MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Les 1000 premiers jours

Là où tout commence

Rapport de la commission
des 1000 premiers jours
SEPTEMBRE 2020

ÉDITO

Les 1000 jours sont le nom d'une politique publique ambitieuse, inédite, qui regarde en face l'origine des inégalités de destin et nous savons que ces inégalités se nouent avant même la naissance de l'enfant. Les 1000 premiers jours sont donc essentiels, pour son développement mais aussi pour la santé globale de l'adulte qu'il deviendra.

Le ministère des Solidarités et de la Santé est celui qui prend soin des Français, du premier au dernier souffle. Veiller à ce que chaque enfant puisse s'éveiller et s'épanouir dans les meilleures conditions, c'est le devoir d'une société et c'est une promesse du pacte républicain. Contre le fatalisme glacial des statistiques, les 1000 jours sont là pour redonner du sens et de la force à cette promesse d'égalité.

Olivier Véran
Ministre des Solidarités et de la Santé

De plus en plus de parents nous disent la difficulté de leur quotidien : l'éclatement de l'information, le manque d'accompagnement, la solitude parfois. Nous devons collectivement faire mieux, pour nos enfants, pour nos familles, pour notre société. La science nous y aide, en nous indiquant le caractère fondamental des 1000 premiers jours. C'est là que tout commence pour l'enfant.

Tirer les leçons de cet apport fondamental, c'est aujourd'hui créer un véritable parcours des 1 000 premiers jours, centré autour de l'enfant, de son développement harmonieux, et qui garantit en même temps aux parents un quotidien apaisé. C'est une fenêtre qui s'ouvre sur une réflexion riche, diverse, avec un horizon de bien-être pour toutes les familles, dans leur diversité. La mise en œuvre de cette démarche, première pierre d'un nouveau service public de la petite enfance, répondra aux attentes des parents comme des professionnels.

Adrien Taquet
Secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé

PRÉSENTATION DE LA COMMISSION D'EXPERTS

Lancée par le Président de la République Emmanuel Macron en septembre 2019, la commission « 1000 premiers jours », dont le suivi des travaux a été confié à Adrien Taquet, secrétaire d'État à l'enfance et aux familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, a été présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik. Cette commission a regroupé 18 experts de spécialités différentes : neuropsychiatres, spécialistes de l'éducation ou de l'éveil des enfants, acteurs de terrain de l'accompagnement social des parents, cliniciens spécialistes de la grossesse et du jeune enfant, sage-femme.

Boris CYRULNIK

Président de la commission d'experts
Neuropsychiatre français, ancien animateur d'un groupe de recherche en éthologie clinique au centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer et directeur d'enseignement du diplôme universitaire (DU) « Clinique de l'attachement et des systèmes familiaux » à l'université du Sud-Toulon-Var.
Toulon

Alexandra BENACHI

Vice-présidente de la commission d'experts
Gynécologue-obstétricienne, professeur de gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine Paris Saclay. Elle est la responsable du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Antoine Béclère, présidente de la Fédération des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et vice-présidence du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Son activité de soin est centrée sur la prise en charge des grossesses à risque et du diagnostic prénatal.
Paris

Isabelle FILLIOZAT

Vice-présidente de la commission d'experts
Psychothérapeute, didacticienne en psychothérapie, conférencière, formatrice et auteure. Elle s'intéresse aux intelligences émotionnelles et sociales et au développement psycho-affectivo-social de l'être humain. Elle a développé en France une approche empathique intégrative. Elle a formé de nombreux professionnels de la petite enfance à l'accueil des émotions et à la relation. Elle s'inscrit dans le courant humaniste et de la parentalité positive et s'appuie sur les découvertes récentes des neurosciences.
Aix-en-Provence

Romain DUGRAVIER

Pédopsychiatre, spécialiste du lien d'attachement. Il dirige le centre de psychopathologie périnatale Boulevard Brune du centre hospitalier Saine Anne.
Il œuvre à ouvrir la psychiatrie sur la société. Président de l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS), il est professeur associé à l'université du Québec à Montréal.
Paris

François ANSERMET

Pédopsychiatre et psychanalyste, professeur honoraire à l'université de Genève et à l'université de Lausanne, précédemment directeur du département universitaire de psychiatrie de la faculté de médecine à l'université de Genève et chef du service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent aux hôpitaux universitaires de Genève. Membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). il est l'auteur de recherches et de publications sur la psychiatrie périnatale et néonatale, sur les conséquences subjectives des biotechnologies de la procréation et de la prédiction, ainsi que sur le lien entre neurosciences et psychanalyse autour de la plasticité neuronale.
Lausanne

Nathalie CASSO-VICARINI

Juriste, éducatrice de jeunes enfants, spécialiste des pédagogies internationales et de l'impact de l'éducation sur le développement de l'enfant. Fondatrice et déléguée générale d'Ensemble pour l'éducation de la petite enfance. Co-présidente de la commission « Éradiquer la pauvreté des enfants » de la stratégie interministérielle de lutte contre la pauvreté.
Paris

Ghislaine DEHAENE-LAMBERTZ

Pédiatre et directrice de recherche au CNRS. Elle dirige l'équipe de neuro-imagerie du développement dans l'unité Inserm U992 situé à NeuroSpin au Centre CEA de Saclay.
Elle est spécialiste des bases cérébrales des fonctions cognitives de l'enfant, et notamment les particularités de l'organisation cérébrale du nourrisson qui favorisent l'acquisition du langage. Elle a reçu la médaille d'Argent du CNRS en 2018
Paris Saclay

Gilles LAZIMI

Médecin généraliste du centre municipal de santé de Romainville, responsable des actions prévention santé, professeur associé en médecine générale à la faculté de médecine de Sorbonne Université, ex-membre du Haut Conseil à l'égalité 2013-2019, il est spécialisé dans les inégalités de santé, dans le repérage des signaux de violences dans le couple et envers les femmes et les enfants. Il a coordonné de nombreuses campagnes nationales de sensibilisation sur les violences faites aux femmes et sur les violences éducatives ordinaires de la Fondation pour l'enfance et de Stopveo.
Romainville

Maya GRATIER

Professeure de psychologie du développement à l'université Paris Nanterre et directrice adjointe du laboratoire Ethologie, Cognition, Développement. Maya Gratier a créé et dirige le babylab Nanterre dont l'objectif est de mer des études empiriques, expérimentales et observationnelles en lien avec les expériences que vivent les bébés dans leurs milieux naturels. Elle a longtemps été membre de l'unité de recherche en psychiatrie et psychopathologie de l'hôpital Erasme.
Nanterre

Johanne LEMIEUX

Reconnue depuis presque 25 ans comme spécialiste de l'enfant adopté et/ou placé et de sa famille, de l'attachement et des traumas précoces autant au Québec qu'en Europe francophone. Elle divise son temps entre l'intervention psychosociale et psychothérapeutique au Bureau de consultation en adoption de Québec qu'elle a fondé en 1996, et ses autres activités professionnelles comme conférencière, formatrice, auteure (de trois ouvrages sur la parentalité adoptive et l'attachement parent-enfant) et consultante clinique auprès de nombreux organismes privés, à but non lucratif et gouvernementaux avec l'organisme Le Monde est ailleurs. De par ses qualités de communicatrice créative et dynamique, elle intervient régulièrement dans les médias.
Québec

Sophie MARINOPOULOS

Psychologue clinicienne et psychanalyste, elle a exercé à l'hôpital mère-enfants du CHU de Nantes et en CMPP et CAMSP. Engagée dans la reconnaissance de la santé psychique comme faisant partie intégrante des questions de santé publique, elle est fondatrice de l'association pour la prévention et la promotion de la santé psychique (PPSP) et des lieux d'accueil en France « Les Pâtes au Beurre ». Auteure de nombreux ouvrages et expert nommé par les tribunaux dans des affaires familiales. Elle vient de rendre un rapport au ministre de la Culture pour « une stratégie nationale pour la santé culturelle : promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à trois ans dans le lien à son enfant (ECA-LEP).
Nantes

Nathalie MUTEL-LAPORTE

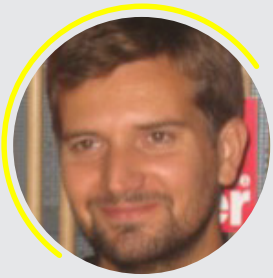
Sage-femme cadre, au sein du département mère-enfant à l'Institut mutualiste Montsouris. Impliquée dans le repérage, l'accompagnement et la coordination des prises en charge des femmes enceintes vulnérables. Intervient sur l'EPP au sein du DU de psychopathologie périnatale de la faculté de Bichat et participe à la commission psy du Réseau Périnatal Parisien.
Paris

Rebecca SHANKLAND

Professeure des universités en psychologie du développement à l'Institut de psychologie de l'Université Lumière Lyon 2. Membre du laboratoire Développement, Individu, Personnalité, Handicap, Éducation. Responsable de l'Observatoire de la parentalité et du soutien à la parentalité, et co-responsable de l'axe Prévention, Promotion de la santé, Inclusion de la Maison des Sciences de l'Homme Alpes. Elle est aussi psychologue spécialisée dans la prévention et la promotion de la santé.
Lyon

Jaqueline WENDLAND

Professeure des universités à l'Institut de psychologie à l'université de Paris. Elle étudie le processus de parentalité dans ses aspects typiques et atypiques, notamment en cas d'exposition des interactions parents-enfants à des facteurs de risque de nature psychopathologique, sociale et/ou somatique, au sein du laboratoire psychopathologie et processus de santé. Elle exerce également depuis plus de 20 ans en tant que psychologue clinicienne à l'unité petite enfance et parentalité Vivaldi (CHU Pitié-Salpêtrière). Elle est aussi membre de la Commission de première enfance du Sénat fédéral brésilien, rédactrice en chef de la revue *Périnatalité* et responsable du diplôme d'université « Psychologie et psychopathologie de la parentalité ».
Paris



Richard DELORME

Pédopsychiatre au pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital universitaire Robert Debré, praticien hospitalier, responsable du Centre expert autisme de haut niveau, de l'hôpital Robert Debré, à Paris. Il est spécialiste des troubles neurodéveloppementaux et des troubles obsessionnels compulsifs.

Laurent STORME

Professeur de pédiatrie et néonatologiste. Il est chef de service en néonatologie au CHRU de Lille. Il est coordinateur du projet « 1 000 jours qui comptent pour la santé » au sein du projet fédératif hospitalo-universitaire. Il s'est notamment intéressé au développement pulmonaire du fœtus et du jeune enfant, de sa croissance *in utero*, des impacts de l'environnement et des perturbateurs endocriniens.
Lille

Tove MOGSTAD SLINDE

Conseillère principale au ministère norvégien de l'Éducation et de la Recherche au département de l'éducation et de la petite enfance. De 2012 à 2018, elle a présidé le Réseau sur l'éducation et la garde des jeunes enfants de l'OCDE. Au ministère de l'Éducation et de la Recherche, Tove Mogstad Slinde a travaillé à l'élaboration de politiques sur des sujets liés à la qualité dans les services d'éducation et de la petite enfance.
Norvège

A participé aux auditions et aux débats :

Antoine GUEDENEY

Pédopsychiatre et docteur en psychologie du développement. Professeur des universités, praticien hospitalier (PU-PH), il est chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à l'hôpital Bichat-Claude Bernard et chef de l'inter-secteur de pédopsychiatrie à Paris 18. Promoteur de l'échelle ADBB de mesure du retrait relationnel du jeune enfant, il est président de la *World Association for Infant Mental Health*, rédacteur en chef de la revue *Devenir*, et responsable du diplôme d'université de psychiatrie périnatale et du diplôme d'université de l'attachement, faculté de médecine Xavier Bichat. Il a reçu le grand prix de l'Institut de France en 2001, et le Spitz WAIMH award en 2018.
Paris

SOMMAIRE

INTRODUCTION 12

I) Formuler un discours de santé publique cohérent pour les 1000 premiers jours 17

A) L'interaction de l'enfant avec les personnes et le monde qui l'entourent favorise son développement cognitif et affectif 18

1. Le développement social, cognitif et affectif du bébé est précoce et complexe 18
2. Le développement des interactions sociales et de l'attachement : une co-adaptation entre le bébé et ses parents 20
3. Les bébés apprennent par le langage et le jeu 22
4. « Il faut tout un village pour élever un enfant » 27

B) Un mode de vie et un environnement sains posent les fondements d'une meilleure santé tout au long de la vie et d'un meilleur développement de l'enfant 31

1. Le sommeil des enfants 31
2. L'allaitement 32
3. L'environnement des futurs parents et de leurs enfants 34

C) Les dépressions périnatales sont des troubles répandus mais mal connus et mal détectés 36

D) Les violences conjugales et violences éducatives ordinaires ont des effets sur le développement des bébés et jeunes enfants 38

E) La formulation d'un discours de santé publique va de pair avec des modalités de communication et de sensibilisation ambitieuses auprès des familles, des professionnels et de la société toute entière 41

F) Ce discours de santé publique doit s'incarner dans l'organisation des lieux fréquentés par les enfants, dans la production de normes, dans les relations institutionnelles… 44

1. Accueil du jeune enfant et de ses parents 44
2. Normes adaptées à l'enfant 45
3. Une approche interministérielle 45

II) Le « parcours 1000 jours » : proposer un accompagnement personnalisé aux parents 46

A) Un parcours « éclairé » : mettre à disposition des informations pertinentes et adaptées à chaque étape 48

1. Recevoir les informations propices à une grossesse choisie et apaisée lors d'une consultation préconceptionnelle 48
2. Bénéficier de sessions d'informations prénatales au premier trimestre de la grossesse 49
3. Promouvoir les séances de préparation à la naissance et à la parentalité permettant une meilleure diffusion des informations 50
4. Un carnet de santé enrichi permettant de disposer dès la naissance des informations clés sur le développement de l'enfant 51

B) Un parcours sécurisant et favorisant l'écoute des parents 52

1. Disposer d'un espace de dialogue avec un professionnel dès le 4e mois de grossesse : l'Entretien Prénatal Précoce, point d'entrée privilégié dans l'accompagnement et le suivi ... 52

2. Pouvoir s'appuyer sur un professionnel identifié pour un accompagnement continu de la grossesse au post-partum : la création d'un référent parcours 55

3. Bénéficier systématiquement d'un accompagnement à domicile : des visites à domicile pour une intervention individualisée et graduée..... 56

4. Un échange renouvelé et élargi lors des visites de santé obligatoires..... 58

C) Un parcours permettant de limiter ou rompre l'isolement des parents et de prévenir l'épuisement parental 60

1. Être intégré dans des groupes de parents de proximité pour favoriser le partage d'expérience entre pairs et l'entraide 60

2. Avoir à disposition des ressources suffisantes pour accompagner tous les parents dans leurs besoins et favoriser leur sentiment de compétence et de confiance.....61

3. Prêter attention aux signes d'épuisement parental 63

D) La Maison des 1000 jours : carrefour de rencontres et lieu ressource 64

III) Parcours 1000 jours : une réponse individualisée, adaptée aux fragilités et spécificités de l'enfant et de ses parents 67

A) Mieux prendre en charge les enfants prématurés et soutenir leurs parentsen les positionnant en tant que partenaires des soins 68

1. Informer spécifiquement les parents et les professionnels..... 69

2. Favoriser le développement des enfants prématurés et soutenir la continuité des interactions précoces parents-enfant 70

3. Positionner les parents au centre du dispositif, assurer une coordination, un suivi et une prise en charge adaptée 71

B) Favoriser le dépistage, l'accompagnement et l'inclusion des enfants montrant des anomalies de la trajectoire neuro-développementale durant leurs 1000 premiers jours 72

1. Repérer précocement les signes de développement atypiques chez les très jeunes enfants..... 72

2. Accompagner par des interventions précoces, intensives et structurées afin de minimiser les troubles, de réduire les sur-handicaps et de favoriser le développement de l'enfant 74

3. Inclure : Favoriser l'inclusion des enfants ayant un trouble précoce de la trajectoire neuro-développementale..... 76

C) Mieux identifier et prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques sévères des parents 77

1. Améliorer le diagnostic des dépressions périnatales 77

2. Mettre l'accent sur un accompagnement spécifique centré sur les enjeux de la parentalité pour les parents souffrant de troubles psychiatriques 79

3. Renforcer l'organisation des soins permettant de prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques plus sévères des jeunes parents 82

D) Mieux repérer les situations de violences conjugales afin de mieux protéger puis prendre en charge les femmes et enfants victimes 83

E) Apporter un soutien adapté aux parents en situation de handicap 86

F) Situation des familles en grande précarité 87

IV) Les congés de naissance et les structures d'accueil : donner le temps et les espaces adaptés aux familles et à leurs jeunes enfants..... 89

A) Donner le temps nécessaire aux parents en repensant les congés de naissance (congé maternité, congé paternité, congé parental) 90

1. Le système de congés de naissance français doit être réformé 90
2. L'importance pour les bébés et les parents de disposer de temps afin d'élaborer leurs manières d'être ensemble et de construire une relation sécurisante et soutenante 96
3. L'importance de la présence précoce suffisante du père ou du second parent auprès de l'enfant 100

B) Construire des espaces plus propices au développement de l'enfant en repensant le système d'accueil 105

1. L'accueil des jeunes enfants en France aujourd'hui..... 105
2. La qualité des modes d'accueil : un enjeu majeur pour le développement socio-émotionnel, psychomoteur et cognitif de l'enfant ainsi que la lutte contre les inégalités sociales..... 108
3. Les éléments à favoriser pour renforcer la qualité : l'encadrement pédagogique, la pratique de la référence, la formation des professionnels..... 110

V) Traduire cette ambition inédite dans la recherche, l'évaluation des pratiques et la formation des professionnels 116

A) Améliorer la connaissance sur les 1000 premiers jours de l'enfant : investir sur la recherche fondamentale et appliquée 117

B) Évaluer les pratiques afin d'identifier les voies et les moyens d'amélioration des interventions 121

C) Former les professionnels sur les éléments clés des 1000 premiers jours de l'enfant 122

INTRODUCTION

Les 1000 premiers jours de l'enfant constituent aujourd'hui un concept incontournable pour de nombreux scientifiques afin de souligner l'importance de cette période clé pour tout individu. En effet, il s'agit **d'une période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant, qui contient les prémisses de la santé et du bien-être[1] de l'individu tout au long de la vie.** La délimitation de cette période peut être légèrement différente selon les contextes. Dans ce rapport, la période des « 1000 premiers jours » sera comprise comme s'étendant de 4e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant ; parfois, lorsque les problématiques le justifient, l'expression sera utilisée pour couvrir une période plus large s'étendant de la période préconceptionnelle jusqu'à l'âge de 3 ans. Cette diversité des acceptions ne doit pas masquer le dénominateur commun qui sous-tend l'appellation des « 1000 jours » : la période recèle des enjeux considérables pour la société dans son ensemble et doit intéresser les pouvoirs publics. Garantir la bonne santé et le développement des enfants aujourd'hui, c'est agir pour les parents, les citoyens, et la société de demain. C'est pour œuvrer dans ce sens que la commission des 1000 jours installée par le Président de la République, souhaite rendre compte de ses travaux par le présent rapport.

La période des 1000 jours offre l'opportunité d'un changement, car la précocité des interventions, mêmes mineures, est souvent proportionnelle à leur efficacité. Des politiques de santé publique dirigées sur cette période ont été promues et soutenues au niveau international (Unicef, OMS) et existent dans de nombreux pays comme le Canada, le Danemark ou l'Angleterre[2]. Par ce rapport, nous souhaitons que la France inscrive à son tour les 1000 premiers jours comme une priorité de l'action publique ; il s'agit de promouvoir l'équité des chances d'une bonne santé physique, mentale et sociale par une politique de prévention et de soutien visant la fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement.

La commission souhaite ainsi contribuer à fonder cette action publique à partir des connaissances scientifiques existantes autour des 1000 premiers jours. Ainsi, par exemple, les connaissances autour de l'importance des liens précoces ont montré que le bébé est aussi initiateur de la parentalité, consacrant une part importante de son activité à s'assurer de la proximité et de l'attention de ses parents, gages de son sentiment de sécurité. Assuré de leur disponibilité, de leurs réponses ajustées à ses besoins, il est plus libre de découvrir le monde. Ces connaissances ont été enrichies de recherches sur la vie mentale des bébés, leur curiosité, modes de pensée et créativité, qui permettent les extraordinaires apprentissages dont ils sont capables. Ces premiers apprentissages commencent très tôt – in utero - et sont

1 Définition de la santé au sens de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

2 Voir le rapport parlementaire britannique suivant : Health and Social Care Committee, *First Thousand Days of Life*. Thirteenth Report of Session, 2019.
Dans le présent rapport, toutes les références sont citées intégralement en note de bas de page lors de leur première occurrence ; puis seulement par nom d'auteur et date à partir de la deuxième occurrence.

complexes. Le langage y occupe une place cruciale. Ce sont les interactions sociales où l'enfant se sent écouté et encouragé qui sont les plus efficaces. Le jeu, la musique, la danse, l'activité motrice sont ainsi essentiels dans le développement cognitif de l'enfant. Ces activités conjointes sont sources d'émotions positives. La mise en évidence de cette période clé dans la vie de l'individu a également été renforcée par la meilleure connaissance de l'influence de l'environnement (qualité de l'air…), des modes de vie (alimentation, activité physique, sommeil…) et de la qualité des relations sur l'expression des gènes et la santé globale de l'individu.

C'est grâce à ces connaissances que peuvent être identifiés les nombreux facteurs qui ont des effets sur le bien-être physique, psychique et le développement émotionnel et cognitif de l'enfant. Cette influence peut avoir des effets immédiats, comme les interactions réelles évoquées plus haut, mais aussi s'exprimer tout au long de la vie, avec notamment des effets à long terme des stress périnataux.

Beaucoup de choses se jouent pendant les 1000 premiers jours, mais tout ne s'y décide pas. Certes, il s'agit bien de mettre un accent inédit sur la période des « 1000 jours » en prévoyant des interventions précoces qui pourront contribuer à lutter contre les inégalités. Cependant, nous ne voulons pas pour autant minorer l'importance des décisions prises, des évènements et expériences qui jalonneront les trajectoires de vie. En mettant en évidence ces facteurs de risque, il ne s'agit pas d'être déterministe : il s'agit au contraire, à travers l'opportunité offerte de cette période des 1000 jours, d'identifier des interventions précoces et des pratiques préventives. Les interventions précoces, soutenues par les parents, peuvent être particulièrement efficaces du fait de la plasticité chez l'enfant, car les systèmes affectifs, émotionnels, relationnels et psychobiologiques sont plus ouverts aux interventions mises en œuvre dès le plus jeune âge.

Nous avons privilégié une approche centrée sur les besoins des enfants, leurs compétences et les conditions de leur construction psychique, affective, cognitive et sociale. Mais nous avons également souhaité mettre l'accent sur tout l'entourage de l'enfant, plus particulièrement sur ses parents, sa famille, ses pairs et ainés, les professionnels, ainsi que sur la responsabilité de la société dans l'accueil de l'enfant et le soutien aux parents. Si le processus de la parentalité et la possibilité de nouer un lien d'attachement avec son bébé découlent d'une ressource universelle, ils nécessitent d'être davantage soutenus socialement. La parentalité comprend des dimensions à la fois formelles et informelles qui sont toujours ancrées dans un contexte culturel dont le rapport tiendra compte. La société toute entière doit être prise en compte, car c'est elle qui détermine le cadre dans lequel évoluent les jeunes enfants et les conditions de vie qui leur sont offertes ainsi qu'à leurs parents.

C'est notamment dans cette perspective qu'il s'agit de donner les moyens adéquats aux parents en termes de temps (à travers la question des congés de naissance) et d'offrir des solutions adaptées en termes de lieux (autour des structures d'accueil des jeunes enfants).

Nombreux sont les travaux qui montrent comment cette période, faite à la fois de bouleversements et de potentialités, peut être l'objet de tension, d'angoisse, de stress pouvant entrainer des états psychiques allant de troubles de l'humeur mineurs à des états de détresse. Les témoignages de parents évoquent souvent comment le bonheur et l'impatience d'être parents s'accompagnent aussi d'inquiétudes, de doutes d'interrogations face à l'inconnu. Les acteurs, les interlocuteurs avant, pendant et après la grossesse sont nombreux. Les informations que reçoivent les parents sont multiples et parfois contradictoires. Les territoires de vie des parents offrent des organisations et des ressources très diversifiés et hétérogènes. Nous voulons proposer à travers ce rapport un discours de santé publique ouvrant à un parcours plus cohérent et soutenant qui puisse répondre aux besoins et attentes des parents.

Le présent rapport résulte des travaux d'une commission d'experts de 18 membres qui a mené une analyse de la connaissance scientifique au sujet des 1000 premiers jours, et qui a laissé une place importante à de nombreuses auditions. Ces auditions, qui se sont déroulées entre septembre et décembre 2019, ont permis d'entendre professionnels de la petite enfance français et étrangers, associations d'usagers, familles, accompagnants, élus et nombreux acteurs porteurs d'actions individuelles, à petite ou grande échelle… La commission a également reçu des contributions très riches dont elle a pris connaissance avec attention.

S'il existe 1000 façons d'être père et mère, il existe également de nombreuses approches pour appréhender les 1000 premiers jours de l'enfant. Cela impose un abord multidisciplinaire entre des domaines différents qui doivent trouver leurs convergences, à l'image des travaux engagés par la commission et reflétés dans ce rapport. L'éclairage apporté par les différents angles a contribué à la richesse de nos travaux.[3] Il a permis de rassembler des propositions qui donnent toute leur place aux enjeux de la petite enfance et s'appuient sur les facteurs de risques et les facteurs favorables (dits de protection) au développement de l'enfant.

3 À titre d'exemple, la commission a profité de l'expertise de chercheurs et de praticiens tels que des neuroscientifiques, chercheurs en psychologie, généticiens, gynécologues, pédiatres, généralistes, psychothérapeutes, pédopsychiatres, sages-femmes, éducateurs etc.

Les travaux, les débats et les propositions de la commission ont fait émerger un fil rouge majeur qui est celui du temps. Il traverse tout le rapport: donner le temps pour que les bébés, les jeunes enfants et leurs parents créent les liens d'attachement, pour interagir, découvrir et explorer le monde ensemble ; articuler les temps parentaux, personnels et professionnels ; veiller sur la continuité et les transitions entre les différents temps vécus par les enfants et les parents ; accorder du temps aux professionnels pour écouter les parents, coordonner leurs interventions, accompagner les petits ; agir sur le temps présent pour infléchir avec bienfaits la trajectoire future…

Ainsi, répondant aux objectifs inscrits dans notre lettre de mission et intégrant diverses considérations supplémentaires qui ont pu éclore durant les travaux de la commission, nous avons voulu formuler un propos pouvant alimenter une politique publique de la petite enfance dont les familles, les professionnels et les décideurs publics puissent se saisir.

La première partie, ancrée dans les recherches et les études scientifiques, visera à formuler un discours de santé publique simple et cohérent articulé autour de quelques messages clefs, et devant permettre de donner des repères aux parents, alors même qu'ils sont souvent confrontés à des messages d'origines diverses. Divers facteurs de risques et de protection de la santé de l'enfant seront abordés (environnement, stress périnataux, éveil culturel et artistique).

La deuxième partie décrira le nouveau « parcours 1000 jours ». Il intégrera les connaissances scientifiques précitées et, préconisant un balisage personnalisé passant notamment par l'Entretien Prénatal Précoce, point d'entrée privilégié de ce parcours, et la création d'un référent permettant l'accompagnement des parents. La conception de ce parcours doit permettre d'accompagner de manière globale chaque famille, afin de ne pas dissocier ce qui relève du somatique, du psychique, du social etc. et répondre au mieux aux questions des parents. Le décloisonnement entre acteurs et le jalonnement du parcours devraient être incarnés par la mise en place d'une « Maison des 1000 jours ». Celle-ci devrait permettre d'offrir à chaque parent et chaque enfant des ressources répondant à ses besoins dans une logique de proximité et d'accessibilité universelle. Elle devrait notamment permettre d'accompagner chaque parent isolé afin de le seconder face aux défis de la parentalité.

Ce parcours « 1000 jours », par l'intermédiaire de l'accompagnement qu'il propose, devra également permettre la détection et le suivi d'enfants et de parents qui, pour diverses raisons, ont besoin d'une attention particulière de la part des acteurs de la petite enfance. **La troisième partie du rapport, sans confondre les problématiques attachées à chacun des sujets, se concentrera donc sur les enjeux attachés à l'accompagnement de ces situations spécifiques et fragilités** : troubles du neuro-développement de l'enfant, enfants prématurés, handicap, dépressions périnatales des parents, violences et grande précarité.

Il s'agit de donner le temps aux parents de développer leurs liens avec leur enfant ; et en particulier de prendre en compte l'importance de la présence des pères ou du deuxième parent, afin que s'articulent mieux la disponibilité des partenaires et la conciliation des temps familiaux et professionnels. De même, il s'agit de repenser les espaces de la petite enfance afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins des plus petits et de leurs parents. **C'est ainsi que la quatrième partie présentera les recommandations de la commission concernant la réforme des congés parentaux d'une part, et des modes d'accueil de l'autre.**

Enfin, une nouvelle politique de santé publique de la petite enfance devra s'appuyer sur 3 piliers essentiels : une recherche fondamentale et appliquée permettant de toujours mieux approfondir les connaissances sur les 1000 premiers jours ; **une formation initiale et continue** davantage adaptée et intégrant aux mieux les résultats les plus récents de la recherche ; et enfin une **place privilégiée pour l'évaluation** des pratiques afin d'identifier les voies et les moyens pour améliorer les interventions. Ceci sera l'objet de la cinquième partie.

I) Formuler un discours de santé publique cohérent pour les 1000 premiers jours

La première partie de ce rapport vise à rappeler les connaissances actuelles sur le développement socio-émotionnel, cognitif et de la santé physique et psychique du jeune enfant pour permettre d'une part de formuler un discours de santé publique cohérent et d'autre part de répondre aux interrogations des parents sur les besoins de leur bébé, les enjeux des relations qu'ils établissent avec lui et les clés de son développement.

La recherche a en effet beaucoup progressé sur l'identification des facteurs de protection, favorables au développement relationnel, affectif et cognitif et à la bonne santé physique mais aussi sur celle des facteurs de risques, et de vulnérabilité, spécifiques à la petite enfance ainsi que leurs conséquences à long-terme sur la santé physique et psychique du futur adulte.

Néanmoins, l'amélioration des connaissances n'est pas toujours diffusée de manière homogène. Aussi, la multiplicité des sources et des interlocuteurs pendant la grossesse ne contribue pas à la formulation d'un discours cohérent et clair pour les parents qui sont à la recherche d'information, et parfois inquiets, devant cet évènement qui bouleverse la vie familiale. L'objectif de cette partie est de souligner les points clés permettant de comprendre les enjeux de cette période cruciale et de proposer des messages essentiels pouvant structurer le discours de santé publique.

A) L'interaction de l'enfant avec les personnes et le monde qui l'entourent favorise son développement cognitif et affectif

1. LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, COGNITIF ET AFFECTIF DU BÉBÉ EST PRÉCOCE ET COMPLEXE

Une des caractéristiques de l'espèce humaine est sa longue enfance, porteuse d'une dépendance prolongée. Le développement du cerveau humain est complexe et son poids passe de 400g à la naissance à 1 400g chez l'adulte. Mais **la croissance la plus spectaculaire se déroule pendant la fin de la grossesse et les deux premières années de vie**. Dans ce cadre, le rôle **des parents par la primo-éducation qu'ils apportent et l'environnement qu'ils créent autour de leur bébé est capital.**

Depuis la fin de la grossesse, les enfants apprennent les caractéristiques de leur environnement et de leur culture grâce à des réseaux cérébraux structurés.[4] Les fœtus perçoivent les saveurs du liquide amniotique dont le gout varie en fonction de l'alimentation maternelle, ils apprennent à reconnaitre la mélodie de la langue maternelle ainsi que la voix de leur mère et très rapidement après la naissance celle de leur père.[5] Les apprentissages, dont certains commencent in utero, concernent tous les aspects de la cognition : le langage[6] bien sûr mais aussi la physique des objets[7], le nombre[8], la géométrie[9], la navigation dans l'espace[10], ainsi que la cognition

4 Doria, V., et al., *Emergence of resting state networks in the preterm human brain*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2010. **107**(46): p. 20015-20.
Takahashi, E., et al., *Emerging Cerebral Connectivity in the Human Fetal Brain: An MR Tractography Study.* Cereb Cortex, 2011.

5 Mehler, J., et al., *A precursor of language acquisition in young infants.* Cognition, 1988. **29**: p. 143-178.
DeCasper, A.J. and W.P. Fifer, *Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices.* Science, 1980. **208**: p. 1174-1176.

6 Kabdebon, C. and G. Dehaene-Lambertz, *Les premières étapes de l'acquisition du langage,* in *Traité de Neurolinguistique* S. Pinto and M. Sato, Editors. 2017, De Boeck-Solal.

7 Spelke, E.S., *Principles of Object Perception.* Cognitive Science, 1990.
Baillargeon, R., Infants' physical world. Current Directions in Psychological Science, 2004. **13**(89-94).

8 Dehaene, S., *La bosse des maths.* 1997, Odile Jacob.

9 de Hevia, M.D., et al., *Representations of space, time, and number in neonates.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2014. **111**(13): p. 4809-13.

10 Learmonth, A.E., N.S. Newcombe, and J. Huttenlocher, *Toddlers' use of metric information and landmarks to reorient.* J Exp Child Psychol, 2001. **80**(3): p. 225-44

réflexive comme avoir une conscience du monde[11], une connaissance de soi et des autres.

Les enfants ont une appétence sociale dès la naissance avec une préférence pour les stimuli sociaux : visages et corps humains[12], mouvements biologiques[13], voix, comportements qui leur sont adressés[14], etc. Ils sont attentifs lorsque les adultes leur parlent[15] et vocalisent plus souvent lorsque les adultes parlent autour d'eux.[16] Dès 4 mois au moins, ils ont compris que la parole sert à transmettre une information et à exprimer des émotions.[17] Ils organisent donc activement leurs comportements en fonction de leur environnement et font preuve de capacités de régulation qui doivent être étayées pour qu'elles se développent de manière optimale.[18]

Ces compétences sociales se complexifient bien plus rapidement qu'on ne le pensait jusqu'ici : dès 7 mois, ils sont sensibles à la conformité au groupe[19] et à l'aide apportée entre membres du même groupe.[20] À 18 mois, les enfants peuvent aider[21] de façon efficace et altruiste.[22] Les jeunes enfants sont donc rapidement des acteurs du monde social, particulièrement motivés pour y participer. Ils formulent des messages inventifs en direction des adultes : des sons vocaux puis des mots et phrases, des mimiques et des gestes en lien avec leurs expériences. La conscience de soi[23] ainsi que de son propre état de connaissances[24] se développent

11 Kouider, S., et al., *A neural marker of perceptual consciousness in infants.* Science, 2013. **340**(6130): p. 376-80.

12 Gliga, T. and G. Dehaene-Lambertz, *Structural encoding of body and face in human infants and adults.* J Cogn Neurosci, 2005. **17**(8): p. 1328-40.

