint Jean de la Ruelles
Calais	Montpellier	Saint Quentin en Yvelines
Chalon sur Saône	Montreuil	Salon de Provence
Châteauroux	Mulhouse	Strasbourg
Dijon	Nancy	Trappes en Yvelines
Grande-Synthe	Nantes	Valence
Grasse	Nice	Vandoeuvre lès Nancy
Grenoble	Nîmes	Villeurbanne
Jarville-la-Malgrange	Orléans	Wasquehal

Annexes 5: Liste des personnes rencontrées :

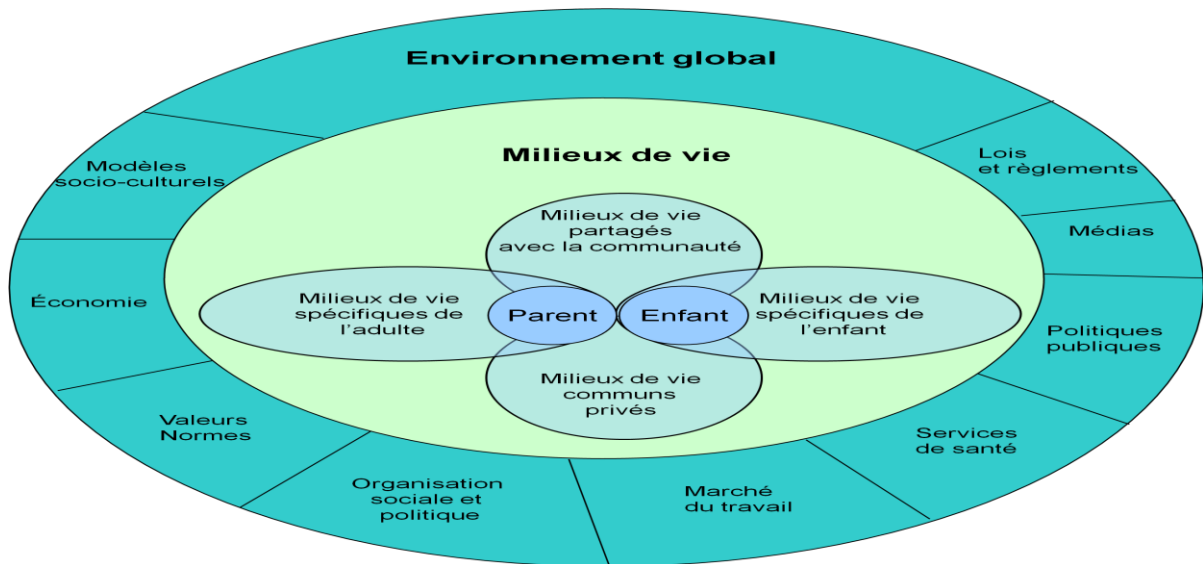
Entretiens téléphoniques :

Tableau 1 : Sources primaire

	Nombre d'entretien	Durée de l'entretien	Nombre d'interlocuteurs	Fonction des interlocuteurs
Montpellier	1	1heure	1	-Responsable du pôle des politiques éducatives au sein du service éducation
Valence	1	1heure	2	-Médecin directeur, direction santé, enfance, famille, environnement -Chargée de la politique gens du voyage, parentalité
La Roche-sur-Yon	1	55minutes	2	-Adjointe à la santé et au handicap -coordinatrice santé-ville
Grenoble	1	1heures 16 minutes	3	-Chef de service santé scolaire -Chargée de coordination, service municipal de santé scolaire -Médecin conseillé technique, service municipal de santé scolaire
Villeurbanne	1	1heure 12minutes	2	-Médecin directeur de santé publique -Coordinateur petite enfance
Nantes	1	1heure 15 minutes	1	Responsable du service santé scolaire, mission santé publique
Salon-de-Provence	1	1heure	1	-Elue Santé publique, restauration collective et conseillère communautaire
Rennes	2	42minutes Et 40minutes	1 X2	Médecin de santé publique, responsable du service santé-enfance

Annexe 6 : Schéma du modèle écologique de Bronfenbrenner adapté à la parentalité et à la santé par Nathalie Houzelle, chargée de mission à l'INPES

Figure 2 : Modèle écologique de Bronfenbrenner⁶⁷



⁶⁷ Source : Nathalie Houzelle, chargée de mission INPES