13 Simion, F., L. Regolin, and H. Bulf, *A predisposition for biological motion in the newborn baby.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2008. **105**(2): p. 809-13.

14 Cooper, R.P. and R.N. Aslin, *Preference for infant directed speech in the first month after birth.* Child Development, 1990. **61**: p. 1584- 1595.

15 Fernald, A. and P. Kuhl, *Acoustic determinants of infant preference for motherese speech.* Infant Behavior and Development, 1987. **10**: p. 279-283.
Pomerleau, A., G. Malcuit, and N. Desjardins, *[Attention behavior of infants and modulation of maternal language].* Can J Exp Psychol, 1993. **47**(1): p. 99-112.

16 Caskey, M., et al., *Importance of Parent Talk on the Development of Preterm Infant Vocalizations.* Pediatrics, 2011.

17 Marno, H., et al., *Can you see what I am talking about? Human speech triggers referential expectation in four-month-old infants.* Sci Rep, 2015. **5**: p. 13594.
Perszyk, D.R. and S.R. Waxman, *Infants' advances in speech perception shape their earliest links between language and cognition.* Sci Rep, 2019. **9**(1): p. 3293.

18 Brazelton, T.B., *Neonatal behavorial assessment scale.* Clinics in developmental medecine. Vol. 50. 1973, London: SIMP with Heinemann medical, Philadelphia Lippincott.

19 Powell, L.J. and E.S. Spelke, *Preverbal infants expect members of social groups to act alike.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2013. **110**(41): p. 3965-72.

20 Jin, K.S. and R. Baillargeon, *Infants possess an abstract expectation of ingroup support.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2017. **114**(31): p. 8199-8204.

21 Warneken, F. and M. Tomasello, *Altruistic helping in human infants and young chimpanzees.* Science, 2006. **311**(5765): p. 1301-3.

22 Hepach, R., L. Benziad, and M. Tomasello, *Chimpanzees help others with what they want; children help them with what they need.* Dev Sci, 2019: p. e12922.
Hepach, R., A. Vaish, and M. Tomasello, *Young children are intrinsically motivated to see others helped.* Psychol Sci, 2012. **23**(9): p. 967-72.

23 Rochat, P., *Five levels of self-awareness as they unfold early in life.* Conscious Cogn, 2003. **12**(4): p. 717-31.

24 Goupil, L. and S. Kouider, *Behavioral and Neural Indices of Metacognitive Sensitivity in Preverbal Infants.* Curr Biol, 2016. **26**(22): p. 3038-3045.

également pendant les 12-15 premiers mois. Ces capacités réflexives sont essentielles pour explorer le monde de façon sécure en sachant quand demander de l'aide.[25]

Les recherches ont donc montré que les apprentissages pendant les 1000 premiers jours vont bien au-delà de ce que l'on pensait possible il y a 30 ans. Bien que peu visibles par les parents du fait que le bébé ne peut pas encore montrer ses désirs et sa volonté, ces apprentissages sont multiples et complexes. Cette curiosité pour le monde, typique des petits humains, doit être soutenue par les échanges avec les parents et les autres adultes.

2. LE DÉVELOPPEMENT DES INTERACTIONS SOCIALES ET DE L'ATTACHEMENT : UNE CO-ADAPTATION ENTRE LE BÉBÉ ET SES PARENTS

Les premiers apprentissages sociaux, émotionnels et cognitifs dépendent fortement des échanges et des liens d'attachement forts et sécures qui s'établissent entre le bébé et ses parents. Malgré sa motricité immature, le bébé est, dès la naissance, capable d'une gamme d'expressions émotionnelles communicatives : sourire, regard intense orienté, vocalisations. Cette expressivité organisée est relationnelle dans le sens où le comportement du nouveau-né devient expressif lorsqu'il est en présence d'autres personnes.

Tous ces signaux, lorsqu'ils sont relevés, même de manière implicite et inconsciente, génèrent en retour un sentiment positif de motivation sociale chez l'adulte qui répond au bébé en lui parlant, en souriant et en le touchant. **Cette synchronie des interactions parents-bébé est une source de plaisir pour l'adulte et pour le bébé et enclenche le cercle vertueux de la communication**.[26] Le nourrisson s'attache aux personnes qui répondent rapidement, chaleureusement et de la façon la plus adéquate possible à ses comportements. Ce lien d'attachement sécure est un important facteur de protection pour assurer le développement, la santé mentale et physique de l'enfant à court et long terme. Il y a des différences inter-individuelles entre parents mais aussi entre bébés, ce qui nécessite une co-adaptation entre les partenaires.[27] Trouver le bon rythme avec son bébé, à travers l'accordage affectif, la parole, le regard ou le toucher, permet la qualité de l'attachement et des relations sociales qui persisteront tout au long de la vie.[28]

25 Goupil, L., M. Romand-Monnier, and S. Kouider, *Infants ask for help when they know they don't know.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2016. **113**(13): p. 3492-6.

26 Nadel, J., et al., *Expectancies for social contingency in 2 month olds* Developmental science, 1999. **2**(2): p. 164-173.
Murray, L. and C. Trevarthen, *The infant's role in mother-infant communications.* J Child Lang, 1986. **13**(1): p. 15-29.

27 Chess, S. and A. Thomas, *Goodness of fit: Clinical applications, from infancy through adult life.* 1999: Routledge.

28 Bigelow, A.E., et al., *Maternal sensitivity throughout infancy: continuity and relation to attachment security.* Infant Behav Dev, 2010. **33**(1): p. 50-60.

La proximité physique facilite le co-développement affectif qui se met en place entre parents et bébé dès la naissance, surtout dans un contexte de prématurité. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande le contact peau-à-peau parent-bébé après la naissance (dispositif kangourou) notamment lorsque l'enfant présente un poids inférieur à 2,5 kg, car il diminuerait la mortalité chez les nouveau-nés de plus faible poids. En effet, le contact physique favorise la régulation de la température corporelle[29], et permet aussi une synchronisation du rythme cardiaque.[30] Au-delà de l'aspect purement physiologique, cette proximité physique favorise la co-régulation des émotions du jeune enfant grâce à l'ajustement du parent à l'état dans lequel se trouve le bébé.[31]

Cette co-régulation physiologique et émotionnelle grâce au contact physique avec les parents permet à l'enfant de développer plus facilement ses propres compétences de gestion de soi, c'est-à-dire sa capacité à gérer la frustration, la colère, ou encore à fournir des efforts pour résoudre un problème. Des effets à long terme ont été observés dans une étude menée auprès de nourrissons prématurés. Ceux qui avaient bénéficié du contact peau-à-peau avaient un meilleur fonctionnement physiologique, moins de symptômes de stress, une meilleure qualité de sommeil, un style d'attachement sécurisé avec leurs parents, et de meilleures capacités d'autocontrôle 10 ans après.[32] Chez tous les nourrissons, le peau-à-peau et le portage sont des expériences plaisantes et relaxantes pour les parents et le bébé. Ils favorisent la confiance en soi chez les parents et l'apaisement chez les bébés.

Les échanges parents-enfants et la proximité affective s'appuient sur un ensemble de comportements et d'attitudes parentales multimodales[33] et les styles d'interaction peuvent varier entre cultures : style plutôt distal lorsqu'adultes et bébé communiquent par la voix et le regard, style plutôt proximal lorsqu'ils communiquent par le toucher et les ajustements posturaux.[34] Chaque culture possède également son propre folklore, ses traditions orales et ludiques en direction des bébés. Mais dans toutes les cultures se retrouvent des fondements communs : sensibilité des adultes aux signaux

29 IJzerman, H., et al., *A theory of social thermoregulation in human primates.* Front Psychol, 2015. **6**(464).

30 Feldman, R., et al., *Mother and infant coordinate heart rythms through episodes of interaction synchrony.* Infant Behav Dev, 2011. **34**(4): p. 569 – 577.

31 Feldman, R., et al., *Natural variations in maternal and parental care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact.* Psychoneuroendocrinology, 2010. **35**(8): p.1133 – 1141.

32 Feldman, R., et al., *Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life.* Biol Psy, 2014. **75**(1): p.56 -64.

33 Filippa, M., et al., *Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants.* Acta Paediatr, 2013. **102**(10): p. 1017 – 1020.
Filippa, M., Kuhn, P., Westrup, B., *Early Vocal Contact and Preterm Infant Development*, 2017: Springer.

34 Keller, H., et al., *Distal and proximal parenting as alternative parenting strategies during infants' early months of life: A cross cultural study.* Int J Beh Dev, 2007. **33**(5): p. 412 – 420.
Stork, H., *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, 1986: Paidos/Le Centurion.

du bébé mais aussi sensibilité du bébé aux signaux de communication des adultes. Par exemple, le contact oculaire, tactile et la modulation de la parole sont des signaux puissants pour le bébé non seulement pour son bien-être socio-affectif mais aussi pour l'aider à se mettre en situation d'apprentissage en focalisant son attention sur ce qu'indique l'adulte. Ainsi, adultes et bébés créent ensemble une boucle de plaisir et de motivation mutuelle pour entrer en relation, communiquer, comprendre et apprendre.

Ces compétences sociales précoces, pierres angulaires du développement cognitif, permettent l'exploration et les apprentissages. Tous les parents adaptent leurs actions aux compétences cognitives, à la curiosité et à la motivation sociale du bébé. Ces comportements adaptatifs sont caractérisés par un degré important de répétition et de redondance, les rendant plus prévisibles pour le bébé.[35] Des boucles vertueuses se mettent en place où les apprentissages progressifs tissés dans les liens avec les parents, renforcent ces liens et permettent des nouveaux échanges plus complexes élargissant et enrichissant les possibilités d'apprentissage. La socialisation est donc un processus bidirectionnel, avec une part active de l'enfant, mu par le désir de connaitre le monde dans lequel il a sa place, et renforcé par le plaisir des parents à voir leur enfant progresser.

3. LES BÉBÉS APPRENNENT PAR LE LANGAGE ET LE JEU

L'importance cruciale du langage dès la naissance

Le langage occupe une place cruciale dans l'environnement du bébé car il est non seulement une des expressions du plaisir de l'échange, mais aussi un des vecteurs essentiels de l'apprentissage conceptuel. Pour être efficace, il faut que le bébé maitrise trois niveaux : le niveau social (à qui je parle), le niveau conceptuel (ce que je dis) et le niveau linguistique (la manière dont je le dis dans ma langue).
Les bébés ont non seulement du plaisir à écouter la voix et à échanger avec une personne familière mais ils comprennent très vite que la parole explique quelque chose du monde qui les entoure. Nommer un objet attire donc l'attention du bébé vers cet objet et lui permet de mieux comprendre ses propriétés et de les mémoriser. Cette utilisation du mot pour organiser le monde existe dès la première année donc bien avant que le bébé produise des mots.[36] Le langage est donc le premier outil pédagogique permettant au bébé de comprendre le monde naturel et culturel dans lequel il évolue.

35 Bahrick, L.E. and R. Lickliter, *Intersensory redundancy guides early perceptual and cognitive development.* Adv Child Dev Behav, 2002. **30**: p. 153-87.
Brand, R.J., D.A. Baldwin, and L.A. Ashburn, *Evidence for 'motionese': modifications in mothers' infant directed action.* Developmental Science, 2002. **5**(1): p. 72-83.
Falk, S. and C.T. Kello, *Hierarchical organization in the temporal structure of infant-direct speech and song.* Cognition, 2017. **163**: p. 80-86.

36 Waxman, S. R., & Markow, D. B., *Words as invitations to form categories: Evidence from 12- to 13-month-old infants.* Cog Psy, 1995. **29**: p. 257-302.
Ferry, A. L., Hespos, S. J., Waxman, S. R., *Categorization in 3- and 4-month-old infants: an advantage of words over tones.* Child Dev, 2010. **81**(2): p. 472-479.

Les parents sont très sensibles aux premiers mots de leur enfant aux environs du premier anniversaire puis à l'explosion lexicale de la seconde année.[37] Pourtant, l'apprentissage de la langue maternelle commence bien plus tôt, dès la fin de la grossesse, même si l'expression verbale est très en retard sur la compréhension. Ce sont d'abord les sons qu'utilise la langue qui sont appris (le son [y] est utilisé en français mais pas en anglais par exemple) avant de comprendre le sens des mots et des phrases. Mais déjà à 6 mois, le nourrisson comprend quelques mots comme son nom, « papa », « maman », « dors »[38] ; à 1 an, il comprend une cinquantaine de mots (contre une dizaine produits) et est sensible à la distinction noms-verbes ; à 3 ans, 1000 mots (contre 500 produits) et les principales structures grammaticales sont en place[39] ; et en maternelle, les enfants apprennent environ 10 mots par jour pour atteindre 10 000 mots en compréhension à 5 ans.

Comme un bébé ne peut pas ouvrir un dictionnaire, c'est la répétition des mots dans des contextes différents et dans des structures de phrase différentes qui permet au bébé d'en deviner le sens.[40] Échanger avec les adultes autour d'objets communs permet aux jeunes enfants de comprendre les cadres pragmatiques associés à cet objet ou à ce concept. Le jeu est un des cadres importants où ces échanges prennent place et où, sans s'en apercevoir, l'enfant met en place ses premières intuitions mathématiques, géométrique, sur le temps, la causalité, etc.

Un cercle vertueux s'établit, où la connaissance d'un petit nombre de mot permet d'apprendre certains éléments de syntaxe, qui permettent d'apprendre plus de mots, etc. **La variété et la richesse du vocabulaire ainsi que du type de phrases, les encouragements et les commentaires positifs sont associés à un meilleur développement du langage**.[41] L'adaptation mutuelle à l'autre partenaire du dialogue est évidemment cruciale et ce sont les interactions sociales où l'enfant se sent écouté et encouragé, où l'adulte parle avec et non à l'enfant qui sont les plus efficaces.[42] La reconnaissance de l'intérêt et de l'attention de son partenaire, socle de l'attention conjointe, donne accès à la référence commune. La différence d'expérience du langage entre enfants se voit très précocement, entrainant un vocabulaire plus faible[43] et une syntaxe plus pauvre, et donc des difficultés de compréhension à l'entrée à l'école pour les enfants peu stimulés.

37 Kern, S., *De l'universalité et des spécificités du développement langagier précoce, in Aux origines du langage et des langues*, J.M. Hombert, ed., 2005 : Fayart.

38 Bergelson, E. and D. Swingley, *At 6-9 months, human infants know the meanings of many common nouns.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2012. **109**(9): p. 3253-8.

39 Kern, 2005.

40 Schwab, J.F. and C. Lew-Williams, *Repetition across successive sentences facilitates young children's word learning.* Dev Psychol, 2016. **52**(6): p. 879-86.

41 Schwab, J.F. and C. Lew-Williams, *Language learning, socioeconomic status, and child-directed speech.* Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci, 2016. **7**(4): p. 264-75.

42 Ochs, E.S., Bambi, *The Theory of Language Socialization.* The Handbook of Language Socialization, 2011: p. 1-21.

43 Fernald, A., V.A. Marchman, and A. Weisleder, *SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months.* Dev Sci, 2013. **16**(2): p. 234-248.

La lecture et le récit d'histoires exposent l'enfant à de nouveaux concepts avec un vocabulaire plus riche, des structures de phrases plus élaborées que dans la vie quotidienne. Ce sont donc des activités très efficaces pour enrichir le langage[44], dont les effets durent longtemps puisque dans l'étude internationale PISA 2012, il existe un écart de plus de 20 points dans les scores de compréhension chez les adolescents de 15 ans dont les parents leur lisaient et racontaient des histoires dans la petite enfance par rapport à ceux pour qui ce n'étaient pas le cas. L'exposition précoce aux livres et aux histoires a donc un rôle positif régulièrement relevé dans les études.

Les processus de développement linguistique et culturel sont intimement liés. En cas de multilinguisme, l'enfant sépare bien les deux langues mais en parlant, il peut les mélanger si par exemple il ne connait pas un mot dans l'une d'elles.[45] Le bilinguisme n'est donc jamais en soi une cause de retard de langage, même si la taille du vocabulaire peut être plus faible dans chacune des langues par rapport à un enfant de même âge monolingue. Le multilinguisme est un enrichissement linguistique et culturel et la culture dominante doit reconnaitre l'apport et l'importance des langues minoritaires, et ce d'autant plus que les parents ne parlent pas la langue dominante. Un bon développement linguistique précoce, même dans une langue différente, est essentiel pour le développement conceptuel de l'enfant et pour l'aisance et la fluidité ultérieure même dans une autre langue.[46]

Le jeu

Le jeu, qui commence dès les premières semaines de la vie, est un autre vecteur crucial du développement de l'enfant. Dans les premières années de sa vie, l'enfant a besoin de multiplier les expériences ludiques et de les répéter. Le jeu libre, initié par l'enfant est au cœur de son développement et lui permet de construire une compréhension de plus en plus fine du monde et de son environnement. Par les essais-erreurs que permet le jeu, le jeune enfant organise sa pensée en répétant ses expériences passées et en mimant des histoires/situations pour en explorer les devenirs possibles. Le jeu lui permet aussi de construire de nouveaux concepts (faire tomber des objets permet la compréhension de la physique des objets[47], jouer aux cubes développe les capacités spatiales[48], etc.). Les temps de jeu peuvent se faire autour de jouets, de livres, de comptines mais aussi au moment des temps de change, de repas, etc.

44 Karrass, J. and J.M. Braungart-Rieker, *Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition.* Journal of Applied Developmental Psychology, 2005. **26**(2): p. 133-148.

45 Albareda-Castellot, B., F. Pons, and N. Sebastian-Galles, *The acquisition of phonetic categories in bilingual infants: new data from an anticipatory eye movement paradigm.* Dev Sci, 2011. **14**(2): p. 395-401.
Bosch, L. and N. Sebastian-Gallés, *Native-language recognition abilities in four-month-old infants from monolingual and bilingual environments.* Cognition, 1997. **65**: p. 33-69.

46 Knauer, H.A., et al., *Multilingual assessment of early child development: Analyses from repeated observations of children in Kenya.* Dev Sci, 2019. **22**(5): p. e12875.

47 Baillargeon, R., 2004.

48 Verdine, B.N., et al., *Effects of Geometric Toy Design on Parent-Child Interactions and Spatial Language.* Early Child Res Q, 2019. **46**: p. 126-141.

Les premiers jeux sont souvent à partir des observations que fait l'enfant lui-même, ou de simples initiatives motrices et sensorielles (avec ses mains, ses pieds, sa voix, ...) qui sont des jeux à part entière. La répétition et la rythmicité lui permettent d'être acteur pour appréhender son environnement, le comprendre et lui donner du sens. Les jeux de coucou, les jeux corporels, sont un moment relationnel privilégié avec l'adulte qui éveille et renforce le désir de l'enfant de communiquer. Ces jeux initiaux préparent l'enfant aux jeux plus élaborés en solitaire et avec les pairs, impliquant l'exploration, l'imagination, la planification, la compétition et la collaboration.

Le jeu provoque un engagement actif et affectif de l'enfant, engagement dont on sait l'importance pour acquérir de nouvelles connaissances.[49] Il est aussi l'occasion de l'engagement physique et de la découverte du corps. **Le jeu représente donc une activité essentielle pour le développement moteur, social, émotionnel, affectif, relationnel et conceptuel de l'enfant.**

De nombreuses sociétés scientifiques de pédiatres s'alarment sur la diminution du temps de jeu des enfants, et l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) a formulé des recommandations à l'intention des pédiatres sur l'importance d'encourager les parents et de soutenir les éducateurs afin qu'ils accordent une place encore plus importante au jeu dans le curriculum préscolaire. Elle considère que les médias et la pression scolaire n'encouragent pas suffisamment la curiosité, l'action, l'apprentissage et « le jeu social » chez les enfants.[50]

La place du virtuel et des écrans

Les écrans ont envahi notre quotidien. Environ la moitié des enfants de moins de 3 ans sont exposés à la télévision au moins une fois par semaine. Ils sont plus d'un tiers à être exposés aux smartphones et un peu plus d'un sur dix aux tablettes, l'utilisation des ordinateurs étant beaucoup plus marginale. L'utilisation est principalement passive et à tout moment de la journée.[51]

Plus que les écrans en soi, c'est leur utilisation trop longue, à des moments importants (réveil, coucher, pendant les repas)[52] ou comme moyen de calmer l'enfant qui est contre-productive pour les jeunes enfants. Ils imposent des stimuli intenses aux enfants, forçant une attention soutenue pour traiter les multiples informations reçues. Le retentissement sur le temps de sommeil et le temps d'endormissement est documenté, même

49 Dehaene, S., *Apprendre! Les talents du cerveau, le défi des machines.* 2018: Odile Jacob.

50 http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2018/08/16/peds.2018-2058.full.pdf; C'est dans un esprit similaire qu'en août 2018 les pédiatres français ont tiré l'alarme dans un article du magazine *Santé* intitulé « Laisser les enfants jouer », rappelant que jouer est le socle du développement de l'enfant.

51 Vincent, V., *Les écrans interactifs chez l'enfant de moins de 3 ans : évaluation de la prévention médicale auprès des parents et état des lieux de l'exposition.* 2019 : Université Paris Descartes.

52 Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M et al., *Patterns of Mobile Device Use by Caregivers and Children During Meals in Fast Food Restaurants.* Pediatrics, 2014. **133**(4): p. 843-849.

chez le très jeune enfant.[53] Par ailleurs, l'enfant éprouve encore plus de difficultés qu'un adulte à être attentif à une tâche en cas de distraction : pour illustration, la télévision de fond interrompt l'enfant dans son jeu et empêcherait l'apprentissage de la concentration.[54] La télévision de fond distrait également les parents de leur enfant.[55] Il est à noter que l'interruption de l'échange parent-enfant par une information intéressante à la télé, un coup de téléphone, une notification, un tweet est néfaste à l'apprentissage même si l'adulte revient vers l'enfant après l'interruption (Reed et al, 2017).[56] L'utilisation régulière de l'écran comme moyen de calmer l'enfant pourrait l'empêcher de développer sa propre régulation émotionnelle. Seule une utilisation très ponctuelle des écrans comme moyen de distraction peut apporter un bénéfice momentané sur la régulation des comportements, par exemple lors de soins médicaux[57] ou d'un trajet long ne permettant pas à l'enfant d'avoir une activité motrice. Pareillement, les vidéos de partage permettent de maintenir le contact avec un proche éloigné mais dans ce cas, il y a un contact visuel et un échange entre l'enfant et l'adulte.

Beaucoup de contenus qui se disent « éducatifs » n'ont pas été évalués en ce sens : il n'y a pas de données scientifiques en faveur d'un bénéfice des logiciels commerciaux actuels pour les moins de 3 ans, même en bénéficiant d'un accompagnement par un adulte. Par contre, le temps passé devant un écran n'est pas un temps d'échange, ni un temps d'exploration motrice, ni un temps de jeu, tous facteurs dont nous avons discuté l'importance ci-dessus. La commission demande une réflexion accrue des concepteurs de logiciels en accord avec les connaissances scientifiques sur le développement du jeune enfant, et une évaluation scientifique de ces mêmes logiciels.[58]

53 Chindamo S, Buja A, DeBattisti E, Terraneo A, Marini E, Gomez Perez LJ, et al., *Sleep and new media usage in toddlers.* Eur J Pediatr, 2019. **178**(4): p. 483-90.
Chen B, van Dam RM, Tan CS, Chua HL, Wong PG, Bernard JY, et al., *Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below.* BMC Public Health, 2019. **19**(1).
Disponible sur: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6385-6

54 Schmidt ME, Pempek TA, Kirkorian HL, Lund AF, Anderson DR, *The effects of background television on the toy play behavior of very young children.* Child Dev, 2008. **79**(4): p. 1137-51.

55 Tanimura M, Okuma K, Kyoshima K, *Television viewing, reduced parental utterance, and delayed speech development in infants and young children.* Arch Pediatr Adolesc Med, 2007. **161**(6): p. 618-9.
Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al, *Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study.* Arch Pediatr Adolesc Med, 2009. **163**(6): p. 554-8.

56 Reed, P., et al., *Differential physiological changes following internet exposure in higher and lower problematic internet users.* PloS One, 2017. **12**(5): e0178480.

57 Laffaille C, Beauchet-Filleau M, Gatterre P, Carbajal R, *Des tablettes tactiles pour soulager la douleur aux urgences pédiatriques.* Cah Puéricultrice, 2014. **51**(281): p. 26-9.

58 Xie, H., Peng, J., Qin, M., Huang, X., Tian, F., Zhou, Z., *Can Touchscreen Devices be Used to Facilitate Young Children's Learning? A Meta-Analysis of Touchscreen Learning Effect.* Frontiers in Psychology, 2018. **9**(2580).

4. « IL FAUT TOUT UN VILLAGE POUR ÉLEVER UN ENFANT »

L'accueil du jeune enfant et de ses parents doit être une problématique considérée dans l'aménagement de l'espace public.

La ville et les espaces naturels

De nombreuses études ces 20 dernières années ont mis en évidence le rôle positif de la nature sur le développement de l'enfant et l'intérêt des paysages naturels sur la santé de l'enfant a été porté par de nombreux pays nordiques, qui élèvent les enfants au maximum à l'extérieur. En jouant dans la nature et avec la nature, les enfants développent leur curiosité, leur imaginaire, leur vocabulaire, leur dextérité motrice, etc. Le contact avec l'environnement naturel a des effets directs sur les apprentissages, notamment grâce aux effets sur l'attention, la baisse du stress, la joie, et la motivation. Ces effets sont particulièrement marqués pour les plus démunis.[59] En outre, le jeu en extérieur et en pleine nature permettant les jeux de groupes plus facilement qu'à l'intérieur, est bénéfique pour le développement émotionnel et social des enfants, le suivi des règles collectives, l'intégration du point de vue des autres, et donc le contrôle exécutif. Les expériences en pleine nature réduisent les inégalités dans la réalisation des activités physiques entre les filles et les garçons.[60] Courir, sauter, grimper, danser, etc. permettent de prendre conscience de son corps et de l'espace, d'entrainer la coordination et l'équilibre. L'activité physique a en elle-même des effets positifs sur les apprentissages avec notamment une meilleure autorégulation et attention après une activité physique engagée.[61]

Profiter d'espaces moins contraints et moins artificialisés diminue le stress et les comportements agressifs des adultes et des enfants. L'adaptation de l'environnement à l'enfant a donné lieu à des expériences intéressantes d'enrichissement du mobilier urbain pour favoriser l'activité physique mais aussi cognitive de l'enfant. Plusieurs villes ont tenté des expériences associant jeux et citoyenneté comme le Hollandais Gerben Helleman. En explorant l'espace public, l'enfant peut observer et identifier de multiples objets, formes et couleurs, appréhender des expériences diverses comme la vitesse ou l'équilibre sur un vélo, une balançoire ou un toboggan. D'autres villes ont installé des labyrinthes, et autres jeux cognitifs pour stimuler physiquement et intellectuellement les enfants.

59 McCree, M., et al., *The Hare and the Tortoise go to Forest School: taking the scenic route to academic attainment via emotional wellbeing outdoors.* Early Child Dev and Care, 2018. **188**(7): p. 1 – 17.

60 Lovell R. *Physical and mental health benefits of participation in forest school*. Countryside recreation, 2009. **17**(1) : p. 20 – 23.

61 Becker, D. et al. *Physical Activity, Self-Regulation, and Early Academic Achievement in Preschool Children.* Early Education and Development, 2014. **25**(1): p. 56-70

Une ville ludique ne doit pas se contenter des aires de jeux mais doit penser l'ensemble des espaces publics comme de possible espaces ludiques. Souvent des interventions minimes, à faible coût (marquage au sol, sur les abris bus, jeu de découvertes dans les parcs et musées mais aussi les supermarchés), peuvent entraîner d'importantes améliorations en accueillant l'enfant et sa curiosité dans l'espace public et en remettant le jeu au centre des espaces communs pour le plaisir des enfants et des adultes

L'éveil culturel et artistique

L'éveil artistique et culturel recouvrent un champ varié allant des activités spontanées traditionnelles retrouvées dans toutes les cultures (histoires contées, chansons enfantines) aux propositions de créateurs d'actions culturelles destinées aux tout-petits (spectacle vivant, lectures professionnelles, concerts).[62] Les effets à moyen terme sur les compétences spécifiques du tout-petit d'interventions artistiques et culturelles sont aujourd'hui rarement évalués par les méthodes dites d'essais randomisés et les effets sont mieux connus pour certains domaines que d'autres. De nombreuses études démontrent notamment les effets positifs de la lecture à voix haute impliquant les parents et les jeunes enfants.[63] Il existe en France un réseau important d'associations œuvrant pour soutenir et promouvoir la pratique de lecture à voix haute d'albums, directement auprès des familles et par l'intermédiaire de toutes les institutions de la petite enfance.[64] Ces actions de terrain répondent aux besoins développementaux des tout-petits et sont à soutenir.

Dans le domaine musical également, certains effets positifs pour le développement cognitif et social sont aujourd'hui bien connus. Les bébés sont attentifs aux propositions musicales et en perçoivent la complexité sonore.[65] La structure hiérarchique de la musique, son rythme et sa périodicité, son impact émotionnel et son caractère universel en font un des meilleurs véhicules de partage émotionnel et social, engendrant plaisir individuel et attachement aux autres.[66]

62 Voir les trois rapports suivant :
Marinopoulos, S., *La stratégie nationale pour la Santé Culturelle : Pérenniser et promouvoir l'éveil culturel et artistique des enfants de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent-ECA-LEP.* 2019.
Prébier, S., Rouchard, F., *Rapport d'évaluation de l'association Enfance et Musique, février 2011.* 2011.
INET-France urbaine, *Réussir la généralisation de l'éducation artistique et culturelle.* 2018.
Dans le même ordre d'idée, le nouveau rapport de 2019 du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui repose sur une analyse d'éléments de preuve tirés de plus de 900 publications, dont 200 examens couvrant plus de 3 000 autres études, affirme que l'art est bénéfique pour la santé, tant physique que mentale.

63 Bus, A. G., & Van IJzendoorn, M. H., *Phonological awareness and early reading: A meta-analysis of experimental training studies.* Journal of educational psychology, 1999. **91**(3) : p. 403 – 414.

64 Voir l'Agence « Quand les livres relient » : https://www.agencequandleslivresrelient.fr/

65 Trehub, S. E., *The Developmental Origins of Musicality.* Nat Neurosci, 2003. **6**(7) : p. 669 – 673.

66 Peretz, I., *Apprendre la musique. Nouvelles des neurosciences.* 2018 : Odile Jacob.

Les bébés y sont immédiatement sensibles[67] et le chant, disponible à tous, permet de soutenir l'éveil et l'attention du bébé, de réguler ses émotions[68], et de développer son sentiment d'appartenance au groupe.[69] Les bébés de 5 mois sont ainsi plus attirés par les adultes qui chantent les mêmes chansons que leurs parents alors que des chansons familières mais chantées par un jouet n'ont pas le même effet.[70] Avec l'âge, les bébés sont de plus en plus inventifs et façonnent de nouveaux chants en répétant et en improvisant sur les mélodies apprises.[71] Ils se sentent encouragés et reconnus lorsque les adultes les rejoignent dans ces explorations sonores et corporelles inventives, souvent joyeuses et humoristiques.

La construction des dispositions culturelles de l'enfant suppose l'articulation de trois niveaux : une fréquentation des objets et contenus culturels au domicile, l'exemple parental de consommation culturelle, ainsi que le fait d'avoir été initié par les parents, que ce soit à la pratique elle-même ou par des discussions à ce sujet.[72]

En dehors du cadre familial, il est donc important de proposer également des rencontres artistiques (spectacle, découverte d'œuvres plastiques, lecture collective etc.), ou des ateliers pour enrichir l'apport familial. Il existe beaucoup d'initiatives dans nos régions (cf. rapport Marinopoulos 2019) associant interventions précoces et soutien à la parentalité. Pour lutter contre les inégalités d'accès, il est nécessaire non seulement d'aller vers les familles mais aussi d'organiser une politique active d'accueil de la famille dans l'ensemble des espaces culturels (expositions, musées, salles de spectacles…).

67 Corbeil, M., S.E. Trehub, and I. Peretz, *Speech vs. singing: infants choose happier sounds.* Front Psychol, 2013. **4**: p. 372.

68 Anderson, D.E. and A.D. Patel, *Infants born preterm, stress, and neurodevelopment in the neonatal intensive care unit: might music have an impact?* Dev Med Child Neurol, 2018. **60**(3): p. 256-266.
Trehub, S.E., N. Ghazban, and M. Corbeil, *Musical affect regulation in infancy.* Ann N Y Acad Sci, 2015. **1337**: p. 186-92.

69 Gratier, M. and G. Apter-Danon, *The musicality of belonging: Repetition and variation in mother-infant interaction, in Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship,* S. Malloch and C. Trevarthen, Editors. 2009, Oxford University Press.: Oxford. p. 245–263.

70 Mehr, S.A., L.A. Song, and E.S. Spelke, *For 5-Month-Old Infants, Melodies Are Social.* Psychol Sci, 2016. **27**(4): p. 486-501.
Mehr, S.A. and E.S. Spelke, *Shared musical knowledge in 11-month-old infants.* Dev Sci, 2018. **21**(2).

71 Barrett, M.S., *Singing and invented song-making in infants' and young children's early learning and development: From shared to independent song-making.* The Oxford Handbook of Singing, ed. G.F. Welch, D. Howard, and J. Nix. 2019, Oxford: Oxford University Press.

72 Ministère de la Culture, *Primo-socialisation culturelle par les climats familiaux des enfants de la cohorte Elfe.* 2019.

MESSAGES CLÉS

Dès la naissance, les bébés apprennent et s'intéressent à ce qui les entoure, d'abord grâce au soutien de leurs parents et d'autres adultes attentionnés, puis en étant de plus en plus autonomes.

Les bébés sont curieux. Prêter attention à leurs initiatives et leurs émotions, et enrichir leur environnement sont des attitudes cruciales pour le développement de leur intelligence. Jouer, chanter, raconter des histoires, faire la lecture, favoriser des rencontres d'éveil culturel et artistique, et avec la nature sont essentiels au développement de l'enfant parce que ces activités immatérielles et intrinsèquement sociales soutiennent l'attention du bébé et l'aident à repérer les contextes, les personnes et les récurrences utiles (comme celles du langage ou des lois naturelles).

Les bébés ont besoin de voir leurs parents dans la journée, suffisamment longtemps chacun, dans un temps calme, non limité aux repas et aux changes.

La proximité physique et le portage peau-à-peau ne s'opposent pas au développement affectif et au processus d'autonomisation de l'enfant ; au contraire, elles le favorisent, et peuvent avoir des effets particulièrement bénéfiques pour les enfants, notamment de faible poids de naissance.

L'écran ne remplace pas l'interaction avec l'adulte et l'exposition à un écran doit être réduite au minimum nécessaire (par exemple pour communiquer avec un proche lorsqu'il est en déplacement ou qu'il vit loin) et remplacée par des interactions ludiques, culturelles, artistiques, par des activités à l'extérieur etc.

B) Un mode de vie et un environnement sains posent les fondements d'une meilleure santé tout au long de la vie et d'un meilleur développement de l'enfant

1. LE SOMMEIL DES ENFANTS

Le sommeil ne correspond pas seulement à la récupération de la fatigue physique. Il assure une bonne santé[73] et un développement physique, émotionnel et cognitif optimal. Il est un des éléments clés l'apprentissage grâce notamment à des réactivations (replay) rapides des événements précédents les épisodes de sommeil. Ces réactivations permettent d'une part la consolidation dans la mémoire à long terme mais aussi la découverte de relations abstraites entre les événements. L'apprentissage des mots par exemple est facilité par la sieste qui suit.[74] De même en maternelle, l'apprentissage de la matinée est favorisé par la sieste du début d'après-midi.[75]

Le sommeil est réglé par deux systèmes qui interagissent : l'horloge circadienne jour nuit (régulée par la sensibilité à la lumière, aux rythmes de la journée et à la température) et la pression au sommeil (sensation de fatigue). Les rythmes de sommeil sont largement déterminés par la biologie et à la naissance un bébé dort la plupart du temps. Les périodes de veille se rallongent progressivement. Le comportement de sommeil et veille évolue au cours des trois premières années tandis que la structure du sommeil se développe et se réorganise pendant les neuf premiers mois de la vie.[76] Deux stades sont cruciaux pour les apprentissages cognitifs et émotionnels : le sommeil paradoxal (« rapid eye movement » - REM) et le sommeil à ondes lentes (« non rapid eye movement ») dont la proportion dans le cycle du sommeil varie au cours de la nuit (1ère partie vs. 2ème partie de la nuit / plus de sommeil REM sur le matin.). Il est donc important de veiller à

73 Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, et al., *Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years).* BMC Public Health, 2017. **17**(5): p.855.

74 Friedrich et al., *The Sleeping Infant Brain Anticipates Development.* Current Biology, 2017. **27**(15): p. 2374 -2380.

75 Kurdziel et al., *Sleep spindles in midday naps enhance learning in preschool children.* PNAS, 2013. **110**(43): p. 17267 – 17272.

76 Lin QM, Spruyt K, Leng Y, et al., *Cross-cultural disparities of subjective sleep parameters and their age-related trends over the first three years of human life: A systematic review and meta-analysis.* Sleep Med Rev. 2019. **48**: 101203.

la quantité mais aussi à la qualité du sommeil des jeunes enfants en respectant une heure régulière de coucher, car cela a un impact sur les cycles et la qualité du sommeil n'est pas identique au cours des 24h. À partir de 18 mois environ, la plupart des désordres du sommeil sont expliqués par des facteurs environnementaux sur lesquels les parents peuvent agir.[77]

Les désordres du sommeil sont associés avec des difficultés comportementales et d'apprentissage tout au long de l'enfance. Si 20 à 30% des enfants présentent des troubles de sommeil, ce chiffre atteint 85% pour les enfants au développement atypique. Les difficultés de sommeil persisteront tout au long de la vie pour 30 à 40% des premiers, mais pour 65% des enfants atypiques.[78] Non seulement un mauvais sommeil altère la santé, l'apprentissage et la régulation émotionnelle de l'enfant, mais il peut empêcher toute sa famille de dormir, installant un cercle vicieux, car le parent fatigué, stressé, peine à fournir la disponibilité affective dont l'enfant a besoin pour plonger dans le sommeil.[79] L'amélioration de la durée, de la qualité et de la régularité du sommeil devrait donc être une des premières mesures dans la prise en charge des difficultés familiales, notamment en cas de difficulté neuro-développementale.[80]

2. L'ALLAITEMENT

L'enquête nationale périnatale 2016 montre une diminution des taux d'initiation à l'allaitement en France métropolitaine entre 2010 et 2016 (68,7% à 66,7%). Selon l'enquête Epifane (Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) de 2012, le taux d'allaitement initié à la maternité est de 74%, puis passe à 54% à un mois et 39% à la reprise du travail. La durée médiane de l'allaitement maternel est de 105 jours mais n'est que de 24 jours si l'on parle d'allaitement exclusif. Pourtant l'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'OMS jusqu'aux 6 mois de l'enfant. En effet, il améliore la santé des mères : il est associé à une réduction risque des cancers du sein, de l'ovaire et de l'endomètre, à une réduction du risque des maladies cardio-vasculaires, du diabète ou encore de l'endométriose.

Le lait maternel est l'aliment de choix pour le nouveau-né, par sa composition adaptative à la croissance et au développement du bébé. Ces bénéfices sont largement soutenus dans la littérature et ils augmentent graduellement avec la durée de l'allaitement et son caractère exclusif (voir le Programme National Nutrition Santé 2017-2021). Des bénéfices pour les enfants sont

77 Touchette E et al, *Genetic and Environmental Influences on Daytime and Nighttime Sleep Duration in Early Childhood.* Pediatrics, 2013. **131**(6): p. 1874-80.

78 Tietze AL, Blankenburg M, Hechler T, et al., *Sleep disturbances in children with multiple disabilities.* Sleep Med Rev, 2012. **16**(2): p. 117 127.

79 Whitesell CJ, Crosby B, Anders TF, Teti DM, *Household chaos and family sleep during infants' first year*. J Fam Psychol, 2018. **32**(5): p. 622 631

80 Brescianini S, Volzone A, Fagnani C, et al., *Genetic and environmental factors shape infant sleep patterns: a study of 18-month-old twins.* Pediatrics, 2011. **127**(5): p.1296 1302.

documentés avec un niveau de preuve élevé : réduction des otites avant deux ans, des infections gastro-intestinales, et des affections respiratoires. Des bénéfices ont aussi été rapportés à plus long terme, comme la réduction des risques d'obésité et de diabète de type 2.[81]

Quelles qu'en soient les raisons - psycho-affectives, nutritionnelles ou environnementales - l'allaitement est aussi incontestablement associé à un bénéfice sur le plan cognitif, certes modeste, mais dont il serait dommage de ne pas faire bénéficier l'enfant.[82] Les bienfaits pour l'enfant ne sont pas purement nutritionnels.

Les parents en bénéficient également sur le plan émotionnel. En effet, des études montrent que la mise en place de l'allaitement maternel dans un environnement accompagné et bienveillant favorise les interactions précoces : l'observation du nouveau-né par les parents et leur capacité à se sentir compétent en répondant à ses besoins valorise leur estime de soi.[83] L'implication des pères et de l'entourage pour soutenir le choix maternel d'allaiter est importante.

Cependant, le choix d'allaiter son enfant doit être réfléchi, anticipé et préparé, car un allaitement difficile, douloureux, contraint, ou arrêté brutalement peut engendrer un sentiment d'échec et d'incompétence et des difficultés dans la relation mère/enfant. C'est pourquoi il est important de prendre le temps d'écouter les besoins et attentes des mères, et de soutenir chacune individuellement dans son projet.
Il faut soutenir le projet d'allaitement des femmes dans la durée en formant les différents acteurs de santé sur l'ensemble du parcours de soin de la femme : grossesse, accouchement, maternité, retour à la maison, reprise du travail.

La promotion de l'allaitement maternel nécessite de :

- Adopter une philosophie de soins individualisés centrés sur les besoins de chaque famille : confiance, collaboration, parents acteurs, informations éclairées ;
- Soutenir l'implémentation de pratiques validées en maternité pour réduire le risque de sevrage non souhaité après le retour à la maison ;
- Informer les parents sur les bénéfices et la pratique de l'allaitement pour leur permettre de faire des choix éclairés sur les conditions d'accouchement, les soins et l'alimentation de leur bébé ;

81 Turck D et al, *Allaitement maternel : les benefices pour la santé de l'enfant et de sa mère.* Arch Ped, 2013. **20**: p. 29-48.

82 Turck et al. 2013.

83 Earle, Sarah and Hadley, Robin, *Men's views and experiences of infant feeding: A qualitative systematic review.* Maternal & Child Nutrition, 2018. **14**(3): e12586.
Sihota, H., Oliffe, J., Kelly, M. T., & McCuaig, F., *Fathers' experiences and perspectives of breastfeeding: A scoping review.* American journal of men's health, 2019. **13**(3): e1557988319851616.

- Respecter les besoins et les rythmes physiologiques de chaque bébé en favorisant le contact peau à peau, la tétée précoce, la proximité 24h/24h et le lien d'attachement en maternité ;
- Travailler en réseau pour assurer la continuité des soins pré, péri et postnataux en intégrant le point de vue des usagers ;
- Favoriser la collaboration et le relai ville – hôpital : PMI, sage-femme, pharmaciens, hospitalisation à domicile, médecins libéraux ;
- Encourager les groupes de soutien à la parentalité et à l'allaitement ;
- Établir un plan et un programme de formation commun pour les groupes hospitaliers de territoire accessible à l'ensemble des acteurs du réseau de périnatalité : besoins et rythmes du bébé, conduite pratique de l'allaitement, écoute et relation d'aide, besoins spécifiques pour le bébé prématuré ou malade ;
- Facilitation de l'allaitement maternel par des aménagements adaptés dans les lieux de travail ;
- Favoriser l'accueil du bébé allaité en crèche : respect des rythmes, soutien de la mère, transport et conservation du lait maternel.

3. L'ENVIRONNEMENT DES FUTURS PARENTS ET DE LEURS ENFANTS

L'adulte est l'héritier de l'enfant qu'il a été. L'environnement précoce est influencé par la qualité de l'environnement dans lequel baignent les parents et leur mode de vie (alimentation, exposition aux facteurs stressants psycho-sociaux, activité physique, qualité du sommeil), par les variations nutritionnelles, par défaut ou par excès, par l'exposition aux substances toxiques subies, ou consommées, qui sont tous des facteurs susceptibles de laisser des empreintes durables acquises par les deux parents avant même la conception, et qui pourront, dans certains cas, être transmises à l'enfant, ainsi qu'à la propre descendance de celui-ci. Donc, les trajectoires de vie vers une bonne santé, mais aussi le risque des principales atteintes à la santé de l'âge adulte sur le plan somatique, mental et social, se mettent en place très tôt. Cette « programmation » précoce et durable des principales fonctions biologiques sous l'effet de l'environnement, probablement plus encore que sous l'effet du génome, est ainsi à l'origine du concept de l'origine précoce de la santé et des principales maladies (DOHaD : Developmental Origins of Health and Disease) chroniques, non transmissibles, de l'adulte : obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, troubles neuro-psychiques dits de civilisation « et conditionne probablement les comportements, la sensibilité et la vulnérabilité sociales ».[84]

84 Simeoni, U., *Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé.* Spirale, 2019. **4**(92): p. 42 – 44.

La période des 1000 jours est une période où l'exposition aux substances toxiques est la plus dangereuse, que ces substances soient l'alcool (1ère cause de troubles neuro-développementaux évitables), des médicaments, des perturbateurs endocriniens, des métaux lourds ou d'autres toxiques de l'environnement. Ces toxiques sont associés à une augmentation du risque de troubles neuro-développementaux chez l'enfant et à une augmentation des maladies non transmissibles chez l'adulte.[85] Il s'agit donc d'informer les mères qui désirent commencer une grossesse, de les aider en cas de dépendance, de lutter contre leur exposition aux substances toxiques (ainsi que plus tard celle de leur enfant) sur leur lieu de travail ou à leur domicile. Une consultation avec le médecin du travail dès le début de la grossesse doit permettre de limiter les risques d'une exposition professionnelle.

MESSAGES CLÉS

- Le sommeil est un élément clé de l'apprentissage. Les siestes sont à favoriser. Assurer durée, régularité et qualité du sommeil nocturne est essentiel.
- Améliorer le sommeil des enfants (et des parents) est une mesure efficace pour améliorer le bien-être familial et le développement physique, émotionnel et cognitif des enfants.
- L'allaitement est bénéfique à la santé physique et au bien-être affectif et cognitif de la mère et de l'enfant. Il faut que chaque femme qui le souhaite puisse allaiter dans les meilleures conditions.
- Allaiter ou ne pas allaiter doit relever d'un choix de la mère. L'implication du partenaire et de l'entourage est à favoriser afin d'anticiper un soutien après la naissance.
- L'allaitement au sein ou au biberon d'un bébé, et en général les repas, doivent être des moments d'échange et d'interaction.
- L'exposition à l'alcool, aux perturbateurs endocriniens, métaux lourds et autres toxiques est porteuse de troubles neuro-développementaux pour l'enfant et d'une augmentation de certaines maladies non transmissibles pour l'adulte.

85 Rivollier F, et al, *Perinatal exposure to environmental endocrine disruptors in the emrgence of neurodevelopmental psychiatric diseases: A systematic review.* Int J Environ Res Public Health, 2019. **16**(8): 1318.

C) Les dépressions périnatales sont des troubles répandus mais mal connus et mal détectés

Dans tous les pays du monde, le taux de dépression maternelle post natale varie entre 10 et 15%, avec un pic de fréquence à 2-4 mois et un autre à 6 mois.[86] La dépression peut également survenir pendant la grossesse (20% des grossesses).[87] Les pères/deuxièmes parents ne sont pas épargnés, mais la littérature sur les dépressions paternelles périnatales est malheureusement moins riche (O'Brien et coll., 2017).[88]

Ainsi on peut estimer qu'en France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser.[89] Au moins autant de femmes ont des difficultés d'adaptations avec réaction de détresse. Ainsi, aux Etats-Unis seulement 15% des femmes présentant une dépression périnatale rechercheraient des soins.[90] On peut estimer que sur 800 000 naissances environ chaque année, environ 30% des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement.[91] Ceci en fait un enjeu de santé publique majeur, et la principale complication de la grossesse, avec des conséquences qui peuvent être sévères (suicide) pour la femme, pour la famille et pour le développement de la relation au bébé.[92] Si elles ne sont pas prises en charge rapidement, les dépressions périnatales entravent l'établissement d'un lien mère/bébé, parents/bébé harmonieux et ajusté, un accordage affectif indispensable pour le devenir de l'enfant, mais aussi le développement psycho-affectif du bébé qui montre alors des signes de

86 Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.* Obstet Gynecol, 2005. **106**:1071-1083.
Cox, JL., et al., *Detection of postnatal depression: Development of the 10 Item Edinburgh Postnatal Depression Scale.* British Journal of Psychiatry, 1987. **150**(6): p. 782 – 786.

87 De Tychey, C. et al, *Pre- and postnatal depression and coping: A comparative approach.* Journal of Affective Disorders, 2005. **85**(3): p. 323 -326.

88 Association of Maternal and Paternal Depression in the Postnatal Period with Offspring Depression at Age 18 Years: Galve et al 2018.
A Call to Action: Screening Fathers for Perinatal Depression: Walsh 2020.

89 Gavin et al. 2005.
Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. *Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum.* Psychiatry Res, 2014. **215**(2): p. 341-346.

90 Vesga-Lopez, O. et al, *Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States.* Gen Psychiatry, 2008. **65**(7): p. 805-15.

91 Grégoire, A., *Congrès du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.* 2018.

92 Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V., *Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis.* J Affect Disord. 2008. **107**(1-3):241-245.
Hippwell, A. E., Goosens, F.A., Melhuish, E.C., Kumar, R., *Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment.* Developmental Psychopathology, 2000. **12**(2): 157-175.

mal être physiologique, affectif, relationnel et avec des troubles plus ou moins graves dans ces domaines, et enfin la santé de la mère et du couple à moyen et long terme. Les mères/pères dépressifs sont plus passifs avec leur bébé et l'encouragent moins, diminuant ainsi les interactions. Plus la dépression est sévère et dure longtemps, plus le risque de répercussion sur l'enfant augmente (troubles du comportement, des apprentissages, dépression de l'enfant).[93] Pourtant, la dépression du post-partum, et plus globalement les dépressions périnatales, sont mal connues en France, en pratique non dépistées, donc trop peu prévenues et mal soignées.[94]

MESSAGES CLÉS

- Les dépressions périnatales, très répandues et sous-diagnostiquées, ont un effet majeur sur le bien-être des personnes qui les subissent et de leur enfant.

- Informer massivement sur ces troubles et proposer des méthodes de dépistage permettraient une prise en charge plus rapide des patientes qui en souffrent.

93 Pawlby et al. 2008.
Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A., *Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes.* JAMA Psychiatry, 2018. **75**(3): p. 247-253.
Charrois J, Côté SM, Japel C, et al., *Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome.* J Child Psychol Psychiatry, 2017. **58**(11): p. 1210-1218.

94 Voir Alain Grégoire sur la santé mentale périnatale au Royaume-Uni : https://arip.fr/wp-content/uploads/Diaporama-A-Gr%C3%A9goire-PARIS17.pdf.
Aussi : Grégoire, A., et al, *Santé mentale périnatale outre-Manche : une inspiration possible pour la France ?* Spirale, 2019. **4**(92) : p. 117 – 120.

D) Les violences conjugales et violences éducatives ordinaires ont des effets sur le développement des bébés et jeunes enfants

La violence conjugale est un processus au cours duquel un partenaire exerce, dans une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles.[95] L'enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France, ENVEFF, menée en 2000, a établi que dans les 12 mois précédents, 1 femme sur 10 avait subi des violences de son compagnon ou ex-compagnon. Comme l'indiquent des enquêtes menées au niveau départemental, un très grand nombre d'enfants vit dans un foyer ou sévit de la violence conjugale.[96]

La grossesse et la période périnatale sont une période très à risque concernant les violences subies par les femmes.[97] Elles débutent souvent lors de la première grossesse, et dans 40% des cas redoublent au cours de celle-ci.[98] Dans les situations de violences envers la femme enceinte, il y a un risque de traumatisme du fœtus, direct par des coups dans le ventre maternel ou indirect par les modifications physiologiques et biologiques subies par la mère qui retentissent sur le fœtus.[99] Les nourrissons, plus dépendants, sont plus susceptibles d'être exposés aux violences, avec le risque majeur d'être frappés ou blessés de manière collatérale.

En dehors du risque aigu d'être eux-mêmes blessés, les enfants qui grandissent dans un climat de violence contre leur mère ne sont pas seulement des témoins passifs mais aussi des victimes de cette violence du fait du stress induit. La notion de stress fait référence aux processus de régulations émotionnelles, relationnelles et biophysiologiques mis en jeu pour s'adapter à une situation difficile. Un stress trop intense et répété, peut déboucher sur un état de détresse au-delà des capacités de réponse.

95 Henrion R., *Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la Santé.* 2001: La Documentation française.

96 Selon l'étude de la CRIP 93 (cellule de recueil d'informations préoccupantes, au niveau départemental) pour l'Observatoire des violences envers les femmes de Seine Saint Denis, 30% des informations préoccupantes recueillies comportent des faits de violences conjugales et 41% des enfants de l'étude étaient co-victimes de violences conjugales.
Aubry-Bloch, S., *Etude sur l'impact des violences dans le couple sur les enfants dans les informations préoccupantes.* 2018 : Observatoire des violences envers les femmes du conseil départemental de Seine-Saint-Denis, Cellule de recueil des informations préoccupantes du 93.

97 Enquête ENVEFF 2000.

98 Docteur Emmanuelle Piet, présidente du CFCV (collectif féministe contre le viol) et membre du HCEFH (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes).

99 Henrion, 2001.

Les stress périnataux, prénataux, néonataux et très précoces (c'est-à-dire compris dans le concept des 1000 premiers jours) ont des effets sur la construction de l'architecture cérébrale au niveau neuronal et synaptique, avec des impacts significatifs à long terme sur le développement, le comportement, la cognition, les capacités relationnelles et affectives. Ils peuvent impliquer un risque psychopathologique à long terme, sur la base de vulnérabilités acquises et de trajectoires individuelles de développement. De très nombreux travaux vont dans ce sens.[100]

Ces multiples formes de violence peuvent entrainer une souffrance anxio-dépressive chez les jeunes enfants, qui s'exprime de multiples façons : intolérance à la frustration, agressivité, repli sur soi, passivité, timidité excessive, crainte de l'adulte, appréhension, troubles de l'attachement, manque de sécurité relationnelle, difficulté de séparation etc. Les enfants victimes présentent aussi des difficultés à identifier les émotions, et par conséquent des difficultés relationnelles et risquent d'intégrer des modèles violents de résolution des conflits et des interactions sociales.

Il existe également un risque de transmission intergénérationnelle du traumatisme secondaire à l'exposition à la maltraitance et/ou aux violences interpersonnelles et domestiques, si l'on n'entoure pas ces enfants. Le risque relatif d'être victime de violences conjugales est augmenté de 3 fois si on a été victime de violences physiques dans l'enfance et de 5 fois si on a été victimes de violences sexuelles dans l'enfance.[101] Des mécanismes tels que des modifications épigénétiques peuvent jouer un rôle.[102]

Il est aussi indispensable de sensibiliser les professionnels et les parents à l'existence des violences éducatives ordinaires (Loi du 11 juillet 2019 modifiant l'article 371-1 du code civil). S'il est compréhensible que les jeunes parents soient parfois pris au dépourvu face aux comportements de leurs enfants, les violences éducatives ordinaires, engendrent non seulement stress et peur, elles peuvent aussi affecter négativement le développement de l'enfant, et donc directement sa faculté d'apprendre. De plus, elles découragent l'enfant alors que l'estime de soi et la confiance ont été relevées par de nombreuses études comme des facteurs importants de réussite scolaire et professionnelle. Certains de ces enfants en échec souffrent parfois de problèmes sensoriels ou cognitifs qui ne sont pas repérés, l'enfant étant alors accusé de mauvaise volonté. Il est donc important de sensibiliser les parents et les éducateurs sur les difficultés spécifiques de certains enfants. Il est nécessaire de rappeler que **les violences éducatives sont toujours délétères** et vont à l'encontre du but poursuivi. Les professionnels, notamment dans les institutions, doivent aussi être accompagnés sur cette problématique.

100 Lupien S J, McEwen B.S., Gunnar MR, Heim C, *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition.* Nature Reviews Neuroscience, 2009. **10**: p. 434-445

101 Enquête ENVEFF 2000.

102 Esteves, KC, et al, *Adverse childhood experiences: implications for offspring telomere length and psychopathology.* Am J Psychiatry, 2020. **177**:47-57

MESSAGES CLÉS

- La violence conjugale, qui existe dans tous les milieux sociaux, a des effets sur la santé physique et le développement affectif de la mère (ou du père/second parent) mais aussi des fœtus et enfants qui y sont exposés. Un enfant exposé a de forts risques de développer des séquelles psychologiques et affectives et des troubles psychiques graves tout au long de la vie.

- Les violences éducatives ordinaires, qui peuvent être présentent dans tous les milieux sociaux, ont un effet néfaste marqué sur le développement relationnel, affectif mais aussi cognitif des enfants qui en sont victimes.

- Il faut accompagner la loi du 11 juillet 2019 modifiant l'article 371-1 du code civil : l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.[103]

- Sensibiliser les parents/éducateurs aux risques de toutes violences envers les enfants, et insister notamment sur le fait, que tout coup porté sur un enfant est une violence.

- Sensibiliser sur le syndrome du bébé secoué : secouer un nourrisson est dangereux, avec des risques majeurs de lésions cérébrales. Les jeunes parents doivent être informés dès le séjour en maternité sur les pleurs du nourrisson, sur la façon de gérer les pleurs du bébé, et sur les étapes qui peuvent conduire à secouer un nourrisson.

- Sensibiliser les parents/éducateurs et les accompagner en les formant sur les besoins du bébé, sur les pleurs, et sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur désir éducatif.

103 Une meilleure sensibilisation aux dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant de l'ONU du 20 novembre 1989 serait souhaitable également.

E) La formulation d'un discours de santé publique va de pair avec des modalités de communication et de sensibilisation ambitieuses auprès des familles, des professionnels et de la société toute entière

Ces multiples constats ne sont pas toujours connus du grand public, ou s'ils sont connus pas toujours appliqués. C'est pourquoi des campagnes d'information régulières auprès du public sur l'importance de cette période de la vie à travers différents espaces (espaces médiatiques et espaces publics) et différents supports apparaissent nécessaires : expositions itinérantes, vidéos, clips, séries TV, films, affiches, dépliants... Cette campagne permettrait également de sortir les 1000 jours de l'espace familial pour faire entrer cette période cruciale dans l'espace public, où le bébé et ses parents ne sont pas toujours bien accueillis.

Ces campagnes devraient également sensibiliser sur les fragilités, vulnérabilités de cette période (dépressions post-partum, signes de l'épuisement parental, alcool pendant la grossesse), sur les violences conjugales et de violences éducatives ordinaires et les possibilités d'accompagnement et de protection identifiés, et notamment faire connaître la loi du 11 juillet 2019 : l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. Ces campagnes de sensibilisation doivent être pédagogiques et non culpabilisantes en direction des parents pour les aider à cesser les violences éducatives ordinaires, ou pour surmonter des dépendances, notamment à l'alcool.

Il serait également nécessaire de travailler sur les stéréotypes autour de la parentalité et des bébés (genre, handicap, troubles du développement, pluralité des modes de parentage en lien avec le multiculturalisme) dans les médias et dans les livres scolaires et d'attirer l'attention des médias et des éditeurs sur l'impact de l'utilisation de ces stéréotypes.

Cette campagne, guidée par des principes non prescriptifs et non normatifs, devrait pouvoir s'adresser à différentes cibles. Au-delà de l'entourage familial, il s'agit de s'adresser :

- Aux institutions et aux professionnels en contact avec les parents, leurs bébés et jeunes enfants durant les 1000 premiers jours, afin qu'ils puissent porter de manière cohérente les messages précités (par exemple sur l'éveil culturel et artistique dans les maternités et les PMI) ;
- Aux employeurs, pour mettre en évidence les bienfaits pour les employés et leurs entreprises de disposer du temps adéquat pour leurs bébés et jeunes enfants ;
- Aux élus locaux, dans la perspective d'une politique globale d'un meilleur aménagement des lieux de vie des jeunes enfants et de la ville en général pour favoriser l'accueil des familles. Il s'agit de prendre en compte leurs besoins affectifs et cognitifs, leur rapport au sensible et à l'esthétique comme vecteurs d'un développement harmonieux ;
- Aux professionnels de l'immobilier, de l'architecture, de l'aménagement urbain et paysager afin de les sensibiliser aux besoins des enfants et à leur développement ;
- Aux artistes, sur l'enfant en construction : organiser des formations sur le développement cognitif de l'enfant doit pouvoir soutenir la création artistique envers les tout-petits.

Le lancement d'une campagne structurée de communication pourrait s'appuyer sur la création des 1000 jours comme grande cause nationale et s'appuyer sur la mise en place de la « semaine des 1000 jours », s'inspirant de « La Semaine du Bébé », adoptée et soutenue depuis 2010 dans plusieurs pays par l'UNICEF et l'OMS, qui a établi un manuel pour guider son implantation.[104]

Bénéficiant de l'expérience fructueuse d'autres pays tels que le Brésil, cette semaine des 1000 jours serait dédiée à la promotion de différents programmes, activités et messages adressés aux (futurs) parents de bébés et jeunes enfants, mais aussi à leur famille élargie (grands-parents en particulier), aux professionnels et au grand public. Durant cette semaine, pourraient être proposés :

- Une identification des messages dans les médias sur la grossesse et le devenir parent, le développement précoce, l'attachement, les comportements favorisant la santé de la (future) mère et du bébé, les besoins du bébé, l'importance des liens intergénérationnels et du soutien de la famille élargie pour élever un enfant etc. ;

104 Parmi les thèmes clefs de cette semaine, on retrouve: l'allaitement maternel et l'alimentation saine du jeune enfant, la qualité des modes d'accueil du bébé/jeune enfant, les premiers 1000 jours de l'enfant, le développement atypique et l'inclusion des enfants à besoins particuliers, les droits des enfants, la qualité et l'humanisation des soins durant la grossesse et le post-natal, la coordination des services destinés à accompagner les jeunes parents, la place de la famille élargie et de la communauté dans l'accompagnement du bébé, la prévention des grossesses adolescentes etc.

- Des débats et des conférences grand public ;
- Des colloques scientifiques avec la participation de scientifiques, pouvoirs publics, milieux associatifs et communautaires ;
- Des émissions radio et télévision qui diffusent des connaissances scientifiques sur la grossesse, le développement précoce, les relations parent-bébé/jeune enfant, la parentalité, les sujets de questionnement des parents etc. ;
- Des activités culturelles et artistiques : spectacles de rue, activités ludiques et culturelles (théâtre, musique, lecture, musée…) pour parents et bébés/jeunes enfants, organisation de ballades parents-enfants pour promouvoir l'accès à la nature et à sa protection… ;
- Des ateliers parents-bébé permettant de partager des expériences entre parents et avec les professionnels, y compris sur le plan interculturel, et de découvrir ou participer à des activités telles que le massage du bébé, les bébés nageurs, la lecture de livres pour bébé/jeunes enfants, le chant de comptines dans diverses langues, les activités d'exploration manuelle et des parcours de psychomotricité, des jeux et activités en plein air, etc.

Afin de rendre possible une culture commune et précoce de l'importance des 1000 jours, la commission est convaincue qu'il est nécessaire d'intervenir dès le plus jeune âge en visant plus particulièrement les élèves (école élémentaire, collège, lycée). Ainsi, il devrait être envisagé de favoriser l'émergence d'un projet pédagogique destiné aux enfants du primaire pour mieux comprendre les grandes étapes du développement et du neuro-développement aux premiers stades de la vie. Ce projet pédagogique devrait également avoir pour objectif de travailler sur les compétences psychosociales, de développer l'empathie et réduire le harcèlement scolaire. Divers programmes dont la France pourrait s'inspirer ont été développés à l'étranger. [105]

Cette sensibilisation fera bien sûr l'objet d'une attention plus poussée au moment du parcours des parents durant les 1000 premiers jours avec l'évolution de certains supports tels que le carnet de santé ou l'identification de moments clés tels que l'entretien prénatal précoce, la préparation à l'accouchement et à la parentalité, les rendez-vous obligatoires de suivi, les ateliers parentalité etc. (voir partie II sur le parcours de parents).
Toutes ces ressources (messages, initiatives locales, etc.) devraient être regroupées sur des sites internet officiels dédiés à cette période mais sans les démultiplier pour permettre aux parents et autres personnes intéressées d'avoir accès à des informations fiables et validées.[106]

105 À titre d'exemple, le programme « Roots of Empathy », de Mary Gordon, https://rootsofempathy.org; adopté par différents projets dans des pays aussi divers que le Canada, les Etats Unis, la Nouvelle Zélande, la Corée du Sud, la Norvège, l'Irlande, l'Angleterre et la Suisse.

106 Voir par exemple le site agir pour bébé (site en cours de développement par Santé Publique France: https://www.agir-pour-bebe.fr/.

F) Ce discours de santé publique doit s'incarner dans l'organisation des lieux fréquentés par les enfants, dans la production de normes, dans les relations institutionnelles…

1. ACCUEIL DU JEUNE ENFANT ET DE SES PARENTS

Dans l'espace public, dans les lieux de culture et plus généralement dans les lieux que fréquentent les parents, il s'agit :

- De favoriser l'aménagement de l'espace pour le rendre accueillant, adapté aux modes d'apprentissage et de développement des bébés et jeunes enfants et de penser l'accueil de l'enfant avec handicap ;
- De développer des espaces dédiés au tout petit dans les bibliothèques, ludothèques, conservatoires, musées, gymnases et favoriser les réunions de parents avec des enfants du même âge ;
- De prévoir des facilités d'accueil des familles dans tous les endroits susceptibles d'en accueillir (visites dédiées, salles de changes, activités centrées sur l'enfant) ;
- De soutenir les initiatives : festivals, musées, villes particulièrement engagées dans l'accueil du jeune enfant et de leurs parents.

Ainsi, **pourrait être envisagée la labellisation « bébé plus » (ou « 1000 jours ») pour** : des villes, initiatives, lieux amis des bébés qui développent des propositions partant des besoins fondamentaux des jeunes enfants.[107] Ce label signalerait aux parents que le site/l'activité en bénéficiant a prévu l'accueil des parents avec jeunes enfants et des activités pensées pour le jeune âge.

Les collectivités locales devraient porter des expérimentations afin de tester des solutions innovantes en conditions réelles, y compris lorsque cela nécessite une dérogation réglementaire dans le cadre d'expérimentation.

107 Il s'agit de s'inspirer des initiatives de terrain : à titre d'exemple : espace culturel pour les bébés « lieu mille formes » à Clermont Ferrand, à Nantes le projet de la « Maison petits et grands », la ville de Reggio-Emilia en Italie et son dispositif de premier centre municipal de la petite enfance, la ville de Charleroi en Belgique et son festival qui soutient le concept de « bébé admis » dans la ville.

2. NORMES ADAPTÉES À L'ENFANT

De manière générale, il est indispensable que pour chaque projet de loi concernant les 1000 premiers jours de l'enfant, une attention particulière soit portée sur le développement cognitif et affectif des enfants et le bien-être de leurs parents. Ceci vaut en particulier pour ceux ayant des anomalies précoces du neuro-développement (rapport 2018 de la Haute Autorité de Santé - HAS).[108]

Une charte des jeux pour les jeunes enfants pourrait être définie afin d'extraire un ensemble de normes à respecter pour les fabricants de jouets. Ceci permettrait par exemple de contrôler le niveau de bruit (il n'existe pas de normes de bruit sur les jouets, et les enfants sont exposés à des niveaux sonores non tolérés chez les travailleurs) et de définir une échelle de pertinence cognitive (similaire à l'échelle nutritionnelle sur les aliments) qui pourrait guider les choix des jouets.

3. UNE APPROCHE INTERMINISTÉRIELLE

Développer une approche interministérielle des 1000 jours et favoriser les coopérations au niveau local.

PROPOSITION

Prendre en compte les 1000 jours dans les déclinaisons des politiques interministérielles (éducation nationale, jeunesse, santé, sport, politique de la ville, aménagement du territoire, équipement, etc.) et développer des conventions interministérielles à l'instar de celles qui ont été signées entre les ministères des Solidarités et de la Santé, de la Culture, et de la Justice pour l'Éveil artistique et culturel.

Développer les coopérations Culture Santé médico-social (PMI, médecine de ville pour consultation longue, lieux hospitaliers et sanitaires accueillant des jeunes enfants, lieux accompagnement et prise en charge handicap etc.).

108 *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.* HAS, 2018

II) Le « parcours 1000 jours » : proposer un accompagnement personnalisé aux parents

Forts des constats effectués en première partie devant permettre de développer un discours de santé publique cohérent à destination de l'ensemble de la société et notamment des parents, il s'agit également de leur proposer un parcours 1000 jours « sur mesure ». Il faut formuler une approche cohérente et balisée permettant d'accompagner tous les parents pendant les 1000 premiers jours de la vie de leur enfant, en tenant compte de la spécificité de chaque situation. La multiplicité des acteurs intervenant autour de l'accompagnement et du soin de la grossesse et du jeune enfant est une grande chance pour la population française. Elle constitue une richesse mais pose également question en termes de coordination et rend complexe la formation des professionnels et la diffusion d'une information cohérente et consistante.

Si de nombreuses politiques publiques existent déjà autour des 1000 jours de l'enfant, elles ont été élaborées par des ministères différents (Santé, Environnement, Éducation…), et promues et mise en œuvre par différentes autorités, agences d'Etat et sociétés savantes (Santé Publique France, HCSP, pédiatres, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes…).

Dans la mise en œuvre de ces politiques, notons le rôle essentiel des PMI qui constituent un dispositif combinant des actions médico-sociale préventives de terrain et des activités de santé publiques auprès des familles et des enfants (consultations, visites à domicile, continuité soins préventifs-soins curatifs).

En outre, se sont développées à l'échelle des quartiers, des villes, des départements et des régions des initiatives locales et de multiples associations d'usagers qui tentent de répondre aux attentes des jeunes parents souvent démunis et de proposer des solutions adaptées à certaines configurations familiales (monoparentalité) et sociales (précarité). Malgré cela, l'isolement grandissant des parents est préoccupant et certains phénomènes restent méconnus et sous-diagnostiqués (dépression du post-partum notamment). Les parents se retrouvent parfois seuls et perdus au milieu de leurs nombreux interlocuteurs, disposant d'informations contradictoires et parfois lacunaires ne leur permettant pas d'aborder les premiers jours de la vie de leur enfant dans des conditions adéquates.

En somme, et du fait de ce constat, nous proposons un suivi et un accompagnement qui soit : global, c'est-à-dire prenant en compte l'ensemble des problématiques médicales mais aussi sociales et psychiques rencontrées par les parents sur les 1000 premiers jours de la vie de leur enfant ; personnalisé, c'est-à-dire permettant de répondre aux situations spécifiques rencontrées par chaque parent ; et solidaire, afin que les parents isolés, vulnérables ou désemparés puissent être pris en charge de manière satisfaisante et accompagnés dans leur parentalité.

Ce parcours devra répondre aux nouveaux enjeux d'organisation sociale, avec des familles monoparentales plus nombreuses, l'homoparentalité, l'accélération des rythmes familiaux et professionnels, l'isolement social et familial grandissant. Il devra également tenir compte de la diversité culturelle de notre société et conduire tous les parents et les professionnels à développer une approche réflexive et critique sur leurs propres représentations et pratiques, sans juger ni stigmatiser.

Il s'agira également d'encourager et de soutenir les familles qui souhaitent transmettre des valeurs et pratiques multiculturelles.

Le parcours devra permettre d'identifier et veiller à ne pas renforcer les conflits de parentage dans lesquels se trouvent parfois les parents en situation de dépaysement (immigrés, exilés, demandeurs d'asile, migrants, etc.).[109]

Le parcours 1000 jours devra enfin refléter les aspirations à la responsabilité équilibrée et complémentaire de chaque parent. Il est important de souligner que chaque parent vit cette période sur le plan émotionnel et participe à part entière au parcours périnatal de l'enfant. De ce fait, tout comme les mères, les pères/seconds parents peuvent manifester des signes d'inquiétude et de souffrance, voire des états psychiques altérés, et des besoins spécifiques qui méritent un accompagnement.[110]

109 Ces conflits s'expriment lorsque les théories et pratiques de leur culture d'origine ne s'accordent pas avec celles de la culture dans laquelle ils élèvent leur enfant ou lorsqu'ils sentent que d'autres leur imposent une manière de faire en contradiction avec leurs intuitions ou leurs souhaits.
Moro, M., *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle.* 2010 : Odile Jacob.
Rabain-Jamin, J., & Wornham, W. L., *Transformations des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. La Psychiatrie de l'Enfant, 1990.* **33**(1), 287–319.

110 Flanders E., Gibson M, Goldberg AE., Ross L E., *Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women: A pilot study.* Archives of Women's Mental Health, **19**(2): p. 299-305.
O'Brien, AP, McNeil KA, Fletcher R, Conrad A, Wilson AJ., Jones D, Chan S W, *New fathers' perinatal depression and anxiety—Treatment options: An integrative review.* American Journal of Men's Health, 2017. **11**(4): p. 863-876.

A) Un parcours « éclairé » : mettre à disposition des informations pertinentes et adaptées à chaque étape

1. RECEVOIR LES INFORMATIONS PROPICES À UNE GROSSESSE CHOISIE ET APAISÉE LORS D'UNE CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

La période « préconceptionnelle » n'est pas strictement comprise dans la période des 1000 jours. Elle est cependant cruciale pour prévenir les complications de la grossesse ainsi que les risques physiques, psychiques et sociaux des nouveaux parents et de leur enfant à court, moyen et long terme. Même si la notion de « période préconceptionnelle » existe depuis quelques années, aucune politique de santé précise n'a été organisée dans ce sens. Cette période doit constituer un point d'attention majeur dans les stratégies existantes visant le traitement et la prévention de l'obésité, des consommations de tabac, d'alcool, ou d'autres substances psychoactives, des expositions aux toxiques, du stress, de la médecine reproductive et des pathologies non transmissibles.[111]

Il serait souhaitable de mettre en place un programme national de promotion de la santé dès la période préconceptionnelle afin d'offrir le soutien nécessaire face à une exposition croissante à des modes de vie et un environnement à risque.

Ainsi, il s'agit de recommander une consultation pour tous les couples en âge de procréer, afin de dépister les risques médicaux et psychosociaux ; lorsqu'une grossesse est envisagée, une consultation préconceptionnelle est à promouvoir et doit permettre d'informer sur l'intérêt d'une alimentation équilibrée et diversifiée incluant la supplémentation en folate, iode et de prévenir certains risques, notamment ceux liés à l'exposition aux toxiques (alcool, drogues, tabac, perturbateurs endocriniens).

111 Stephenson J et al., *Preconception health in England: a proposal for annual reporting with core metrics.* Lancet, 2019. **393**: p. 2262-70

Lors de cette consultation, une attention devra être portée aux personnes présentant une situation particulière comme les personnes en situation de handicap psychique, sensoriel, moteur, de maladies chroniques ou de maladies rares avec un soutien à la transition enfant-adulte (comme développé actuellement dans les Centres de Références Maladies Rares - CRMR).

Une attention particulière sera portée également aux personnes souffrant d'addiction et, en cas de détresse sociale - mère sans-domicile ou en logement précaire par exemple - il s'agira d'orienter vers un centre susceptible de prendre en charge la mère dès la grossesse, avec son partenaire puis, après la naissance, avec leur enfant.

La prise en charge de ces situations de vulnérabilité sera évoquée plus en détail dans la troisième partie, mais elles ont vocation à être repérées le plus précocement possible dans le cadre du parcours 1000 jours et notamment lors de ces sessions d'informations préconceptionnelles.

Il sera nécessaire de former tous les acteurs de santé pouvant assurer cette consultation : généralistes, gynéco-obstétriciens, gynécologues médicaux, pédiatres, sages-femmes au sein des PMI, centres de planification familiale etc.

2. BÉNÉFICIER DE SESSIONS D'INFORMATIONS PRÉNATALES AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

La vulnérabilité de la période périnatale en termes d'exposition et de risques pour le fœtus et le jeune enfant nécessite une information éclairée des femmes enceintes et de leur entourage le plus tôt possible dans la grossesse.

Ainsi, en début de grossesse, **des sessions d'informations prénatales, s'inspirant du bilan prénatal individuel** qui existe déjà dans la nomenclature des sages-femmes libérales, doivent informer les femmes enceintes et leur conjoint sur l'ensemble des informations identifiées dans la partie I. du présent rapport et notamment les risques des expositions aux toxiques et les moyens de réduire l'exposition à ces derniers, l'intérêt d'une alimentation diversifiée et équilibrée pendant la grossesse ou encore l'impact du stress et des violences et la nécessité de consulter spécifiquement pour préserver la qualité des relations.

Il conviendra également d'informer les parents concernant les « personnes ressources » auprès desquelles ils peuvent bénéficier de ces consultations.

3. PROMOUVOIR LES SÉANCES DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ PERMETTANT UNE MEILLEURE DIFFUSION DES INFORMATIONS

La préparation à la naissance et à la parentalité doit être promue auprès des futurs parents par les différents professionnels de santé rencontrés au cours de la grossesse en spécifiant clairement ses objectifs et sa finalité. En effet, encore 1 femme sur 5 qui attend son premier enfant n'en bénéficie pas (Enquête Nationale Périnatale 2016).[112] Y impliquer autant que possible le père ou co-parent permettrait aussi dès la grossesse, un ajustement du couple autour du projet parental.

Les recommandations de la HAS de 2005 concernant cette préparation à la naissance et à la parentalité sont complètes et très détaillées.[113] Elles comportent déjà de nombreuses problématiques et pratiques qui correspondent aux parcours 1000 jours.

Les pratiques divergent cependant et il serait intéressant d'identifier les mises à jour nécessaires sur les connaissances à transmettre, notamment en ce qui concerne le développement cognitif et émotionnel de l'enfant (voir partie I du présent rapport) et les effets de l'environnement. L'accent pourrait plus particulièrement être mis sur des facteurs de risques encore peu connus tels que les dépressions périnatales, l'isolement social, et les ressources de proximité pour accompagner les parents qui pourraient y être confrontées.

112 http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
113 https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

4. UN CARNET DE SANTÉ ENRICHI PERMETTANT DE DISPOSER DÈS LA NAISSANCE DES INFORMATIONS CLÉS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Que ce soit sous format papier ou numérique, l'objectif est que le carnet de santé remis aux parents ou activé à la naissance soit quelque peu enrichi en complément des dernières modifications introduites le 1er avril 2018.[114] Parmi tous les messages inclus dans le carnet de santé, le développement cognitif et émotionnel n'est mentionné qu'anecdotiquement, soit en marge des pages de surveillance médicale, soit comme élément des examens obligatoires, mais sans insister sur son importance propre.

Le carnet de santé serait enrichi de 2 à 3 parties pédagogiques et d'informations :

- Sur des thématiques clefs (dépression post-natale, rappel de l'interdit des violences éducatives ordinaires, verbales et physiques) ;
- Sur le sujet du développement de l'attachement, de la régulation émotionnelle et du développement cognitif, rappelant les grandes étapes de la maturation de la petite enfance à travers une frise (ou un tableau, une roue etc.) qui pourrait donner des repères aux parents (du même type que la double page sur les repères d'introduction des aliments). Il conviendra d'insister sur le fait que chaque enfant a son rythme, en tenant compte de son développement cognitif, émotionnel et social ;
- La troisième sur l'importance des interactions bienveillantes, du jeu, du rapport à la nature, de l'éveil culturel et artistique.

La commission insiste sur l'importance de former les professionnels à la prise en compte de l'appétence relationnelle du bébé à chacune des visites.

De nombreuses autres réunions d'informations tout au long du parcours sont envisageables, au sein des maternités, des PMI et des maisons des 1000 jours telles que proposées un peu plus loin dans ce rapport.

114 La nouvelle version du carnet de santé a été enrichie depuis le 1er avril 2018. Elle comprend notamment des éléments complémentaires de prévention, par exemple relatif aux écrans, aux réactions face aux pleurs, aux allergènes et produits chimiques présents dans l'environnement quotidien.

B) Un parcours sécurisant et favorisant l'écoute des parents

Les recommandations de la HAS de 2005 concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, avec comme point de départ l'Entretien Prénatal Précoce, reprennent largement les modalités d'un parcours lisible coordonné et individualisé, ajusté aux besoins des futurs parents. Il s'agit de s'en inspirer et d'approfondir cette philosophie en faisant de l'EPP – rendu récemment obligatoire au regard de sa faible mise en œuvre[115] – un passage incontournable et central du « parcours 1000 jours ». **L'EPP est ainsi un point d'étape complet, holistique et à l'écoute des parents, s'insérant dans une trajectoire continue permettant le suivi personnalisé jusqu'à bien après la naissance**. C'est ainsi que nous proposons également la création de la fonction de « Référent Parcours », un point de contact de référence qui sera choisi avec les parents dans la continuité de l'EPP. Cela peut être la sage-femme qui a fait l'EPP ou un autre professionnel, si besoin, ayant une bonne connaissance de la périnatalité qui endossera le rôle d'accompagnement des parents tout au long du parcours parentalité en leur permettant d'avoir accès à toutes les informations nécessaires. Cette proposition répond au besoin d'une coordination au plus près du terrain, des besoins des parents et des professionnels, afin de développer de manière plus homogène sur les territoires, la culture du travail en réseau entre différents modes d'exercice et acteurs et la continuité entre l'anté et le post-partum, sans risque de rupture.

1. DISPOSER D'UN ESPACE DE DIALOGUE AVEC UN PROFESSIONNEL DÈS LE 4E MOIS DE GROSSESSE : L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE, POINT D'ENTRÉE PRIVILÉGIÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SUIVI

L'EPP a été créé sous l'impulsion de Françoise Molénat, avec la Société Française de Médecine Périnatale à l'occasion du plan périnatalité 2005-2007, visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il en est même une des pierres

115 L'enquête périnatale de 2016 a montré que seules 29% des jeunes mères avaient bénéficié d'un EPP avec une grande disparité géographique. De la même façon, 22% des primipares et 64% des multipares n'avaient pas fait de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 rend l'EPP obligatoire.
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

angulaires. Tout concorde aujourd'hui à affirmer qu'une meilleure prise en compte de la dimension psychologique et émotionnelle, de l'environnement social ainsi qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité dès le plus jeune âge, constituent des facteurs de prévention de la dépression du post-partum, des troubles de la relation parents/enfants.

Cet entretien fait depuis peu parti du parcours de soins et s'adresse à tous les futurs parents. Il est un point d'entrée privilégié dans un parcours d'accompagnement à la parentalité indissociable du reste du suivi médical de la grossesse. Les risques médicaux, sociaux et psychiques sont intimement liés et interdépendants, influant les uns sur les autres durant la grossesse. Ils ne peuvent et ne doivent être traités de façon indépendante mais pris en compte dans une globalité. Il est donc important de décloisonner les pratiques professionnelles pour proposer aux parents un accompagnement coordonné, sur mesure, ajusté à leurs besoins et tenant compte de toutes ces dimensions.

L'entretien prénatal permet de faire un point avec la femme et/ou le couple sur tous ces aspects de la grossesse : c'est un espace de dialogue qui doit leur permettre d'exprimer leurs émotions, sentiments, inquiétudes ou interrogations autour de la grossesse et de l'arrivée du bébé. Il doit aussi permettre d'informer les parents sur les ressources mobilisables et sur les différents moyens d'accompagnement à la parentalité afin de les rendre acteurs de leur projet de naissance et de consolider leur confiance en eux et dans le système de soins. La disponibilité, la bienveillance, la qualité de l'écoute et de l'accueil lors de l'EPP permettront aux parents d'expérimenter une relation de confiance. Ceci permettra dans un second temps au professionnel qui a mené l'entretien de faire des propositions ajustées aux besoins et dont les parents pourront plus facilement se saisir.

Les bénéfices et l'intérêt de l'EPP faisant consensus, nos recommandations reposeront donc sur des actions visant à favoriser l'accès à toutes les femmes à l'EPP par des professionnels formés et inscrits dans un réseau solidement ancré et pluridisciplinaire permettant la mise en place d'un accompagnement de qualité, coordonné et gradué en fonction des besoins des familles.

PROPOSITIONS

Faire une campagne d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et des futurs parents pour promouvoir l'entretien prénatal précoce (EPP), pour pallier le manque de connaissance de son déroulement et de ses objectifs, à la difficulté de le proposer aux futurs parents…

Définir les outils de dépistage (dépression, usage du tabac, alcool…) validés qui peuvent être utilisés dans l'EPP comme boîte de dialogue, généraliser leur usage et la formation par les réseaux périnataux.

Prévoir des temps de supervision pour les professionnels conduisant des EPP.

Garantir une homogénéité des pratiques par une formation encadrée des formateurs à l'EPP et l'accompagnement des équipes.

Évaluer le nombre de postes de sages-femmes nécessaires quel que soit le mode d'exercice (PMI-maternité) pour assurer le maintien des temps dédiés à l'EPP au sein des structures garantissant une plus large proposition.

Évaluer le nombre de postes nécessaires (mise en place de ratio) de psychologues et pédopsychiatres, psychiatres, assistantes sociales formés en périnatalité au sein des maternités pour permettre les orientations nécessaires et la mise en pratique concrète au plus près du terrain du travail en réseau transdisciplinaire dans les délais imposés par la grossesse.

Organiser le suivi d'aval qui réponde aux besoins de coordination des parents et des professionnels au plus près du terrain, afin de développer de manière homogène sur les territoires la culture du travail en réseau entre différents modes d'exercice et les acteurs des champs somatiques, social et psychique.

2. POUVOIR S'APPUYER SUR UN PROFESSIONNEL IDENTIFIÉ POUR UN ACCOMPAGNEMENT CONTINU DE LA GROSSESSE AU POST-PARTUM : LA CRÉATION D'UN RÉFÉRENT PARCOURS

Le suivi somatique de la grossesse fait aujourd'hui l'objet de recommandations professionnelles consensuelles bien définies en France, avec une prise en charge à partir de la déclaration de grossesse et jusqu'à la période du post-partum. Les patientes peuvent choisir le type de suivi qui leur convient et l'option la plus adaptée à leur propre cas, ou suivre les recommandations de leur généraliste, gynécologue-obstétricien ou sage-femme, selon l'existence ou non d'une pathologie, leur aspiration personnelle ou leur niveau d'anxiété.

Les divers modes de suivi et options possibles ont été décrits et évalués par les différents Plan Périnatalité et les Enquêtes Périnatales Françaises.[116] L'approche préventive des complications de la grossesse et des risques psychosociaux repose sur la création d'une relation de confiance des futurs parents avec les professionnels de santé. Or ceux-ci sont souvent nombreux et surtout multiples au cours du suivi, engendrant parfois la confusion et une perte de confiance. Il est donc nécessaire de coordonner les interventions sans les multiplier pour permettre une cohérence et une gradation des propositions, adaptées aux besoins et à la temporalité des parents.

Le référent parcours doit être identifié dès le début de la grossesse soit au sein d'une maternité lors de l'inscription, soit en ville au moment de la découverte de la grossesse.

Ce référent parcours s'inscrit dans le souci de continuité au centre du « parcours 1000 jours », En effet, la seule réalisation de l'EPP ne suffit pas. Il doit s'accompagner de la possibilité pour les parents de s'adresser au professionnel qu'ils ont choisi comme réfèrent, identifié dans le parcours 1000 jours, afin de poursuivre et de personnaliser l'accompagnement qui pourra constituer une ressource en cas de difficultés (dépressions prénatales) ou d'évènements nouveaux (séparations…). Il s'agit d'accompagner les parents dans les propositions qui leur auront été faites lors de l'EPP et de les réajuster si nécessaire pour répondre au mieux à leurs besoins en prolongeant l'écoute, la confiance et la personnalisation instaurée lors de l'EPP. Pouvant être contacté par les parents en cas de questions, le « référent parcours » constitue un interlocuteur à même de faire le lien entre les différents professionnels.

116 Blondel et al.,. *Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys.* J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2017. **46**: p. 701-713

Cela implique de la part du « référent parcours » d'être un point de contact personnalisé : il s'engage à travailler en continuité en ante et post-natal auprès des futurs parents en lien et en réseau avec les autres professionnels qui suivent la grossesse et avec les réseaux de périnatalité. Il s'assure que les futurs parents bénéficient d'un suivi médical et d'un parcours de préparation à la naissance et à la parentalité optimal, en accord avec les dernières recommandations professionnelles.

Cette fonction de référent parcours pourrait être préférentiellement occupée par les sages-femmes en ville, de PMI, à l'hôpital, ou un professionnel du soutien à la parentalité ayant déjà établi un lien de confiance avec les parents comme l'assistant du service social s'il s'agit de familles en situation de précarité. Ces référents parcours seront ainsi les acteurs principaux du parcours de grossesse, à la fois en anté et en post-partum. Ce référent parcours devrait être proposé et mis en place pour tous les parents, quelle que soit leur situation, et cet engagement du professionnel, reconnu et valorisé.

Pour les situations très complexes nécessitant un accompagnement encore davantage personnalisé, comme les patientes très vulnérables, présentant des troubles de santé mentale ou à risque psycho-émotionnel et/ou social, la place du référent parcours sera primordiale.

3. BÉNÉFICIER SYSTÉMATIQUEMENT D'UN ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE : DES VISITES À DOMICILE POUR UNE INTERVENTION INDIVIDUALISÉE ET GRADUÉE

La France a depuis longtemps une culture de l'intervention à domicile de professionnels de santé (médecin généraliste, puéricultrice de PMI, sage-femme, etc.) ou de travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs dans le cadre de mesures d'accompagnement, technicien d'intervention sociale et familiale). Nombre de familles bénéficient ainsi d'interventions de sage-femme à domicile via le programme de retour à domicile pour les sorties précoces de maternité (PRADO), les visites à domicile de PMI, les services de protection de l'enfance etc. Ces interventions se succèdent parfois sans réelle coordination voire même se superposent.

Construire un socle ambitieux de cette culture de la visite à domicile permet d'assurer les interventions individualisées favorables à la santé des mères, de l'enfant, du couple parental. Il est nécessaire donc d'intensifier et de coordonner avec l'ensemble des services concernés ces visites à domicile. Par exemple la psychiatrie publique ou pédopsychiatrie doit pouvoir aller à domicile, comme c'est inscrit dans des décrets concernant tant la psychiatrie de secteur adulte que la pédopsychiatrie.[117] Ces visites à domicile avec

117 Décret n° 63-146 du 18 février 1963 notamment.

leur spécificité répondent à une préoccupation d'être en situation de proximité vis-à-vis des familles. Dans cet objectif de prévention et de liens entre soins préventifs et soins curatifs, la PMI pourrait être l'institution de coordination de la ville de l'hôpital et de la psychiatrie/pédopsychiatrie.

PROPOSITIONS

Mettre en place des visites à domicile systématiques pour tous les enfants et parents en santé et postnatal.

Déployer des modèles d'intervention à domicile structurés, permettant une gradation et une coordination des différentes interventions (professionnels des maternités/PMI : puéricultrices, sages-femmes, psychologues…). Il faudra pour cela un état des lieux préalable du nombre de familles qui bénéficient de visites à domicile durant les 1000 jours ; une évaluation de l'intensité et des objectifs de ces interventions permettrait de mieux concevoir les différents modèles d'intervention.

Prévoir dans ce cadre le passage à domicile de professionnels formés à l'allaitement (dans le cas où la mère a fait le choix de l'allaitement une consultante en allaitement peut être sollicitée) et au développement de l'enfant (sages-femmes, puéricultrices) de façon prolongée jusque 1 mois après le retour à domicile.

Développer plus spécifiquement des équipes d'intervention à domicile spécialisées en santé mentale (voir infra partie III).

Créer une formation qualifiante du « visiteur de santé » sur le modèle de ce qui a été créé au Royaume-Uni, destinée aux sages-femmes, puéricultrices, médecins, éducateurs, assistantes sociales.

Valoriser et promouvoir l'entretien post-natal précoce par les sages-femmes aujourd'hui encore trop peu utilisé.[118] Il s'agirait de faire avec une proposition systématique entre J8, J15 et J30, avec la possibilité de la renouveler à 2 mois. La promotion de cet entretien post natal devrait s'inscrire en cohérence avec la systématisation des visites à domicile. En effet, la finalité de cet entretien post-natal précoce, qui interviendrait en miroir de l'entretien prénatal, devrait permettre, au-delà du suivi médical somatique de l'enfant et de la mère, de repérer les difficultés liées à la parentalité et à l'enfant si elles n'ont pas pu être repérées avant et d'identifier les manifestations des premiers troubles de dépressions post-natales, etc.

118 Au 1er janvier 2020 il était côté à 18,55 € (contre 42 € pour l'EPP).

4. UN ÉCHANGE RENOUVELÉ ET ÉLARGI LORS DES VISITES DE SANTÉ OBLIGATOIRES

Les examens obligatoires de l'enfant suivent un calendrier précis.[119] Il en existe 14 au cours des trois premières années, dont trois qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé (avant le 8ème jour, au cours du 9ème mois, et au cours du 24ème ou 25ème mois).

En s'appuyant sur un carnet de santé enrichi des nouvelles informations identifiées plus haut, les visites de santé obligatoires devraient conduire à aborder, dans le cadre d'un dialogue personnalisé, les questions autour :

- De la richesse des capacités cognitives des enfants ; ceci afin de repérer rapidement et systématiquement si un enfant présente des écarts inhabituels au développement ;
- De la relation parents-enfants : qualité du développement global, de l'attachement, relation favorisant l'éveil, le développement du langage (sourire, babillage, curiosité…) ;
- De l'exposition aux écrans, les professionnels devant poser la question de la façon dont sont gérés les écrans au sein du foyer. Ils doivent apporter des alternatives selon les modalités d'exposition du foyer en insistant sur l'importance du jeu/des interactions sociales ;
- De l'importance du jeu, du rapport à la nature, de l'éveil culturel et artistique, afin de sensibiliser et d'accompagner les parents sur les besoins culturels des jeunes enfants et sur l'importance des activités de jeu comme moyen d'échange avec l'enfant ; les médecins pourraient ainsi mieux orienter vers des structures mutualisées ou les acteurs culturels de proximité (voir partie I) ;
- De l'appétence relationnelle (cf. carnet de santé).

Un calendrier de rencontres multifamiliales obligatoires pourrait se calquer sur les visites pédiatriques obligatoires de l'enfant (M3, M9, M16-18, M24, M36). Elles devront permettre l'observation des enfants dans des situations écologiques avec d'autres enfants, mais également faciliter la transmission d'informations homogènes, positives et cohérentes sur l'accompagnement à la parentalité.

119 Un nouveau calendrier est entré en vigueur au 1er mars 2019 - décret du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire

Les visites de santé obligatoires s'effectuent chez le médecin généraliste le pédiatre, y compris en PMI. L'offre de soins pédiatriques est aujourd'hui insuffisante et hétérogène sur le territoire que ce soit en ville[120] ou à l'hôpital, très sollicité par les urgences pédiatriques.[121]

PROPOSITIONS

Renforcer et améliorer l'offre de soins pédiatriques sur le territoire, en ambulatoire et dans les centres hospitaliers en augmentant le nombre de pédiatres formés chaque année, en assurant la pérennité des équipes pédiatriques hospitalières et en promouvant les délégations de soins pédiatriques, sous responsabilité pédiatrique.

Définir des indicateurs permettant d'identifier la qualité du développement de l'enfant évalué par les réseaux de périnatalité pour favoriser une prise en charge précoce en cas de besoin (hors cas d'enfants prématurés pour lesquels les réseaux sont mieux structurés).

120 15 départements métropolitains n'ont ainsi aucun ou un seul pédiatre en exercice ambulatoire exclusif.

121 Les urgences pédiatriques représentent 27% des passages aux urgences, tous âges confondus, alors que les hospitalisations pour les moins de 18 ans représentent moins de 10% des patients hospitalisés (hors naissance ; Données issues du PMSI MCO 2018).

C) Un parcours permettant de limiter ou rompre l'isolement des parents et de prévenir l'épuisement parental[122]

1. ÊTRE INTÉGRÉ DANS DES GROUPES DE PARENTS DE PROXIMITÉ POUR FAVORISER LE PARTAGE D'EXPÉRIENCE ENTRE PAIRS ET L'ENTRAIDE

La grossesse et la naissance d'un enfant peuvent constituer un facteur d'isolement des parents alors même que ceux-ci, qui disposent de moins en moins de soutien familial de proximité, ont besoin de partager leur expérience ou leur vécu. La réduction de l'épuisement parental et la bonne santé physique et psychique tant de l'enfant que du parent passe par le partage de l'expérience, l'expression du vécu et le soutien émotionnel par les pairs, ainsi que par et l'échange d'informations et de savoirs pratiques issus de l'expérience.

Certains pays tels l'Australie[123] ont mis en place un dispositif dans lequel ce partage est intégré dans le parcours des parents avant même la naissance de leur enfant. Après la naissance, chaque couple ou parent est invité à rejoindre un groupe de 10 parents dont les bébés sont nés le même mois dans le quartier. La Finlande a aussi adopté la systématisation de groupes de parents réguliers. En Nouvelle Zélande et aux Etats-Unis, les groupes se réunissent autour de thématiques.

A l'image de ces expériences étrangères, il pourrait être proposé à tout parent de rejoindre un groupe se réunissant régulièrement. Cette organisation permettrait de favoriser le lien horizontal avec d'autres parents et ainsi de permettre à chacun de prendre confiance. Ces rencontres pourraient être régulières, pendant la première année, entre parents du même

122 Dans la partie C, une partie de la commission souhaite mettre davantage l'accent sur la notion de « compétences parentales ». Elle considère que les groupes de parents, les ressources spécifiques à la parentalité, les programmes d'accompagnement etc. auraient pour objectif de développer et de renforcer les « compétences parentales ».

123 En Australie, chaque parent prend connaissance des adresses de centres de ressources appelés « Cottages » avant la sortie maternité. Les rendez-vous ont lieu 2 fois/semaine à horaire régulier pendant un an. Le groupe est accueilli à chaque séance par un facilitateur, professionnel de l'enfance expérimenté qui invite, en fonction des besoins et demandes, des spécialistes (pédiatre, orthopédagogue, psychologue, kiné…)

quartier ayant eu un enfant à la même période, dans des lieux accessibles et si elle existe, au sein de la Maison des 1000 jours du quartier dans des lieux accessibles

Certaines séances seraient consacrées à des échanges libres entre parents, favorisant le partage de l'expérience et le soutien émotionnel par les pairs. D'autres pourraient être structurées autour de divers thèmes proposés par les parents lors de ces rencontres et/ou faisant partie d'un programme validé choisi par le réseau/la maison des 1000 jours. Ces groupes se verraient enrichis par les participants et dynamisés par les liens qu'ils construiront au fil de ces temps de rencontre. Partager sur son expérience de parent, recevoir du soutien et des informations, développer de nouvelles approches permet au parent de se sentir de plus en confiant dans son rôle de parent.

2. AVOIR À DISPOSITION DES RESSOURCES SUFFISANTES POUR ACCOMPAGNER TOUS LES PARENTS DANS LEURS BESOINS ET FAVORISER LEUR SENTIMENT DE COMPÉTENCE ET DE CONFIANCE

La mise à disposition de ressources spécifiques à la parentalité (et au « devenir parent ») est une reconnaissance de l'Etat des besoins de tout parent d'être accompagné s'il le souhaite dans son expérience de parent. Il est nécessaire que ces propositions soient harmonisées sur tout le territoire afin d'éviter des inégalités territoriales en termes de ressources.

En France il existe de nombreuses initiatives d'accompagnement à la parentalité qui méritent d'être répertoriées pour mettre en place ou consolider un réseau en tenant compte de la diversité des approches (soutien en lieu d'accueil, en ludothèque, en bibliothèque, autour de l'éveil artistique et culturel…). Cet état des lieux doit permettre d'identifier les manques et communiquer aux parents les ressources disponibles sur leur territoire et combler les carences de certaines régions. La pertinence des initiatives devrait être vérifiée au regard des recommandations faites par la commission des 1000 premiers jours de l'enfant, puis cette offre devrait être transmises aux parents afin qu'ils aient connaissance des ressources de leur territoire et qu'un réseau soit clairement identifié, impliquant des formations continues pour les professionnels en charge de cet accompagnement.

Il existe à l'étranger de nombreux programmes d'accompagnement et d'aide aux parents sous forme d'ateliers. Certains pays (Canada, Québec, Irlande, Angleterre, Suisse, Norvège…) ont mis en place un accès gratuit et universel à ce type de programme et à des ateliers portant sur des questions de parentalité. Ces programmes ont été évalués et ont montré leur efficacité lorsqu'ils permettaient un accompagnement des parents sur la durée, s'adressaient aux croyances et permettaient la réduction du

stress.[124] Il existe une variété de programmes, qui ont été conçus et adaptés aux contextes spécifiques de chaque pays.[125]

L'adoption de tels programmes en France, nécessairement adaptés au contexte du territoire, devrait aller de pair avec une évaluation rigoureuse des résultats à partir d'indicateurs de qualité, à l'image des premières évaluations menées par Santé Publique France sur le programme Strengthening Families Program.[126]

Les ressources à disposition des parents pourraient s'appuyer sur des supports variés tels que :

- des supports numériques par exemple un site où les parents trouveraient :
  - des informations scientifiques fiables sur le développement d'un enfant, sur ses besoins tant sur le plan affectif et cognitif (en lien avec Santé Publique France[127], et en cohérence avec le carnet de santé),
  - des vidéos pour illustrer et donner des idées d'activités,
  - des informations géo localisées sur des ateliers gratuits, variés proposant différentes approches aux parents sur les enjeux de la parentalité, respectant une charte qualité et des principes d'écoute, de prise en compte des références culturelles de la famille, et de soutien non normatif. Ces ateliers pourraient être proposés à tous les parents,
  - des informations géo localisées sur les ressources et les sites/musées/activités accueillant les jeunes enfants (label « bébé plus » par exemple, voir partie I.F.),
  - des réponses aux questions les plus fréquentes,
- une hotline (un numéro vert pour les parents ou toute personne en contact avec un enfant).

La mise à disposition de ces ressources devra aussi permettre de favoriser la transition avec l'école en proposant des temps d'échange et d'accompagnement pour les parents concernant les objectifs spécifiques des apprentissages scolaires formels et comment ils peuvent être coordonnés avec les apprentissages informels en famille et dans les lieux d'accueil petite enfance afin d'offrir une base favorable aux apprentissages scolaires.

124 Bråten, B., & Sønsterudbråten, S., *Parental guidance – is it effective? A status of knowledge.* 2016: Fafo 29 https://www.fafo.no/images/pub/2016/20591.pdf

125 Reedtz, C., Handegård, B. H. & Mørch, W.-T., *Promoting positive parenting practices in primary pare: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial.* Scandinavian Journal of Psychology, 2011. **52**(2): p.131.
Sherr, L., et al, *Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme.* European Journal of Developmental Psychology, 2014. **11**(1): p. 1–17.
Skar, A.-M. S., et al., *The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme.* European Journal of Developmental Psychology, 2015. **12**(1): p. 54–68.

126 Van Ryzin, M., et al., *Family-based Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination.* 2015: Psychology Press.

127 https://agir-pour-bebe.fr/

3. PRÊTER ATTENTION AUX SIGNES D'ÉPUISEMENT PARENTAL

Au-delà des temps d'échange et de partage proposés aux parents, une attention particulière doit être accordée au repérage des signes d'épuisement parental de la part des parents et des professionnels. En effet, l'épuisement parental a des effets importants sur la qualité de la relation à l'enfant et donc sur son développement. Il multiplie par dix les risques de négligence et de maltraitance.[128] Il s'agit donc de former les professionnels intervenant auprès des mères au repérage des signes d'épuisement et à des interventions permettant de diminuer le stress parental, notamment celui lié au perfectionnisme parental. Il convient ainsi d'être particulièrement attentif à la manière dont est proposé l'accompagnement des parents pour ne pas augmenter la pression que les parents ressentent déjà en raison des multiples responsabilités qui leur incombent.

Ce travail demande une présence rassurante qui prend en compte la situation de chaque parent sans l'aborder sur un mode trop technique au départ qui pourrait induire chez le parent qu'il n'a pas la bonne attitude ou les compétences requises. Les temps d'échange avec les parents peuvent être l'occasion de prendre conscience d'un possible allégement du stress et de la pression que provoque le perfectionnisme parental et entraîner une démarche personnelle en vue d'équilibrer au mieux la balance entre ressources et facteurs de stress.[129] Il est essentiel que le message repose sur la nécessité de ne pas rester seul en tant que parent face au stress parental, ou dans une situation d'épuisement, appelé « burnout parental ».[130]

Il est important que les professionnels soient formés à reconnaître le « burnout parental » afin d'offrir un soutien adapté à ces parents.[131]

128 Mikolajczak, M., Brianda, M., Avalosse, H., Roskam, I., *Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence.* Child Abuse Negl, 2018. **80**: p. 134 – 145.

129 Mikolajczak, M., & Roskam, I,. *A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources.* Frontiers in Psychology, 2018. **9**: pp. 886.

130 Roskam, I., Raes, M. E., & Mikolajczak, M. *Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory.* Frontiers in Psychology, 2017. **8**: pp. 163.

131 Brianda, M. E., Roskam, I., Gross, J. J., et al., *Treating Parental Burnout : Impact of Two Treatment Modalities on Burnout Symptoms, Emotions, Hair Cortisol, and Parental Neglect and Violence.* Psychother Psychosom, 2020. **10**; 1 -3.

D) La Maison des 1000 jours : carrefour de rencontres et lieu ressource

Parents et professionnels regrettent souvent le manque de lisibilité et de coordination de l'offre de soin. À cela s'ajoutent parfois des représentations tronquées de divers services tels que la PMI, la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Le risque est souvent que chaque institution fonctionne selon ses propres règles et contraintes, en silos, au détriment de la logique de réseau. Les parents eux-mêmes peuvent faire part de leurs difficultés à se repérer dans les diverses propositions, regretter des interventions trop cloisonnées (anté et post-natal, prévention ou soin, etc.) et se perdre, parfois, dans des messages contradictoires.

Les Maisons des 1000 jours pourraient incarner un espace identifié, une réponse globale et intégrée aux besoins des parents et des bébés et jeunes enfants, s'organisant autour des principes suivants: développement favorable et bien-être de tous les enfants, réduction des inégalités et valorisation de la mixité sociale, valorisation des ressources parentales, accompagnement de la loi contre les violences éducatives ordinaires.

Les Maisons des 1000 jours seraient ouvertes à tous, inconditionnellement. Elles s'adresseraient à tous les parents, leurs enfants, ainsi qu'à leur entourage (grands-parents, oncles, tantes, professionnels), soutenant l'idée d'un réseau relationnel ou d'une communauté autour de chaque enfant et de chaque famille.

Les Maisons des milles jours seraient des :

- **Lieux de culture ouverts à tous,** conviviaux et structurées autour d'espaces culturels (expositions, ludothèques, bibliothèques, manifestation culturelle) et autant que possible avec jardin.
- **Lieux d'information,** où les connaissances les plus récentes sur le développement de l'enfant seraient accessibles sur divers supports (panneaux à thèmes, courtes vidéos d'information partageables entre parents et professionnels) d'information ouvertes à tous.
- **Lieux pour vivre ensemble la parentalité, avec des ateliers thématiques sur les enjeux de la parentalité**. C'est dans cet espace que pourraient se réunir régulièrement les groupes de parents durant toute la première année de l'enfant. (Voir II.C)
- **Lieux pour se rencontrer et échanger**, avec ou sans enfant.

- **Lieux pour venir avec ses enfants, jouer avec eux,** et recevoir si besoin un soutien (atelier portage, massage, allaitement…), des réponses à ses questions d'éducation ou un véritable accompagnement.
- **Lieux d'accueil et d'orientation :** Chacune des maisons serait un véritable lieu d'accueil parent-enfant sans RDV, adossée à un service d'orientation vers le professionnel ou la structure du territoire appropriée.[132]
- **Lieux d'accueil de jeunes enfants**, susceptibles en sus d'accueillir ponctuellement un enfant quelques heures pour permettre à un parent de se rendre à un rendez-vous. En lien avec des structures susceptibles d'offrir des places d'urgence, ou de proposer des temps de répit aux parents.
- **Lieux de rencontres et de formation continue pour les professionnels de la petite enfance (**conférences, analyses de pratique, enseignement transversal pour les étudiants et stagiaires de différentes formations et professions).
- **Guichets uniques,** avec tous les services publics dédiés aux enfants et aux parents dans cette période des 1000 jours afin que se développe une culture de travail en réseau (CAF, centre d'information sur les droits des femmes – CIDF…).
- **Lieux ressources** : Coin bibliothèque, ludothèque, dépôt-échange d'objets de puériculture, de vêtements et de jouets.
- **Lieux de prévention et de soins :** permanence PMI et services de psychiatrie périnatale et de la petite enfance. Consultations médicales et paramédicales pluridisciplinaires adaptées à la petite enfance. La présence conjointe des professionnels dans la maison facilite le travail pluridisciplinaire, réunions autour de cas, supervisions.
- **Lieux de recherche** : **un lieu de recherche-action** où la collaboration des parents, des professionnels et des chercheurs permettrait de faire émerger et d'évaluer des projets et des dispositifs utiles aux familles (Voir partie V).
- certaines maisons pourraient être adossées à des centres experts ou des laboratoires de recherche. Le dispositif des Maisons de naissance devra être évalué, un lien avec la recherche parait donc essentiel.
- **Lieux en réseau avec la maternité, les structures de soin et de soutien à la parentalité du territoire ainsi qu'avec les écoles maternelles**, parce que la continuité éducative est essentielle.

132 Les maisons des 1000 jours concentrent des ressources graduées. On estime nécessaire de créer l'équivalent d'une maison pour 10 000 naissances. Ainsi organisées elles ne pourront couvrir tout le territoire. Les acteurs de ces maisons doivent donc connaitre l'ensemble des ressources de leur territoire pour orienter au mieux les familles.

Ces maisons doivent s'inscrire dans une politique publique respectant les principes **d'universalisme proportionné**. Ouvertes à tous, elles seraient aussi garantes d'une offre graduée permettant d'aller auprès des familles plus en difficulté pour faire part de leurs besoins. Les propositions **d'interventions à domicile** (sages-femmes, TISF, puéricultrices, professionnels de santé mentale le cas échéant) seraient coordonnées à partir de ces maisons.

Cette coordination pluri-institutionnelle devra être inscrite dans un cahier des charges précis.

Ces maisons ne seraient pas forcément créées ex nihilo mais pourraient ouvrir progressivement, s'appuyant sur des structures et initiatives existantes qui intègreraient peu à peu au réseau de nouveaux services et pourraient aussi travailler à une offre de proximité (antennes ou actions itinérantes peuvent être imaginées). La création d'une maison des 1000 jours devrait être le fruit d'une appropriation du projet par les acteurs de terrain, par les structures et initiatives déjà existantes sur un territoire.

III) Parcours 1000 jours : une réponse individualisée, adaptée aux fragilités et spécificités de l'enfant et de ses parents

Le parcours 1000 jours, avec son caractère continu et personnalisé, doit notamment permettre la détection de facteurs de vulnérabilités et de situations spécifiques nécessitant une prise en charge plus ciblée et graduée. Ces situations de vulnérabilités peuvent concerner les enfants eux-mêmes, qui requièrent une attention particulière, tout particulièrement les enfants prématurés (un peu moins de 10% des naissances) et ceux présentant des troubles du neuro-développement au sens large (approximativement 5-10% des enfants ont une anomalie de la trajectoire développementale avant 36 mois). Mais cette attention doit aussi se porter sur les parents dont la santé mentale est fragile et qui, en raison des bouleversements intenses que peuvent occasionner une grossesse ou une naissance, auront besoin de soins et accompagnements adaptés. La commission a également voulu aborder le cas des violences conjugales, des parents en situation de grande précarité, et de ceux en situation de handicap.

L'ambition est d'accentuer ou spécifier les moyens pour mieux répondre aux besoins des parents. Il existe des points communs aux différentes prises en charge que la commission appelle de ses vœux, malgré la grande diversité des cas traités. Il s'agit d'abord de mieux sensibiliser les professionnels et les futurs ou jeunes parents à certaines de ces différentes problématiques afin de permettre un meilleur repérage et un meilleur accompagnement. Des outils dédiés doivent ensuite être développés, et des équipes de soin - parfois mobiles – doivent être mises sur pied et/ou renforcées lorsqu'elles existent. Enfin, la coordination entre les nombreux acteurs et l'accent mis sur le soutien à la parentalité sont deux points cruciaux supplémentaires.

A) Mieux prendre en charge les enfants prématurés et soutenir leurs parents en les positionnant en tant que partenaires des soins

En France le taux de prématurité est passé de 5,9% des naissances en 1995 à 7,5% en 2016.[133] Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85% sont des enfants prématurés modérés (32-36 semaines d'aménorrhée - SA), 10% sont des enfants grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des enfants très grands prématurés, nés à moins de 28 SA. Le risque est multiplié par 7 en cas de grossesse gémellaire (Enquête Nationale Périnatale – ENP - 2016).[134] De nombreux facteurs de risque de la prématurité sont connus comme par exemple l'obésité, la pré-éclampsie, la consommation de tabac, un délai rapproché entre 2 grossesses, la grossesse multiple, les pathologies maternelles…

Ces enfants nés prématurément sont théoriquement suivis au sein de Réseaux de Suivi des Enfants Vulnérables (RESV). Il s'agit de centres régionaux d'aval, qui permettent le suivi jusqu'à l'âge de 7 ans.[135] L'objectif des RESV est de prévenir des risques encourus par les enfants nés prématurément à court, moyen et également à long terme (respiratoires, difficultés d'apprentissages, troubles du comportement). Les enfants nés entre 34 et 36 SA sont les plus nombreux, et bien que considérés comme des prématurés tardifs (« late-preterm » ou peu prématurés), ces enfants sont cependant à risque de développer des anomalies significatives de la trajectoire développementale telles que des difficultés neurosensorielles et des troubles des apprentissages qui sont malheureusement insuffisamment évalués et diagnostiquées.

133 Blondel B, et al., National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. *Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys.* J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017. **46**: p. 701-713

134 http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

135 Le maillage de ces réseaux de prise en charge de proximité est partiel sur le territoire (le recensement fait par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périntatalité fait état de 3 réseaux de suivi des enfants vulnérables indépendants des réseaux régionaux). Les réseaux régionaux eux-mêmes n'assurent pas tous cette mission de proximité.

Au-delà de possibles lésions cérébrales associées à la prématurité, le stress parental est un facteur de risque supplémentaire sur la qualité des interactions précoces et le devenir neuro-développemental de l'enfant. Il est maintenant bien démontré que les parents doivent être intégrés comme partenaires de soins : leur présence continue lors du séjour dans les unités de néonatalogie favorise le lien parent-enfant, soutient les compétences parentales, prépare le retour à domicile, et améliore le bon développement de l'enfant en réduisant la durée d'hospitalisation (en moyenne de 5,3 jours).

Fort de ce constat, et de l'importance particulière que revêtent la proximité physique, les interactions entre l'enfant prématuré et ses parents (voir aussi I.A.), la commission formule les recommandations suivantes.

1. INFORMER SPÉCIFIQUEMENT LES PARENTS ET LES PROFESSIONNELS

Les entretiens prénataux obstétrico-pédiatriques doivent être organisés pour informer au mieux et de façon cohérente les futurs parents. Doivent leur être expliqués : les bénéfices d'un partenariat parents /soignants, les bénéfices du contact peau à peau précoce et prolongé, du lait maternel pour l'enfant prématuré ou malade, la possibilité de nourrir son enfant avec son lait et les modalités pratiques de mise en route précoce et d'entretien de la lactation. Cette information doit être accessible dans le cadre des différents entretiens du parcours 1000 jours, à la Maison des 1000 jours, etc.

Les professionnels doivent être davantage informés sur les facteurs de risque de la prématurité afin d'orienter au mieux les femmes enceintes avec l'aide des réseaux périnataux et éviter des transferts in utero ou des naissances dans une maternité de type inadapté.

Les équipes de PMI doivent être davantage formées aux problématiques des enfants prématurés, y compris pour les enfants prématurés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.[136]

136 Les enfants nés « late-preterm » c'est-à-dire nés entre 34^{+0} et 36^{+6} semaines d'aménorrhée.

2. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS PRÉMATURÉS ET SOUTENIR LA CONTINUITÉ DES INTERACTIONS PRÉCOCES PARENTS-ENFANT

Un programme de soins de développement individualisés et de soins centrés sur la famille doit être mis en place avec une attention particulière aux interactions précoces. Un tel programme doit intégrer les régulations relationnelles, l'accordage affectif, l'expérience sensorielle, motrice, les rythmes veille-sommeil :

- Mettre l'accent sur le rapprochement/la proximité parents-enfant dès que possible et permettre la présence des parents 24H/24 ;
- Fournir aux parents et aux familles des installations pour permettent une intimité avec leur bébé (recommandations de la Société Française de Néonatologie) ;
- Respecter les recommandations sur l'environnement et la conception intérieure des chambres pour réduire les événements stressants de l'enfant prématuré ;
- Soutenir l'allaitement en cas de prématurité, ce qui nécessite l'implication, la collaboration et la formation de toutes les équipes. L'accompagnement augmente les chances d'allaitement à la sortie de néonatologie pour cette population vulnérable ;
- Favoriser le soutien postural des enfants très prématurés pour prévenir les complications orthopédiques et les troubles du développement neuromoteur. La méthode mère « kangourou » et le « peau à peau » sont à privilégier pour les nouveau-nés prématurés (voir partie I.A.3).

Afin notamment d'offrir les meilleures conditions de soin et d'accueil aux bébés et leurs parents, il conviendrait d'évaluer l'adéquation demande/offre pour les unités de néonatologie en tenant compte de la variabilité saisonnière de l'activité, et de la démographie médicale. En effet, il existe fréquemment un déficit de personnel dans ces unités dans les périodes de forte activité rendant moins opérante les stratégies d'accompagnement des parents et du bébé durant leur séjour dans les unités de néonatalogie.

3. POSITIONNER LES PARENTS AU CENTRE DU DISPOSITIF, ASSURER UNE COORDINATION, UN SUIVI ET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

PROPOSITIONS

Identifier de manière formelle un professionnel de santé référent (qui pourrait être un ou une sage-femme) pour accompagner la famille, assurer la coordination des professionnels, l'informer pendant toute la durée de l'hospitalisation et poursuivre le suivi en consultations (II.B.4). Cela faciliterait l'organisation du relai, si possible avant la sortie d'hospitalisation, avec le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), la PMI et le Centre médico-psychologique (CMP) en cas de situation à risque neuro-développemental.

Prévoir un soutien psychosocial aux parents et aux professionnels de la santé tout au long du parcours de soin.

Favoriser l'hospitalisation à domicile pour organiser plus précocement le retour au domicile dans des conditions sécurisantes pour les parents en permettant une forte connexion avec le service de néonatalogie.

Assurer sur tout le territoire un accès rapide aux CAMSP et, en cas de délai d'attente, prévoir la prise en charge des interventions en libéral des médecins, des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des psychologues. Cette prise en charge doit être mieux articulée avec les consultations hospitalières et les consultations de PMI, les pédiatres, et les médecins généralistes.

Prévoir le remboursement des soins de certains professionnels non conventionnés (orthophonie, psychomotricienne, psychologue), à l'instar de ce qui est fait dans les plateformes de coordination et d'orientation pour les anomalies de la trajectoire neuro-développementale (voir Stratégie nationale pour l'autisme 2018).[137]

Harmoniser les référentiels de suivi et l'organisation des parcours des nouveau-nés vulnérables par les RSEV (Réseau de suivi d'enfants vulnérables).

Assurer le maintien des moyens des RSEV, en dehors de ceux prévus pour les plateformes de coordination et d'orientation pour les anomalies de la trajectoire neuro-développementale.

137 https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

B) Favoriser le dépistage, l'accompagnement et l'inclusion des enfants montrant des anomalies de la trajectoire neuro-développementale durant leurs 1000 premiers jours

Les troubles du neuro-développement sont très fréquents et affectent près de 10% de la population générale.[138] Ces troubles représentent de ce fait environ 70 000 enfants par an. La sévérité de ces troubles est variable en termes de handicap, mais affecte considérablement le devenir individuel.

Ces troubles émergent pour la plupart à une phase très précoce du développement (avant 15 mois pour les déficiences et les troubles du spectre autistique). Cela impose une sensibilisation généralisée de l'ensemble des professionnels de la petite enfance intervenant auprès des enfants et des parents.[139]

1. REPÉRER PRÉCOCEMENT LES SIGNES DE DÉVELOPPEMENT ATYPIQUES CHEZ LES TRÈS JEUNES ENFANTS

Le repérage précoce des troubles du neuro-développement représente un enjeu de taille puisqu'il ouvre des perspectives de prise en charge à un âge où les processus de développement sont encore très plastiques.[140] L'enjeu principal d'un repérage puis d'un diagnostic précoce chez les jeunes enfants présentant des signes de développement atypiques est la possibilité de mettre en œuvre des interventions adaptées, globales, efficientes, personnalisées et coordonnées.

138 Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, *Developmental troubles among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990 – 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.* The Lancet, 2016. **6**(10): p. 1100 – 1121.

139 Ozonoff, S., *Early detection of mental health and neurodevelopmental disorders: the ethical challenges of a field in its infancy.* Journal of Child Pshychology and Psychiatry, 2015. **56**(9): p. 933 – 935.

140 Mottron et al, *Sex differences in brain plasticity: a new hypothesis for sex ratio bias in autism.* Mol Autism, 2015. **5**(6): pp. 33.

Or, il existe en France un fort retard à l'identification des anomalies de la trajectoire neuro-développementale alors même que les premiers symptômes autistiques sont identifiables vers l'âge de 15 mois en moyenne (rapport HAS 2018).[141] Le diagnostic de trouble du spectre autistique est quant à lui fiable vers l'âge de 24 mois. Cependant, le diagnostic moyen intervient, en France, vers l'âge de 6 ans. Un retard au diagnostic est semblable pour l'ensemble des autres troubles du neuro-développement.

PROPOSITIONS

Fournir les outils nécessaires à la sensibilisation des professionnels de la petite enfance, qui devront adresser l'enfant vers le médecin généraliste ou le pédiatre dès les premiers signaux d'alerte. Cela pourrait passer par intégrer l'utilisation du guide de repérage des écarts inhabituels au développement au sein du carnet de santé afin de permettre son utilisation par tous les professionnels de la petite enfance (voir partie II.A.4). Ce guide interviendrait en complémentarité des informations destinées au parent sur le développement de l'enfant.

Développer des équipes mobiles multidisciplinaires (médecin, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, infirmière puéricultrice, éducateur petite enfance) permettant de sensibiliser des professionnels de la petite enfance. Ces équipes mobiles permettront également d'aider au repérage des anomalies du neuro-développement.

141 *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.* HAS, 2018

2. ACCOMPAGNER PAR DES INTERVENTIONS PRÉCOCES, INTENSIVES ET STRUCTURÉES AFIN DE MINIMISER LES TROUBLES, DE RÉDUIRE LES SUR-HANDICAPS ET DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

En accompagnant et en intervenant précocement auprès du jeune enfant, les chances de modifier favorablement sa trajectoire développementale sont importantes.[142] Les enfants qui bénéficient de telles interventions améliorent leurs compétences cognitives, émotionnelles et sociales. Les études de suivi des enfants pris en charge précocement et de manière intensive ont en effet montré une accélération significative du rythme de développement, avec des gains substantiels en termes de performance intellectuelle et de compétences langagières et sociales. Ces résultats nécessitent une prise en charge intensive, engagée sur le long terme (dans la plupart des cas en un ou deux ans), mais qui assurera des bénéfices pérennes.[143]

Toutefois, des interventions inadaptées persistent. Comme le recommande la HAS dans le rapport de 2018 précité, les interventions doivent être précoces, comportementales, développementales, et écologiques. Elles doivent être mises en place au regard des difficultés spécifiques de l'enfant en développement, individualisées en fonction de leur profil, viser à améliorer la trajectoire développementale et à faire régresser les difficultés développementales. Les interventions doivent être mises en œuvre dans les milieux de vie de l'enfant : crèche, école, domicile. Enfin, les parents doivent être inclus dans la prise en charge de leur enfant.

142 Pickles, A., et al., *Parent-mediated social communication therapy for young children with autism: long-term follow-up of a randomized controlled trial.* The Lancet, 2016. **388**(10059): p. 2501 – 2509.

143 Carruthers S, Pickles A, Slonims V, Howlin P, Charman T., *Beyond intervention into daily life: A systematic review of generalisation following social communication interventions for young children with autism.* Autism Res. 2020. **13**(2) : p. 506 – 522.

PROPOSITIONS

Proposer aux parents et professionnels des modèles d'accompagnement qui contribuent à la prévention des risques de l'émergence ou de l'acutisation de troubles neuro-développementaux, même à des stades infra-cliniques. Suivre les recommandations d'organisations ou d'institutions expertes (Organisation Mondiale de la Santé, National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni) en utilisant des méthodes validées scientifiquement.

Positionner les équipes mobiles de sensibilisation et de repérage dans les premières mesures d'accompagnement du jeune enfant (avec la participation des parents).

Proposer des modèles d'interventions spécifiques pour les enfants ayant des anomalies développementales précoces. Ces interventions auprès des enfants devront être étroitement liées à des dispositifs mettant en œuvre des méthodes validées scientifiquement.[144] Elles devront aider les parents à adapter leur style de communication à leur enfant, avec une sensibilité et une réactivité accrue, en permettant un accompagnement à la parentalité renforcé.

Généraliser des dispositifs du type "plateformes de coordination et d'orientation", en cours de mise en place.[145] Ces plateformes pourront être saisies par le médecin de première ligne (pédiatre ou généraliste), consulté suite à la détection par les parents de signes d'alertes. Les médecins référents des plateformes vont demander aux acteurs identifiées et compétents en matière de trouble du neuro-développement (de première ligne) de faire un bilan et des évaluations pour infirmer ou confirmer ces troubles, et les orienter au mieux dans le système de soins et de prise en charge. Les plateformes proposent une intervention coordonnée de l'ensemble des professionnels ; l'ensemble des bilans et interventions sont pris en charge par l'assurance maladie pour la première année d'intervention.

144 Sigafoos, J., Waddington, H., *6 year follow-up supports early autism intervention.* The Lancet, 2016. **388**(10059) : p. 2454 – 2455.

145 Voir la stratégie autisme et neuro développement ; https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-autisme-et-neuro-developpement
Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

3. INCLURE : FAVORISER L'INCLUSION DES ENFANTS AYANT UN TROUBLE PRÉCOCE DE LA TRAJECTOIRE NEURO-DÉVELOPPEMENTALE

Une société plus inclusive est une nécessité à tous les âges de la vie. L'exclusion (sous toutes ses formes) liée aux anomalies précoces du développement de l'enfant est une préoccupation première des familles. Les troubles du neuro-développement s'atténuent sensiblement en maximisant les échanges entre les enfants au stade précoce de leur développement socio-communicationnel et affectif (Gale et al 2019). En outre, l'accueil de l'enfant et de ses parents en milieu collectif est un enjeu majeur de l'inclusion des enfants atteints de troubles du neuro-développement, car l'absence de stratégies inclusives aux âges précoces du développement favorise la survenue rapide d'un « sur-handicap », en précarisant et en excluant socialement les familles de ces enfants.[146]

PROPOSITIONS

Intensifier les mesures permettant à ce que les parents puissent avoir un accès privilégié aux différents dispositifs (allocations spécifiques d'accompagnement pour éviter la précarisation des familles, crèches, haltes garderies) pour favoriser l'intégration sociale précoce. Il s'agit de généraliser les places permettant l'accueil des enfants ayant des anomalies précoces du développement au sein des crèches, en développant l'initiative récente du « bonus handicap ».

Dans le cas de situations complexes identifiées lors des rencontres multifamiliales par exemple, (cf. partie II), proposer aux parents un accompagnement intensifié et sur un temps long au sein de la maison des 1000 jours.

Former les professionnels qui accueillent les enfants.

146 Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG, *The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders.* Psychol Med. 2015. **45**(3): p. 601-13.

C) Mieux identifier et prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques sévères des parents

1. AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC DES DÉPRESSIONS PÉRINATALES

Comme nous l'avons évoqué (I.C.), les dépressions périnatales (maternelles et paternelles) sont répandues (10 à 15% de la population générale) et sous-diagnostiquées.[147]

Seules 40 à 50% des dépressions seraient ainsi diagnostiquées[148] alors que les femmes sont en contact régulier avec divers professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices de PMI). En France, l'enquête ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) a permis de montrer que seules 27,4% des patientes déclarant des difficultés psychologiques durant la grossesse ont eu une consultation auprès d'un professionnel de la santé (médecin généraliste ou psy) pour ce motif, 10,8% ont eu un traitement psychotrope et 4% ont pris des psychotropes sans suivi spécialisé.[149]

147 Tebeka, S., Dubertret, C., *Postpartum depression.* La Revue Du Praticien, 2016. **66**(2): p. 211-15.
Bauman BL, Ko JY, Cox S, et al. *Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression — United States, 2018.* MMWR Morb Mortal Wkly, 2020. **69**: 575–581.
Goldstein Z, Rosen B, Howlett A, Anderson M, Herman D., *Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review.* J Affect Disord. 2020. **265**: 505-510.

148 Gavin et al., 2005.; Gaillard et al., 2014.

149 M.Bales, E.Pambrun, M.Melchior, N.M.-C.Glangeaud-Freudenthal, M.-A.Charles, H.Verdoux, A.-L.Sutter-Dallay, *Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort.* European Psychiatry, 2015. **30**(2): p. 322-328.

Le diagnostic clinique est encore trop rare, alors qu'il existe des outils de dépistage d'utilisation simple, validés en France et qui peuvent aider les cliniciens de première ligne. Ainsi, l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), un outil de dépistage validé, est un auto-questionnaire (10 questions) d'utilisation simple qui s'est avéré sensible et spécifique en postnatal comme en prénatal.[150]

Les dépressions périnatales, du fait de leur sous-diagnostic, sont trop peu voire mal soignées .[151] 24% des femmes déprimées accèderaient à un traitement quel qu'il soit et 10% de ces mêmes femmes bénéficieraient du traitement le plus adéquat aux symptômes présentés.[152] Il existe des traitements efficaces (psychothérapies ou psychotropes) facilement accessibles si ces troubles sont repérés.

Il est évident que l'offre thérapeutique de ces dépressions doit être graduée et que toutes les femmes ne devront pas recourir à des services spécialisés en psychiatrie périnatale.[153]. Ainsi, les dispositifs de suivi et de prévention usuels (préparation à la naissance et à la parentalité menée par les sages-femmes, consultations ponctuelles des sages-femmes, obstétriciens, généralistes et pédiatres, suivi en PMI et visites à domicile de puéricultrices, dispositifs de renforcement des compétences parentales) suffisent à soulager la plupart des formes légères à modérées si elles sont repérées.

Cependant, certaines mères auront besoin pour elles comme dans la construction de la relation à leur enfant de soins spécialisés dont la facilité d'accès est inégale selon les territoires (centre de soins mère/enfant, psychiatrie générale, psychothérapie voire prescription de psychotropes et hospitalisation). Il apparaît que trop peu y accèdent à ce jour.

Il s'agit donc d'améliorer le dépistage et la prise en charge des dépressions périnatales au sein du parcours 1000 jours.

150 Adouard F Glangeaud-Freudenthal, NMC, Golse, B., *Validation of the Edinburgh post-natal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France.* Archives of Women's Mental Health. 2005. **8**: p. 89–95.
Guedeney N., Fermanian, J., *Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties.* European Psychiatry, 1998.**13**: 83-89.

151 Voir Alain Grégoire sur la santé mentale périnatale au Royaume-Uni : https://arip.fr/wp-content/uploads/Diaporama-A-Gr%C3%A9goire-PARIS17.pdf.

152 Gavin et al. 2005.

153 Austin, M-P., *Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women.* Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2014. **28**(1): p. 179-187.
La commission a pu s'appuyer sur les travaux de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale, qui rassemble autour d'associations d'usager-e-s, les sociétés savantes de la gynécologie-obstétrique, de la pédiatrie, de la puériculture, des psychologues et des psychiatres de la périnatalité… et les fédérations de professionnels de l'aide à domicile (TISF).

PROPOSITIONS

Enseignement et sensibilisation de tous les professionnels impliqués dès la formation initiale :

- formation transdisciplinaire (pédiatres, généralistes, sages-femmes, obstétriciens, infirmières-puéricultrices, psychiatres, psychologues) sur la dépression périnatale,
- sensibilisation particulière des généralistes,
- sensibilisation des sages-femmes au dépistage précoce dès le début de la grossesse.

Diffusion d'outils de dépistage validés pouvant être utilisés par les différents professionnels en contact avec les parents.

Les professionnels capables de prendre en charge ces pathologies doivent être en nombre suffisant dans les maternités mais également dans les PMI et les services de soin (psychiatrie périnatale).

S'appuyer sur le «référent parcours» pour améliorer le dépistage de la dépression périnatale, avec un suivi postnatal, notamment lors de l'entretien postnatal précoce.

Des préconisations supplémentaires, pertinentes également pour la prise en charge des troubles psychiques sévères, sont évoquées ci-dessous (III.C.3).

2. METTRE L'ACCENT SUR UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE CENTRÉ SUR LES ENJEUX DE LA PARENTALITÉ POUR LES PARENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Au-delà de la seule problématique des dépressions périnatales, il paraît nécessaire de mieux organiser le parcours de soin des femmes enceintes et plus globalement des futurs parents présentant des troubles psychiatriques car, à ce jour, faute d'une information claire et de filières suffisamment structurées, ces personnes sont souvent moins bien accompagnées que le reste de la population.

Les grossesses chez les femmes présentant un trouble psychiatrique sont ainsi souvent caractérisées par un suivi médical inadapté ou insuffisant, un isolement social et affectif, un arrêt des soins psychiatriques, un risque accru de conduites à risques (alcool, nicotine, cannabis ou autres drogues consommées avec moins de prévalence). Ces grossesses sont aussi à haut risque de complications obstétricales, d'accouchements prématurés et de

décompensations aigue de leur trouble.[154] Ainsi, le risque de rechute au cours de la grossesse ou en post-partum parmi les femmes ayant une maladie psychiatrique et qui ne bénéficient pas d'un suivi adapté est très élevé : 68% pour celles avec un trouble dépressif majeur, 85% dans le cadre d'un trouble bipolaire, et 50% pour les personnes atteintes de schizophrénie.[155] Les séparations mère-enfant sont la première conséquence préjudiciable de ces rechutes.[156] Ainsi, 50% des femmes atteintes de schizophrénie perdraient la garde de leur enfant de façon temporaire ou définitive, notamment si elles sont isolées ou avec des difficultés sociales associées, d'après une étude menée en Ontario.[157] Les enfants, quant à eux, ont plus de risques de complications néonatales, de troubles du développement et des troubles psychiques ultérieurs. Enfin, la mortalité par suicide est reconnue comme la première cause de mortalité périnatale dans l'année qui suit un accouchement. [158]

Dans ce contexte, parents et enfants ont besoin d'un accompagnement spécifique centré sur les enjeux de la parentalité : c'est un accompagnement dont ils ne bénéficient que très rarement.[159]

Actuellement, plusieurs obstacles dont nous avons fait le constat ont un effet encore plus problématique pour les parents et femmes souffrant de troubles psychiatriques : des séjours à la maternité brefs, un manque d'articulation entre les périodes pré et postnatales, des professionnels de santé mentale parfois insuffisamment coordonnés. Des structures de suivi et d'accueil spécialisées existent (hospitalisation mère-enfant, unités de soins ambulatoire et consultations spécialisées). Mais leurs fonctionnements sont difficilement comparables, elles ne répondent pas aux mêmes appellations, sont très inégalement réparties sur le territoire, ont des sources de financement hétérogènes, et l'offre globale est très inférieure aux besoins. Sur la base du rapport Bauer de 2014[160], qui a conduit le gouvernement

154 Kaltman SI, Brown C, Bellack AS, *Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia.* Psychiatr Serv. 2003. **54**(4): p. 523-8.

155 Chisolm, M.S., Payne, J.L., *Management of psychotropic drugs during pregnancy.* British Medical Journal, 2015. **352**: h5918

156 Cès A, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-Dallay AL, Gressier F., *Pregnancy in women with psychotic disorders: risk factors associated with mother-baby separation.* Arch Womens Ment Health. 2018. **21**(6): p. 699 706.
Glangeaud-Freudenthal N. M.-C, et al., *Predictors of infant foster care in cases of maternal psychiatric disorders.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2013. **48**(4): p. 553-561.

157 Vigod S et al., *Factors associated with postpartum psychiatric admission in a population-based cohort of women with schizophrenia.* Acta Psychiatr Scand, 2016. **134**: p. 305–313
Mason C., Subedi, S., Davis, R., Clients With Mental Illness and Their Children: Implications for Clinical Practice. Issues Ment Health Nurs, 2007. 28 (10): p. 1105-1123

158 Johannsen BMW, Larsen JT, Laursen TM, et al., *All-cause mortality in women with severe postpartum psychiatric disorders.* Am J Psychiatry, 2016. **173**: p. 635–642

159 Seeman, MV, *Clinical interventions for women with schizophrenia pregnancy.* Acta Psychi Scand 2013. **127**: p. 12-22
Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R., *Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies.* Schizophr Bull, 2014. **40**: p. 28-38.

160 Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B, *The Costs of Perinatal Mental Health Problems.* London School of Economics and Centre for Mental Health, 2014. http://eprints.lse.ac.uk/59885/

britannique à un investissement social de plusieurs dizaines de millions de livres pour la santé mentale et la psychiatrie périnatales, les économies potentielles à l'échelle de tous les territoires ont été calculées pour la France. Ces efforts sont protecteurs de la santé psychique et globale non seulement des mères mais aussi des enfants et des adultes que ces bébés deviendront.

PROPOSITIONS

Offrir un accompagnement spécifique centré sur les enjeux de la parentalité : démarrer l'accompagnement spécifique des futurs parents ayant un trouble psychiatrique autant que possible en pré-conceptionel, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse, et le poursuivre dans les premières années de la vie, en lien notamment avec la mise en place du référent parcours.

Proposer une consultation pré-conceptionnelle et/ou prénatale spécifique à tous les futurs parents ayant un trouble psychiatrique afin d'organiser au mieux le suivi. Choisir les traitements les plus appropriés et sécuriser le parcours de grossesse (orientation vers une maternité adaptée, suivi psychiatrique et/ou addictologique ad hoc, consultation pédiatrique anténatale, suivi pédopsychiatrique débuté en anténatal).

Créer un forfait hospitalisation de 10 jours pour les mères présentant des troubles psychiatriques afin de préparer au mieux le suivi ultérieur (rencontrer l'autre parent, faire le point sur le soutien social et les dispositifs de soin nécessaires). En l'absence de place dans des structures comme les Unités Mère-Bébé (UMB), un tel forfait serait très utile dans la gestion des situations de fragilité les moins sévères ne nécessitant pas forcément une hospitalisation en UMB.

Mettre en adéquation le nombre de psychologues et de psychiatres dans les maternités en fonction du nombre de naissances et du type de maternité (I à III, unité de grossesse à risque et de diagnostic prénatal) : au moins un psychologue à temps plein formé à la santé mentale et à la psychiatrie générale pour mille naissances, et au moins un psychiatre ou pédopsychiatre à temps plein pour 3000 naissances.

Faire en sorte que les professionnels de santé mentale (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) exerçant en maternité exercent aussi, au moins une demi-journée, dans les services pourvoyeurs de l'offre de soin (service de psychiatrie, de pédopsychiatrie ou de psychiatrie périnatale, addictologie).

3. RENFORCER L'ORGANISATION DES SOINS PERMETTANT DE PRENDRE EN CHARGE LES DÉPRESSIONS PÉRINATALES ET LES TROUBLES PSYCHIQUES PLUS SÉVÈRES DES JEUNES PARENTS

La commission souhaite également formuler des recommandations qui doivent permettre d'améliorer la prise en charge tant des dépressions périnatales que des troubles psychiques plus sévères.

PROPOSITIONS

Création et renforcement d'équipes spécialisées en psychiatrie périnatale (au moins une équipe /15000 naissances) coordonnées avec les maternités associant : consultations pluridisciplinaires ante- et post-natale, équipe mobile allant à la rencontre des familles, équipe de liaison en maternité, idéalement une offre de soin institutionnelle (hôpital de jour ou unité d'hospitalisation bébé-parent).

Adossées à cette offre de soins diversifiés, la création de centres de ressources départementaux en psychiatrie périnatale pour les équipes de première et deuxième ligne : consultation pré-conceptionnelle et/ou prénatale proposée à tous les futurs parents ayant un trouble psychiatrique afin d'organiser au mieux le suivi.[161]

L'« Institut 1000 jours » proposé dans la partie V devra avoir comme axe majeur d'intérêt la question de la santé mentale des parents durant la période périnatale. Ainsi, des enveloppes de recherche spécifiquement dédiées aux troubles psychiatriques et aux conséquences pour la famille seraient nécessaires.

161 Pour le suivi, il s'agira de choisir de manière éclairée les traitements les plus appropriés mais aussi sécuriser ce parcours de grossesse (orientation vers une maternité adaptée, suivi psychiatrique ad hoc, consultation pédiatrique anténatale, suivi pédopsychiatrique débuté en anténatal); ils seront adossés à une offre de soin diversifiée (voir proposition ci-dessus).

D) Mieux repérer les situations de violences conjugales afin de mieux protéger puis prendre en charge les femmes et enfants victimes

Nous avons vu, en première partie, les multiples canaux par lesquels la violence conjugale a des effets particulièrement néfastes non seulement sur la personne directement victime, qui est quasi-exclusivement la mère, mais aussi sur l'enfant témoin des violences (I.D.).

Pour rappel**,** « le fait d'avoir une figure d'attachement, de bien-être et de protection violentée par une autre figure censée être elle aussi une figure de protection, est parmi les situations les plus traumatisantes pour un enfant. Pour les violences conjugales, on constate que 60% des enfants présentent des troubles de stress post-traumatiques. C'est 10 à 17 fois plus de troubles comportementaux et anxio-dépressifs que pour la population enfantine en général.[162]

Or, de nombreuses études révèlent que les professionnels de santé repèrent encore insuffisamment les femmes victimes de violences (ainsi que les femmes et les hommes ayant des antécédents de violences subies). De ce fait, ils ne les accompagnent pas comme elles devraient l'être. Parallèlement, les victimes de violences génèrent souvent auprès des soignants des sentiments de rejet, d'agacement et d'incompréhension. Pourtant, ces femmes aspirent à pouvoir parler en confiance à leur médecin et sage-femme des violences qu'elles subissent.

Cependant, le repérage en consultation médicale est possible et fructueux. Des questions simples permettent de mettre à jour des violences subies et de faire le lien avec les tableaux cliniques, conséquences du psycho-traumatisme résultant de l'agression ayant pu avoir lieu parfois de nombreuses années auparavant.

162 Jaffe PG, et al. Children of Battered Women. 1990: Sage.

Au cours de ces dix dernières années, des études ont été menées sur le repérage, à partir de questions simples. On en déduit que les femmes interrogées ont subies au cours de leur vie des violences verbales ou psychologiques dans 49 à 71 % des cas, des violences physiques dans 31 à 57% des cas, et des violences sexuelles dans 17,8 à 34% des cas.[163]

Ces questions, formulées simplement par le praticien, permettent, grâce à la libération de la parole qu'elles suscitent chez la mère, de mieux comprendre de nombreuses situations.

De tels échanges doivent aussi permettre de parler du retentissement sur les enfants et les conséquences potentielles sur eux. Ainsi les conséquences physiques et psychiques des violences subies par les femmes et leurs enfants deviennent une réalité pour le praticien et peuvent enfin être prises en charge. Le médecin s'emploie ainsi à évaluer les risques pour la femme et ses enfants. Il s'assure qu'elle a des recours en cas d'urgence et l'oriente éventuellement vers un psychiatre ou un psychologue spécialisé en psycho-traumatologie.

Dans le cadre du parcours 1000 jours, et forts du constat que la sécurité des enfants est indissociable de celle des mères, la commission a souhaité formuler certaines propositions afin d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales (parents et enfants).

163 Lazimi G, *Permettre de parler,* Pratiques, 2016. **75**: p. 36 – 38.
Duguet A, Lazimi G, et al., *Les violences sexuelles, autres violences faites aux femmes.* Médecine, 2014. **10**(6) : p. 262 – 268.

PROPOSITIONS

Repérer et questionner systématiquement sur les violences pendant les entretiens fondamentaux du parcours 1000 jours (notamment EPP), afin d'aider et de protéger les femmes victimes de violences et leurs enfants.

Dans cette optique, améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes) au repérage des femmes enceintes victimes de violences.

Mieux protéger et assurer la sécurisation de la mère et du bébé et du jeune enfant :

- Étendre une disposition récente (adoptée par le Parlement le 28 décembre 2019) qui prévoit que les juges peuvent suspendre ou ôter définitivement l'exercice de l'autorité parentale selon le degré des violences du conjoint, afin d'activer la suspension dès le temps de l'instruction. Cela doit permettre la sécurisation et le suivi médical et psychologique des femmes et enfants victimes de violences, sans l'autorisation du conjoint.

- Au moindre doute, hospitaliser la mère et le nourrisson pour la soustraire aux violences qu'ils subissent, avec une codification spécifique pour les unités qui les accueillent.

- Mettre en place des mesures effectives de protection et d'hébergement.

- Mettre en place un lieu unique pour accueillir les femmes victimes de violences conjugales qui auraient accès aux professionnels dédiés.

- Développer les consultations de soins psycho-traumatiques gratuites.[164]

- Prévoir une aide spécifique à la parentalité à destination des femmes victimes de violence, dans la continuité des nouvelles mesures contre les violences faites aux femmes annoncées le 25 novembre 2019.

164 Dans la continuité de l'appel à projet du ministère de la Santé lancé en 2018.

E) Apporter un soutien adapté aux parents en situation de handicap

Les situations de handicap peuvent être de naissance ou acquises au cours de la vie et ont non seulement un impact physique mais aussi un retentissement psychique qui peut se majorer au moment du désir d'enfant et/ou de l'accès à la parentalité. Cette situation de handicap touche souvent un seul des parents avec un coparent valide, mais parfois, elle concerne les deux parents, multipliant encore les difficultés. La parentalité en situation de handicap présente donc une vulnérabilité très spécifique, qui nécessite un accompagnement, une prise en charge et des moyens qui tiennent compte de cette singularité. Plus que pour d'autres, il est important d'anticiper toutes les dimensions de la parentalité, notamment lorsqu'il s'agit du premier enfant. Chaque situation est particulière et doit être accompagnée au cas par cas dans le cadre du parcours 1000 jours, afin de changer aussi bien la prise en charge que les regards de la société.

PROPOSITIONS

- Démarrer l'accompagnement spécifique des futurs parents en situation de handicap autant que possible en pré-conceptionel, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse, et le poursuivre dans les premières années de la vie, en lien notamment avec la mise en place du référent parcours.

- Former spécifiquement tous les professionnels de la périnatalité à accompagner cette parentalité parfois singulière qui peut « inquiéter » les professionnels.

- Prévoir un temps de consultation prénatal valorisé avec les futurs parents en situation de handicap.

- Mettre à disposition des moyens plus importants en personnel durant l'hospitalisation si nécessaire.[165]

- Veiller à ce que la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité apporte une réponse adaptée aux besoins spécifiques de cette période et permette aux parents en situation de handicap d'accéder à la parentalité dans de bonnes conditions.

165 À titre d'exemple, une personne malentendante nécessite idéalement la présence d'une personne maitrisant le langage des signes ou une personne hémiplégique nécessitera au-delà d'une chambre adaptée du personnel pour la mobiliser.

F) Situation des familles en grande précarité

Les femmes enceintes ou avec un nouveau-né, sans-domicile ou en situation de précarité, présentent un risque périnatal physique et psychique élevé. Ce risque vaut pour la mère et le coparent comme pour l'enfant (pas de couches, pas de vêtements propres, pas de protection contre le chaud ou le froid, peu de solution pour manger et se reposer, pour allaiter, pour prendre soin du bébé et de soi). Il peut en résulter un stress démultiplié avec des conséquences sur la construction neuro-développementale, émotionnelle, affective, cognitive, et relationnelle du bébé.

La commission s'est penchée en particulier sur le cas des futures et jeunes mères sans-domiciles. Le Ministère de la ville et du logement finance 146 000 places pour les sans-domiciles, et a annoncé fin octobre 2019, 14 000 places supplémentaires pour l'hiver 2019/2020. Cela semble malheureusement insuffisant. Le 20 novembre dernier, le manifeste du Samu social rappelait que 700 enfants dorment dans la rue chaque soir à Paris, dont 160 en Seine-Saint-Denis. 100 femmes avec un nouveau-né ne trouvaient pas de solution d'hébergement à Paris fin 2019.[166]

L'étude ENFAMS (Enfants et familles sans logement en Ile-de-France), menée par l'Observatoire du Samu social de Paris en 2014, a montré que plus de 90% de familles hébergées se trouvaient sous le seuil de pauvreté, pour certaines sans aucun revenu de subsistance, dont près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 en insécurité alimentaire.[167]

Faute de solution d'hébergement, des maternités sont contraintes soit de prolonger les hospitalisations après un accouchement pendant plusieurs semaines, soit d'accueillir au rez-de-chaussée de leur service des femmes avec leurs nourrissons. La commission des 1000 jours a été interpellée de cette situation par les associations, la presse et la société civile.[168]

166 https://www.samusocial.paris/journee-internationale-des-droits-de-lenfant-en-france-des-milliers-denfants-la-rue-ou-dans-des

167 https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

168 La tribune « Libres et inégaux : naître sans toit en France en 2019 », lancée par 125 médecins avec 21 associations dont 15 nationales, a été signée à ce jour par 18000 personnes.

Plusieurs mesures sont nécessaires pour améliorer ces situations inacceptables.

- Nommer un comité de pilotage soutenu par un comité d'experts afin de faire un état des lieux de cette situation.

- Soutenir les efforts inscrits dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté par la création de nouvelles places d'hébergements familles : ouvrir les locaux vacants en les aménageant en lien avec le déploiement d'un référentiel sur l'hébergement des familles avec enfants.

- Favoriser l'accès à l'éveil artistique et culturel pour les enfants en situation de précarité.

- Créer des équipes mobiles dans le champ périnatal en lien avec des centres d'urgence et créer des passerelles pour un hébergement pérenne pour ces femmes et ces nourrissons.

- Favoriser l'accès à un accompagnement et des soins gynécologiques.

- Donner plus de moyens financiers aux associations compétentes pour leur confier un travail d'accueil, d'accompagnement, et d'hébergement de ces femmes enceintes et venant d'accoucher.

IV) Les congés de naissance et les structures d'accueil : donner le temps et les espaces adaptés aux familles et à leurs jeunes enfants

Les recherches, nous l'avons vu, ont mis en évidence la façon dont les axes du développement cognitif, langagier, corporel, affectif, social, émotionnel et relationnel interagissent ensemble. Elles ne doivent pas simplement se traduire dans un nouveau discours de santé publique et un nouveau parcours pour les parents. Elles invitent également à repenser deux pans essentiels de la petite enfance sur lesquels la lettre de mission a insisté :

- Les congés de naissance. Le sujet renvoie à la question du temps que la société accorde aux parents ; il touche aussi bien à la durée des congés qu'à la manière dont les parents en font l'expérience et peuvent être soutenus pour les mettre au mieux à profit ;
- Le système d'accueil. Le sujet renvoie à la qualité de l'accueil disponible pour les très jeunes enfants et est étroitement lié à celui des congés.

A) Donner le temps nécessaire aux parents en repensant les congés de naissance (congé maternité, congé paternité, congé parental)

Il est fondamental pour notre société de repenser les congés de naissance et parentaux afin qu'ils soient en phase avec les besoins des bébés et de leurs parents. Cette question est en outre à la confluence de nombreuses problématiques et touche tant à l'emploi (évolution de carrière, éloignement du marché du travail) qu'à la place des pères ou du second parent et l'égalité dans les couples. Les comparaisons internationales sont très intéressantes pour identifier dans quelle mesure les pays ont traduit ces problématiques dans leur système de congés de naissance. Les modalités des congés varient, en effet, d'un pays à l'autre (notamment en termes de calcul de la durée en jours ou semaine, des indemnités perçues, et de la répartition entre les deux parents).

1. LE SYSTÈME DE CONGÉS DE NAISSANCE FRANÇAIS DOIT ÊTRE RÉFORMÉ

Le congé maternité

Depuis 1980, le congé maternité est d'une durée allant de 16 semaines (pour les deux premiers enfants) à 26 semaines (à compter du 3ème enfant).[169]

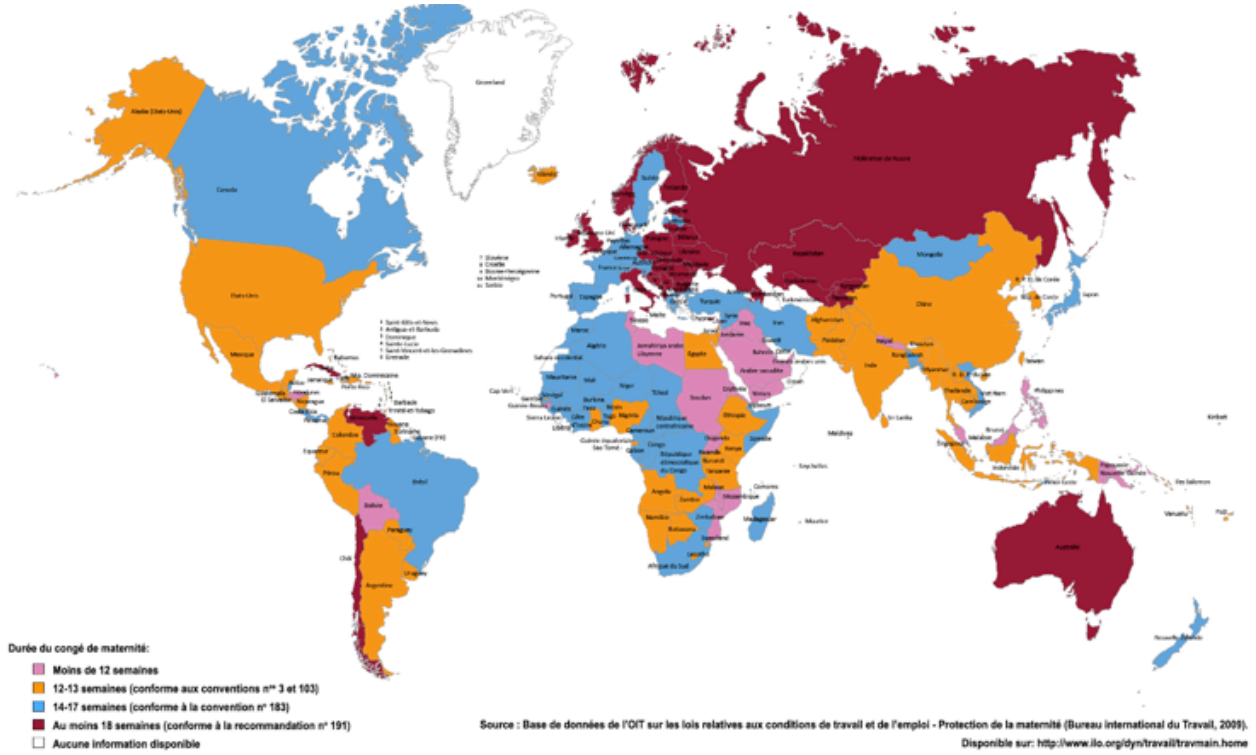
Ce congé se divise en deux périodes : un congé prénatal (de 6 à 8 semaines en fonction du rang de l'enfant) et un congé postnatal (de 10 à 18 semaines en fonction du rang de l'enfant).[170] Ce congé est « modulable » dans la mesure où la femme enceinte peut, si elle le souhaite et avec l'accord de son médecin, décaler son congé prénatal de 3 semaines pour prolonger de 3 semaines le congé postnatal et profiter ainsi davantage de son bébé après la naissance.

169 En cas de naissance multiple, la durée du congé est de 34 semaines (pour une naissance gémellaire) ou 46 semaines (pour 3 enfants et plus).

170 Hors cas de naissances multiples.

En cas de naissance prématurée, les jours non-pris sur la période prénatale sont reportés sur la période post-natale.[171]

Les femmes peuvent bénéficier de revenus de remplacement durant le congé de maternité, prenant différentes formes en fonction des régimes. Les fonctionnaires et les agents statutaires des entreprises publiques[172] ont un maintien de salaire ; les salariés du secteur privé perçoivent des indemnités proportionnelles à leur salaire[173] et qui peuvent être complétées dans le cadre de conventions collectives ou accords d'entreprise plus favorables ; les travailleuses indépendantes disposent d'une allocation forfaitaire et d'une indemnité journalière forfaitaire.[174]



Source : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/image/wcms_146198.pdf

171 Pour la santé de la maman ou du bébé, le médecin peut prescrire à la femme enceinte un congé pathologique lui permettant de s'arrêter de travailler avant la date présumée de son congé maternité. Le congé pathologique est de 14 jours, consécutifs ou non, indemnisé comme le congé de maternité. Il doit obligatoirement être pris avant les 6 semaines de congé prénatal. Si certaines complications nécessitent que la mère s'arrête plus de 14 jours avant son congé maternité, l'arrêt de travail prescrit à ce titre sera indemnisé comme un arrêt de travail pour maladie c'est-à-dire à hauteur de 50% de son salaire brut dans la limite de 1,8 SMIC, sauf si elle bénéficie du complément employeur (maintien quasi intégral du salaire pendant les 30 premiers jours d'arrêt).

172 Y compris pour les personnes sous statut dans les grandes entreprises nationales (SNCF, RATP, Industries électriques et gazières).

173 Dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit au maximum 80,03€ par jour au 1er janvier 2020 (soit 2670€ net/mois environ).

174 Au 1er janvier 2020, l'allocation forfaitaire versées en deux fois d'un montant total est de 3 428€ ; l'indemnité forfaitaire (IJ) est de 56,35€ par jour pour les assurés justifiant de revenus supérieurs au seuil de contributivité soit 4000€ par an.
À noter que pour les non salariées agricoles, il a été mis en place une allocation de remplacement permettant de rémunérer son remplaçant ; cette allocation se substituant le cas échéant à IJ prévue pour les travailleuses indépendantes.

Si les récentes mesures tendent à harmoniser les durées et les mécanismes d'indemnisation, le congé maternité parait « court » par rapport aux besoins des enfants et des mères et à l'impact à long terme sur l'évolution de la société, notamment si l'on effectue une comparaison internationale.

Le congé paternité

Mis en place en 2002, le congé paternité prend la forme d'un congé accordé au père ou second parent de 11 jours consécutifs pour la naissance d'un enfant, ou de 18 jours en cas de naissance multiple. Ces jours s'ajoutent aux 3 jours d'absence autorisés par l'entreprise lors de la naissance d'un enfant, lorsque le père /second parent est salarié.

Depuis juin 2019, les pères/second parents d'enfants nés prématurément et hospitalisés dès la naissance peuvent prolonger leur congé paternité jusqu'à 30 jours consécutifs, en plus des 11 jours déjà existants.[175]

Le congé paternité peut être pris directement après les trois jours d'absence autorisés ou dans les quatre mois qui suivent la naissance, dans son intégralité ou partiellement. Le père ou second parent doit en informer son employeur au moins 1 mois à l'avance. Si cette condition est respectée, l'employeur ne peut s'opposer à la prise de congé. En pratique, cette condition ne semble pas poser de difficulté voire en cas de besoin être appliquée avec souplesse.[176] Le congé est ouvert sans condition d'ancienneté et peut être pris quel que soit le type de contrat de travail (CDD, CDI ou contrat temporaire). Le tableau ci-dessous, issu du rapport IGAS 2018, montre que le taux de recours au congé paternité reste stable, autour de 67-69%.

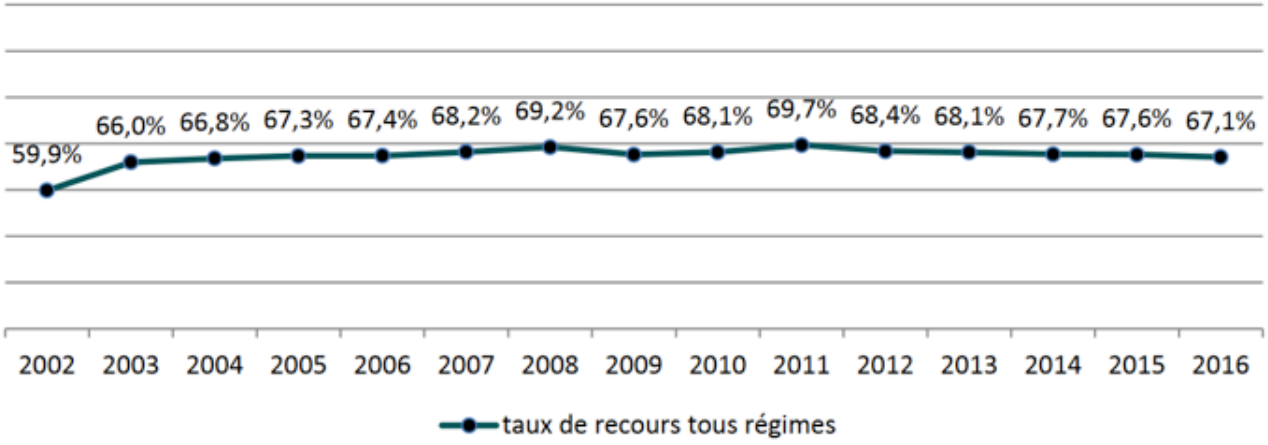
Les modalités d'indemnisation du congé paternité sont alignées sur celles du congé maternité.

175 À noter qu'en cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6ème semaine après la naissance, le père peut, s'il le souhaite, demander le report de son congé paternité à la fin de la période d'hospitalisation.

176 Le rapport IGAS de 2018 sur le congé de paternité, citant une enquête de la DREES de 2004, indique que pour 89% des pères interrogés le respect de ce délai n'a posé aucune difficulté.
IGAS, *Evaluation du congé de paternité.* 2018
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-022R.pdf

Taux de recours des pères au congé de paternité (2002-2016)

Rapport nombre de pères éligibles / nombre total d'accouchements



Source : Données CNAF, CNAMTS, RSI, MSA, RATP, SNCF, INSEE, CDC, Banque de France - calculs et graphique mission - régimes CNAMTS, RSI, MSA, SLM, RATP, SNCF, fonctions publiques (Etat, territoriale, hospitalière), établissements publics d'Etat, SNCF, RATP, ENIM, CRPCEN, SLM, Banque de France, Champ : France entière

Les comparaisons internationales montrent que la durée du congé paternité français est courte. Au Québec, le congé paternité varie de 3 à 5 semaines avec un montant d'indemnisation qui est fonction de la durée et un taux de recours qui a fortement évolué, atteignant 80% en 2019.[177] À l'échelle européenne, la France ne figure pas parmi les pays les plus ambitieux. Parmi les pays les plus avancés en la matière, la Norvège a été le premier pays à introduire un quota paternel dès 1993. Ce pays s'est engagé depuis plus de 40 ans dans l'allongement du congé paternité, en tant que congé parental partagé, pour arriver en 2020 à 15 ou 19 semaines (sous forme de quota paternel dans le cadre du congé parental ; la mère dispose de 15/19 semaines de congé, puis le couple peut décider comment partager les 16/18 semaines restantes).[178] La part des pères qui prennent ce congé a augmenté de façon continue durant les 10 dernières années pour arriver à 71% actuellement.[179] D'autres pays encore, tels que l'Espagne, ont récemment annoncé des allongements du congé paternité.

En Finlande, le gouvernement a annoncé le 5 février 2020 l'intention d'allonger le congé de paternité, qui atteint la durée de 7 mois, et donc la durée du congé maternité. Les deux parents pourraient avoir 164 jours de congés indemnisés. Cette loi vise à redynamiser le taux de natalité selon la Ministre de la Santé et des affaires finlandaises et à lutter contre les inégalités hommes-femmes. Cette mesure devrait entrer en vigueur à l'automne 2021.[180]

177 Avant 1991, à peine 4% des pères prenaient congé lors de la naissance de leur enfant, en 2006 ils étaient 22%.

178 15 semaines à 100% de la rémunération ou 19 semaines rémunérées à 80%.

179 Statistics Norway, 2019: https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/the-paternity-leave-is-still-popular

180 www.letribunaldunet.fr/societe/finlande-conge-paternite.html

Le congé parental d'éducation

Le congé parental d'éducation est un congé non rémunéré qui peut être pris à l'occasion de la naissance d'un enfant ou de l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans. Le congé parental pour l'enfant adopté peut se demander jusqu'à 3 ans après la naissance ou l'arrivée de l'enfant dans le foyer (s'il a moins de 3 ans à son arrivée).

Le congé parental d'éducation peut durer de 1 mois à 1 an. Pour les 2 premiers enfants, il est renouvelable 2 fois et peut être renouvelé jusqu'à 5 fois dès le 3ème enfant. En cas de maladie ou de handicap, le congé parental peut également être augmenté d'un an supplémentaire. Le congé, renouvellement inclus, doit être pris de manière continue, mais les périodes de renouvellement peuvent être plus longues ou plus courtes que les précédentes. Le congé parental est de droit, à condition que l'employeur ait été prévenu dans les conditions prévues. À l'issue du congé, le salarié retrouve son précédent emploi ou, à défaut, un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Pendant le congé, le salarié peut percevoir une aide : la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) mise en place en 2014 et qui a remplacé progressivement le complément de libre choix d'activité (CLCA). Dans la logique poursuivie par la loi de 2014 d'incitation au rééquilibrage du recours entre les parents pour inciter notamment au recours par les pères, les deux parents d'un enfant de moins de 3 ans doivent solliciter la prestation pour pouvoir bénéficier de la durée maximale de la prestation pour un même foyer. La PreParE peut être versée à un seul parent ou aux deux, en même temps (en cas de recours à la Prepare à taux partiel) ou successivement (en cas de recours à taux partiel comme à taux plein).

Chacun des parents peut bénéficier d'un nombre de mois de prestation qui varie selon le rang de l'enfant.[181] Les montants de la PreParE varient en fonction de la quotité de travail. Toutefois, ces montants sont particulièrement faibles puisqu'ils s'élèvent de 148,12€ (pour un temps partiel) à 397,20€ pour un congé parental à temps plein. Ils peuvent par ailleurs bénéficier ou continuer à bénéficier d'autres prestations versées par les CAF, comme des aides personnelles au logement. 64% des bénéficiaires de la PreParE bénéficient ainsi par ailleurs de l'allocation de base de la PAJE.[182]

181 Rang 1 : chaque parent dispose de 6 mois de droit à la PreParE dans la limite du 1er anniversaire de l'enfant (1 an pour le parent isolé) ; rang 2 et suivants : chaque parent a droit à 24 mois de PreParE dans la limite du 3ème anniversaire de l'enfant ; en cas de naissance de triplés ou plus, chaque parent dispose de 48 mois de PreParE dans la limite du 6ème anniversaire des enfants.

182 Il existe également une PreParE majorée, attribuée aux familles ayant à charge au moins trois enfants, qui interrompent intégralement leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de 3 ans. Chaque parent bénéficie de huit mois de prestation dans la limite du premier anniversaire de l'enfant. Le montant de la PreParE majorée est de 651,21 € par mois au 1er avril 2020. Cette possibilité est peu utilisée en pratique (700 bénéficiaires au 31 décembre 2017).

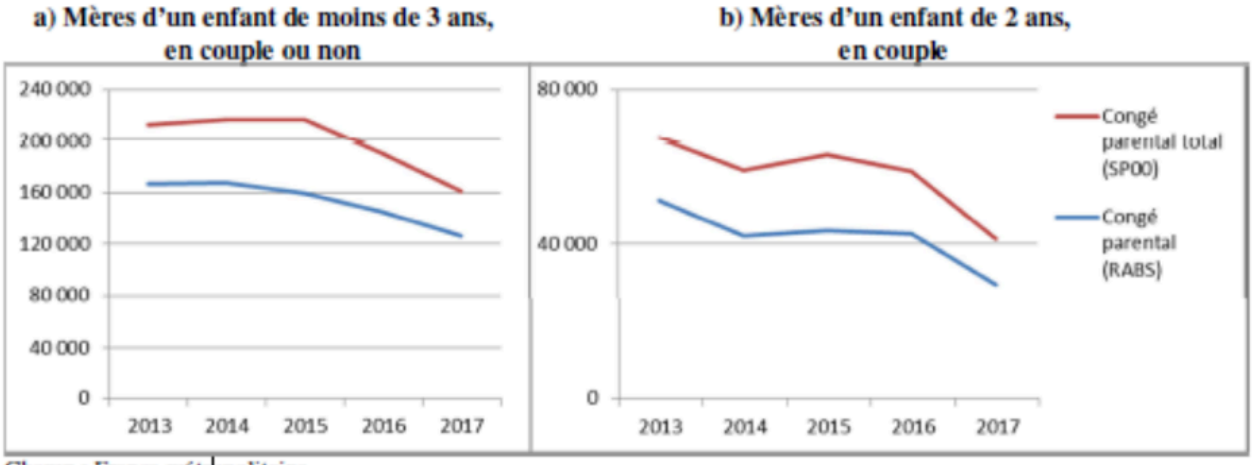
La prestation a de nombreuses limites, notamment :

- elle bénéficie en juin 2018, à 290 000 personnes, soit environ 13% des parents ayant un enfant âgé de 0 à 3 ans.[183] Les parents ayant des salaires moyens ou élevés sont peu incités à recourir au congé parental (au moins dans sa formule « à plein temps ») ,
- elle est peu partagée entre le père et la mère (seulement 2,5%), prise à 94% par les mères et 6% par les pères.[184]

Une comparaison internationale permet d'établir que la France n'est pas en pointe, tant en ce qui concerne la longueur que la rémunération du congé parental (tableau p.139 du rapport IGAS 2019).

Par ailleurs, on note que le nombre de mères prenant un congé parental à temps plein diminue ces dernières années.

Évolution du nombre de mères en congé parental à temps plein



Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, enquêtes Emploi 2013 à 2017 ; calculs Dares.

À ce jour, le congé parental n'a été supprimé dans aucun des pays qui l'avaient introduit. On observe au contraire que ce modèle de congé destiné aux parents est bien établi.

En 2016, la moitié des pays de l'OCDE proposent ainsi un congé maternité ou un congé parental d'au moins 43 semaines, la durée moyenne étant de 54 semaines.

Même si certaines entreprises sont conscientes de la nécessité de revaloriser la place des pères et se sont mobilisées sur le sujet sans attendre une modification de la loi pour agir, elles demeurent trop peu nombreuses (IGAS 2018). Certaines entreprises ont pris conscience de l'intérêt des congés parentaux. En effet, il serait faux d'opposer la question des congés

183 Insee, RP2016 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2019
184 https://www.senat.fr/lc/lc200/lc200_mono.html

parentaux, ou plus spécifiquement du congé paternité, à celle de l'intérêt des entreprises. En France, 8 salariés sur 10 sont parents et tous participent à l'équilibre de la société et à la croissance de l'économie par la natalité.

Les problématiques et opportunités parentales des employés sont d'une importance fondamentale pour le bon fonctionnement des entreprises. Or, aujourd'hui encore, 77% des mères salariées considèrent que la parentalité est insuffisamment prise en compte dans l'organisation du temps et des lieux de travail.[185]

2. L'IMPORTANCE POUR LES BÉBÉS ET LES PARENTS DE DISPOSER DE TEMPS AFIN D'ÉLABORER LEURS MANIÈRES D'ÊTRE ENSEMBLE ET DE CONSTRUIRE UNE RELATION SÉCURISANTE ET SOUTENANTE

Les relations précoces parents-enfants et la présence des parents pendant les premiers mois de la vie ont une incidence positive, durable et déterminante sur la santé et le développement des enfants.[186] Il faut du temps, de la disponibilité et de la proximité physique et émotionnelle de la part des parents pour qu'ils construisent avec leur bébé les relations harmonieuses et les contextes favorables aux apprentissages clés des 1000 premiers jours. C'est en disposant de ce temps qu'ils pourront soutenir l'établissement d'un lien d'attachement sécure chez leur enfant et accompagner au mieux chaque étape de son développement cognitif.

Une littérature scientifique conséquente existe d'une part sur la curiosité cognitive et sociale des bébés dès la naissance et pendant toute la première année et d'autre part sur l'importance de continuité dans les relations sociales et affectives. La sensibilité parentale aux besoins de leur enfant, tant physiques que psychologiques, se construit progressivement et le rôle des proches pour les étapes fondamentales du développement cognitif est aujourd'hui bien connu.

Vers la fin du 1er trimestre de vie, les interactions sont plus fréquentes et plus valorisantes pour le parent, le bébé manifestant un intérêt marqué pour les autres personnes. Cet âge sensible constitue un premier tournant psycho-bio-social pour le bébé et correspond en France à la fin du congé maternité classique. Or vers 2-3 mois les bébés connaissent leurs proches et les contextes dans lesquels ils s'en occupent.

185 Mayolle, T., *La parentalité en entreprise expliquée à mon boss.* 2020 : Éditions Kawa

186 Ruhm ,CJ., *Incidences de l'emploi des parents et des congés parentaux sur la santé et sur le développement des enfants* in : Tremblay RE., Barr RG., Peters RDeV, [eds], Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003 : p. 1-6.
Disponible sur le site : http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/ruhmFRxp.pdf.

À 2 mois, les bébés anticipent les comportements de leurs mères dans les routines interactives.[187] Ils connaissent les comportements habituels de leurs mères et sont surpris par des changements dans ces comportements.[188] En effet, dès 3 mois, le bébé montre avec son corps qu'il anticipe les routines de jeu ou de soin.[189] Cette connaissance est le socle des apprentissages à venir.

Après l'âge de 6 mois, les bébés sont motivés pour communiquer avec des personnes non familières lorsque celles-ci partagent avec eux des connaissances spécifiques, langagières ou musicales par exemple.[190] À cet âge les bébés ont acquis suffisamment de connaissances sur leur environnement pour anticiper ses régularités et ils peuvent déjà catégoriser et généraliser leurs expériences singulières (voir partie I de ce rapport). De ce fait, après 5-6 mois l'enfant peut plus facilement réagir au moment même de la séparation, et a plus de possibilités, pendant l'absence de ses figures d'attachement, de se « rappeler » les situations qui lui sont familières.

Pour les femmes qui font le choix d'allaiter, la période d'allaitement s'interrompt le plus souvent au moment de la reprise du travail. La date précoce de reprise du travail induit une anticipation de la séparation et de ce fait un arrêt de l'allaitement à 7 semaines en France (étude Epifane 2014).[191] De plus les dispositifs permettant aux mères de continuer à donner à leur bébé du lait maternel après la reprise du travail sont peu sollicités en France.

Il faut donc du temps et une grande proximité physique et affective pour que l'enfant s'attache solidement à ses parents tout en explorant son environnement et les possibilités qu'il offre. La réponse aux besoins sensoriels[192] et la proximité avec les proches permettent une meilleure adaptation au monde extérieur et renforce la capacité à en anticiper les variations.

187 Reddy, V., et al., *Anticipatory adjustments to being picked up in infancy.* PloS One, 2013. **8**(6): e65289.

188 Fantasia, V. et al., *Changing the game: exploring infants' participation in early play routines.* Front. Psychol., 2014. **5**: pp. 522
Fantasia, V. et al, *Not just being lifted: infants are sensitive to delay during a pick-up routine.* Front. Psychol., 2016. **6**: pp. 2065.

189 Fantasia et al. 2014; Fantasia et al. 2016.

190 Kinzler, K., Dupoux, E., Spelke, E., *The native language of social cognition.* PNAS, 2007. **104**(30): p. 12577 – 12580.
Soley, G., Spelke, E., *Shared cultural knowledge: effects of music on young children's social preferences.* Cognition, 2016. **148**: p. 106 – 116.

191 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

192 El-Allam, M. et al., *Learning at the breast : Preference formation for an artificial scent and its attraction against the odor of maternal milk.* Infant Beh Dev, 2010. **29**(3): p. 308 – 321.

Il en va de même pour le sentiment de confiance du parent et de son engagement à long terme.[193] Les parents aussi ont besoin de temps avec leur enfant pour devenir leur parent, c'est-à-dire pour reconnaitre et s'adapter à ses spécificités.

Selon un rapport de l'IGAS,[194] « l'intérêt de la prise en charge à l'extérieur du domicile parental pour les enfants de moins de 1 an est également très contesté: l'accueil hors du domicile des parents, s'il intervient à un trop jeune âge, pourrait avoir des conséquences défavorables pour l'enfant : réduction de l'attachement parent-enfant, réduction de l'interaction enfant-adulte si le nombre d'enfants par adulte est plus élevé qu'au sein de la famille, interaction stressantes avec d'autres enfants… ».

Dans ce contexte il semble important de prolonger la période de congé post-natal maternité ou paternité (lorsqu'un congé parental n'est pas pris) et d'offrir en même temps un accueil de très grande qualité au bébé ou jeune enfant une fois que le congé se termine afin d'assurer une continuité de soin et d'attention et de prévenir les difficultés sur le parcours développemental et éducatif de l'enfant. La qualité d'accueil doit être particulièrement élevée avec une attention très individualisée, un passage entre parents et professionnels réfléchi et une adaptation très précise à ses rythmes et à ses possibilités de contact (voir partie IV B.).[195]

Ainsi, il faut du temps, de la disponibilité et de la proximité physique et émotionnelle de la part des parents pour qu'ils construisent avec leur bébé une relation harmonieuse. C'est en disposant de ce temps qu'ils pourront soutenir l'établissement d'un lien d'attachement sécure chez leur enfant et accompagner au mieux son développement socio-émotionnel et cognitif. En effet, en ayant du temps partagé avec leur enfant, les parents deviennent des figures d'attachement sur lesquelles l'enfant peut compter pour répondre à ses besoins de protection et réconfort, mais aussi de sécurité pour pouvoir explorer et apprendre. L'enfant peut ainsi se développer et faire ses apprentissages dans les meilleures conditions. C'est tout au long de la première année de vie que le bébé construit un style d'attachement plus ou moins sécure envers ses parents.[196]

Il est bien établi que la durée du temps partagé par les parents et l'enfant fait partie des éléments déterminants de la qualité de l'attachement qui, à son tour, assure la base pour un développement harmonieux.

193 Østbakken, K.M et al, *Foreldrepermisjon og Likestilling. Foreldrepengeordningens Betydning for Likestilling i Arbeidslivet og Hjemme (Parental leave and gender equality. The importance of parental leave for gender equality in work life and in the family).* Oslo: Institute for Social Research, 2018.

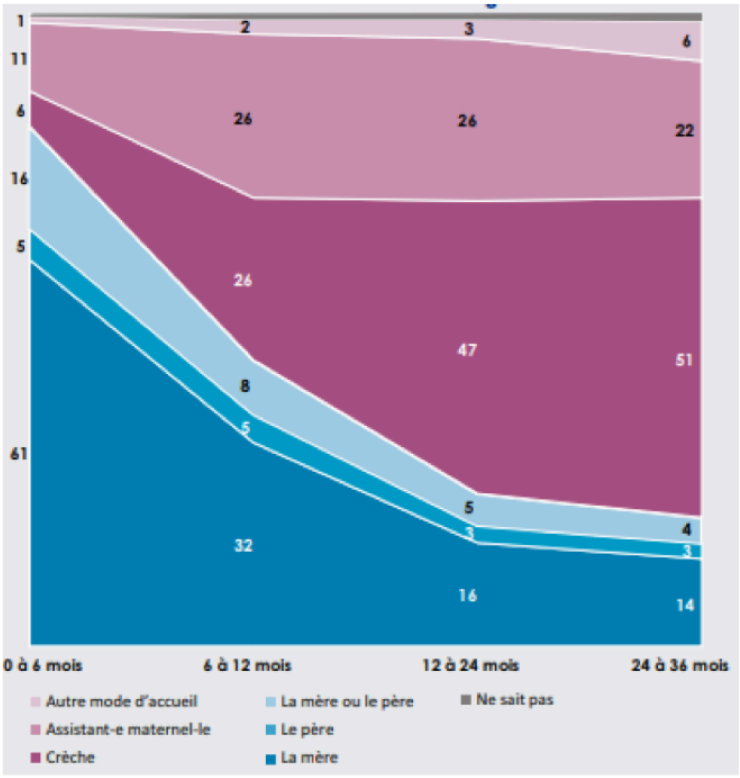
194 IGAS, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance.* 2011.

195 Belsky, J. et al., *Are there long-term effects of childcare?* Child Dev, 2007. **78**(2): p. 681 – 701.

196 Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* 1978: Erlbaum.
Bowlby, J. (1969a). *Attachment and loss: vol 1.* Attachment. 1969: Basic Books.
Bowlby, J. (1969a). *Attachment and loss: vol 2.* Separation: anxiety and danger. 1969: Basic Books.

Enfin, plusieurs études montrent que les mères et les pères ont des rôles et des relations différenciés et complémentaires. Les mères sont perçues comme apportant le plus souvent du réconfort et de la réassurance au bébé alors que les pères sont perçus comme jouant un rôle important dans l'ouverture et l'exploration du monde extérieur.[197] Il apparaît nécessaire que la majorité des bébés puissent bénéficier pendant toute la 1ère année de leur vie de la présence régulière non seulement de leurs deux parents mais aussi d'autres personnes familières et attentives à leurs besoins relationnels et à leur curiosité cognitive. La dernière enquête CNAF sur les modes d'accueil (cf. graphique ci-dessous) indique qu'une large proportion des parents juge qu'il est plus adapté de rester auprès de leur enfant pendant sa première année de vie.

Mode d'accueil jugé le plus adapté à l'enfant selon l'âge



Source : TMO régions - enquête baromètre petite enfance, septembre 2017 in "L'e-essentiel CNAF : Baromètre d'accueil du jeune enfant en 2017", n°179-2018

197 Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., *Le père est-il l'égal de la mère? Considérations sur l'attachement père-enfant.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2015. **2**(35): p. 115-129.

3) L'IMPORTANCE DE LA PRÉSENCE PRÉCOCE SUFFISANTE DU PÈRE OU DU SECOND PARENT AUPRÈS DE L'ENFANT

L'engagement du père avec le bébé a des effets positifs sur son développement. La présence du père/second conjoint est également importante pour soutenir la mère[198], notamment dans la période périnatale, diminuant le risque d'épuisement psychique et de dépression chez celle-ci.

Plus le congé paternité est long, plus la sensibilité du père/ second parent à l'enfant est grande. Le congé de paternité renforce la relation père-enfant. Un congé réservé au père de quelques semaines seulement entraîne déjà une plus grande participation du père aux soins et à l'éveil de son enfant.[199] Une étude allemande montre que les pères qui bénéficient d'un congé de huit semaines renforcent davantage leur relation avec leur enfant à long terme[200], ce lien plus construit étant jugé très précieux par les pères.[201] Une autre étude récente a montré que l'implication du père dans l'éducation et les activités de leur petit enfant, ainsi que sa sensibilité pendant l'interaction au moment du jeu, sont déterminées par des facteurs tels que le nombre réduit d'heures passées au travail au profit de plus de disponibilité auprès de l'enfant.[202] Cette étude indique, en outre, qu'il est préférable que les pères ou seconds parents interagissent également seuls avec leur bébé afin de développer une plus grande sensibilité à son égard. De la même manière, il a été montré que seuls les pères ayant passé plusieurs semaines avec leur bébé entre la naissance et l'âge de 4 mois sont capables de distinguer les pleurs de leur propre enfant parmi les pleurs d'autres bébés.[203]

198 Aitken, Z., et al., *The Maternal Health Outcomes of Paid Maternity Leave: A Systemic Review.* Social Science and Medicine, 2015. **130**: p. 32 – 41.

199 Huerta, M.d.C. et al, *Fathers' Leave, Fathers' Involvement and Child Development: Are They Related? Evidence from Four OECD Countries.* OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 2013. **140**

200 Pfahl, S., *Nachhaltige Effekte der Eltern- geldnutzung durch Väter. Gleichstellungspolitische Auswirkungen der Inanspruchnahme von Elterngeld- monaten durch erwerbstätige Väter auf betrieblicher und partnerschaftlicher Ebene.* 2014: Hans Böckler Stiftung Berlin. www.sowitra.de/wp-content/ uploads/2016/01/projektbericht-elterngeldvä- ter_2014-12-04_END.pdf, consulté le 20.11.2017

201 Bünning, M., *What Happens after the "Daddy Months"? Fathers' Involvement in Paid Work, Child- care, and Housework after Taking Parental Leave in Germany.* European Sociological Review, 2015. **31**(6): p. 738 – 748.

202 Preisner, K. et al., *Closing the happiness gap: The decline of gendered parenthood norms and the increase in parental life satisfaction.* Gender and society, 2019. **34**(1): p 31 -55.

203 Gustafsson, E., Levréro, F., Reby, D., & Mathevon, N., *Fathers are just as good as mothers at recognizing the cries of their baby.* Nature communications, 2013. **4**(1): p. 1-6.

Des études[204] dans plusieurs pays nordiques illustrent combien s'occuper d'un bébé rend les pères plus confiants en tant que parent et plus compréhensifs à l'égard des tâches domestiques.[205] Une étude norvégienne montre que les pères ayant bénéficié d'un congé restituent des réflexions positives sur leur bien-être et sur leur relation avec leurs bébés. Ils décrivent également comment rester seul avec leur bébé augmentait leurs propres compétences relationnelles. Plus le congé paternel est long et plus la compréhension du développement de l'enfant par les pères et leur joie d'être un acteur actif augmentent.[206]

La présence du père/second parent dès le début favorise une coparentalité et un partage équitable du travail et de la vie de famille entre parents

Le congé paternité favorise également la coparentalité entre père/second parent et mère. On parle d'alliance co-parentale pour évoquer la mesure dans laquelle les parents travaillent en équipe pour élever l'enfant, ou plus formellement, le degré de coordination qu'ils atteignent lorsqu'ils réalisent une tâche commune.[207]

L'utilisation du congé paternité promeut le partage équitable du travail et de la vie de famille entre parents[208]. Le congé paternité offre ainsi une fenêtre d'opportunité cruciale pour la réorganisation, la négociation de la division des rôles, des tâches et des responsabilités. Il favorise en outre non seulement l'équité mais aussi la complémentarité conjugale et parentale autour du bébé et l'installation de configurations relationnelles qui tendent à rester stable dans le temps.[209]

204 Bungum, B., *Barnas fedrekvote – tid sammen med far. In B. Brandth, B., Kvande, E. (ed.), Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten.* 2013: Oslo: Universitetsforlaget: p. 60 – 73.
Patnaik, A., *Reserving time for daddy : the consequences of father's quotas.* Journal of Labor Economics, 2018. **37**(4): p 1009 – 1059.

205 Haas, L., Hwang, P., *The Impact of Taking Parental Leave on Fathers' Participation In Childcare And Relationships With Children: Lessons from Sweden.* Community, Work and Family, 2008. **11**(1): 85–104
Duvander, A. Z., Haas, L., Thalberg, S., *Fathers on Leave Alone in Sweden: Toward More Equal Parenthood?* In O'Brien, M., Walls, K. [eds.], *Comparative perspectives on work-life balance and gender equality.* 2017: Springer. p. 125 – 146.

206 Abraham, E., et al, *Father's brain is sensitive to childcare experiences.* PNAS, 2014. **111**(27): p. 9792 – 9797.
Arnalds, Á. A., Eydal, G. B. & Gíslason, I. V., *Equal rights to paid parental leave and caring fathers – the case of Iceland.* Icelandic Review of Politics and Administration, 2013. **9**(2): p. 323–344.
Almqvist, A.-L. & Duvander, A.-Z., 2014.

207 Evertsson, M., Boye, K. & Erman, J, *Fathers on call – A study on the sharing of care work among parents in Sweden. A mixed method approach.* Families and Societies Working Paper Series, 2015. 27.
McHale, J.P., Cowan, P.A, *Understanding how family-level dynamics affect children's development: studies of two-parent families.* 1996: Jossey-Bass.

208 Patnaik 2018; Abraham et al. 2014; Arnalds et al. 2013 ; Almqvist et Duvander 2014.

209 Corboz-Warnery, A. et al, *Systematic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play.* Infant Mental Health Journal, 2013. **14**(4): p. 298 – 316.

Ceci est particulièrement vrai pour les tâches concernant l'enfant.[210] Cet impact se répercute par la suite sur la responsabilité et l'engagement partagé avec l'enfant à la suite d'une séparation des parents, rendant supposément les pères plus impliqués avec leur enfant.

Le congé parental promeut l'égalité entre femmes et hommes

D'après une étude norvégienne, un congé parental réservé aux pères favorise une répartition égalitaire des tâches en impliquant davantage ces derniers dans la prise en charge des enfants et le travail domestique.[211] L'expérience suédoise montre, quant à elle, qu'un congé parental de deux mois réservé aux pères renforce ces effets.[212] En outre, le congé parental favorise l'emploi des mères, ce qui accroît l'indépendance financière de ces dernières et le montant de leur rente à l'âge de la retraite.[213]

Ainsi, il y a consensus sur la nécessité de faciliter une paternité active, responsable et partagée. Il ne s'agit pas seulement d'allonger la durée du congé paternité, mais également de permettre un véritable changement de paradigme sociétal en facilitant l'implication précoce et durable des pères/seconds parents et en luttant contre les préjugés sociaux et les inégalités de genre. L'amélioration de la qualité relationnelle entre père/second conjoint et enfant requiert dès lors différentes stratégies. Ainsi au-delà de l'allongement de la durée du congé paternité, il conviendra aussi de proposer des modalités d'accompagnement à la parentalité aux nouveaux pères/seconds parents (voir partie II du présent rapport).

PROPOSITIONS

Comme nous l'avons indiqué, pour les naissances biologiques, le congé de 16 semaines peut être réparti entre le pré et le post-partum avec le plus souvent 6 semaines en pré et 10 semaines en post. Il pourrait être prolongé de 2 semaines pour atteindre 3 mois pleins en post-partum pour celles qui auraient pris les 6 semaines en prénatal. À partir du 4ème mois, l'on pourrait ouvrir la possibilité d'un congé parental rénové (voir point suivant).

210 Brandth, B., & Kvande, E., *Father presence in child care. In Jensen, A.M. & L. McKee, L. (eds.), Children and the changing family: Between transformation and negotiation.* 2003: Routledge Falmer. p. 61 – 75.
Duvander et.al 2017.
Eydal G., Ólafsson S., *Family Policy in Iceland: An Overview.* In: Ostner I., Schmitt C. (eds) Family *Policies in the Context of Family Change.* 2018: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Tanaka, S., & Waldfogel, J., *Effects of parental leave and work hours on fathers' involvement with their babies.* Community, Work & Family, 2007. **10**(4): p. 409-426

211 Kotsadam, A. und Finseraas, H., *The State Intervenes in the Battle of Sexes.* Social Science Research, 2011. **40**: p. 1611–1622

212 Almqvist, A.-L. & Duvander, A.-Z., *Changes in gender equality? Swedish fathers' parental leave, division of childcare and housework.* Journal of Family Studies, 2014. **20**(1): p. 19–27.

213 Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF, Confédération Suisse, *Congé parental : un bon investissement.* 2018

Étendre le congé à 12 semaines en cas d'adoption et/ou de placement en vue d'adoption dans le cas d'un enfant adopté et lorsque l'adoption a pour effet une prise en charge de 1 ou 2 enfants dans la famille.[214]

Mettre en place un congé « parental » de 9 mois (36 semaines) partageable entre les deux parents, avec un niveau d'indemnisation suffisamment attractif, qui correspondrait à un montant minimum de 75% du revenu perçu quel que soit le statut. Cela permettrait à l'enfant de rester avec l'un ou l'autre de ses parents pendant toute la première année et d'intégrer ainsi un système d'accueil formel à 1 an.

Allonger le congé paternité (second parent) à 9 semaines, exclusif au second parent et qui pourrait être pris de manière flexible : une partie pourrait être prise après la naissance et l'autre partie à la fin du congé maternel.

Il existe actuellement des mesures complémentaires en cas d'une naissance multiple, prématurée, d'un handicap ou problème de santé significatif chez le bébé. Ces mesures seront adaptées en fonction des nouveautés apportées aux congés des patientes ayant un enfant en bonne santé.

Envisager une loi de type « droit au congé » pour l'ensemble des professionnels, quel que soit leur statut à partir d'un an travaillé dans ou pour une entreprise ou un client.[215]

La commission considère qu'il est indispensable de penser l'évolution des congés parentaux dans une approche globale, et souhaite souligner qu'il ne s'agit pas seulement d'en augmenter la durée mais de permettre aux hommes et aux femmes qui deviennent parents d'investir ensemble des rôles complémentaires auprès de leur enfant. Le fait de prendre ou non un congé parental est un choix familial et personnel. Ce choix est certes influencé par les politiques publiques d'offre de congés, mais il s'inscrit aussi dans des dynamiques sociales et culturelles qu'il s'agit d'accueillir et de soutenir afin de promouvoir une politique familiale plus favorable aux enfants en premier lieu, mais aussi aux seconds parents.[216]

214 Aujourd'hui ce congé varie en fonction du nombre d'enfants adopté et à charge (il est de 10 semaines pour le cas général).

215 https://www.rowberrymorris.co.uk/site/library/privateclient/privategeneral/The_right_to_request_parental_leave

216 De nombreux arguments en faveur de l'accès à un congé parental partagé et prolongé sont mis en avant dans le rapport du HCFEA de 2017 : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie,* 2017

La commission souhaite que l'évolution des congés s'accompagne de :

- **l'inscription du jeune enfant dans un tissu social** dès **sa naissance**. Sinon les congés allongés risquent de renforcer le sentiment d'isolement des parents. Il s'agirait au contraire de mettre en place les conditions pour prévenir et lutter contre l'isolement social et pour favoriser les sentiments de confiance des parents. Cette inscription rejoint les propositions formulées plus haut dans le rapport et visant à limiter l'isolement des parents (par des dispositifs de soutien à la parentalité complémentaires : ateliers et groupes de parents, lieux d'accueil et partage entre parents, création d'espaces aménagés dans les villes pour les bébés et les adultes),
- le développement des **solutions innovantes de répit comme celui déjà pratiqué** dans certaines crèches, permettant aux parents et notamment aux familles monoparentales de confier leurs enfants le week-end en cas de défaillance, de fatigue, de difficulté passagère,
- **une offre d'accueil de qualité et de proximité**, accessible à tous les bébés (en lien avec les propositions de la partie IV.B. ci-dessous),
- une **transition souple entre famille et lieu d'accueil**. Plus le bébé est jeune, plus il a besoin de repérer des éléments de continuité affective et éducative entre ces contextes,
- **des actions volontaristes pour une reconnaissance accrue de la parentalité au sein des entreprises**. D'après les résultats du baromètre 2017 de l'Observatoire de la Qualité des Temps de Vie, 85% des français voient leur entreprise comme un acteur-clé pour la conciliation des vies et estiment qu'elle a un rôle à jouer pour rendre la société meilleure. Il faut donc promouvoir une politique inclusive qui demande à l'entreprise de savoir reconnaitre la parentalité comme une richesse et pas comme un frein,
- un **développement d'actions spécifiques pour soutenir les pères/seconds parents** pour améliorer la qualité relationnelle pères-enfants et développer leurs compétences,
- une plus **grande flexibilité d'horaires aux salariés** : en Finlande la loi sur le temps de travail votée en 1996 (« Työaikalaki ») donnait à tous les salariés la possibilité d'ajuster leurs horaires habituels de travail jusqu'à 3 heures plus tard ou plus tôt. Loin de poser des freins à l'efficacité des entreprises, une telle flexibilité encourage la productivité et augmente la satisfaction au travail.

B) Construire des espaces plus propices au développement de l'enfant en repensant le système d'accueil

La question des congés parentaux ne peut être pensée indépendamment de celle des modes d'accueil. Les recommandations de la commission, qui visent à assurer une présence significative des parents auprès de leur enfant pendant la première année, doivent aller de pair avec un dispositif d'accueil accessible à tous et faisant de la qualité l'élément central pour répondre aux besoins de l'enfant. Comme évoqué dans la première partie, la période durant laquelle les professionnels de la petite enfance interviennent correspond pour le jeune enfant non seulement à une étape très sensible de son développement psychomoteur, social et affectif, à la fois très riche en apprentissages et en interactions mais aussi à une période de vulnérabilité (défis liés à l'autonomie, au langage ou à la construction du lien d'attachement). Chaque famille devrait bénéficier de congés de naissance et parentaux suffisamment étendus et rémunérés afin de permettre aux parents et aux enfants de tisser des liens de confiance ; mais il s'agit aussi d'œuvrer pour que les modes d'accueil deviennent davantage encore qu'aujourd'hui et systématiquement des occasions d'épanouissement et d'apprentissage pour l'enfant, en lien avec sa famille.

1. L'ACCUEIL DES JEUNES ENFANTS EN FRANCE AUJOURD'HUI

La dernière enquête de la Drees de 2013, « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants », précise que 61% des enfants de moins de 3 ans **sont accueillis « à titre principal » par leurs parents**, 19% sont accueillis par une assistante maternelle agrée - ce chiffre continue d'ailleurs à baisser[217] - et 13% fréquentent un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE). Le nombre de places d'accueil augmente: de 366 070 places d'accueil collectif et familial en 2009, 409 280 en 2013 et 448 170 places en 2017. En France, l'entrée dans un mode d'accueil est très précoce (dès 10 semaines) et l'accueil est souvent prolongé (en moyenne 39h/semaine selon l'étude de la DREES précitée).

217 406 900 en 2017, 612 537 en 2014 contre 621 287 en 2012 ; DREES, enquête Aide sociale 2017, volet PMI : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,330,331

L'augmentation du **nombre de places en crèche**, notamment en milieu urbain, figure régulièrement parmi les premières demandes des familles ayant des jeunes enfants à l'égard des décideurs politiques, en France comme dans de nombreux pays à travers le monde.[218] Ainsi, selon une étude norvégienne, un pays où le système de sécurité sociale offre un an de congé parental payé et où l'accès à un mode d'accueil collectif est universel à partir de 12 mois et subventionné, 72.2% sur un total de 1103 familles avaient opté pour utiliser un mode d'accueil collectif avant l'âge de 18 mois pour leur enfant.[219]

En France, selon les données de l'Observatoire National de la Petite Enfance (ONAPE), seulement une famille sur deux ayant souhaité que son enfant soit accueilli en EAJE a obtenu une place.[220] En revanche, 84% des familles ayant exprimé une préférence pour l'assistant(e) maternel(le) y ont eu accès. De plus, **l'offre d'accueil est très hétérogène** en fonction des territoires, urbains ou ruraux, et de leur importance démographique.

L'un des effets de cette offre d'accueil collectif trop limitée dans notre pays a été la création de structures de taille réduite, comme les micro-crèches, parfois dans des appartements, sans espaces extérieurs, et le développement d'une offre de plus en plus importante de structures associatives et privées de qualité variable (absence de projet pédagogique ou de curriculum fondé sur les connaissances sur le développement de l'enfant).

Sur les près de 3 millions d'enfants de moins de 3 ans qui vivent en France, un enfant sur 5 vit sous le seuil de pauvreté et 1/3 des familles sont monoparentales (DREES 2018).[221] L'accueil du jeune enfant doit tenir compte de cette situation.[222]

De fortes inégalités sociales concernant **l'accès à un mode d'accueil** sont constatées en France: un enfant né dans une famille à faible revenus a 5% de chances d'être accueilli en crèche, alors que pour les enfants de familles aisées ce chiffre est 4,5 fois plus élevé (rapport Terra Nova, 2017).[223] Pour les familles à faible revenu, le coût de l'accueil extra-familial ne joue pas en faveur de la poursuite de l'activité de la mère, quand bien même le reste à charge peut être minoré grâce à la prestation de service unique ou aux majorations du CMG. Par ailleurs, la répartition territoriale de l'offre, les

218 Wendland, J. et al., *Attentes parentales et influence du type de mode d'accueil sur le développement social et langagier du nourrisson : étude comparative crèche collective versus garde parentale,* Devenir, 2019. **31**: p. 69-95.

219 Zachrisson, H.D., Naerde, A., Janson, H., *Predicting early center care utilization in a context of universal access.* Early Childhood Research Quarterly, 2013. **28**(1): p. 74 – 82.

220 Observatoire national de la petite enfance, *L'accueil du jeune enfant en 2016.* 2017.

221 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt203.pdf

222 Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant,* 2019. Ce rapport fournit de nombreux arguments étayés en faveur d'une politique publique qui en garantissant la qualité des modes d'accueil enraye les inégalités sociales.

223 Terra Nova, *Investissons dans la petite enfance. L'égalité des chances se joue avant la maternelle.* 2017.

critères d'attribution des places en crêche, et la préférence donnée par certains gestionnaires aux couples bi-actifs ne permettent pas toujours un accès à un mode d'accueil collectif. Pourtant, plusieurs spécialistes en France (rapport HCEFA, 2018) soulignent tout l'intérêt de donner accès en priorité aux familles confrontés à des difficultés (précarité, handicap, maladie, migration) parce que ce sont ces familles qui bénéficient le plus des modes d'accueil collectifs. [224]

Quant à l'accueil individuel, il est encore moins accessible que les crèches aux familles de milieu défavorisé du fait d'un mode de financement trop contraignant. « 5% seulement des enfants des familles les plus modestes sont accueillis au moins une fois par semaine par un(e) assistant(e) maternel(le) en 2013. C'est 9,2 fois moins que pour les enfants des familles les plus aisées) », comme l'indique le rapport ONAPE 2019.[225] Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, des améliorations ont été apportées : mise en place du tiers payant CMG en 2019 pour l'accueil individuel, mise en place d'ici 2022 pour les structures, prolongement de la perception du taux plein depuis le 1er janvier 2020 au-delà des 3 ans jusqu'à l'entrée de l'enfant en école maternelle. [226]

Ainsi, certains EAJE de type multi-accueils ont aujourd'hui aussi une vocation sociale (crèches à vocation d'insertion professionnelle –AVIP) permettant de réserver une place en crèche pour les enfants de parents en démarche d'accès ou de retour à l'emploi et prévoyant un accompagnement vers l'emploi ou la formation professionnelle en coopération avec les associations d'accompagnement des familles et le service public pour l'emploi. Ceci vient s'ajouter à des dispositifs déjà anciens dit de « places réservées » pour les parents en insertion sociale et professionnelle.[227] Les dispositifs de bonus Territoires ou de bonus Mixité sociale mis en place par la CNAF dans le cadre de la COG 2018 - 2022 entre l'Etat et la CNAF ont renforcé cette orientation en soutenant les établissements qui font le choix de s'installer dans des quartiers prioritaires.[228]

Il faut continuer dans la voie des réformes déjà entamées car trouver un mode d'accueil de qualité pour leur enfant après la naissance demeure un sujet d'inquiétude pour de nombreux parents et ce dès la grossesse, puis durant les premières semaines après la naissance.

224 Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leurs familles.* 2018.

225 Observatoire National de la petite enfance, *L'accueil du jeune enfant en 2018.* 2019.

226 https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/la-mise-en-oeuvre/agir-contre-les-inegalites-des-le-plus-jeune-age/article/favoriser-l-acces-a-l-accueil-individuel-de-toutes-les-familles

227 Art. L214-7 du CASF.

228 Circulaire N°DIPLP/2018/254 du 18 novembre 2018 relative à la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Malgré l'existence de services d'information et d'orientation, le sujet est un facteur de stress potentiel dans cette période de vulnérabilité pour les familles.[229]

2. LA QUALITÉ DES MODES D'ACCUEIL : UN ENJEU MAJEUR POUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉMOTIONNEL, PSYCHOMOTEUR ET COGNITIF DE L'ENFANT AINSI QUE LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES

De nombreuses études ont été menées, surtout à l'étranger, depuis les années 80 **pour évaluer les effets des modes d'accueil collectifs** sur le développement cognitif, la relation d'attachement parent-enfant, la réussite et l'adaptation scolaires, et le développement social et affectif de l'enfant à plus ou moins long terme. L'impact des modes d'accueil diffère singulièrement en fonction de nombreux facteurs liés à l'enfant, aux parents, aux conditions de vie familiales et aux caractéristiques structurelles et humaines du mode d'accueil, notamment le ratio enfants/adulte, le nombre d'heures passées par semaine et l'âge d'entrée.[230]

En France, les résultats de l'étude de cohorte EDEN (Etude des Déterminants du développement et de la santé de l'Enfant, 1428 enfants suivis de la grossesse jusqu'à l'âge de 8 ans) ont montré que les enfants qui avaient fréquenté au moins pendant un an un mode d'accueil collectif avaient moins de problèmes émotionnels, moins de difficultés relationnelles avec leurs pairs et montraient plus de comportements pro-sociaux que ceux restés à la maison avant l'entrée à l'école maternelle.[231] Toutefois, cette étude a montré aussi que les filles et les enfants de milieux plus favorisés tiraient plus de bénéfice de leur mode d'accueil que les garçons et les enfants issus de milieu défavorisé.

À son tour, l'étude de cohorte ELFE (plus de 18 000 enfants suivis depuis leur naissance en 2011 en France métropolitaine) a montré que le fait de fréquenter un mode d'accueil extérieur formel tendait à réduire les inégalités sociales de développement du langage. Le contact de l'enfant avec des professionnels de la petite enfance, qui peuvent proposer des activités éducatives adaptées à l'âge de l'enfant, pourrait être en outre une source d'enrichissement du vocabulaire.[232]

229 Relais d'assistants maternels, maisons de la petite enfance, le site monenfant.fr de la CNAF etc.

230 Heckman, J, Pinto, R., Savelyev, J., *Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes.* American Economic Review, 2013. **103**(6): p. 2052 – 2086.

231 Gomajee, R., et al, *Early childcare type predicts children's emotional and behavioral trajectories into middle childhood. Data from the EDEN mother-child cohort study.* J Epidemiol Community Health, 2018. **72**(11): p. 1033 – 1043.

232 Grobon, S., Panico, L., Solaz, A., *Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans.* BEH, 2019. **1**: p. 2 -9.

Les études portant sur l'évaluation de la qualité des modes d'accueil demeurent très rares dans le contexte français. En fait, aucune étude de ce type (sur les effets de l'âge d'entrée et du nombre d'heures passés) n'a été menée en France. Parmi les études longitudinales de référence internationale dans ce domaine, la série d'études du National Institute of Child Health and Human Development réalisée sur 1364 enfants de 10 Etats aux Etats-Unis, suivis de 1 mois à 15 ans, a montré, entre autres, que la qualité de l'accueil dans la petite enfance était associée à la performance cognitive, aux compétences langagières et à la réussite scolaire dès l'âge de 2 ans et jusqu'à 10-11 ans.[233] Cette étude montre aussi que lorsque l'environnement est stimulant et bien organisé, que les groupes d'enfants et le ratio d'enfants par professionnel sont de petite taille, les enfants ont des meilleures compétences attentionnelles, langagières et de mémoire, et des relations plus positives avec leurs pairs et avec les adultes.[234] Toutefois, la précocité de l'âge d'entrée et un nombre élevé d'heures passé en crèche collective peuvent favoriser les troubles du comportement chez l'enfant, notamment lorsque la crèche est de faible qualité.[235]

Les modes d'accueil constituent aussi de véritables observatoires du développement précoce et peuvent jouer un rôle important dans le dépistage des troubles du neurodéveloppement et l'orientation des familles vers des services adaptés.[236] Pour cela, les professionnels doivent être solidement formés et régulièrement supervisés et accompagnés dans le cadre d'une approche construite d'amélioration continue des pratiques éducatives. Enfin, la crèche est utile, voire indispensable, pour les mères isolées qui doivent pouvoir l'utiliser à temps partiel afin de pouvoir travailler, ainsi que pour les familles à difficultés multiples.

Les derniers rapports internationaux, comme ceux de l'UNICEF et de l'OCDE, comme le rapport Giampino en France, soulignent l'importance d'agir dès la petite enfance en offrant des services éducatifs de qualité avant l'entrée **à l'école**.[237] En effet, la mise en place précoce de pratiques éducatives conduit à une très large palette de bénéfices pour toute la société : plus d'équité, réduction de la pauvreté, augmentation de la mobilité sociale

233 Voir les études du National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (NICHD ECCRN); en particulier 1997, 2001 et 2004.

234 Albers, E. M., Riksen-Walraven, J.M, De Weerth, C., *Developmental stimulation in child care centers contributes to young infants' cognitive development.* Infant Behavior & Development, 2010. **33**: p. 401–408.

235 Belsky J., *La quantité de temps de garde et le développement socio-émotionnel du jeune enfant.* Devenir, 2004. **16**: p. 5-15.
Coley, R., Votruba-Drzal, E., Miller, P., Koury, A., *Timing, extent, and type of child care and children's behavioral functioning in kindergarten.* Developmental Psychology, 2013. **49**: p. 1859–1873

236 Dereu, M., et al., *Can child care workers contribute to the early detection of autism spectrum disorders? A comparison between screening instruments with child care workers versus parents as informants.* J Aut Dev Dis, 2012. **48**: p. 781 – 796.

237 Giampino, S., *Développement du jeune enfant – Modes d'accueil, formation des professionnels.* 2016.
OECD, *Engaging Young Children: Lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care,* 2018: Starting Strong, OECD Publishing.

intergénérationnelle, davantage de femmes en activité professionnelle, meilleur développement social et économique.[238] De manière encore plus cruciale, la qualité de l'accueil du jeune enfant est déterminante pour son développement et son épanouissement. C'est pour cela qu'il est essentiel de placer l'enfant au centre des décisions politiques, veillant à son bien-être, son développement et son éducation dès le plus jeune âge.

L'intégration officielle des particularités du développement du jeune enfant dans l'approche qualitative des modes d'accueil est assez récente en France. La notion de qualité se réfère aux besoins fondamentaux et aux droits des jeunes enfants en lien avec les sphères affective, éducative et sociale.[239] L'approche interactive et multi-dimensionnelle de la qualité inclut de fait l'accueil des familles et la continuité éducative vers l'entrée en école maternelle. Une charte ministérielle en 10 points a permis de donner des répères aux professionnels et structures et un référentiel a été proposé [240]

3. LES ÉLÉMENTS À FAVORISER POUR RENFORCER LA QUALITÉ : L'ENCADREMENT PÉDAGOGIQUE, LA PRATIQUE DE LA RÉFÉRENCE, LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

L'encadrement pédagogique est un élément essentiel de la qualité éducative et des soins dans les modes d'accueil. Pour ce qui concerne les EAJE, on applique en France un ratio enfants/professionnel de 5 enfants non marcheurs/adulte et de 8 enfants marcheurs/adulte. Ce taux est plus faible que la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques qui est de 5 enfants/adulte (OCDE, 2019).[241] Les données de montrent que des taux d'encadrement plus élevés sont systématiquement associés à des relations de meilleure qualité entre le personnel et les enfants dans les EAJE.

En lien avec le taux d'encadrement, il arrive en France que certaines structures d'accueil petite enfance mettent en place un fonctionnement institutionnel qui ne tient pas compte des besoins primaires de sécurité

238 Campbell, F., et al., *Early childhood investments substantially boost adult health.* Science, 2014. **343**(6178) p. 1478 – 1485.
Heckman, J.J.,*The Case for Investing in Disadvantaged Young Children.* CESifo DICE Report, 2008. **6**(2): p. 3- 8.
Heckman, J.J., et al, *A New Cost-Benefit and Rate of Return Analysis for the Perry Preschool Program: A Summary.* In Reynolds, A. et al [eds.] *Cost-Effective Programs in Children's First Decade: A Human Capital Integration.* 2010: Cambridge University Press. p. 366-380.

239 Giampino, 2016

240 HCFEA, *Le pilotage de la qualité éducative, affective et sociale des modes d'accueil de la petite enfance à partir de la charte nationale du jeune enfant,* 2017.
HCFEA, 2019.

241 OECD, *Providing early childhood quality and care – results from the starting strong survey.* 2019.
Notons cependant que l'OCDE calcule un ratio enfants/adultes (et non professionnels) ; la moyenne intègre aussi des pays où le taux de couverture des besoins est beaucoup plus faible qu'en France. En outre l'OCDE ne tient pas compte des assistants maternels dans le cas français.

affective du bébé et du jeune enfant, et qui cherche ainsi à éviter les « risques » d'un attachement de l'enfant à un adulte référent. Dans de telles structures, il n'y a pas de système de référence où un adulte est le référent d'un enfant pour toute la durée de son accueil.[242] Or, les travaux menés sur l'application du système de référence dans les structures d'accueil de jeunes enfants ont montré qu'une organisation dans laquelle chaque enfant a un adulte référent de manière durable permet à l'adulte de mieux répondre aux besoins de l'enfant, favorisant non seulement la sécurité de l'attachement de l'enfant à l'adulte référent, mais aussi les relations de confiance parents-enfants-professionnels.[243]

Des témoignages de professionnels en France attestent que la référence permet d'acquérir une fine connaissance de l'enfant, de ses habitudes de vie, promouvant donc un accompagnement plus ajusté aux rythmes et besoins de l'enfant. La référence engendrerait une relation enfant-professionnel plus sécurisante et plus favorable pour le développement de l'enfant.[244] **Les parents et les professionnels en profitent également lorsqu'une relation stable, individualisée et de confiance s'établi entre eux.** À leur tour, ces liens peuvent aussi favoriser une **participation plus importante des parents** dans la vie de l'EAJE, avec davantage d'échanges mutuellement enrichissants, au-delà des transmissions quotidiennes.[245]

La mise en place d'un accueil de qualité, en lien avec les besoins fondamentaux des bébés et bienveillant envers tous les parents, n'est possible qu'à partir de la mise en cohérence des formations des professionnels de la petite enfance. La formation initiale des professionnels au contact avec les enfants mérite d'être plus soutenue et étendue et l'accès à la formation continue, source d'un renouvellement important des savoirs et des pratiques en lien avec l'émergence de consensus scientifique, est à soutenir. En effet, les professionnels de la petite enfance devraient bénéficier d'une formation de haut niveau au regard des connaissances croissantes sur l'importance des premières années de la vie pour le développement social, cognitif, affectif et relationnel ultérieur de l'enfant et de l'impact de l'environnement sur le développement précoce du cerveau. Or, en France, les professionnels les moins bien rémunérés et les moins bien formés sont ceux qui travaillent directement auprès des enfants (CAP petite enfance, BEP sanitaire et social, auxiliaires de puériculture ou sans diplômes ou qualifications), les éducateurs de jeunes enfants (EJE) et les puéricultrices intervenant le plus souvent en encadrement de sections et directions d'EAJE.

242 Violon, M. et Wendland, J., *Être accueilli par un référent en crèche collective : quels enjeux pour le développement affectif et social du jeune enfant ?* Dans Mennesson, C.H. (ed). Le bébé en contexte. 2020 : Erès.

243 Ebbeck, M., et al., *A research study on secure attachment using the primary caregiving approach.* Early Child Ed J, 2014. **43**: p. 233 – 240.

244 Violon, M., Wendland, J., *Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)conceptualiser ?* Devenir, 2018. **30**(4) : p. 377 – 398.

245 Ebbeck, M., *Rethinking attachment: fostering positive relationships between infants, toddlers and their primary caregivers.* Early Child Dev Care, 2009. **17**(9): p. 899 – 909.

Ces professionnels bénéficient également peu souvent d'analyse des pratiques, de supervisions et de formation continue structurée.[246] [247]

Le temps de présence des psychologues en EAJE est souvent limité à une ou deux demi-journées par semaine alors que ces professionnels offrent un soutien important aux équipes comme aux familles. Les métiers de la petite enfance souffrent globalement d'un manque de reconnaissance sociale et d'une rémunération plus faible par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE.[248] Or, le bien-être des bébés et des jeunes enfants dépend aussi du bien-être des professionnels qui s'en occupent.

Des études ont montré que la **qualité de l'environnement, notamment la taille réduite de l'établissement, ainsi que la formation de haut niveau du personnel était prédictives d'une meilleure sensibilité des professionnels aux besoins des enfants**[249], alors que les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez des professionnels de crèche ayant une faible formation ou passant de longues périodes seuls avec les enfants.[250] En lien avec ces données, les professionnels de terrain français font part de phénomènes de turnover important et de burnout professionnel.[251] Plusieurs études s'accordent aussi sur le fait qu'avoir en charge un nombre important d'enfants affecte la qualité des soins prodigués aux enfants du fait de la nécessité pour l'adulte de partager son attention et son temps entre plusieurs enfants.[252]

Enfin, la conception des espaces d'accueil (crèches, halte-garderie, relais assistant(e)s maternel(le)s, écoles maternelles prenant en compte les enfants de moins de 3 ans) a un effet sur le développement de l'enfant, sur ses aptitudes empathiques, son développement langagier, sa vie émotionnelle, dextérité manuelle. Il existe une littérature importante documentant les bénéfices pour les enfants, et pour toute la société autour d'eux, de lieux de socialisation précoce et de pédagogies de la petite enfance pensés à

246 Notons cependant que la PSU évoquée précédemment permet de financer des heures de concertation qui doivent notamment permettre aux équipes de se dégager des temps d'analyse des pratiques. Le nombre d'heures prises en charge a été doublé en 2018 : il est passé de 3 à 6 heures par an.

247 Une première expérience française menée à l'échelle d'une ville pilote propose un accompagnement de tous les acteurs de l'accueil de l'enfant-petite enfance et école maternelle, dans le cadre d'une approche franco-québécoise d'amélioration continue des pratiques (partenariat CAF Ile et Vilaine, ville de Saint-Malo, association Ensemble pour l'éducation de la petite enfance).

248 OECD, *Starting Strong.* 2017

249 Gerber, E.B., et al, *At the heart of childcare: predictors of teacher sensitivity in center-based child care.* Early Childhood Research Quarterly, 2007. **22**(3): p. 327 – 346.

250 Hamre, B. K., & Pianta, R. C., *Self-reported depression in nonfamilial caregivers: prevalence and associations with caregiver behavior in child-care settings. Early Childhood Research Quarterly, 2004.* **19**(2) : p. 297–318.

251 Pierre Moisset, *Accueillir la petite enfance : motivation, travail, vécu des professionnels.* 2019 : Erès.

252 Ahnert, L., *Security of children's relationships with non-parental care providers: a meta-analysis.* Child Development, 2006. **74**(3): p. 664 – 679.
De Schipper, J.C., et al., *Children's attachment relationships with day care givers: associations with positive caregiving and the child's temperament.* Social Development, 2008. **17**(3): p. 454 – 470.
Sagi, A., et al., *Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship: The Haifa study of early child care.* Child Development, 2002. **73**: p. 1166-1186.

partir des capacités insoupçonnées du jeune enfant.[253] Les activités réalisées dans les accueils collectifs, le jeu en extérieur et en pleine nature, ainsi que des propositions d'éveil culturel et artistique par l'intervention d'artistes sont bénéfiques pour le développement émotionnel et social des enfants, le suivi des règles collectives et l'intégration du point de vue des autres.[254] Les effets mesurés chez l'enfant portent sur leurs capacités de concentration, de coopération, leur créativité, et leur réussite scolaire.

PROPOSITIONS

Un grand nombre de pays de l'OCDE, dont l'Italie et le Québec ont engagé des investissements considérables dans la qualité éducative préscolaire et scolaire en vue de soutenir un développement optimal des enfants.[255] Cinq leviers fondamentaux ont été identifiés par l'OCDE pour promouvoir cette qualité éducative et le développement de l'enfant : 1) mettre en place des objectifs de qualité et revisiter les normes; 2) construire et disséminer des curriculums et référentiels ; 3) faire progresser les qualifications, les formations et les conditions de travail ; 4) impliquer les familles et la communauté ; 5) collecter des données, effectuer des recherches et des évaluations.[256] La France doit s'inspirer de ces axes de travail.

Plus particulièrement, la commission souhaite mettre l'accent sur la garantie d'un accès universel à un mode d'accueil de qualité pour tous les enfants, dans le respect l'égalité des chances. Elle recommande de porter plus particulièrement les efforts sur :

- L'application de la pratique de la référence qui permet une continuité des soins dispensés à l'enfant et contribue significativement à la qualité de l'accueil et à une relation de confiance enfant-parents-professionnels.
- Le respect d'un ratio de 5 enfants /adulte tous âges confondus, avec au moins 70% de professionnels diplômés (IDE, Puer, EJE, AP auprès des enfants).

253 Trevarthen, C., Delafield-Butt, J., & Dunlop, A. W. [eds.]. *The Child's Curriculum: Working with the natural values of young children.* 2018: Oxford University Press.
Rayna, S., *Qu'est-ce qu'on attend…?* Spirale, 2017. **2**: p. 184-192.

254 Rapport Marinopoulos 2019, préconisations 4 et 16.

255 Galardini, A., Giovannini, D., Iozzelli, S., Mastio, A., Contini, M. & Rayna, S., *Pistoia: Une culture de la petite enfance.* 2020: Erès.

256 OECD, *Starting Strong.* 2011.

— L'amélioration de la formation, la valorisation des personnels et l'encadrement travaillant dans les EAJE, mais aussi les assistants maternels :
  - Valoriser la rémunération et investir fortement dans la formation initiale et continue de qualité des professionnels de la petite enfance exerçant dans les modes d'accueil collectifs et individuels,
  - Assurer que la direction des structures EAJE soit assurée par des diplômés dans le champ de la petite enfance, à minima de niveau BAC + 3, avec minimum 3 ans d'expérience et ayant une formation en « direction de structure »,
  - Financer la recherche-action-formation entre chercheurs et professionnels, avec une évaluation des pratiques visant à l'amélioration constante de la qualité de l'accueil (en lien avec les « instituts 1000 jours » voir partie 5),
  - Proposer un module commun et interdisciplinaire sur le développement de l'enfant à tous les professionnels de l'accueil ; à mettre à disposition des juges pour enfants, pédiatres, professionnels de la protection de l'enfance et de l'éducation nationale,
  - Mettre en place un module sur la place de l'éveil culturel et artistique et de la nature en lien avec le développement de l'enfant,
  - Proposer une campagne de communication pour valoriser les métiers de la petite enfance, susciter des vocations et faciliter les recrutements de professionnels motivés.
— L'accessibilité territoriale et financière :
  - un investissement dans la création de modes d'accueil sur la base d'analyse des besoins des territoires pour mieux répondre aux enjeux de couverture du territoire par des modes d'accueil adaptés. Il conviendra d'évaluer l'impact de ces investissements.
  - un mode de financement universel pour tous les modes d'accueil individuels et collectifs [257]
— Mettre en œuvre une conception renouvelée des espaces d'accueil et de leur environnement :
  - Repenser les espaces d'accueil en les mettant en conformité avec les conclusions des recherches scientifiques sur l'apport de la nature sur le développement de l'enfant,
  - Garantir une surface intérieure de 7 m^2 minimum par enfant dans les modes d'accueil partout en France et un accès quotidien à un espace extérieur,
  - Veiller à ce que tous les modes d'accueil proposent un environnement sain, protégé notamment de l'exposition aux produits toxiques et aux perturbateurs endocriniens,

257 Proposition faite par la Commission « Éradiquer la pauvreté des enfants » dans le cadre de la Stratégie pauvreté-Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gt_1_finalise.pdf

- Assouplir les normes sécuritaires venant parfois entraver certaines initiatives pédagogiques, par exemple pour encourager les sorties quotidiennes à l'extérieur, accéder à la nature, aux animaux, aux activités libres etc.

— Une meilleure organisation institutionnelle :

- Créer une instance nationale ou un service intégré pérenne constitué d'experts scientifiques et du terrain dédié à la qualité de l'accueil du jeune enfant pour favoriser le continuum éducatif et la fluidité du parcours de vie de l'enfant. Cette instance aurait vocation à préconiser les référentiels de qualité fondés sur les recherches actualisées dans ce domaine, à recommander des dispositifs spécifiques pour les populations à risque ou à besoins spécifiques ou encore à favoriser les liens entre institutions (crèches, maison des 1000 jours, PMI, etc.),
- Déterminer la collectivité territoriale compétente pour les modes d'accueil et aller vers un « droit opposable » à l'accueil de l'enfant, comme dans les pays nordiques,
- Proposer un cahier des charges universel pour encadrer les délégations de service public et les marchés publics et former les nouveaux élus petite enfance qui créent des places d'accueil.

— Favoriser l'implication des parents au sein des EAJE en les rendant acteurs du projet d'établissement et en leur permettant de participer à des activités réunissant enfants, parents et professionnels : débats, réunions thématiques, sorties, fêtes, goûters, conférences, activités culturelles et artistiques, et soutien de l'équipe. Les EAJE pourront ainsi être aussi des lieux naturels de soutien à la parentalité ;

— Faciliter l'accueil du bébé allaité en crèche : respect des rythmes, soutien de la mère, transport et conservation du lait maternel ;

— Un accueil prioritaire des enfants à besoins particuliers (handicap, troubles du développement, maladies chroniques, en situation de vulnérabilité) :

- Former les professionnels à la détection précoce des troubles du développement,
- Fournir aux structures qui bénéficient du bonus handicap une formation à l'accompagnement de ces enfants pour favoriser leur inclusion,
- Accueillir en priorité les enfants de familles vivant sous le seuil économique de pauvreté.

— Mettre en valeur la diversité culturelle et le plurilinguisme des enfants accueillis dans les EAJE ;

V) Traduire cette ambition inédite dans la recherche, l'évaluation des pratiques et la formation des professionnels

Dans ce rapport qui vise à replacer le bébé et le jeune enfant au centre du débat public, la formation et la recherche sont évidemment des points cruciaux à aborder. Comme nous l'avons exprimé à de nombreuses reprises, notamment lors des parties sur le parcours 1000 jours (partie II.) ou sur les modes d'accueil (IV.B), une politique de la petite enfance réussie nécessite de fournir un effort redoublé sur la formation des professionnels et sur la recherche fondamentale et appliquée, en s'assurant que les pratiques professionnelles soient en accord avec les connaissances actuelles (evidence-based) et soient évaluées de façon à favoriser le développement des enfants et l'épanouissement de leurs familles.

A) Améliorer la connaissance sur les 1000 premiers jours de l'enfant : investir sur la recherche fondamentale et appliquée

La recherche a pour but de répondre à des questions fondamentales (par exemple sur le développement du langage) et à des questions appliquées (par exemple sur la prise en charge des handicaps individuels ou la prévention des troubles précoces des interactions parents-bébé). Pendant longtemps, la recherche chez l'enfant a été quasi inexistante, en raison notamment de freins culturels et conceptuels sur la nature de l'enfance. De plus, des freins méthodologiques en termes de méthodes expérimentales généralisables de l'adulte à l'enfant, de problèmes éthiques posés par la participation de personnes mineures, enfin la complexité des questions posées sur un individu en transformation permanente, accroissent considérablement les difficultés de la recherche à ces âges.

Ces considérations sont encore plus vraies pour le développement cognitif et socio-émotionnel que pour le développement somatique du jeune enfant. Cependant, le développement de paradigmes expérimentaux comportementaux et de techniques de neuro-imagerie non invasive permettent actuellement d'obtenir des données scientifiques valides même à un très jeune âge ; de plus, de nouvelles approches émergent pour étudier, au-delà des processus de développement du bébé seul, ceux impliqués dans les interactions avec les parents.

La recherche sur le développement cognitif, affectif et socio-émotionnel de l'enfant, si cruciale pour la société, peine pourtant toujours à se développer en France. Les raisons de ces difficultés sont multiples et mériteraient d'être analysées. Le manque de moyens humains et matériels pour mener à bien des études longitudinales de longue durée et surtout un manque de reconnaissance de l'importance des 1000 premiers jours par les financeurs de la recherche ont été des freins majeurs. **Pour assurer le meilleur accueil possible de chaque enfant dans sa famille et dans la société, mais aussi pour éviter les conséquences à long terme des difficultés de cette période de la vie, il est important de réfléchir à comment la recherche sur cette période peut être amplifiée et soutenue en France.**

Il faut aussi pouvoir répondre à partir de résultats scientifiques aux nombreuses questions que se pose le public (effet des écrans, des polluants, des transformations familiales, impact de la génétique, etc.) et étudier des spécificités françaises pour lesquelles la littérature internationale aura peu de réponses (la situation des DOM-TOM, les spécificités de l'immigration en France, etc.).

Relativement à son poids scientifique général, la France possède peu d'équipes travaillant sur la période des 1000 jours et les institutions (CNRS, INSERM, Universités) ont peu investi dans ce domaine. **Pourtant, il existe des équipes de renommée internationale en pédiatrie, néonatologie, neurosciences, sciences cognitives, psychologie du développement, psychologie et psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité, génétique, épidémiologie, santé publique et sociale etc. sur lesquelles s'appuyer pour faire émerger cet axe thématique**.

Cette recherche doit étudier les trajectoires développementales précoces, typiques et atypiques, mais aussi prendre en compte les grandes étapes ultérieures et notamment la scolarité, voire le devenir à l'âge adulte. Les cohortes devraient donc être suivies jusqu'à l'âge adulte pour obtenir des connaissances fiables sur l'efficacité à long terme de mesures précoces, comme cela est fait en Nouvelle Zélande ou en Grande Bretagne[258]. C'est donc une recherche coûteuse en temps et en personnel. De plus, l'état de compétition actuel dans la recherche décourage les jeunes chercheurs qui préfèrent s'orienter dans des domaines plus « rentables ». Cette pénurie en recherche fondamentale pénalise la recherche appliquée en ne créant pas le vivier suffisant d'individus et de ressources pour promouvoir les échanges entre recherche fondamentale et clinique.

Par ailleurs, les chercheurs et les praticiens de la périnatalité et de la petite enfance évoluent souvent dans des univers séparés, et donc peu de travaux de recherche sont menés pour évaluer les services proposés aux familles dans les maternités, services de soins, crèches, PMI, lieux de soutien aux parents. Il est donc important de soutenir ce type de recherche, appelée recherche-action (ou « recherche interventionnelle »), qui reste trop rare en France. Ces recherches ont permis au Canada, aux Etats-Unis ou à la Grande Bretagne de mesurer précisément les effets bénéfiques de certains projets, qui ont ainsi pu être généralisés et connaitre un rayonnement international. Davantage d'appels à projets spécifiques incitant à la collaboration entre acteurs de terrain et scientifiques devraient être proposés. Les acteurs de terrain, y compris les parents, devraient être considérés comme compétents et légitimes pour contribuer à l'élaboration de nouvelles connaissances. L'expertise scientifique peut enrichir et valoriser le travail des professionnels de terrain, à condition qu'ils soient bien impliqués dans ces démarches.

258 Cohortes Dunedin en Nouvelle Zélande (http://www.sciencemag.org/news/2018/02/two-psychologists-followed-1000-new-zealanders-decades-here-s-what-they-found-about-how), TEDS (http://teds.ac.uk/) et Avon (http://www.bristol.ac.uk/alspac/) en Grande Bretagne.

PROPOSITIONS

Lancer des programmes de financement spécifique sur une longue durée pour permettre de :

- Développer et soutenir des équipes innovantes et compétentes,
- Attirer des chercheurs vers la thématique des 1000 jours,
- Réorienter des équipes en place vers la thématique des 1000 jours,
- Tenir compte des étapes importantes **ultérieures** aux 1000 jours comme la scolarité,
- Faire des suivis de cohortes sur de longues périodes, si possible jusqu'à l'âge adulte,
- Financer des études sur le développement atypique mais ne pas oublier le développement typique sur lequel les connaissances sont encore trop limitées,
- Soutenir les coordinations entre laboratoires travaillant sur les 1000 jours afin de couvrir des thématiques variées mais reliées,
- Favoriser l'émergence d'une communauté de chercheurs autour d'un groupement de coopération scientifique facilitant la mise en réseau des équipes de recherche labélisées (INSERM, CEA, CNRS, Universités...) en vue d'en soutenir le positionnement au niveau européen – sur le thème des 1000 jours.

Ces objectifs pourraient faire l'objet d'appels de l'ANR, ainsi que de postes/programmes ciblés dans les organismes publics de recherche. Il est à souligner que la France, comparativement à d'autres pays européens et américains, dispose de très peu de fondations et organismes financeurs dédiés à la recherche sur cette thématique. La France pourrait également soutenir les mêmes demandes auprès des programmes européens de recherche et d'innovation.

Créer un ou deux centres de recherche interdisciplinaire « Petite Enfance » ayant deux objectifs :

- le développement de plateformes techniques facilitant le partage de données et permettant de recenser les recherches en cours et leurs résultats, et comportant également des compétences techniques de haut niveau et spécialisées chez l'enfant et ses maladies. Actuellement, les données sont difficiles à acquérir (en imagerie par exemple) et ne concernent souvent que peu d'individus (pour certains syndromes génétiques par exemple). Il est absolument nécessaire de partager ces ressources pour avancer plus vite dans nos connaissances,

- le développement de solutions matérielles et logicielles avec des cliniciens et des chercheurs afin de répondre aux demandes des parents. Ces centres de recherches seraient généraux et pratiques et concerneraient l'ensemble des domaines scientifiques touchant à l'enfance en recherche fondamentale et appliquée, avec des équipes techniques dédiées à la mise au point d'outils d'adaptation et de jeux éducatifs centrées sur les difficultés de l'enfant et prenant en compte la cognition des différents âges à partir de cahier des charges élaborées par les familles (ex : amélioration du mobilier et/ou du matériel de puériculture en cas de handicap chez l'enfant ou chez le parent, hochet avec retour vibratoire pour les nourrissons aveugles). En effet, beaucoup des pathologies neurologiques ou somatiques de l'enfant ne concernent qu'un petit nombre d'individus qui sont à des âges différents, et la réponse aux besoins de tels enfants n'est pas toujours rentable pour des sociétés privées.

Créer dans quelques universités des « Instituts des 1000 jours », qui associeraient la recherche appliquée et fondamentale à la formation initiale et continue sur le développement cognitif, neurologique et socio-émotionnel de l'enfant depuis la grossesse (voir partie III. du présent rapport), et sur la parentalité. Ces instituts pourraient avoir un rôle de formation clinique (consultations supervisées) et être associés à des espaces de socialisation ouverts sur la ville (voir en B une description plus précise).

B) Évaluer les pratiques afin d'identifier les voies et les moyens d'amélioration des interventions

Les pratiques doivent être évaluées de façon constructive et scientifique. En effet, il existe beaucoup d'initiatives locales souvent intéressantes sur la prise en charge du jeune enfant en difficulté ou sur le développement de compétences chez les professionnels, mais souvent initiées sans fondement scientifique ou sans procédure d'évaluation de leur efficacité.
Le développement d'une culture intelligente de l'évaluation des pratiques permettrait d'examiner la pertinence et l'efficacité de ces pratiques/dispositifs (modalités de prise en charge d'enfants au développement typique et atypique, dispositifs de soutien à la parentalité, services de soins en périnatalité, modes d'accueil, transition crèche/école maternelle etc.) et d'initier des recherches à partir des pratiques du terrain. Il serait aussi important d'avoir des évaluations à grande échelle pour s'assurer de la robustesse des résultats obtenus localement.
La mise en place de bonnes pratiques à l'échelle nationale demanderait une structure permettant des évaluations à grande échelle par des spécialistes reconnus.

PROPOSITION

Développer un centre national d'évaluation des pratiques (sur le modèle de la HAS mais dédié aux 1000 jours), avec un conseil scientifique de chercheurs/universitaires et un comité consultatif ouvert aux familles et aux professionnels de la petite enfance. Ce centre aurait pour but d'évaluer scientifiquement les pratiques proposées dans les 1000 premiers jours, et de synthétiser les résultats de ces évaluations dans des formats accessibles pour les diffuser largement, notamment auprès des professionnels de terrain, afin que la recherche puisse effectivement éclairer leurs pratiques. Il financerait de nouvelles recherches-actions pour tester scientifiquement les initiatives locales, à petite puis à large échelle si les résultats sont encourageants. Un tel centre pourrait s'inspirer du modèle de la Grande-Bretagne, et de la « Early Intervention Foundation » (EIF), spécialisée sur les enfants d'âge préscolaire. Ce « **Centre national d'évaluation des pratiques** 1000 Jours » pourrait être hébergé par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), principal organisme public et financeur du secteur de la petite enfance, et recevoir le soutien d'autres organismes nationaux actifs dans ce domaine comme Santé Publique France (SPF).

C) Former les professionnels sur les éléments clés des 1000 premiers jours de l'enfant

La connaissance des processus et des étapes du développement socio-affectif et cognitif du très jeune enfant semble aujourd'hui incontournable pour tous les professionnels travaillant avec les bébés et les parents **et doit faire partie du cursus initial de l'ensemble des professionnels de santé,** même de ceux qui ne se destinent pas à l'enfance comme un fond commun de connaissances pertinentes pour tous ceux qui s'occupent de l'humain **et bien sûr de chaque professionnel travaillant en maternité, crèche, école, centres d'accueil, etc.** Comme nous l'avons vu en 1ère partie, les répercussions des 1000 jours se voient à long terme et doivent être comprises par tous ceux intervenant près des enfants et des parents à un titre ou à un autre.

Ces connaissances doivent être mises à jour régulièrement, en fonction des progrès scientifiques et de l'évolution sociétale (par exemple pour répondre de façon adéquate au développement de nouveaux outils informatiques, à des pandémies, etc.). **La formation continue** est source de confiance pour les professionnels car elle étaye leurs perceptions et leurs pratiques et stimule les processus réflexifs et critiques qui font progresser les pratiques professionnelles. Elle doit donc permettre aux professionnels de réactualiser leurs connaissances, tout en suscitant une remise en question et une évolution des pratiques dans des échanges constructifs entre professionnels. De plus, de nombreux métiers sont l'occasion de rencontres et d'échanges avec de jeunes enfants (comme par exemple les juges et les avocats). Pour tous ces professionnels, il serait nécessaire d'envisager des formations communes, ce qui permettrait également de croiser des regards complémentaires sur l'enfant et la parentalité.

Les connaissances sur les besoins fondamentaux des bébés et des parents doivent aussi s'expérimenter et s'éprouver via des stages, des observations, des recherches et des supervisions sur le terrain. L'apprentissage in situ avec un superviseur est le seul moyen d'acquérir de l'expérience en réfléchissant sur son action. Les supports audio-visuels permettant de former à l'observation des bébés sont eux aussi particulièrement pertinents pour le champ de la petite enfance.[259]

259 Fontaine, A.M, *Construire un projet d'observation en crèche. Un exemple : observer les repas.* Métiers de la petite enfance, 1997. **29**: p. 4 – 9.

L'enseignement des connaissances scientifiques sur le développement au cours des 1000 jours est actuellement insuffisant dans les offres de formation initiales de toutes les professions de la petite enfance.

De manière générale, la psychologie du développement précoce est peu enseignée dans toutes les formations aux métiers de la petite enfance. À titre d'exemple, il n'existe en France à ce jour qu'un seul parcours de Master dédié à la petite enfance même dans le domaine de la psychologie du développement.

De même, en ce qui concerne la formation des sages-femmes, les écoles de maïeutique, majoritairement insérées au sein de structures hospitalières, ne laissent pas beaucoup de place à la psychologie et psychopathologie périnatales et au développement cognitif et émotionnel typique et atypique du nourrisson, au dépistage et à l'orientation des situations de vulnérabilité des parents et de l'enfant, ainsi qu'au travail en réseau. Une grande partie de l'enseignement se fait au cours des stages cliniques, et dépend donc aussi de la qualité et de l'accès des professionnels à la formation continue. Il en va souvent de même pour la formation des médecins, y compris ceux qui se destinent aux filières de gynécologie-obstétrique, pédiatrie, pédopsychiatrie, et d'autres métiers de la petite enfance (puéricultrices, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, etc.).

En outre, il existe actuellement une grande hétérogénéité dans les représentations et pratiques des professionnels de la petite enfance car les divers métiers ont été créés sous des tutelles ministérielles différentes (Education, Santé, Travail Social). Une évolution importante est cependant à noter depuis peu avec la refonte très récente du CAP AEPE (accompagnement éducatif petite enfance) issue de la charte nationale pour l'accueil des jeunes enfants de 2016-2017 et du rapport du HCFEA (2017).[260]

Enfin, les professionnels et futurs professionnels ont rarement l'occasion de bénéficier de formations transversales, transdisciplinaires, alors que la nécessité de travailler en réseau est le propre du champ de la périnatalité et de la petite enfance. Les nombreux professionnels intervenant autour de l'enfant et de ses parents, reçoivent des formations très différentes, sans module commun sur le développement de l'enfant. Cela conduit à des réponses apportées aux parents qui sont parfois très diverses, voire incohérentes.

L'ensemble des professionnels doit donc disposer d'un socle de connaissances commun, à jour, scientifiquement valide sur le développement de l'enfant pour parler un langage commun (voir notamment la partie I.). Ce socle devrait être largement connu de l'ensemble des professionnels et décliné dans les postures professionnelles.

260 http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport_transversal_adopte_le_12_decembre_2017_6_janv-2.pdf

À cet effet nous formulons plusieurs recommandations, au-delà de celles déjà évoquées plus en amont (voir parties II., III. et IV. notamment).

PROPOSITIONS

Investir fortement dans la formation initiale et continue sur le développement précoce dans toutes ses dimensions (communication, langage, motricité, régulation émotionnelle, attachement), avec les 1000 jours comme socle commun, de tous les professionnels travaillant auprès de bébés, des jeunes enfants et de leurs familles, en s'appuyant sur les expertises existantes (par exemple dans les universités) et en développant l'expertise de formateurs et enseignants professionnels.

Généraliser la pratique de la supervision dans les métiers de la périnatalité et de la petite enfance.

Mettre en place une instance indépendante d'accréditation des contenus et des offres de formation, composée de spécialistes de la psychologie du développement, de la parentalité, des sciences cognitives, de médecins, etc. Cette instance serait à même de garantir la qualité des formations validantes.

Créer des services gratuits, en lien avec les universités et lieux de formation, délivrés à la population (comme l'exemple des cliniques-écoles largement présentes dans les pays d'Amérique Latine[261]) qui rendent service à la communauté et servent aussi de lieux de formation privilégiés pour les étudiants dans les filières qui seront en contact avec la population générale. En périnatalité et petite enfance, ces cliniques-écoles pourraient offrir : des groupes de paroles/soutien pour parents, interventions de guidance parentale, consultations, thérapies et co-thérapies, bilans de développement, bilans et séances d'orthophonie et psychomotricité etc. Toutes ces activités devraient être supervisées, notamment par des enseignants-chercheurs. Ces centres et cliniques-écoles offriraient aussi la possibilité de proposer sur place des modules de formations et d'activités décloisonnées, transversaux à plusieurs professions au contact des bébés/jeunes enfants et des (futurs) parents (médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues, puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, orthophonistes, psychomotriciens, etc.), en lien avec les Instituts 1000 jours (voir plus haut).

261 https://www.utalca.cl/vinculacion/clinicas/
http://www.ufrgs.br/psicologia/orgaos-auxiliares/clinica-de-atendimento-psicologico/apresentacao-intro

Développer, dans la continuité du plan périnatalité 2005, des formations transdisciplinaires soutenant le développement de pratiques partagées et d'une acculturation des professionnels d'horizon divers ; ces formations s'inspireront des « reprise de cas » selon le modèle proposé pour les formations à la clinique en réseau, réalisé avec la participation et sous l'égide de la Société Française de Médecine Périnatale.

Les missions ci-dessus pourraient être assurées au sein des « Instituts » des 1000 jours, présents dans certaines universités, qui serviraient également de centres de référence et offriraient la formation continue et les échanges interprofessionnels pour les professionnels de son bassin académique.

Maquette : Dicom/Ministères sociaux et Parimage – Septembre 2020
Photos : Ministères sociaux/Dicom/Sipa Press

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité