

Table des matières

Introduction.....	4
Pourquoi s'approprier des connaissances scientifiques ?.....	4
Inégalités sociales de santé et universalisme proportionné	5
Programme de l'expertise.....	7
1. Parentalité et vulnérabilités en question.....	10
L'anthropologie de la parenté	10
La parentalité	13
Vulnérables ou populaires ? Le poids des inégalités sociales sur les pratiques parentales.....	20
2. Adversités précoces et développement de l'enfant.....	37
L'influence des adversités parentales et enfantines : la recherche internationale.....	37
Références supplémentaires en psychologie du développement.....	41
Références supplémentaires en épidémiologie sociale.....	55
3. L'approche épigénétique	64
Définition de l'épigénétique	64
Dangers d'une mauvaise interprétation de l'épigénétique.....	65
Évidences chez les animaux.....	66
Évidences chez les humains.....	69
Conclusion : déterminants sociaux de santé, vulnérabilités et enjeux de santé publique	74
Des pistes pour la recherche interventionnelle.....	77

Introduction

Pourquoi s'approprier des connaissances scientifiques ?

Cette expertise pluridisciplinaire s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre la Protection Maternelle Infantile du département de la Moselle et la plateforme d'expertise Aapriss IFERISS FED 4142¹. L'objectif est d'apporter aux professionnels de la PMI des connaissances scientifiques. L'appropriation et l'adoption de ces apports scientifiques dans la pratique professionnelle représentent des enjeux majeurs du rapprochement des espaces de la recherche et de l'action publique.

La création et la mise en place de programmes d'action en santé constituent une part importante du travail des professionnels de la PMI. Ces programmes soulèvent des attentes fortes en termes d'efficacité de prise en charge des publics et de résolution de leurs problématiques. Toutefois, la réussite d'un programme tient à divers facteurs. Tout d'abord, le manque de ressources matérielles et humaines peut empêcher la réalisation d'un programme ou sa pérennisation. Mais au-delà des contraintes de moyens, il existe aussi des freins théoriques, qui, lorsqu'ils sont peu visibles, peuvent faire échouer une action en santé. Le public ne répond pas présent ou très peu, voire n'a pas accès à l'information, la lassitude gagne des professionnels qui se sont investis fortement... Les espoirs qui ont réuni et mobilisé tout une équipe s'évanouissent.

L'objectif de cette expertise pluridisciplinaire est de rendre plus visible certains de ces obstacles théoriques, en apportant aux professionnels de la PMI des éléments d'explication scientifique quant à la production des vulnérabilités qui touchent les plus jeunes enfants et leur entourage.

Les professionnels se trouveront ainsi plus armés pour la création de dispositifs innovants, leur évaluation et leur éventuelle transférabilité. En effet, un autre obstacle apparaît ici : l'échec de dispositifs tient pour une part à leur impossible transférabilité. Malgré l'espoir que suscitent les réussites de certains, la prudence est requise quand il s'agit de les appliquer en dehors du contexte qui les a vus naître, car les caractéristiques économiques, sociales, culturelles, psychologiques des publics et des professionnels travaillant auprès d'eux restent singulières. Cela signifie que si un dispositif a réussi dans un territoire, il ne pourra pas nécessairement être reproduit dans un autre dans la mesure où les caractéristiques de la population seront différentes (par exemple des habitudes de vie liées à un mode plus citadin ou rural, des dispositifs nécessitant des supports lettrés pour une population qui aurait un faible niveau de diplôme, des dispositifs principalement en ligne...).

¹ Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé est une plateforme développée en 2013 par l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (FED4142) C'est une interface entre la communauté de chercheurs, les acteurs de terrain et les espaces de la décision publique. La plateforme met à disposition des professionnels des connaissances, des approches méthodologiques et des expertises ciblées sur les inégalités sociales de santé. Son activité participe au processus de transfert des connaissances et à l'émergence de recherches interdisciplinaires et collaboratives.

L'apport de connaissance scientifique permet d'aiguiser sa vigilance et prévenir, autant que faire se peut, ces risques d'échec. En comprenant comment se construisent les vulnérabilités, on peut plus judicieusement trouver les moyens de les réduire et observer les pièges implicites de programmes voisins qui, bien qu'efficaces dans leur contexte, pourraient rapidement s'avérer inopérants dans un autre. À l'inverse, l'insuccès d'un programme pourrait se révéler fructueux ailleurs.

Les références scientifiques qui seront présentées dans ce rapport visent à apporter des connaissances sur les mécanismes biopsychosociaux à l'œuvre dans la production des vulnérabilités. Certaines références pourront paraître anciennes ou *a priori* éloignées de l'action des PMI. Mais leur intérêt ne réside pas tant dans leur utilisation directe que dans la mise au jour de mécanismes qui, eux, sont toujours d'actualité pour comprendre les liens entre le développement de l'enfant et son environnement psycho-social, autrement dit, la santé développementale.

Inégalités sociales de santé et universalisme proportionné

Cette expertise interroge donc les liens entre le développement de l'enfant et son environnement psycho-social et les vulnérabilités pouvant l'affecter. Il convient avant d'aller plus loin de définir provisoirement cet environnement et ce que l'on entend par « vulnérabilité ».

L'environnement dans lequel se déroule le développement de l'enfant, ce sont les personnes qui l'entourent, auprès desquelles il grandit et l'influencent. Ce cercle de relations est selon les cas plus ou moins favorable à son développement, son épanouissement et sa santé, à court et à long terme. Ces personnes de ce cercle sont, la plupart du temps et dans les premiers temps de la vie, des membres de sa famille parmi lesquels les parents jouent un rôle prépondérant.

Si l'environnement de l'enfant peut être défini de manière assez simple, la « vulnérabilité », quant à elle suscite de nombreux débats en sciences humaines et sociales (Brodiez-Dolino, 2006). Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces débats mais en présenterons un aperçu. La vulnérabilité c'est, étymologiquement le « fait de pouvoir être blessé » (Soulet, 2005, p. 55). Elle est donc universelle. Tout un chacun est potentiellement exposé à des risques de nature diverse (maladie et mort de soi-même ou de ses proches, perte d'un travail, d'un statut social, d'un logement...). Toutefois, les individus n'y répondront pas de manière égale car tous ne possèdent pas les mêmes protections (soutien familial et plus largement ressources sociales, revenus suffisants pour vivre dans des conditions décentes...). La vulnérabilité est donc fondamentalement contextuelle et ne dépend pas seulement de la volonté individuelle à se protéger face aux différents risques (maladie, mort, pertes de revenus, accidents, traumatismes...). Elle dépend des différents supports collectifs permettant l'intégration sociale (famille, école, travail, protections étatiques, groupements collectifs divers...) (Soulet, 2005).

C'est là que réside le principal achoppement dans les débats scientifiques. Ceux qui considèrent que la vulnérabilité relève uniquement d'une caractéristique individuelle (être plus prévoyant, plus fort...) nient les inégalités sociales. Autrement dit, ils oublient que les ressources dont dispose un individu ne sont pas le seul fruit de ses capacités, comme si elles reposaient sur la volonté individuelle mais, que ses capacités dépendent elles-mêmes des contextes dans lequel il évolue (famille unie, travail

stable, pays prenant en charge les principaux risques sociaux tels que la maladie par exemple). La vulnérabilité relève donc d'une multiplicité de facteurs collectifs. Ainsi, peut-on conclure que « l'exposition [à la vulnérabilité] est [...] *commune* à tous les individus, mais non *égale* » (Brodiez-Dolino, 2016, p. 6).

Maintenant que nous avons défini succinctement l'environnement dans lequel se déroule le développement de l'enfant et ce que recouvre le terme de vulnérabilité (la potentialité à être blessé et les ressources, socialement conditionnées, d'y répondre), nous pouvons préciser le cœur de cette expertise pluridisciplinaire. En effet, il s'agit d'étudier les mécanismes par lesquels des vulnérabilités psychiques et sociales auxquels peuvent être exposés les acteurs de la famille, particulièrement les parents, sont susceptibles d'influencer le développement de l'enfant.

Comme nous venons de le voir, les vulnérabilités dépendent, pour une large part, des conditions de vie. Les vulnérabilités psychiques et sociales ne sont donc pas réparties au hasard dans la population. La réflexion sur les inégalités sociales de santé, sur laquelle nous nous appuierons ici, s'inscrit en effet à rebours de l'idée selon laquelle les vulnérabilités, et plus largement les maladies, ne seraient que la conséquence de prédispositions génétiques, donc d'inégalités naturelles ou « innées ». La mise au jour d'inégalités *sociales* de santé montre que « si certains ont plus de risques de développer certaines affections ou une probabilité plus élevée de mourir jeunes, ce n'est pas seulement le fruit du hasard ou de l'hérédité, mais bien également le résultat d'une production par la société. » (Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang, Leclerc, 2004, p. 14). Autrement dit, les maladies et les vulnérabilités ne sont pas seulement les conséquences de facteurs génétiques mais *aussiles* répercussions y compris biologiques de facteurs sociaux : conditions matérielles d'existence, rythmes de vie, pratiques corporelles associées (sommeil, alimentation, activité physique). Certains enfants seront par conséquent plus favorisés que d'autres au regard des contextes de vie dans lesquels ils évoluent.

Et c'est bel et bien sur ces contextes de vie et auprès des parents que les PMI opèrent. Pluriels, ces contextes requièrent une adaptation importante de la part des professionnels de la PMI. C'est pourquoi leur action s'inscrit dans une démarche d'universalisme proportionné. Si les messages et les interventions de prévention s'adressent à tous, ils touchent de manière différenciée les milieux sociaux et les individus (Affeltranger, Potvin, Ferron, Vandevallé, Vallé, 2018 ; Taranti C., Vergelys C., Peretti-Watel P., 2014 ; Moleux, Shaetzel, Scotton, 2011 ; Flajolet, 2008). Ainsi et paradoxalement, celles et ceux qui en auraient le plus besoin, les personnes en mauvaise santé ou cumulant des facteurs de risque, ne sont pas toujours celles et ceux qui en bénéficient effectivement. La démarche d'universalisme proportionné vise donc à redoubler d'attention concernant les publics n'ayant pas accès aux messages de prévention ou ne parvenant pas à se les approprier. Le défi de la prévention santé est alors de ne pas manquer les publics les plus vulnérables, sans toutefois les spécifier comme fondamentalement à part et les stigmatiser (Réseau des Villes-santé de l'OMS, 2017). C'est pourquoi la prévention santé dans une démarche d'universalisme proportionnée s'adresse d'abord *à tous* : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les

plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème » (Marmot, 2010).

L'apport de connaissances scientifiques contribue à relever ce défi.

Programme de l'expertise

Plusieurs disciplines sont ici mobilisées pour apporter des connaissances sur les mécanismes de production de la vulnérabilité susceptibles d'influencer le développement de l'enfant, et pour contribuer ainsi à l'amélioration de l'action de la PMI dans une démarche d'universalisme proportionné. Les apports scientifiques viendront de l'anthropologie, de la sociologie, de la psychologie, de l'épidémiologie sociale et de l'épigénétique. Ces disciplines ont chacune leur histoire et leurs cadres d'analyse. L'intérêt de cette expertise pluridisciplinaire n'est pas ici de penser l'articulation entre ces disciplines, ce qui dépasserait le cadre de cette commande. Il s'agit de présenter, pour chacune d'entre elles, leur originalité quant à la compréhension des processus de production des vulnérabilités. Toutes s'accordent sur deux points :

- la production de vulnérabilités suppose des facteurs multiples,
- ces facteurs dépendent pour une part non négligeable des conditions d'existence concrètes des individus, notamment des politiques publiques qui les impactent.

Chacune à sa manière, avec ses niveaux d'échelle et ses instruments d'analyse, éclaire la production des vulnérabilités.

Les premières disciplines abordées seront l'anthropologie et la sociologie. Par le « regard éloigné » (Lévi-Strauss, 1983) que permet l'anthropologie, nous verrons comment les catégories de « parent », de « père » et de « mère » ne sont pas universelles mais propres à une société donnée dans un contexte historique et socio-politiques donnés. Nous déconstruirons ainsi l'idée que la parenté soit un lien uniquement génétique pour montrer qu'elle est, d'abord, un lien *social*, un mode d'organisation entre les humains.

Par conséquent, nous pourrions aborder la sociologie de la « parentalité », c'est-à-dire le *processus* qu'apprennent à mettre en œuvre parents et enfants pour se lier les uns aux autres et qui peut poser difficulté. C'est ainsi que des dispositifs de « soutien à la parentalité » voient le jour pour pallier ces difficultés. Mais, ces dispositifs, s'ils s'adressent en théorie à tous les parents, se trouvent, dans les faits, davantage destinés aux parents dont le profil socio-économique reflète une appartenance aux classes populaires (moindres revenus et niveau de diplôme). Nous montrerons alors qu'au lieu de prendre en compte les conditions de vie des individus, les dispositifs d'action sociale tendent à minimiser cette variable pour se concentrer sur les conséquences de ces conditions : une moindre capacité à s'occuper de leurs enfants selon les normes éducatives contemporaines qui est alors interprétée comme un manque de volonté de la part des parents à satisfaire aux exigences éducatives voire comme une « démission parentale ».

De son côté, contrairement à la sociologie qui cherche à montrer un écart entre des normes différentes en tâchant de ne pas prendre parti sur ces normes, la psychologie assume plus facilement le fait que

certaines pratiques altèrent le bon développement de l'enfant. À l'aide d'études longitudinales (observant une caractéristique à plusieurs moments de la vie) et, pour certaines, menées sur de larges panels, la psychologie démontre des liens statistiques entre différentes variables : statut socio-économique et pratiques parentales. Les études concluent à une corrélation entre adversités précoces et altération des développements socio-affectif et socio-cognitif d'un enfant et entre adversités parentales et altération du développement de l'enfant.

Mais, au-delà de ces études quantitatives, la psychologie cherche aussi à comprendre les processus d'affiliation entre un parent et son enfant. Elle cherche alors à faire évoluer les savoirs classiques sur le développement de l'enfant, par exemple en montrant que le lien d'attachement n'est pas propre à la mère comme on le pensait jusqu'aux années 1970, mais qu'il est multiple (il peut concerner les pères ou toute personne occupant un rôle central dans le développement de l'enfant).

Pour sa part, l'épidémiologie sociale met en évidence les effets biologiques de l'environnement. Par exemple, nous verrons que l'exposition à des *stresseurs* favorise un niveau élevé de charge *allostatique* qui correspond à une usure physiologique accélérée, comparativement à la seule usure due à l'avancée en âge. L'environnement dans lequel évolue un individu conditionnerait donc pour partie son état de santé. Un gradient social de santé met en évidence le fait que plus on s'élève dans la hiérarchie sociale (notamment par le niveau de diplôme), plus on a de chance (statistique) de préserver sa santé. À l'inverse, pour les personnes cumulant des conditions sociales défavorables et l'exposition à des adversités, les effets biologiques de ces expositions induisent plus souvent le développement de maladies chroniques et une espérance de vie moindre.

Enfin, l'épigénétique montre que les effets biologiques constituent aussi des effets sur les marques de l'ADN. Si les gènes sont donnés à la naissance, leur expression diffère. Ils seront plus ou moins inhibés selon le profil de méthylation de l'ADN, lui-même dépendant de l'environnement. Les études concernent pour le moment surtout les animaux, mais les preuves tendent à apparaître pour les humains. L'exposition à des adversités semble combiner les gènes de façon à ce que les individus éprouvent plus de difficultés à réguler le stress et donc à se maintenir en bonne santé.

En perspectives, nous présenterons quelques pistes en recherche interventionnelle issues de la base de données OSCARS visant à soutenir la parentalité face aux difficultés psycho-sociales.

Bibliographie de l'introduction

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Affeltranger B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H., Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?, *Santé Publique*, pp. 13-24.

<https://doi.org/10.3917/spub.184.0013>

Brodiez-Dolino A. (2016). Le concept de vulnérabilité, *La Vie des idées*.

<https://lavedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>

Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc A. (2000). Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé, in Fassin D. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, pp. 13-24.

Flajolet A. (2008). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, Paris, Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000257/0000.pdf>.

Lévi-Strauss C. (1983). *Le regard éloigné*, Paris, Plon.

Marmot M. (2010). *Fair society, healthy lives*, rapport Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review.

<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. (2011). *Les inégalités de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf.

Réseau français des Villes-santé de l'OMS (2017). *Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance*, brochure Le point Villes-santé sur...

http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

Soulet M. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*, n°10, pp. 49-59.

<https://doi.org/10.3917/pp.010.0049>

Taranti C., Vergelys C., Peretti-Watel P. (2014). Pauvreté, « présentisme » et prévention, *Temporalités*, 19.

<http://temporalites.revues.org/2832>

1. Parentalité et vulnérabilités en question

Cette première partie aborde l'anthropologie et la sociologie. Elle s'appuie sur une sélection d'ouvrages et d'articles réalisée par arborescence. Elle ne procède pas d'une revue de littérature systématique sur des plateformes de recherche bibliographique mais d'un examen à partir d'ouvrages centraux sur les thématiques de la parenté, de la parentalité, des vulnérabilités et des classes populaires. Cet examen résulte de l'expertise de Jennifer Yeghicheyan, docteure en ethnologie et chercheuse spécialiste de la prise en charge des publics vulnérables. La sélection ne vise pas à couvrir l'ensemble du champ de la parentalité ou des vulnérabilités mais propose des références centrales susceptibles d'être éclairantes pour les professionnels de la PMI.

Le « développement de l'enfant » ou la « santé développementale » ne sont pas abordés en tant que tels en sociologie et en anthropologie. Ils se rapportent aux questions plus générales de parenté et de socialisation. Cette notion renvoie aux « processus au cours desquels l'individu acquiert (...) des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement » (Darmon, 2016, p. 6), façons qui sont donc dépendantes de la culture et du milieu social dans lequel il évolue.

Par ailleurs, l'anthropologie de la parenté permettra de rappeler que la catégorie de « parent » ne recouvre pas partout et à toutes les époques les mêmes significations. Le détour par d'autres cultures nous apprend que la parenté est loin de se limiter à des liens biologiques. En témoignent également les bouleversements de la famille occidentale contemporaine.

Si la parenté est une construction culturelle, c'est qu'elle répond à certaines normes. Au regard de ces normes, certains y correspondent plus que d'autres.

Pour celles et ceux qui semblent s'en écarter le plus, ces deux dernières décennies se mettent en place des dispositifs de « soutien à la parentalité ». S'adressant à tous les parents, ils prodiguent d'aide et support. Pour certains de ces dispositifs, ceux s'écartant de la philosophie des premiers REAAP (Réseaux d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents), ils concernent, dans les faits, les pères et (surtout) les mères, issus des classes populaires et se rapprochent d'instances normatives. Ces parents connaissent des conditions matérielles d'existence plus difficiles que ceux issus des classes moyennes et supérieures et mettent en œuvre des normes éducatives qui s'écartent de celles défendues par les professionnels de la petite enfance et de l'action sociale envers les familles. Ainsi, les parents issus des classes populaires sont plus rapidement identifiés comme défailants et vulnérables. Il conviendra donc, pour clore cette partie consacrée à l'anthropologie et la sociologie, de s'interroger sur la notion de « vulnérabilité ». En effet, si une telle situation elle peut concerner n'importe quel individu, elle est aussi plus fréquemment associée aux personnes issues des classes populaires dont les styles de vie s'écartent des normes dominantes.

L'anthropologie de la parenté

Il convient de s'interroger sur un concept convoqué et utilisé quotidiennement dans des contextes professionnels sociaux de l'enfance et de la petite enfance : le concept de parenté. Car qu'entendons-

nous réellement par des termes aussi évidents et aussi communément utilisés que « parents » ou « enfant » ?

Tout d'abord, s'ils sont universels, les termes de « père », de « mère », de « frère », de « sœur », ne recouvrent pas les mêmes réalités dans tous les endroits et à toutes les époques, les mêmes réalités. Plusieurs systèmes de parenté différents existent et le « triangle œdipien » est loin d'être universel.

Ceci étant dit, et si considérant que les parents, même au sein de notre société, ne sont pas systématiquement les géniteurs, et que les géniteurs ne deviennent pas non plus systématiquement les parents, penser la parenté nous amène donc nécessairement à distinguer le *biologique* du *social*: selon la célèbre formule d'Émile Durkheim, fondateur de la sociologie française, « la parenté est un lien social ou elle n'est rien » (Durkheim, 1898).

Un exemple parmi d'autres : chez les Nuer (Soudan), une femme stérile est considérée comme un homme et peut, à ce titre, épouser une autre femme, avoir des enfants avec elle, par l'intermédiaire d'un géniteur mâle qui n'aura ensuite aucun droit sur sa progéniture. Ses enfants l'appellent alors « père » et la considèrent comme tel (Evans-Pritchard, 1973).

La définition de la consanguinité (qui détermine l'interdit de l'inceste) est également relative à chaque société et ne correspond pas non plus à une réalité biologique.

Chez les Na (Chine), sont ainsi considérés comme consanguins tous les individus partageant un même ancêtre féminin. Toutes les relations sexuelles et d'alliance (mariage) sont alors interdites entre ces individus, même s'ils sont très éloignés. Dans cette société, l'homme est considéré uniquement comme un « arroseur » lors de la procréation et n'a pas d'importance. Les individus ne connaissent pas toujours l'identité de leur géniteur mâle car cette information n'a aucune valeur sociale. La mère seule suffit pour légitimer ses enfants². « La consanguinité *na* constitue ainsi un fait social qui se différencie intégralement de la consanguinité biologique » (Hua, 1997, p. 350)³.

Un rapide détour anthropologique sert à mettre en lumière notre propre système de parenté : il s'agit d'un système de parenté *parmi d'autres*. Fondé sur un modèle qui donne la primauté au biologique, notre système de parenté tend à oublier que les relations de parenté sont d'abord définies par les humains pour les humains et ne sont pas des liens génétiques. En effet, en France, « le droit civil [...] reste marqué par la volonté de faire croire que l'enfant est issu d'une procréation biologique du couple [...] » (Théry, 2015, p. 100). Un des exemples qui demeure est celui de l'adoption : l'acte de naissance de l'enfant adopté fait littéralement « disparaître » ses géniteurs, qui ne sont pas mentionnés. Ceci pour ne laisser place qu'aux parents adoptifs qui, eux, ne sont pas considérés comme adoptifs mais comme parents à part entière.

Par ailleurs, les récentes mutations de la société mettent de plus en plus en avant une définition *sociale* de la parenté qui vient contredire cette définition de la parenté comme unique reflet de la biologie. L'homoparentalité expose ainsi au grand jour le faux semblant biologiste de la parenté. Ce

² Cela ne signifie pas pour autant que les femmes possèdent tout le pouvoir. Elles le partagent avec leurs frères.

³ Dans un article, Cai Hua précise d'ailleurs que la consanguinité est un terme de sens commun et que les biologistes le récusent : « ce n'est pas le sang mais les gènes qui sont les supports physiques des caractères héréditaires » (Hua, 2008).

« comme si » faisant croire que l'enfant est issu de l'union charnelle d'un homme et d'une femme, possible pour les parents hétérosexuels adoptifs, la gestation pour autrui, la procréation médicalement assistée, ne peut pas fonctionner pour les parents homosexuels, qui nous invitent ainsi à penser la parenté contemporaine au-delà du biologique et rappeler que la parenté est, d'abord, un mode d'organisation entre les Hommes.

Si la parenté est universelle (toute société possède un système de parenté), elle recouvre des réalités diverses selon les sociétés et les époques. Depuis le milieu du XX^e siècle, plusieurs forces transforment profondément les formes et l'exercice de la parenté dans nos sociétés (Godelier, 2004, p. 14-16). Nous allons parcourir quelques-unes de ces transformations.

Tout d'abord, la parenté n'est plus nécessairement liée au mariage⁴. La formation du couple se fonde aujourd'hui majoritairement sur les sentiments et entraîne une plus grande liberté dans le maintien ou non au couple. La réduction des écarts sociaux et économiques entre les hommes et les femmes amène également des mutations importantes pour la famille. En 1970, la puissance maritale (ou paternelle) est remplacée par l'autorité parentale, les femmes partageant alors cette autorité. Trois ans plus tard, l'avortement et le divorce par consentement mutuel sont institués par la loi. La famille n'est plus nécessairement une convention sociale subie mais peut alors devenir un choix de couple où les partenaires sont à égalité devant la loi.

Ces mouvements s'accompagnent d'une modification du regard sur l'enfant. Celui-ci n'est plus un adulte imparfait mais une personne en devenir qui possède des droits propres et n'est plus à la merci des adultes qui en ont la charge. Apparue en Europe Occidentale au XIX^e siècle, le mouvement de valorisation de l'enfance s'accélère au milieu du XX^e siècle jusqu'à aujourd'hui où l'enfant occupe une place centrale dans la famille, à tel point que si l'alliance (le mariage) se fragilise, l'engagement entre les individus se porte sur la filiation : l'enfant justifie le maintien des liens entre ses parents au-delà même de leur propre couple.

Les pères s'engagent à leur tour dans la vie affective de leur enfant. L'ancienne délimitation des fonctions maternelles (soins prodigués à l'enfant) et paternelles (tiers séparateur d'avec la mère) semble, pour certains, s'étioler et se répartir plus équitablement. Gérard Neyrand fait remarquer que réfléchir en termes de « fonction » conduit à adopter une vision déterministe de ce que doit être une mère et un père alors que leurs rôles sont « relationnels, donc évolutif[s] et variable[s] » (2004, p. 83).

Rappeler cette évolution des fonctions parentales, c'est rappeler que la parenté est une réalité *sociale* avant une réalité biologique, voire dans certains cas ne correspond à aucune réalité biologique. Ainsi, pouvons-nous, pour terminer cette introduction à l'anthropologie de la parenté, tenter de déconstruire un préjugé tenace, celui de l'instinct maternel. Car « l'amour maternel ne va pas de soi » (Badinter, 1980, p. 469). En effet, si l'instinct est entendu comme un mécanisme biologique qui détermine toute femme à vouloir un enfant et à s'en occuper telle une femelle auprès de son petit, alors d'un point de vue scientifique, l'instinct maternel n'existe pas. Pourtant, une telle représentation demeure fortement ancrée dans notre société. « Car même si nombre de savants savent bien que le concept d'instinct est

⁴ Les enfants nés hors mariage sont reconnus à part entière en 1972.

caduc, quelque chose en nous de plus fort que la raison continue de penser la maternité en terme d'instinct » (Badinter, 1980, p. 11).

Ce « quelque chose de plus fort que la raison », c'est l'assignation des femmes au rôle de mère et leur relégation au sein de l'espace domestique, qui ont en effet forgé des habitudes sur le long terme. Dans les faits, ce sont davantage les femmes que les hommes qui s'occupent, encore aujourd'hui, des enfants et qui s'investissent dans leur éducation quotidienne. Toutefois, cette division du travail éducatif est le résultat social de l'histoire et non pas, encore une fois, l'obéissance biologique à un instinct.

La parentalité

Après avoir rappelé que la parenté n'est pas seulement le reflet d'une réalité biologique, nous pouvons nous intéresser au terme de « parentalité » qui insiste sur le fait qu'elle est un processus et pas seulement un statut contrairement à la parenté. La parenté fait davantage référence à la loi, au droit et aux règles de parenté alors que la parentalité recouvre la réalité concrète du fait d'être parent.

La parentalité est donc un processus. Elle n'est pas inscrite dans notre code génétique et concerne aussi bien les mères que les pères ; comme l'écrit Gérard Neyrand, sociologue de la famille, « [...] les parents n'ont pas de sexe, à la différence de la mère et du père » (2002, p. 132). Par ailleurs, le lien entre parent et enfant n'est pas « déjà là » à la naissance, mais se construit progressivement. « On ne naît pas parent, on le devient »⁵.

Au-delà des liens juridiques qui unissent parents et enfants (la filiation, matérialisée dans le « livret de famille »), les liens affectifs sont à construire. On parle alors de *processus d'affiliation* : « les places parentales ne sont pas définies telles quelles dès la conception, mais font bien l'objet d'un véritable processus d'affiliation qui se surajoute à la définition de la filiation. » (Neyrand, 2011, p. 152-153).

Le « soutien à la parentalité »

C'est ce processus d'affiliation qui est au centre des dispositifs de « soutien à la parentalité ». En effet, si être reconnu mère ou père d'un enfant par loi n'implique aucune compétence particulière, « s'affilier » à son enfant, construire des liens affectifs avec lui, l'éduquer, lui procurer ce dont il a besoin, supposent des savoirs-être et des savoir-faire qui s'acquièrent. Pour les acquérir, certains parents peuvent avoir besoin d'aide.

Les dispositifs de « soutien à la parentalité » voient le jour à la fin des années 1980 avec pour objectif de valoriser les compétences parentales. Suivant un contexte général visant à promouvoir l'émancipation des individus, l'action sociale évolue vers une conception nourrie par l'idéal des droits

⁵ Cette citation reste souvent attribuée à Françoise Dolto. Voir aussi une interview de Gérard Neyrand à ce propos. Cf. Interview en ligne de Gérard Neyrand par Farah Merzguioui, psychologue clinicienne sous la caméra de Giancarlo Rocconi pour Yapaka. <https://www.youtube.com/watch?v=30JEiHtWds>

de l'homme, plus respectueuse des libertés individuelles, des personnes et de leurs droits. Elle ne vise plus à se substituer aux parents. Au contraire, ceux-ci sont reconnus capables de prodiguer une éducation à leur enfant. L'intervention sociale se cantonne à un rôle de support et d'appui. Les dispositifs de soutien à la parentalité recouvrent une palette diverse d'actions sociales (Pioli, 2006)⁶. Ils suivent deux axes principaux. D'un côté, ils s'adressent à n'importe quel parent : tout individu avec un enfant doit relever le défi de son éducation. De l'autre, certains parents sont, dans les faits, davantage ciblés, notamment lorsque les institutions sociales et scolaires leur reprochent d'être « démissionnaires ».

Dans le contexte sécuritaire des années 2000, notamment suite aux émeutes de 2005, les parents sont désignés comme responsables des troubles de l'ordre public. Largement médiatisé, le thème de la « démission parentale » paraît expliquer les tensions sociales. Le « soutien à la parentalité » recouvre alors une tout autre dimension qu'un registre émancipateur et valorisant les parents. Les parents sont accusés de « défaillance » et culpabilisés. Des stages de responsabilité parentale sont mis en place comme réponse à l'absentéisme scolaire (Pothet, 2016). Si les parents ne s'y soumettent pas, des poursuites pénales peuvent être engagées. Alors que les difficultés sociales sur les territoires des émeutes sont multiples, la mise en exergue d'un problème centré sur la parentalité permet de masquer les inégalités sociales. « En se focalisant sur ce qui se joue au sein des dynamiques familiales, la catégorie de 'parentalité' évite ainsi d'interroger les autres déterminants de l'absentéisme, et notamment les difficultés que connaît l'école au sein des territoires ciblés » (Pothet, 2016, p. 77).

Un tel découpage binaire entre l'émergence du champ du soutien à la parentalité valorisant les capacités parentales et sa réappropriation par des dispositifs répressifs est néanmoins exagéré. Depuis ses débuts, le champ du soutien à la parentalité oscille entre émancipation des parents et des enfants, respect des libertés individuelles (des parents et des enfants), et contrôle social. La notion de responsabilité condense cette tension : « Le principe de responsabilité fonctionne tout à la fois comme un opérateur de reconnaissance – les individus sont saisis comme potentiellement capables de prodiguer l'éducation nécessaire à leurs enfants – et comme un moyen de contrainte par lequel ils sont faits comptables de ce qu'ils entreprennent (ou pas) auprès de leurs enfants et tenus d'en répondre publiquement. » (Guiliani, 2009, p. 86). Les parents sont donc désormais considérés comme les seuls responsables de l'éducation de leurs enfants. La reconnaissance de ce rôle conduit à une responsabilisation accrue, négligeant les autres structures sociales (école, quartier...) ⁷ et la responsabilité étatique. Les comportements des enfants sont le baromètre de la réussite ou de l'échec de leurs parents, qui doivent rendre des comptes si leur progéniture commet des troubles à l'ordre public quels qu'ils soient.

Mais chaque parent n'est pas sommé par la société de jouer le même rôle. Les pères doivent incarner des figures d'autorité virile et faire respecter l'ordre, quand les mères assurent une fonction régulatrice et pacificatrice des comportements. Les discours politiques sécuritaires incriminant les parents en appellent en effet à une division sexuelle de l'éducation des enfants traditionaliste et stéréotypée

⁶ Les paragraphes qui suivent reprennent plusieurs éléments issus de l'article de David Pioli.

⁷ Le proverbe « il faut tout un village pour éduquer un enfant » souvent cité concernant l'éducation enfantine ne fait plus sens dans ce contexte de responsabilisation accrue des parents.

(Cardi, 2007, p. 27). Cette répartition n'est pas propre aux discours sécuritaires mais témoigne de représentations sociales plus larges et notamment confortées par certains savoirs psychologiques passés dans le sens commun et réappropriés en dehors de leur cadre d'émergence scientifique conduisant à des représentations stéréotypées. Les professionnels de l'intervention sociale auprès des familles mobilisent également ces représentations. S'appuyant sur des savoirs et catégories psychologiques, les professionnels répartissent la fonction des deux parents selon une division genrée de l'éducation enfantine correspondant à des rôles stéréotypés⁸. Si la rhétorique de la parentalité masque la division sexuelle de l'éducation entre mère et père - rappelons que « les parents n'ont pas de sexe, à la différence de la mère et du père » (Neyrand, 2002, p. 132) – les discours professionnels tendent à réintroduire la distinction.

Dans les faits, au-delà des discours sur une prétendue complémentarité entre pères et mères, ce sont surtout ces dernières qui sont tenues pour responsables de l'éducation enfantine. Elles sont largement surreprésentées dans les dispositifs de soutien à la parentalité (Cardi, 2010) : ce sont elles les interlocutrices des professionnels, elles qui donnent les informations sur les enfants. C'est par elles que l'intervention sur l'éducation enfantine se réalise.

Mais si elles représentent des personnes ressources et les leviers de l'action, elles sont aussi considérées comme à l'origine des causes des troubles de l'enfant. On les accuse d'autant plus facilement qu'elles doivent jouer des rôles très différents : « On leur reproche à la fois de manquer d'autorité, de se substituer aux hommes et de ne pas vivre pleinement leur 'vie' et 'identité' de femme » (Cardi, 2007, p. 28). Car une « bonne mère », c'est aussi celle qui ne se réduit pas à ce rôle, qui trouve en dehors de sa fonction maternelle, une identité propre (Neyrand, Rossi, 2004).

Ces différents rôles (pallier l'absence des pères en assumant l'autorité, ne pas pour autant incarner une figure virile, savoir se détacher de sa fonction maternelle en étant femme) sont néanmoins conditionnés par la figure de la mère maternelle. « Ce qui est le plus souvent reproché aux mères, c'est leur négligence, qui jette un trouble dans le genre : elles paraissent incapables de répondre aux besoins de leurs enfants » (Cardi, 2007, p. 33). S'il est important qu'une mère soit aussi une femme et qu'elle pallie l'absence du père, elle doit avant tout rester une mère dévouée à ses enfants. Lorsqu'elle montre le contraire, elle crée une transgression symbolique : elle n'est pas « normale » car elle ne correspond pas aux catégories définies (une mère sait s'occuper de son enfant). Assez vite, on renoue avec l'idée d'un instinct maternel qui, lorsqu'il ne serait pas activé, renvoie la mère du côté de l'anormal. Le registre émancipateur associé aux interventions visant les mères (les autorisant à être aussi des femmes) est donc toujours, dans les faits, relégué à un second plan au profit de son enfant.

Parmi les publics des dispositifs de soutien à la parentalité, le genre constitue donc un premier facteur à prendre en compte pour comprendre les usages de ces dispositifs (les mères sont plus concernées). Un autre facteur permet également d'en comprendre les usages : la classe ou le milieu social.

⁸ Les savoirs psychologiques et psychanalytiques évoluent vers une remise en cause de cette division sexuelle des rôles parentaux. Coline Cardi fait référence à (Neyrand, 2000), (Neyrand *et al.*, 2006), (Schneider, 2006), (Tort, 1995). Toutefois, leur réappropriation par les professionnels n'est pas immédiate.

En effet, au sein des dispositifs de soutien à la parentalité, ce sont davantage les mères, mais les mères issues des classes populaires ou précarisées qui en constituent le public (Cardi, 2010). Elles sont plus rapidement identifiées par les professionnels de l'action en direction des familles que les autres (issues des classes moyennes ou supérieures) comme ne prodiguant pas une éducation convenable. La partie suivante s'intéresse aux effets de classe dans les jugements professionnels. Les normes utilisées comme référence de l'éducation enfantine ne sont pas uniquement des normes issues de savoirs médicaux, mais des normes de classe, même si elles se présentent comme universelles.

Les normes éducatives, des normes de classe

Les normes éducatives contemporaines sont issues de la puériculture, c'est-à-dire des savoirs du champ de la « petite enfance » (0-6 ans) qui s'est progressivement professionnalisé depuis les années 1950, naissant à la croisée de la médecine et de la psychanalyse (Serre, 1998). Ainsi se distinguent des savants (les professionnels de la petite enfance) et des profanes (les parents). Les éducations parentales sont alors jugées par les professionnels à l'aune de ce savoir : les « bonnes » éducations sont celles qui y correspondent, les « mauvaises », celles qui s'en distancient. Les normes éducatives contemporaines issues de ce savoir spécialisé sont considérées comme les plus valables. Ce sont les normes « légitimes ». Les professionnels détiennent donc sur les parents une légitimité référant à leur savoir savant. Ils cherchent à conformer les pratiques parentales à ces normes si celles mises en œuvre spontanément par les parents s'en écartent de manière trop importante. Les professionnels détiennent également leur légitimité du fait qu'en dernier recours, l'institution judiciaire peut intervenir sur leur signalement⁹.

Toutefois, le jugement d'une pratique parentale de la part d'un professionnel de la petite enfance ne procède pas d'une application stricte, mécanique des normes éducatives légitimes. Un même comportement pourra être jugé problématique ou non en fonction du professionnel et de la famille en question. Les jugements des professionnels sont façonnés par leurs caractéristiques et trajectoire sociales. Plus les professionnels et les parents sont proches socialement (de la même classe sociale voire de la même fraction de classe), moins les jugements seront dépréciatifs et la suspicion importante envers les parents.

C'est cette tendance que met en avant la sociologue Delphine Serre lors de son enquête au sein d'un centre de Protection Maternelle Infantile (1998). Bien qu'ancien, ce travail reste une référence dans le champ de la sociologie. Elle observe les interactions entre le personnel médical et paramédical et les parents lors des consultations. Elle cherche à comprendre comment les personnels jugent les corps des enfants lors des consultations et, par ricochet, les éducations parentales. Elle distingue trois éléments corporels soumis au jugement des professionnels :

- la conformation visible (la taille, le poids...), ce qui correspond dans les éducations parentales à l'alimentation et à l'activité physique ;

⁹ Il ne s'agit nullement ici de remettre en cause le bien-fondé des savoirs de puériculture et l'expertise des professionnels pour contrebalancer des pratiques parentales qui seraient nuisibles à l'enfant. Il s'agit simplement de montrer que ces savoirs évoluent et ce que l'on considère comme « bon » ou « mauvais » à un moment *t* ne le sera peut-être plus ultérieurement. En outre, ces savoirs représentent un pouvoir car ils sont reconnus par les institutions comme légitimes. Tous les savoirs qui ne correspondent pas à ceux *institutionnalisés* apparaissent déviants.

- l'hexis (le maintien du corps) visible par l'apprentissage de la marche, la façon de manger seul, de jouer avec les autres enfants ;
- l'apparence corporelle, c'est-à-dire l'habillement, le bain, la coiffure.

Les professionnels s'appuient une figure idéale de la bonne éducation : celle qui reflète un équilibre dans ces trois éléments (ni trop gros, ni trop maigre, autonome mais pas individualiste, soigné mais pas pomponné ou, pire, sale et négligé). La bonne éducation est celle qui associe autonomie et participation collective de l'enfant. « Un 'bébé superbe' semble pour les professionnelles¹⁰ présenter les traits suivants : il bouge sans pour autant gêner la consultation, il est curieux et touche à tout autour de lui, il semble écouter ce qu'on dit, il sourit, il 'gazouille'. » (Serre, 1998, p. 123)

Par rapport à cette figure idéale, d'autres vont apparaître comme déviantes. Delphine Serre les repère en analysant les désapprobations émises par les professionnels. Elle distingue trois figures du corps déviant :

- l'enfant-roi (se déclinant avec les figures de l'enfant gros et de l'enfant agité)
- l'enfant replié (l'enfant surprotégé et l'enfant réprimé)
- l'enfant délaissé (l'enfant non stimulé et l'enfant trimballé).

Ces figures, et plus largement les jugements des professionnels, ne s'appuient pas uniquement sur des critères savants (les normes actuelles de puériculture). Ils constituent aussi des jugements d'une classe sur une autre et d'une culture sur une autre. Les professionnels de PMI correspondent en effet à une catégorie sociale assez homogène : ils sont majoritairement français issus des classes moyennes tandis que les familles qu'ils reçoivent se trouvent majoritairement parmi classes populaires et pour certaines issues de l'immigration. Les conclusions de l'enquête de Delphine Serre aboutissent au résultat selon lequel à travers les consultations de PMI se joue le jugement des classes populaires par la classe moyenne, et le jugement des populations issues de l'immigration par les nationaux.

Les normes ne relèveraient donc pas seulement des normes de puériculture, mais également de critères de classe et de culture. La sociologue avance ainsi par extension l'idée que les normes de puériculture ne reflètent pas seulement des savoirs médicaux mais aussi des modes de vie propres à une classe sociale et à une culture. Elle prend l'exemple de la diversification alimentaire, principe inégalement respecté selon les médecins et les époques. « Dans la PMI observée, l'âge de l'introduction de l'alimentation diversifiée varie d'un mois entre les deux médecins. De façon plus générale, l'étude historique des manuels montre une diversification de plus en plus précoce : elle est passée de l'âge de cinq à dix mois avant 1945 à celui de trois mois dans les années suivantes » (Serre, 1998, p. 14¹¹). L'âge d'accès à la diversification alimentaire n'est donc pas une donnée absolue. Elle varie en fonction des époques et des personnes qui la mettent en œuvre.

Autre exemple relevé par la sociologue : un des reproches associés à l'enfant-roi, dans sa variante d'enfant gros, est l'abus de sucrerie. Cet abus est interprété comme un manque de contrôle de la part des parents sur leurs enfants, voire comme une mauvaise gestion du budget familial. Condamner

¹⁰ Si nous utilisons le terme de « professionnel » au masculin, Delphine Serre l'utilise au féminin car dans le centre étudié, ce sont des femmes.

¹¹ Delphine Serre renvoie à (Delaisi de Parseval, Lallemand, 1980).

l'abus de sucrerie, c'est aussi condamner une certaine conception du plaisir : « plaisir solitaire par rapport aux repas qui sont un moment de réunion familiale, plaisir sans restriction, et plaisir charnel par opposition aux plaisirs légitimes, d'ordre intellectuel (livres, puzzles...) » (Serre, 1998, p. 115). Ce n'est pas le plaisir en général qui est dénoncé, mais un plaisir qui contredit les principes de modération et de contrôle de soi.

Cependant, le qualificatif d'enfant « gros » ne sera pas appliqué à toutes les familles de la même façon. Car il semble que ce ne soit pas le poids en lui-même qui détermine si l'enfant est qualifié de « gros ». Ce reproche paraît en effet davantage émis envers les enfants issus de l'immigration¹². Les enfants des familles françaises et/ou de classe moyenne auront tendance à être qualifiés de « grassouillets », terme marquant une moindre désapprobation. « Dans le cas de Thibault, qui malgré ses bourrelets et sa tête ronde a été qualifié de 'grassouillet', il était clair qu'il devait ce privilège à sa mère : elle était très bien coiffée, en tailleur, maquillée discrètement ; elle est arrivée en retard en s'excusant et essoufflée ; par la suite, lors d'une consultation, elle a parlé elle-même d'un régime » (Serre, 1998, p. 121). Les reproches sont donc moins sévères avec les enfants des familles qui ressemblent socialement et culturellement aux professionnels qui les jugent, par leur manière de s'habiller, de se présenter, d'interagir.

Précisons que ces différenciations ne sont pas pensées par les professionnels qui les formulent comme des jugements de classe. Pour les professionnels, telle situation est problématique parce qu'elle ne correspond pas aux normes éducatives qu'ils doivent appliquer. Ces normes ne sont pas pensées comme des normes *parmi d'autres* : elles sont considérées comme les seules valables car issues d'un savoir universel qui ne s'adresserait pas à une classe particulière (comme nous venons de le voir), mais à tout un chacun.

Le problème que peuvent poser ces différences de jugement inconscientes des professionnels envers les enfants, c'est que les difficultés des familles sont alors presque systématiquement renvoyées à des difficultés psychologiques ou culturelles mais pas à ce que Delphine Serre nomme « l'arrière-plan social », c'est-à-dire les conditions matérielles d'existence. Celles-ci sont laissées dans l'ombre tandis que les parents sont jugés « incompetents » comme si leurs seules capacités psychologiques étaient en jeu, sans comprendre où ils vivent, de quelle manière ils vivent.

Ces tendances générales ne doivent toutefois pas laisser penser que les professionnels seraient des juges autoritaires et inflexibles. La relation qui s'établit avec les parents est en effet bien loin de se borner à une relation de contrôle de leurs capacités, mais reposer sur la confiance et le soutien. La tolérance apparaît d'autant plus grande que les professionnels se trouvent eux-mêmes issus des classes populaires. De même, les professionnelles, mères elles aussi, peuvent être plus souples. Delphine Serre cite le propos d'une professionnelle admettant que les soupes maison sont meilleures pour les enfants mais plus difficiles à réaliser systématiquement que celles déjà préparées : « Tu sais, elles sont comme toutes les autres mamans, comme nous on est aussi, au bout d'un moment les soupes de légumes ça te sort pas les trous de nez. Alors tu veux bien en faire une bonne fois pour toutes et tu congèles, OK. Mais on va pas essayer d'imposer des trucs à des mamans alors que nous si ça se trouve on est incapable de le faire » (Serre, 1998, p. 125).

¹² Cela ne signifie absolument pas que les professionnels seraient racistes. Ces jugements se font inconsciemment.

L'influence de la position sociale des professionnels sur leurs pratiques et leurs jugements est approfondie dans le travail suivant de Delphine Serre sur le signalement des enfants en danger (2009). Les signalements résultent d'appréciations, de jugements et de pratiques qui dépendent pour une part des savoirs professionnels et du contexte historique, mais pour une autre part, des caractéristiques et de la trajectoire sociale des assistantes sociales étudiées par la sociologue. Là encore, les jugements s'appuient sur une morale professionnelle qui est aussi une morale de classe. Plusieurs normes sont en effet attendues de la part des parents :

- Norme de présence continue auprès de l'enfant : les parents doivent être disponibles pour l'enfant, notamment pour son apprentissage scolaire.
- Norme du désir d'enfant : depuis la révolution contraceptive des années 1970, la contraception est devenue la norme, les grossesses non désirées sont d'autant plus interprétées comme un manque de discipline de la part des mères concernées.
- Norme d'individuation : l'enfant est considéré comme un individu à part entière. Cette norme est centrale dans les savoirs psychologiques.
- Obligation d'affection : condamnation du favoritisme entre les enfants d'une même fratrie. La famille contemporaine se construit sur le couple qui n'est plus uni par des liens d'abord économiques ou statutaires mais par des liens d'affection, les conjoints se choisissant librement (de Singly, 2017). La famille est donc d'abord un ensemble affectif avant d'être un ensemble économique ou social.
- Norme d'autorité des deux parents : les fonctions parentales ne sont plus sexuellement différenciées entre la mère et le père mais les deux parents doivent veiller à l'éducation de l'enfant. L'autorité n'est plus seulement conçue comme une manière de commander l'enfant mais elle doit avant tout être au service de son bien-être.
- Norme d'autonomie qui concerne aussi bien les enfants que les parents. Cela est vrai surtout pour les mères qui sont jugées d'autant plus négativement qu'elles ne travaillent pas et ne désirent pas leur grossesse.
- Norme de gouvernement par la parole : pour l'exercice de l'autorité et la communication avec l'enfant et au sein de la famille. Les sanctions sont expliquées à l'enfant. La parole est la seule façon de résoudre les conflits et les brutalités physiques sont exclues. L'autorité ne s'exerce pas de manière frontale et physique mais indirectement, par le langage. Elle est « une violence douce qui consiste à manipuler l'environnement de l'enfant et à contrôler, par le biais du langage et de la transparence, l'ensemble de ses souhaits. » (Serre, 1998, p. 135)¹³.

Si ces différentes normes tendent à être partagées et reconnues comme bénéfiques par l'ensemble des groupes sociaux, elles ne sont pas, dans la pratique, appliquées par tous. En effet, la mise en

¹³ Delphine Serre renvoie à (de Singly, 1988).

pratique de ces différentes normes nécessite des ressources que tous les parents ne possèdent pas. La norme de présence continue auprès de l'enfant suppose par exemple une disponibilité temporelle importante, donc une stabilité matérielle minimale. Si les préoccupations relatives au logement, à l'alimentation sont centrales (où dormir ? comment manger à sa faim ?), le temps réservé à l'enfant risque d'être largement amputé. Il en va de même pour la norme d'autonomie : si les revenus sont conditionnés à des aides sociales car l'emploi n'est pas possible dans un contexte de chômage de masse, situation associée à un faible niveau de diplôme voire pas de diplôme du tout, il sera difficile de se considérer comme « autonome » au regard des critères du travail social et de transmettre cette expérience à son enfant. Au-delà des ressources matérielles, ce sont aussi des conceptions du monde différentes qui ne font pas apparaître les normes des professionnels de l'enfance comme pertinentes pour tous les parents. La division sexuelle des tâches, les usages socialement différenciés de la contraception, les rapports à l'autorité peuvent expliquer des normes éducatives très diverses.

Ces conceptions du monde renvoient à des conceptions différentes selon les classes. Il s'agit donc à présent de s'intéresser à la sociologie des classes populaires, classes qui apparaissent le plus à distance des normes dominantes et qui sont les plus fréquemment désignées sous le terme de « vulnérable ».

Vulnérables ou populaires ? Le poids des inégalités sociales sur les pratiques parentales

Les normes éducatives que nous venons d'évoquer supposent un ensemble de ressources matérielles, sociales, symboliques que tous ne possèdent pas. Or au lieu de regarder quelles sont les ressources objectives des parents, on suppose que la connaissance des normes éducatives et la volonté suffisent à les mettre en œuvre.

Il est tentant de croire que si l'on explique aux parents comment prendre soin de son enfant selon les normes actuelles, ils le feront. Néanmoins, les professionnels de l'enfance savent d'expérience que certains parents ne satisfont pas aux exigences alors même qu'ils les ont répétées plusieurs fois. Ainsi certains parents apparaissent-ils incompetents, défaillants, présentent des conduites jugées irrationnelles.

Or cette « incompétence », « défaillance » ou « irrationalité » cachent majoritairement des conditions d'existence qui conduisent à adopter des normes et des valeurs différentes de celles des professionnels de l'action sociale. La sociologie des classes populaires peut nous aider à comprendre d'autres mondes sociaux, à discerner quelles sont les contraintes et les conditions d'existence qui s'imposent à certains individus et qui les poussent à agir comme ils le font.

Cette lecture attentive aux conditions d'existence des individus conduit à adopter une lecture par « classes » de la société. Aujourd'hui, l'analyse en termes de classes sociales tend à s'effacer au motif que les classes sociales elles-mêmes disparaîtraient au profit d'une classe moyenne généralisée (Mendras, 1988). Or la sociologie des classes populaires contemporaines s'inscrit en faux contre ce prétendu constat.

Parler de « classe populaire » pourrait faire penser à la « classe ouvrière » qui s'est constituée avec l'essor du monde industriel. Or la société contemporaine a connu d'importants changements depuis le milieu du XX^e siècle : la tertiarisation d'une partie de l'économie – d'où le développement d'une catégorie d'« employés » – concomitamment à l'arrivée massive des femmes dans le monde du travail. Ils ont conduit à la désagrégation de la classe ouvrière et des solidarités qui la caractérisaient. Les classes populaires d'aujourd'hui recouvrent donc une réalité bien plus hétérogène que la seule classe ouvrière.

Mais cette hétérogénéité ne doit pas laisser croire à leur assimilation aux classes moyennes car les conditions d'existence ne se sont pas uniformisées. Tous les citoyens n'ont pas accès à des ressources (économiques, sociales, symboliques) qui les laisseraient définitivement à l'abri des difficultés économiques et leur permettraient d'envisager l'avenir sereinement.

À l'encontre de cette théorie d'une « moyennisation » de la société, les enquêtes statistiques montrent l'existence de disparités importantes. Certains groupes se trouvent moins avantagés économiquement (revenus, patrimoine), culturellement (niveau de diplôme), et symboliquement (les statuts occupés sont moins synonymes de prestige) que d'autres. Ces différences de ressources économiques et sociales induisent des modes de vie et des rapports au monde eux aussi différents.

Si certains sociologues estiment que le terme de « classes populaires » – au pluriel – est pertinent, c'est parce qu'il désigne une condition sociale partagée alors même que les individus et leurs contextes de vie peuvent être très divers. Par exemple, un ouvrier résidant en zone rurale n'aura pas les mêmes loisirs d'une employée de bureau vivant dans une grande métropole. Néanmoins ces deux personnes partagent une condition commune : ils appartiennent à une classe « laborieuse » (Siblot, Cartier, Coutant, Masclét, Renahy, 2008). Laborieuse signifie que le travail est marqué par une position subalterne, des tâches usantes physiquement, mais aussi psychologiquement (par exemple, les métiers du *care*). S'ils travaillent moins que les cadres (en durée), les ouvriers et employés ont aussi moins de marge de manœuvre quant à l'organisation de leur travail. Ils subissent un temps largement imposé par les autres (actionnaires, clients, mais aussi nombreuses hiérarchies intermédiaires). La faiblesse des revenus et l'absence de perspective de promotion constituent deux autres caractéristiques de la condition laborieuse. Sont notamment classés dans cette catégorie tous les emplois courts et instables imposant des horaires décalés.

Les conditions matérielles d'existence sont déterminées par les revenus et l'organisation temporelle. Elles ont des conséquences sur les manières de vivre et de penser le monde. Pour les classes laborieuses, moins payées et plus contraintes par une organisation qui s'impose, ces conditions d'existence « pèsent sur les formes de la vie familiale et personnelle » (Siblot, Cartier, Coutant, Masclét, Renahy, 2008, p. 300). Ainsi, « les modes de vie populaires ne sont pas pour autant assimilables à ceux des classes moyennes, ne seraient-ce que parce qu'ils conservent les marques de cette condition économique laborieuse » (Siblot, Cartier, Coutant, Masclét, Renahy, 2008, p. 301).

En nous concentrant sur quatre thématiques influençant les pratiques éducatives des parents et leur rapport aux institutions d'action sociale (rapport à la fécondité, à l'alimentation, à l'autorité, à la santé, au temps), nous allons mettre en avant des rapports au monde différents de ceux des classes

moyennes que l'on a tendance à penser comme étant universels. Nous pourrions alors décentrer notre regard et tenter de comprendre¹⁴ pourquoi les gens font ce qu'ils font et pourquoi la « vulnérabilité » n'est pas qu'une caractéristique individuelle mais bien liée aux contextes de vie.

Le rapport à la fécondité

Dans son enquête ethnographique menée entre 1980 et 1985 au sein d'une cité HLM et de lotissements au sud de Lille dans l'ancienne région minière du Nord de la France, Olivier Schwartz étudie le mode de vie des familles ouvrières qui l'habitent, et notamment la vie familiale.

Il observe que tous les couples rencontrés se sont rencontrés tôt, se sont mariés vers 20 ans et ont eu leur premier enfant avant 25 ans, la parentalité représentant l'accès à des identités très valorisées. Avec l'arrivée du premier enfant, c'est l'affirmation sociétale d'être un homme et une femme, l'entrée dans la vie d'adulte et celle d'apparaître comme père et mère, investis de la responsabilité parentale. Ces identités ne sont pas propres au monde ouvrier mais sont ici d'autant plus valorisées qu'aucune autre ne vient la concurrencer. Par exemple, ces jeunes ne deviennent pas étudiants, n'accèdent pas à un emploi de prestige. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes femmes sans diplôme.

L'enfant est également considéré comme un prolongement des parents : « si on touche à mes gosses, c'est comme si on touchait à moi » explique une mère à Olivier Schwartz (2012, p. 136), d'où parfois une sensibilité qui génère des conflits avec des institutions en charge de l'enfant.

Toutefois, le nombre d'enfants varie au sein des ouvriers étudiés par le sociologue. Pour les familles les plus aisées, celui-ci est le plus souvent de deux. Pour celles plus modestes ou précaires, le nombre d'enfants est plus élevé. Cela s'explique par un rapport différent à l'avenir.

Pour les familles les plus aisées, le présent est (relativement) confortable et l'avenir potentiellement meilleur. Toutes les chances vont alors être mises de côté pour assurer aux membres de la famille un bien-être matériel et social. La réussite scolaire est un moyen d'accéder à ce bien-être et les résultats de l'école très suivis par les parents. Dans ces familles, il n'est pas rare que les mères travaillent à l'extérieur du foyer. Elles participent au revenu familial, ont une autre existence que celle de mère ou de femme au foyer, rejetant ainsi un modèle maternel. Elles ne souhaitent pas reproduire la vie au foyer de leur propre mère.

Pour les familles plus modestes ou précaires, le futur n'est pas une projection valorisée. « Non [que l'avenir] ne soit pas anticipé, mais il est d'ores et déjà accepté comme ayant toutes les chances de reproduire l'état présent. » (Schwartz, 2012, p. 138) Les individus n'entretiennent donc pas de rapport stratégique à l'avenir. L'enfant représente d'autant plus une puissance féconde, une valorisation, qu'elle est la seule que les parents peuvent faire valoir. Le chômage ou l'absence de ressources ne sont pas vus comme des freins à la naissance d'autres enfants car ceux-ci représentent la meilleure des

¹⁴ Comprendre ne signifie en aucun cas excuser des comportements choquants. Comprendre est une étape dans le processus d'interaction avec les publics. Cette étape permet de suspendre pour un temps son jugement afin de s'interroger sur les logiques mises en œuvre par les destinataires de l'action professionnelle et d'engager le dialogue sur un pied plus égalitaire. Reconnaisant la rationalité d'autrui, les professionnels seront plus à même de trouver les mots pour faire passer leur message.

ressources symboliques. Ils gratifient les pères et mères narcissiquement dans un monde où priment le manque et la dévalorisation. Mais encore une fois, il ne faut pas conclure à une imprévoyance. Les enfants sont désirés, notamment par les pères.

Certains parents investissent d'ailleurs stratégiquement la valeur des enfants par les aides sociales qu'ils peuvent fournir. « La représentation courante des familles paupérisées qui 'fabriquent des enfants pour les allocations familiales' n'est pas sans correspondance, faut-il le dire, à certaines réalités observables. Stigmatisante, moralisatrice et réductrice, elle a au moins le mérite – à son corps défendant – de souligner que les enfants ne sont pas les produits du hasard de l'imprévoyance, ou de la soumission à l'animalité. Ils sont voulus, mais dans le cadre d'un tout autre rapport au temps que celui des familles à fécondité restreinte. » (Schwartz, 2012, p. 139)

Les femmes ayant de nombreux enfants et subissant cette situation familiale entretiennent un rapport ambivalent et compliqué à la contraception. La maternité étant leur principale ressource, l'utilisation de contraceptifs vient symboliquement remettre en question leur seule capacité valorisante : celle de concevoir des enfants. Si elles cessent de le faire, par quelles identités pourront-elles se définir ? Pour la plupart des femmes dans ce cas, rencontrées par Olivier Schwartz, c'est l'absence d'autres identités qui les maintient dans la seule qu'elles connaissent et qui leur offre une valorisation symbolique, malgré les contraintes et le refus initial de s'engager dans cette voie pour certaines.

D'autant que les moyens de contraception ne sont pas moralement neutres : les utiliser revient à accepter une sexualité vouée uniquement au plaisir. Cette conception hédoniste de la sexualité vient buter contre une morale caractéristique du rigorisme ascétique de l'ancienne classe ouvrière qui « ne pouvait s'autoriser d'autre morale que celle de la privation et de l'effort. » (Schwartz, 2012, p. 143). L'usage de contraceptif peut alors engendrer des sanctions morales dissuasives : les filles qui prennent la pilule peuvent être vues comme « dévergondées », des « filles faciles ».

Ces conceptions relatives à l'âge des parents lors du premier enfant, au nombre des fratries et à l'utilisation des contraceptifs ont évolué depuis l'enquête d'Olivier Schwartz. Toutefois, si l'âge de l'arrivée du premier enfant est plus tardif pour toutes les femmes que dans les années 1970 (Champion, Collin, Lesdos-Cauhapé, Quénechdu, Valdelièvre, 2017), la fécondité des femmes des classes populaires demeure plus précoce que celle des autres classes sociales (Siblot, Cartier, Coutant, Masclet, Renahy, 2008, p. 303).

Le rapport à l'autorité

Les normes éducatives valorisent un mode d'autorité fondé sur la parole et l'intériorisation par l'enfant d'une règle qui lui permet ensuite de repérer lui-même les actions répréhensibles. Les sanctions sont ainsi *expliquées* à l'enfant pour ne pas paraître arbitraires et lui faire comprendre le bien-fondé des limites.

Dans les milieux populaires, le mode d'autorité parentale ne correspond pas toujours à ce « gouvernement par la parole » (Serre, 2009). La sanction s'impose à l'enfant sans que les parents

aient à se justifier. Leur statut légitime leur autorité qui ne souffre pas de contestation. L'enfant ne se trouve pas à égalité avec son parent qui lui est supérieur.

Ainsi, l'autorité s'impose-t-elle de l'extérieur. « La sanction est [...] directement liée à l'acte, non à la règle » (Millet, Thin, 2012, p. 89), règle que l'enfant n'a donc pas à intérioriser. La sanction est immédiate et non différée dans le temps (par exemple une privation de sortie ou de télévision pour une durée déterminée). Elle a pour objectif de faire cesser la transgression. Elle suppose la présence physique du parent qui sanctionne. La transgression peut donc continuer si le parent n'en prend pas connaissance.

D'un côté, un modèle d'éducation inculque une autocontrainte nécessitant donc une intériorisation par l'enfant (il doit la comprendre afin de la considérer comme légitime) alors que dans l'autre, la contrainte s'impose de l'extérieur et ne suppose par une acceptation par l'enfant.

Les évolutions sociales tendent à brouiller les frontières entre classes populaires et moyennes. Aussi, au moins dans les discours, les parents des classes populaires aspirent aux principes éducatifs légitimes (issus des savoirs de puériculture et mis en œuvre par les classes moyennes). Mais certains principes peuvent se voir réappropriés : « l'adoption par les pères de milieu populaire de la norme de 'communication' dans les relations avec les jeunes enfants, loin de remettre en cause la figure du *pater familias* dépositaire de l'autorité familiale, ne sert qu'à mieux la légitimer » (Siblot, Cartier, Coutant, Masclet, Renahy, 2008, p. 30).

Ces différents modes d'autorité produisent des inégalités. Les enfants de milieu populaire seront désavantagés dans toutes les situations sociales où est requise leur « autonomie » c'est-à-dire l'intériorisation d'une auto-contrainte. Cette autocontrainte est la marque recherchée par l'école ou, avant, par les institutions en charge de la petite enfance.

Le rapport à l'alimentation

Si les enfants sont jugés sur leur comportement, ils le sont aussi sur leurs corps. Aussi, le rapport à l'alimentation – qui façonne les corps – est central pour comprendre les différentes manières d'éduquer. Ce qui est considéré comme bon pour un enfant n'est pas universel mais reflète des appartenances de classe.

L'enquête de Faustine Régnier et Ana Masullo s'appuie sur 85 entretiens incluant toutes les classes sociales (moyennes supérieures, populaires et précaires) et portant sur les goûts alimentaires. Elles montrent tout d'abord que la corpulence suit statistiquement la hiérarchie sociale : plus on occupe une place élevée dans l'espace des positions sociales, plus on a tendance à être mince et inversement. L'obésité suit la même courbe : elle se retrouve plus fréquemment dans les milieux populaires. « Les femmes cadres, par exemple, dont l'IMC moyen est de 23, courent peu de risques d'être obèses (4%), alors que les ouvrières, avec un IMC moyen de 25, en comptent près de 16%. » (Régnier, Masullo, 2009, p. 755).

Il s'agit pour elles de montrer que les goûts ne sont pas le reflet de préférences individuelles mais construits par le milieu d'appartenance. Si la contrainte budgétaire constitue un des facteurs pesant sur les manières de s'alimenter (les aliments recommandés étant les plus chers), les sociologues montrent qu'elle ne représente pas le seul déterminant. L'alimentation recouvre pour les différentes classes sociales des enjeux distincts.

En effet, dans les catégories aisées, les personnes déclarent aimer des aliments conformes aux principes diététiques car l'alimentation est clairement liée à la santé. L'alimentation de leurs enfants est une véritable éducation : il faut leur apprendre tôt ce qui est « bon » ou pas (ce qui est conforme ou pas aux normes diététiques) afin de contrôler au plus vite leur corpulence, donc leur apparence future. Nous retrouvons ce rapport stratégique à l'avenir qui conditionne les pratiques du présent.

Pour les catégories modestes, l'alimentation n'est pas liée à la santé, sauf en cas de maladie, par exemple en cas de cholestérol. L'important n'est pas de surveiller son poids, mais de se faire plaisir et de manger. La peur du manque reste très forte. Pour les mères au foyer, c'est leur réputation même qui se trouve menacée si l'enfant ne mange pas ou mange à l'extérieur. Nourrir soi-même son enfant, c'est montrer que l'on est capable de subvenir à ses besoins. À table, l'important n'est pas de suivre des principes diététiques, mais de proposer du choix et en abondance. C'est une fierté renvoyant à l'image valorisante de la mère nourricière, principale identité des femmes au foyer.

Bien nourrir son enfant, c'est aussi lui faire plaisir. Si l'enfant a quelques rondeurs, cela montre déjà qu'il est loin de l'image repoussoir d'un enfant maigre dans les classes populaires. De plus, l'enfance est considérée comme une période où les contraintes doivent être allégées car la vie d'adulte réserve des problématiques importantes (travail, logement, ruptures, maladie de soi-même et des proches...). L'alimentation constitue alors un domaine où le plaisir est permis contrairement à bien d'autres marqués par le manque ou la frustration (un logement de mauvaise qualité dans un quartier de relégation sociale, l'absence d'emploi ou l'occupation d'un emploi dénigré et peu payé...). C'est aussi un moyen de participation sociale dans le sens où être capable d'acheter ce qui est proposé dans les publicités est une manière de participer à la société de consommation, donc à la société en général.

Ces enjeux de pouvoir de consommation n'en sont pas pour les classes moyennes et aisées qui peuvent d'ailleurs au contraire réprover les aliments gras et sucrés mis en avant par les publicités. La question de pouvoir nourrir soi-même son enfant ne se pose pas tant cela est évident et les plaisirs peuvent se rechercher ailleurs que dans l'alimentation (loisirs, vacances...).

La conformité aux normes alimentaires diététiques est cependant plus suivie chez les individus issus de classes populaires qui sont en contact régulier avec les membres des autres classes. Leurs perceptions sont influencées par les normes alternatives à leur propre milieu qu'ils découvrent dans ces espaces de mixité sociale. Ainsi, les femmes employées travaillant au contact des professions intermédiaires ou supérieures (par exemple dans les métiers de service) seront plus à même d'introduire ces normes alimentaires dans leur foyer.

Enfin, dans tous les groupes sociaux, l'existence de liens sociaux denses (entre familles, amis, voisins, collègues...), favorise le suivi des règles diététiques. À l'inverse, les drames tels que les décès, les

divorces, la perte d'un emploi peuvent conduire à ne plus donner de sens au présent ni à l'avenir et à ne plus suivre les principes diététiques qui réglaient la conduite alimentaire auparavant.

Le rapport à la santé

Le rapport à l'alimentation interroge de manière plus large le rapport au corps et à la santé. Une idée reçue consiste à penser que « dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé » (Arborio, Lechien, 2019). Mesurées par l'espérance de vie, les inégalités sociales de santé sont mesurées depuis le XIX^e siècle (Arborio, Lechien, 2019). Si, en France, la Sécurité sociale permet à présent à toute la population d'accéder aux soins, les inégalités sociales de santé perdurent : chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans reste de 6 ans moins élevée pour les ouvriers que pour les cadres. Les femmes cadres vivent quant à elles trois ans de plus en moyenne que les femmes ouvrières (Blanpain, 2016).

Au-delà de facteurs directs tels que l'usure au travail et les difficultés économiques qui, même dans un pays comme la France où les soins sont remboursés, peuvent expliquer ces écarts, il faut s'interroger plus généralement sur le rapport au corps, encore une fois selon les classes sociales, pour comprendre le rapport à la santé.

C'est ce que montre Luc Boltanski dès les années 1970 dans un article pionnier et devenu fondateur sur le rapport socialement différencié à la santé et à la maladie (Boltanski, 1971). Il cherche à expliquer les « variations de la consommation médicale des différentes classes sociales » (Boltanski, 1971), soit les écarts de recours aux soins en fonction du milieu d'appartenance.

Le sociologue déconstruit alors l'idée d'un « besoin sanitaire », sorte de besoin primaire qui serait universel pour tous les humains, le même selon les époques et les lieux ; comme si nous étions tous amenés en cas de maladie à la reconnaître et à agir en conséquence. Or Luc Boltanski montre qu'il n'en est rien car, si les maladies entraînent pour tous des modifications de l'état corporel, la perception de ses états et leur traitement par les individus qui en sont affectés dépendent des conditions *sociales* dans lesquelles ils vivent.

Le type de travail occupé détermine tout d'abord l'usage que chacun fera de son corps et les métiers manuels, largement exercés par les classes populaires, sollicitent celui-ci de manière intense – on pense notamment ici aux métiers ouvriers. La douleur faisant partie du travail, le repérage des sensations morbides n'est donc pas toujours évident, et le seuil pouvant entraîner des conséquences s'avère difficile à identifier. D'autant plus que, dans ces métiers, l'arrêt du corps signifie également l'arrêt du travail. Les enjeux de santé se doublent donc d'enjeux économiques, ce qui ne facilite pas la prise en compte précoce de symptômes.

Plus largement que la résistance à la douleur, le rapport au corps ouvrier valorise la force. Cela produit des conséquences qui s'étendent au-delà du travail. L'alimentation est alors pensée comme devant reconstituer cette force de travail. Ainsi, les aliments gras, la viande, le vin sont-ils considérés comme des aliments qui rendent forts et, de ce fait, consommés en grande quantité.

La maladie est vécue comme un événement brutal car les signes avant-coureurs n'auront pas pu ou pas voulu être vus.

Ce rapport apparaît sensiblement différent pour les femmes qui, dans les cultures ouvrières traditionnelles, s'occupent du foyer. Néanmoins la force continue d'être valorisée, les femmes dénigrant celles et ceux qui « s'écoutent trop », qui « se pomponnent ». Le maquillage, utilisé pour les jours de fêtes, et les produits de soin sont beaucoup moins utilisés que dans les classes moyennes ou supérieures. C'est donc l'intégralité d'une « culture somatique » propre à un groupe social qu'il faut prendre en compte si l'on veut comprendre le rapport à la santé : le travail, l'alimentation, la manière de prendre soin de son corps sont interdépendants.

Lorsque les membres des classes ouvrières par exemple se rendent chez le médecin, elles le font donc souvent pour des problèmes plus importants (douleur minimisée, comportements alimentaires favorisant certains problèmes de santé). Et lorsqu'elles sont en consultation, elles se trouvent confrontées à un représentant de la culture savante – culture savante qui se rapproche de la culture scolaire. La manière de parler paraît incompréhensible de part et d'autre. D'un côté, le médecin considère que le patient s'exprime mal, avec un langage vague qui ne permet pas de détecter précisément les symptômes. De l'autre, le patient estime que le médecin ne prend pas assez de temps, n'explique rien, reste distant. Cette distance sociale est renforcée chez les médecins spécialistes. En effet, le médecin généraliste peut devenir avec le temps une figure familière et une relation de confiance se créer. Mais cette proximité se perd avec un nouveau médecin, comme dans le cas des spécialistes, consultés ponctuellement¹⁵.

Au-delà des différences de rapport au corps entre les différentes classes, Luc Boltanski attire donc également l'attention sur les *évolutions* sociales qui transforment le rapport au corps de nombreux individus dans les années soixante-dix. La tertiarisation de l'économie continue d'entraîner une baisse des métiers où le corps se trouve sollicité de manière intense et la culture ouvrière s'est étiolée. Avec la démocratisation scolaire, les individus deviennent plus familiers de la culture savante et les manières de s'exprimer, de penser, se rapprochent par conséquent de celles des médecins. Ceux-ci se trouvent moins assimilés aux représentants d'un monde totalement étranger.

L'obligation de fournir un certificat médical justifiant l'arrêt du travail augmente parallèlement la fréquentation du monde médical pour les personnes qui n'allaient pas auparavant consulter ou très peu. Elles se familiarisent donc aux attentes du personnel soignant. Des habitudes se créent et se transmettent aux enfants pour qui le médecin représente, d'emblée, une figure familière.

Luc Boltanski repère aussi le développement d'un « marché du corps » vendant produits et conseils à des personnes de plus en plus nombreuses car disposées à prendre davantage soin de leur corps. De nouveaux modèles, notamment la valorisation des vacances où le corps est exposé, et leur accès au plus grand nombre, participent aussi d'une transformation générale du rapport au corps, plus attentif à son aspect extérieur et à sa santé.

¹⁵ En épidémiologie sociale, le projet INTERMEDE participe également de la réflexion sur les différences sociales (et de genre) influençant les interactions médecins/patients. Cf. (Kelly-Irving, Delpierre, Schieber, Lepage, Rolland, Afrité, Pascal, Cases, Lombrail, Lang, 2011 ; Schieber, Kelly-Irving, Delpierre, Lepage, Bensafi, Afrite, Pascal, Cases, Lombrail, Lang, 2013 ; Schieber, Delpierre, Lepage, Afrite, Pascal, Cases, Lombrail, Lang, Kelly-Irving, 2014).

Toutefois, ces évolutions ne doivent pas laisser penser que les classes sociales auraient disparu et avec elles ces rapports différenciés au corps et à la santé qui touchent à des valeurs différentes. Par exemple, la corpulence d'un enfant n'est pas nécessairement associée à un problème. Les corps des enfants reflètent déjà très tôt leur appartenance de classe (Nicaise, Court, Mennesson, Zolesio, 2019).

C'est pourquoi il s'avère impossible de changer un comportement de santé simplement en expliquant le bienfondé d'une recommandation ou en proposant un atelier. Chaque individu construit sur le temps long et de manière profonde son propre rapport au monde – donc aussi à la santé – en fonction du milieu dans lequel il grandit, des gens qu'il rencontre, des lieux qu'il fréquente. Pour espérer un changement dans les pratiques de santé chez leurs interlocuteurs, les professionnels doivent donc miser sur une familiarisation aux normes sanitaires régulière, faisant progressivement sens pour les bénéficiaires.

Il faut enfin prendre en compte deux autres aspects qui maintiennent des inégalités sociales de santé. L'*offre de soins* peut maintenir une distance sociale entre les médecins, notamment les spécialistes et les leurs patients les plus éloignés de la culture savante (et donc scolaire). La répartition géographique des médecins, notamment des spécialistes, fait apparaître une couverture moins importante dans les quartiers populaires (Arborio, Lechien, 2019) et des inégalités territoriales au plan national. Il faut également s'interroger sur la *qualité des soins*. Plusieurs études en sociologie de la santé montrent que les classes populaires sont désavantagées si l'on regarde la trajectoire de soins et plus seulement l'accès aux soins. Les informations sont moins nombreuses, les examens moins approfondis¹⁶.

Le rapport au temps

Parmi les travaux sur les classes populaires, plusieurs d'entre eux se concentrent sur les fractions les plus précarisées et les plus pauvres. Ces populations sont caractérisées par des conditions matérielles d'existence extrêmement défavorables, accumulant une faiblesse des ressources économiques, sociales (peu de liens sociaux pouvant servir de soutien affectif, social et économique), culturelles (pas ou peu de diplômes), et symboliques (les statuts sociaux ne sont pas porteurs de prestige, par exemple le chômage). Leur rapport au monde, et particulièrement au temps, s'en trouve également affecté. Cela entraîne des conséquences sur leur rapport à la santé, particulièrement en matière de prévention.

Comme nous l'avons vu, le temps est incertain, imprévisible pour les individus les plus précarisés qui par conséquent n'entretiennent aucun rapport stratégique à l'avenir. Ils apparaissent alors en décalage avec toutes les institutions qui obligent à avoir un temps prévisible. Par exemple, à l'école ou dans les services d'insertion, des horaires délimitent le cours de la journée, des rendez-vous s'organisent à l'avance.

Quand le travail n'est pas ou plus là, les revenus manquent et apparaissent parfois insuffisants pour laisser place au calcul. L'impératif de se nourrir ou de se vêtir, par exemple, vide les maigres ressources financières. Mais ce n'est pas seulement les revenus qui manquent. C'est aussi un découpage du temps

¹⁶ Voir l'article de Maud Gelly et Laure Pitti (2016) dans lequel elles citent (Fainzang, 2006), (Leclerc, Kaminski, Lang 2008), (Sauvegrain, Carayol, Ego, Crenn-Hebert, Bucourt, Zeitlin, 2015, p. 116-122 et p. 120-121).

selon des limites précises et distinctes. Pour ces personnes extrêmement précarisées, le temps n'est en effet pas libre, mais « plat » (Millet, Thin, 2005), « vide » (Schnapper, 1981). L'imprévisibilité empêche toute projection réaliste de l'avenir : « On peut toujours projeter vers l'avenir, m'enfin la réalité m'apprend autre chose hein, tous les jours on apprend la réalité » explique cet ouvrier ayant connu une forte instabilité professionnelle et sans emploi au moment de l'entretien avec deux sociologues suite à un accident du travail (Millet, Thin, 2005). La « réalité » n'est autre qu'une succession d'évènements funestes qui s'imposent. « Dans ces familles, le temps se trouve haché par la venue d'évènements faisant problème, auxquels il convient de faire face sans délai » (Millet, Thin, 2005, p. 155). Il peut s'agir d'un accident qui conduit à voir le médecin, le collègue ou l'assistante sociale en urgence, l'annonce d'une maladie grave, un problème administratif qui ne peut attendre ; problèmes qu'il convient de résoudre sans les ressources temporelles, financières et sociales qui permettent, dans les mêmes circonstances, aux classes moyennes et aisées de tempérer ce sentiment d'urgence (famille disponible pour aller chercher les enfants à l'école en urgence, moyens financiers de payer des soins complémentaires, une chambre d'hôpital ou une maison de retraite à un parent âgé, pression de cessation de paiement, etc.)

Pour celles et ceux qui travaillent sur des emplois courts et flexibles, ce peut être aussi le changement brutal d'un horaire de travail. Le temps s'impose ainsi sans régularité, sans possibilité d'anticiper ce qui va advenir. Le processus est le même pour les personnes dépendant totalement des décisions d'institutions sociales. Un sentiment de dépossession prédomine.

Passé dévalorisant, futur menaçant, le présent apparaît comme le seul temps qui fasse sens. Les individus peuvent alors développer une sorte d'« hédonisme populaire » se traduisant par une propension à la dépense et une plus grande tolérance envers les comportements des enfants. Il s'agit de saisir les rares satisfactions qui se présentent car il n'existe aucune garantie que l'occasion se présente à nouveau.

Ce temps vide et imprévisible s'avère par ailleurs en totale contradiction avec le temps scolaire structurellement prévisible, jalonné d'horaires. Les enfants vivant dans des conditions précaires ne retrouvent pas chez eux un temps résonnant avec ce rythme scolaire. L'instabilité qui caractérise leurs conditions de vie les prédisposant d'autre part à ne pas penser sur le long terme, ils éprouvent d'autant plus de difficultés à se concentrer. Or la capacité de concentration est au fondement même de la réussite scolaire, telle qu'elle se trouve définie dans notre société. La capacité de concentration permet l'anticipation du temps. Toutefois, « des conditions matérielles d'existence stables et sûres sont indispensables au développement de temporalités rationnelles et prévisibles » (Millet, Thin, 2005, p. 160).

Dans ces conditions précaires, la logique de la prévention santé apparaît absurde. On consulte le médecin quand on a mal et qu'il n'est plus possible de faire autrement. Ce phénomène demeure particulièrement perceptible en ce qui concerne les soins dentaires¹⁷, où le mal signifie un état de dégradation avancée de la dentition. Même si les individus des classes populaires précarisées

¹⁷ Par exemple, entre 20 et 30 % environ des enfants appartenant à un ménage dont le chef de famille est ouvrier ont au moins une dent cariée non soignée (*ONPES-2017-Dossier pauvrete*)

considèrent aujourd'hui la santé comme une priorité, ils ne possèdent pas les ressources temporelles, financières et sociales pour appliquer les recommandations qui les mèneraient à un « état de santé général » (Taranti, Vergelys, Peretti-Watel, 2014). En effet, celui-ci nécessite un rapport au temps long, qui ne soit pas un temps de l'urgence. Si la vie se déroule au jour le jour, les pratiques sanitaires qui aurait des effets dans plusieurs années sont considérées comme inutiles. C'est la confiance en l'avenir qui permet d'appréhender la santé comme un bien à protéger. Les individus les plus précarisés, sans confiance aucune envers le futur, demeurent enfermés dans un « présentisme ». La prévention apparaît donc comme vide de sens.

Les travaux sur les classes populaires et les différents rapports au monde nous montrent que les normes et valeurs, pratiques et représentations fluctuent en fonction de nos socialisations et conditions d'existence.

Récemment, une recherche collective met en lumière le poids des inégalités sur les parcours de vie en centrant la focale sur les enfants et leurs différentes socialisations et contextes de vie en utilisant la méthode des portraits (Lahire (dir.), 2019). Dix-huit portraits de socialisation d'enfants montrent avec finesse l'influence des différents milieux sociaux : « les enfants vivent au même moment dans la même société, mais pas dans le même monde » (Lahire (dir.), 2019). À retenir notamment : les enfants vivant en situation de très grande pauvreté se distinguent des autres, accumulant plus encore les inégalités : « Mais ces enfants pauvres ont-ils vraiment une vie d'enfant ? Ni Balkis, qui étudie avec son père le soir dans un jardin avant de se plier en quatre dans la voiture [où il dort], ni Ashan, dans son foyer, ni Libertad dans un appartement quasi vide, n'ont le cadre matériel minimum pour étudier » (Lahire (dir.), 2019). De même, « Ashan vit en France, il a 5 ans. Sa mère parle mal français, chez eux, il n'y a pas de livre, elle-même ne lit pas, elle ne l'emmène pas à la bibliothèque, ne lui raconte pas d'histoires. A l'opposé de l'échelle sociale, Lucie est aussi une française de 5 ans. Sa mère est prof de philo, son père écrivain. Il choisit pour elle des livres pas trop "bébêtes", avec des mots compliqués, et pas forcément une fin heureuse. Lucie a même déjà fabriqué un livre pour son maître d'école (Lahire, 2019). Et : « le rapport au livre (...) rend possible une scolarité qui elle-même rend possible l'accès à des positions sociales plus rares » (Lahire, 2019).

Au terme de ce détour anthropologique et sociologique, nous pouvons retenir quelques notions utiles à la compréhension des pratiques de parentalité dites, à une certaine époque, défaillantes, afin de leur apporter des solutions.

Notre modèle de parenté se fonde, la plupart du temps, sur une volonté de reproduire les liens génétiques dans les liens sociaux en se rapprochant le plus possible de l'acte naturel de procréation. Ainsi, il fait oublier que la parenté est avant tout un mode d'organisation entre les humains. Notre modèle laisse donc également penser que la parenté pourrait se réduire à un « instinct », notamment pour les mères. Or, le lien de parenté dépasse les liens génétiques et parfois ne correspond à aucune réalité génétique. Il doit se construire et c'est à quoi renvoie le terme de « parentalité » distinct du

terme de « parenté » : au-delà de la filiation (les statuts juridiques entre un parent et son enfant), existe le processus d'*affiliation* (les liens affectifs et sociaux qui se créent entre un parent et son enfant).

L'émergence de ce terme va historiquement de pair avec une responsabilisation accrue des parents par l'État, minimisant les autres instances de socialisation des enfants. Les attentes de la société à l'égard des parents se renforcent. Ainsi, ceux-ci sont davantage jugés à l'aune du comportement de leurs enfants ; comportement qui doit refléter une éducation conforme aux principes éducatifs contemporains, à savoir un dialogue plus poussé avec les enfants afin de leur apprendre l'autocontrainte, aussi appelée « autonomie ».

Or, les moyens pour parvenir à cette « autonomie » ne sont pas à la disposition de tous, et sont loin de se limiter à la volonté intrinsèque d'un individu ni à une personnalité particulière. Certaines conditions *sociales* sont nécessaires pour qu'un enfant développe cette autonomie. Le milieu dans lequel il évolue doit être stable afin de développer un rapport au temps optimiste et stratégique. Cette stabilité se doit d'être psychique de la part de ses parents, mais repose aussi sur des conditions matérielles d'existence procurant stabilité et confiance en l'avenir.

D'une part, les conditions d'existence sont donc incontournables pour comprendre les pratiques parentales. Ce faisant, elles sont trop souvent minimisées dans les appréciations sur les parents de la part des institutions auxquelles ceux-ci doivent se confronter (école, protection de l'enfance). Pourquoi ?

Nous posons ici l'hypothèse qu'il est matériellement, temporellement et humainement impossible aux institutions éducatives d'agir sur ces conditions sociales. Leur marge d'action se situe donc au niveau du *résultat* de ces conditions : les pratiques parentales. Autrement dit, puisque les institutions éducatives ne détiennent pas le pouvoir de changer la situation d'emploi, le logement, les revenus, elles se concentrent sur ce qu'elles peuvent observer directement : les parents face à leurs enfants.

Il ne s'agit donc pas ici de conclure à une impuissance des institutions éducatives à améliorer les conditions sociales d'existence des familles (ce n'est d'ailleurs pas leur rôle), non plus que de conclure à une impossibilité d'action des professionnels de l'enfance dans le cadre de leur travail. Bien au contraire, ces professionnels demeurent au premier plan de la prévention et du soin et sont les interlocuteurs directs des parents en difficulté. Il s'agit simplement de souligner la multiplicité des contraintes qui pèsent sur leurs pratiques éducatives. Ainsi est-il plus facile de réduire la distance entre les parents et les professionnels si ces derniers connaissent la réalité des marges de manœuvre de leur public.

D'autre part, au-delà des seules conditions matérielles, il existe des rapports au monde différents qui produisent des éducations différentes. Par exemple, considérer l'enfant comme son égal, un être en devenir, induit des rapports à l'autorité différents que s'il est reconnu comme un être en miniature qui n'a pas voix au chapitre. Ces rapports au monde – bien que déterminés en partie par les conditions matérielles – sont le produit d'une histoire longue, d'une culture propre à un milieu social et ne peuvent changer qu'à moyen ou long terme.

Reconnaître que des rapports au monde soient le fruit d'une culture spécifique ne doit pas non plus induire un raisonnement culturaliste, c'est-à-dire qui expliquerait les pratiques parentales par des traits culturels immuables, indépendamment des conditions sociales d'existence. Par exemple penser que : « les ouvriers ne s'écourent pas parce que pour eux la résistance à la douleur est valorisé en tant quel » en oubliant que la résistance à la douleur est nécessaire à leur exercice professionnel. Le raisonnement culturaliste attribue des traits spécifiques à certaines catégories de population, les « fige » et les stigmatise. Cela impliquerait que tout changement dans les pratiques serait impossible (« ils sont comme ça », « il n'y a rien à faire », « ils ont ça dans le sang »). En effet, le raisonnement culturaliste tend à enfermer les individus dans un ensemble de traits qui « leur colle à la peau » et empêche alors tout dialogue et échanges réciproques.

Nous préférons observer des rapports à la norme éducative différents, être attentifs aux conditions concrètes d'existence et ainsi pouvoir repérer les marges de manœuvre réelles des individus afin de déterminer les points d'accroche les plus pertinents pour l'action éducative.

Bibliographie « Parentalité et vulnérabilités en question »

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Arborio A.-M., Lechien M.H. (2019). Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé, *in* Masclat O., Misset S., Poullaouec (dir.). (2019). *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, pp. 123-129.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02367140/document>

Badinter E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*, Paris, Flammarion.

Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, *Insee Première*, n°1584.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>

Boltanski L. (1971). Les usages sociaux du corps, *Annales, Economies, sociétés, civilisation*, n°26, vol. 1, pp. 205-233.

<https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

Brodiez-Dolino A. (2016). Le concept de vulnérabilité, *La Vie des idées*.

<https://lavedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>

Cardi, C. (2007). La « mauvaise mère » : figure féminine du danger, *Mouvements*, n°49, vol. 1, pp. 27-37.

<https://doi.org/10.3917/mouv.049.0027>

Cardi C. (2010). La construction sexuée des risques familiaux, *Politiques sociales et familiales*, n°101, pp. 35-45.

https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2010_num_101_1_2837

Champion J.-B., Collin C., Lesdos-Cauhapé C., Quénechdu V., Valdelièvre H. (2017). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974, *Insee Première*, n°1642.

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/54693/1/ip1642.pdf>

Delaisi de Parseval G., Lallemand S. (1980). *L'art d'accommoder les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Seuil.

Durkheim E. (1898). *Notes critiques*.

Evans-Pritchard E. (1973 [1951]). *Parenté et mariage chez les Nuer*, Paris, Payot.

Fainzang S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Puf.

Gelly M., Pitti L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, n°58, pp. 7-18.

<https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

Godelier M. (2004). *Les métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard.

Giuliani F. (2009). Éduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement disqualifiées, *Revue française de pédagogie*, n°16, en ligne.

<https://journals.openedition.org/rfp/1769>

Hua C. (1997). *Une société sans père ni mari. Les Na de Chine*, Paris, Puf.

Hua C. (2008). La position biologique récessive de Durkheim, in C. Hua, *L'homme pensé par l'homme. Du statut scientifique des sciences sociales*, Puf, pp. 60-66., consultable en ligne :

<https://www.cairn.info/l-homme-pense-par-l-homme--9782130565369-page-60.htm>

Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber AC, Lepage B, Rolland C, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T. (2011). Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?, *Social Science and Medecine*, n°73, vol. 9, pp. 1416-1421.

Lahire B. (2012 [1995]). *Tableaux de famille. Heurs et malheurs en milieux populaires*, Paris, Seuil.

Lahire B., Bertrand J., Bois G., Court M., Denave S., Giraud F., Henri-Panabière G., Laillier J., Mennesson C., Moquet C., Nicaise S., Piluso C., Raynaud A., Renard F., Vanhée O., Woollven M., Zolesio E. (2019). *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, Paris, Seuil.

Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008). *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte/Inserm.

Mendras H. (1988). *La seconde révolution française*, Paris, Gallimard.

Millet M., Thin D. (2005). Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité, *Lien social et Politiques*, n°54, pp. 153-162.

<https://doi.org/10.7202/012867ar>

Millet M., Thin D. (2012 [2005]). *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Puf.

Neyrand G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, Puf.

Neyrand G. (2002). Parentalité : une notion-piège ou un concept en devenir ?, *Enfances & Psy*, n°20, vol. 4, pp. 129-134.

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-4-page-129.htm>

Neyrand G. (2004). Rétrospective et prospective de la fonction paternelle [Points de vue de chercheurs], *Recherches et Prévisions*, n°76, pp. 79-84.

https://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_2004_num_76_1_2787

Neyrand G. (2011). *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, Toulouse, Érès.

Neyrand G., Dugnat M., Revest G., Trouvé J.-N. (2006). *Familles et petite enfance. Mutations des savoirs et des pratiques*, Ramonville Saint-Agne, Érès.

Neyrand G., Rossi P. (2004). *Monoparentalité précaire et femme sujette*, Ramonville Saint-Agne, Érès.

Pioli D. (2006). Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle, *Sociétés et jeunesse en difficulté*, consultable en ligne :

<https://journals.openedition.org/sejed/106>

Pothet J. (2016). Des parents « défaillants ». Un dispositif de soutien à la parentalité dans les Bouches-du-Rhône, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°214, vol. 4, pp. 66-79.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2016-4-page-66.htm>

Régnier F., Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, vol. 50, n°4, pp. 747-773.

<https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747>

Sauvegrain P., Carayol M., Ego A., Crenn-Hebert C., Bucourt M., Zeitlin J. (2015). Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation de Seine-Saint-Denis, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°6-7.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/pdf/2015_6-7_4.pdf

Schnapper D. (1981). *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard.

Schwartz O. (2012). *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF.

Serre D. (1998). Le bébé « superbe » : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance, *Sociétés contemporaines*, n°31, vol. 3, pp. 107-127.

https://www.persee.fr/doc/AsPDF/socco_1150-1944_1998_num_31_1_1773.pdf

Serre D. (2009). *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*, Paris, Raisons d'agir.

Siblot Y., Cartier M., Coutant I., Masclet O., Renahy N. (2008). *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris, Armand Colin.

Schieber A.C., Kelly-Irving M., Delpierre C., Lepage B., Bensafi A., Afrite A., Pascal J., Cases C., Lombrail P., Lang T. (2013). Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related

to their disagreement on patient's health status?, *Patient Education and Counseling*, n°91, vol. 1, pp. 97-104.

Schieber A.C, Delpierre C., Lepage B., Afrite A., Pascal J., Cases C., Lombrail P., Lang T., Kelly-Irving M. (2014). Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study, *Family Practice*, n°31, vol. 6, pp. 706-13.

Singly (de) F. (1988). Les ruses totalitaires de la pédagogie anti-autoritaire, *Revue de l'Institut de sociologie*, n°1-2, pp. 115-126.

Singly (de) F. (2017 [1993]). *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin.

Tarantini C., Vergelys C., Peretti-Watel P. (2014). Pauvreté, « présentisme » et prévention, *Temporalités*, n°19.

<https://doi.org/10.4000/temporalites.2832>

Théry I., Leroyer A. (2014). *Filiation, Origines, Parentalité. Le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle*, Paris, Odile Jacob.

Théry I. (2015). L'engagement s'est déplacé du mariage vers la filiation. Parentalité, parenté et droit de l'enfant à savoir son origine. *Dialogue*, n°207, vol. 1, pp. 97-102.

<https://doi.org/10.3917/dia.207.0097>

Tort M. (1995). *La fin du dogme paternel*, Paris, Flammarion.

Schneider M. (2006). *Le paradigme féminin*, Paris, Flammarion.

2. Adversités précoces et développement de l'enfant

L'influence des adversités parentales et enfantines : la recherche internationale

Afin d'appréhender les liens entre environnement psycho-social, adversités précoces et développement de l'enfant, une recherche systématique d'articles a été menée en octobre 2020 sur Web of Science (à partir de la plateforme de recherche de l'Université de Toulouse 3, Paul-Sabatier) incluant toutes les bases de 1950 à 2020.

Trois mots-clés ont été combinés (« development of child » + « psychosocial adversity » + « parenting ») et ont conduit à 59 résultats.

Ils ont ensuite été triés manuellement afin d'obtenir une sélection de 12 articles. Ils ont été sélectionnés pour leur explicitation de l'influence des adversités parentales et enfantines sur le développement de l'enfant dans les années les plus jeunes. Ont été exclus les travaux portant sur l'adolescence. Ont également été exclus les situations particulières comme les travaux portant sur les situations de guerre ou les problématiques spécifiques liées à l'adoption. Les travaux ne mettant pas en lien suffisamment explicitement adversités psychosociales des parents et des enfants et développement de l'enfant ont aussi été écartés de la sélection.

Trois types d'études constituent le panel : 2 revues de littérature, 9 études originales et 2 études qui se rapprochent de la recherche interventionnelle.

Les revues de littérature

Rachel Langevin, Carley Marshall (toutes deux psychologues) et Emily Kingsland (documentaliste) s'interrogent sur la reproduction de la maltraitance infantile de génération en génération et sur le fait que certains parents parviennent à briser le cycle (Langevin, Marshall, Kingsland, 2019). Elles établissent alors une revue de littérature d'une part pour déterminer les facteurs qui favorisent ou au contraire protègent d'une reproduction de la maltraitance des parents sur les enfants, et d'autre part pour connaître la prévalence de ce phénomène. Compulsant 51 études originales (33 sur les facteurs de risque et de protection, 18 sur la prévalence) issues des bases de données¹⁸, elles exposent plusieurs résultats.

Elles rapportent que les caractéristiques individuelles des parents (l'âge, la santé mentale), les multiples formes d'adversités auxquelles ils ont été confrontés enfants, leurs relations actuelles (de couple, d'attachement, de support social plus généralement) et le contexte dans lequel ils vivent influencent la reproduction ou non de la maltraitance sur leurs propres enfants. La prévalence quant à elle oscille entre 7 et 88%. Les auteurs insistent sur les limites des études compulsées et encouragent à utiliser des méthodologies plus rigoureuses pour des futures études.

¹⁸ Ces bases de données sont : PsycINFO, Scopus, Medline, Social Work Abstracts, ProQuest Dissertations/Theses, and Web of Science.

La revue de littérature d'Heather Larkin, Vincent J. Felitti et Robert F. Anda (2014) montre quant à elle l'impact positif du travail social sur la prévention des adversités durant l'enfance (*adverse childhood experiences, ACEs*) et l'amélioration de la santé en général par l'intervention d'une démarche *corps-esprit*.

Enfin, la revue de littérature de Yong-Ku Kim, Byung-Joo Ham et Kyu-Man Han (2019) s'intéresse à l'arrière-plan neurobiologique de la dépression et son lien avec les adversités vécues durant l'enfance. La dépression provient d'une interaction entre des facteurs génétiques, environnementaux et une altération de la structure du cerveau. La présence d'un certain gène combiné avec des adversités durant l'enfance ou un environnement parental pauvre peut conduire à une réduction du volume de l'hippocampe, donc une propension à entrer en dépression.

Les études originales

Parmi les 9 études originales recensées, l'une porte sur les aspects neurologiques et va dans le sens de la revue de la littérature précitée (Kim *et al.*, 2019).

À partir d'une étude longitudinale menée sur 30 ans sur 18 individus, une équipe de chercheurs étudient les liens entre privations de soins maternels durant l'enfance, volume de l'hippocampe (partie du cerveau) et troubles de la personnalité à l'âge adulte (BPD, *borderline personality disorder*) (Khoury, Pechtel, Andersen, Teicher, Lyons-Ruth, 2019).

L'hippocampe jouant un rôle majeur dans la régulation du stress, son volume détermine pour partie les troubles psychiques. Le volume de l'hippocampe gauche est associé avec les caractéristiques d'une personnalité *borderline*, le suicide ou l'automutilation.

L'altération de son développement durant l'enfance peut donc influencer la vie adulte. Les chercheurs concluent à une association entre privation de soins maternels et volume de l'hippocampe gauche. En revanche, les autres perturbations parentales, par exemple les risques psychosociaux que présente la mère ou l'intensité des maltraitements qu'elle a pu subir dans son enfance n'influencent pas le volume de l'hippocampe de leur enfant, donc des troubles psychiques futurs.

Les résultats de cette étude mettent en avant la période des deux premières années de la vie comme particulièrement sensible.

Une autre étude (Lorenz, Ulrich, Kindler, Liel, 2020) rend compte de la passation d'un questionnaire lors de consultations de pédiatrie auprès de 7549 mères (91%) et pères (7%) afin d'établir un classement des familles selon les niveaux de risque qu'elles présentent pour le développement de leur enfant. Les auteurs estiment que c'est l'accumulation de facteurs qui conduit à des difficultés dans l'exercice de la parentalité et dans le développement de l'enfant. Par ce questionnaire associé à une analyse de structure latente (LCA), ils cherchent à comprendre l'interaction entre les différents facteurs de risques. Le questionnaire porte sur 25 facteurs de risque interrogeant : la situation de vie (*life situation*), la personnalité, la santé mentale, le comportement durant la grossesse, les besoins spéciaux

de l'enfant, les problèmes dans le soin qui lui est apporté (*care behavior*). L'avantage de l'analyse de structure latente est de pouvoir distinguer des niveaux intermédiaires de familles comportant des risques moyens. Par exemple, ils comptent 19% de familles présentant des difficultés socio-économiques et 17% présentant un haut degré de stress parental et des conflits familiaux.

Une autre étude (Healy, Murray, Cooper, Hughes, Halligan, 2015) s'intéresse particulièrement à comprendre pourquoi les enfants ont tendance à attribuer aux autres des intentions hostiles. Cette tendance est plus fréquente chez les enfants qui sont eux-mêmes agressifs. Les chercheurs cherchent donc à comprendre d'où proviennent cette agressivité et cette attribution d'hostilité. Par l'intermédiaire d'une étude menée auprès de 98 mères et enfants présentant des niveaux d'adversité différents et où les chercheurs observent les interactions parentales et le comportement des enfants à 18 mois puis à 5 ans, ils concluent à une influence directe du comportement maternel. Les mères attribuant elles-mêmes des intentions hostiles aux autres ont des enfants qui présentent le même comportement et qui s'avèrent agressifs. Les chercheurs établissent également un lien entre l'attribution d'intentions hostiles chez les mères, un comportement parental négatif et la confrontation à des adversités psychosociales chez ces dernières.

Une autre étude (Laucht, Esser, Schmidt, 2001) montre également l'influence du comportement parental sur le développement de l'enfant. Les chercheurs s'intéressent ici au lien entre faible poids à la naissance, risques psychosociaux (familles défavorisées) et tendance à développer des psychopathologies. Ils suivent 347 enfants (171 garçons et 176 filles) à 2, 4-6 et 8 ans. Les enfants vivant dans des familles défavorisées ont davantage de problèmes externalisés et internalisés que les enfants qui ne présentent pas de risques psychosociaux. Toutefois aucun lien n'est démontré entre faible poids à la naissance et problèmes psychosociaux.

Pour modérer les probabilités de développer des psychopathologies, le rôle précoce des parents est mis en évidence (celui des mères principalement).

Les trois études suivantes montrent chacune l'influence du milieu social sur le développement de l'enfant en prenant trois variables différentes : les fonctions cognitives (Liu *et al.*, 2019), le contrôle volontaire (Warren, 2020) et l'autorégulation (Liew *et al.*, 2019).

Celle de Yujun Liu et de Margie E. Lachman (2019) interroge les liens entre le statut socioéconomique durant l'enfance, le style parental (défini par la quantité de discipline et d'affection fournies à l'enfant) et les fonctions cognitives à l'âge adulte. Utilisant trois vagues d'un sondage national incluant 7108 participants – le MIDUS (Midlife in the United-States) – ils établissent des corrélations statistiques. Un statut socioéconomique bas durant l'enfance est lié à des fonctions cognitives basses à l'âge adulte et un déclin cognitif. Toutefois, cela reste modéré pour les enfants de ces milieux dont le père a exercé une discipline. En revanche, la discipline paternelle conduit les enfants ayant un haut statut socioéconomique durant l'enfance à présenter de moins bonnes fonctions cognitives à l'âge adulte. Pour tous les enfants, quel que soit leur statut socioéconomique, l'affection parentale se trouve corrélée à de meilleures fonctions cognitives à l'âge adulte.

Utilisant le Building Strong Families Project¹⁹, Shannon M. Warren et Melissa A. Barnett étudient le développement du contrôle volontaire (*effortful control*) chez l'enfant en fonction de la rudesse des conditions de vie (pauvreté, discipline parentale sévère, quartier difficile) et de l'imprévisibilité financière et parentale (Warren, Barnett, 2020). L'imprévisibilité parentale est mesurée par les changements qui affectent la famille (séparation, divorce, mort, nouveaux membres) et les routines.

Le contrôle volontaire se développe moins bien lorsque les enfants sont soumis à une discipline parentale sévère (notamment lorsqu'il y a une absence de réponse parentale). L'étude conclut aussi à une influence négative d'une vie dans un quartier difficile sur le développement du contrôle volontaire de l'enfant, sans pouvoir en décrire précisément les mécanismes.

Jeffrey Liew et ses collègues s'intéressent quant à eux au développement de l'autorégulation notamment ses liens avec les résultats scolaires (Liew, Carlo, Streit, Ispa, 2018). Nous retiendrons de leur étude certains résultats quant aux croyances et pratiques parentales. En effet, les chercheurs montrent que les pratiques parentales ne peuvent se comprendre que si l'on prend également en compte les valeurs que les parents accordent à l'éducation de leur enfant (*child-rearing beliefs*). Ils distinguent deux types de valeurs : les parents (ici les mères) autoritaires/démocratiques et les parents (toujours les mères) autoritaires/restrictifs.

L'équipe utilise plusieurs sondages interrogeant les parents à plusieurs moments de la vie de leur enfant (24 mois, 36 mois, 5 ans et 10 ans), complétés par des analyses vidéo d'interactions entre les mères et leurs enfants. Les familles appartiennent aux milieux défavorisés (*low-income families*). Ils mettent en évidence un lien entre les mères autoritaires/démocratiques lorsque l'enfant a 24 mois et des pratiques parentales centrées sur le support (*supportivness*) lorsque ce dernier a 36 mois. Les mères autoritaires/restrictives à 24 mois sont quant à elles intrusives à 36 mois. Ces résultats concordent avec ceux menés dans les classes moyennes. Les mères apportant un soutien (*supportivness*) à 36 mois prédisent un enfant qui développe un autocontrôle à la crèche. En revanche, ce n'est pas le cas des mères intrusives à 36 mois. Toutefois, ce dernier résultat est moins fiable que celui concernant le lien entre une mère soutenance et le développement de l'autocontrôle de l'enfant.

Les principes éducatifs (les valeurs parentales) sont donc à prendre en compte dans le développement des programmes de soutien à la parentalité, notamment pour les familles vulnérables.

L'équipe d'Elizabeth Miller s'appuie sur les résultats concernant 403 familles du programme Smart Beginnings²⁰ qui ont été randomisées dans un groupe bénéficiant du programme et un groupe contrôle (Miller, Canfield, Morris, Shaw, Cates, Mendelsohn, 2020).

Elle montre que les mères participant à un programme de soutien à la parentalité ne sont pas celles attendues. Contrairement à ce que montrent les autres études sur l'assiduité aux programmes de

¹⁹ Il s'agit d'un programme d'accompagnement à la parentalité aux Etats-Unis où 5102 couples ont été distribués de manière randomisée dans un groupe suivant le programme et un groupe contrôle.

²⁰ Le programme Smart Beginnings est un des premiers à utiliser des interventions provenant de preuves scientifiques pour les premiers soins pédiatriques avec l'objectif de valoriser le développement psychosocial précoce et la maturité scolaire des enfants en situation de pauvreté à travers les pratiques parentales positives et la réduction des stressors psychosociaux. (p. 6, traduction Jennifer Yeghicheyan).

parentalité, les mères fréquentant le plus le Smart Beginnings sont celles qui présentent un plus faible niveau scolaire, celles qui ont fait le plus face à des adversités et celles qui possèdent le moins confiance en leur capacité à bien s'occuper de leur enfant.

Les auteurs avancent quelques hypothèses pour expliquer ces résultats surprenants mais ne peuvent conclure avec certitude : ils mettent en avant un outil (la carte de rappel de rendez-vous), un sentiment (les parents se sentiraient en retard s'ils n'assistent pas à une session car les objectifs sont précisément fixés), un lien (des liens profonds ont pu se créer avec les intervenants ce qui encourage à continuer, les parents se sentant soutenus).

Notons en outre que le programme se déroule à domicile.

Les résultats d'un questionnaire administré à 43 parents suite à leur participation à un diagnostic de développement de l'enfant montrent que ces derniers ont plus confiance en leurs capacités parentales (*parenting self-efficacy PSE*) à la suite du diagnostic (Bates, 2020). Cela est vrai également pour les parents atteints de troubles mentaux présentant au départ un score moins élevé de PSE (que nous traduisons par confiance en ses capacités parentales) que les autres participants à l'étude.

En plus de la recherche menée sur Web of Science, nous ajoutons des références issues des domaines de la psychologie et de l'épidémiologie. Cette sélection, comme en sociologie et en anthropologie, résulte de l'expertise des chercheurs de l'équipe dans leurs domaines respectifs.

Références supplémentaires en psychologie du développement

La surexposition des enfants en situation de pauvreté à l'adversité

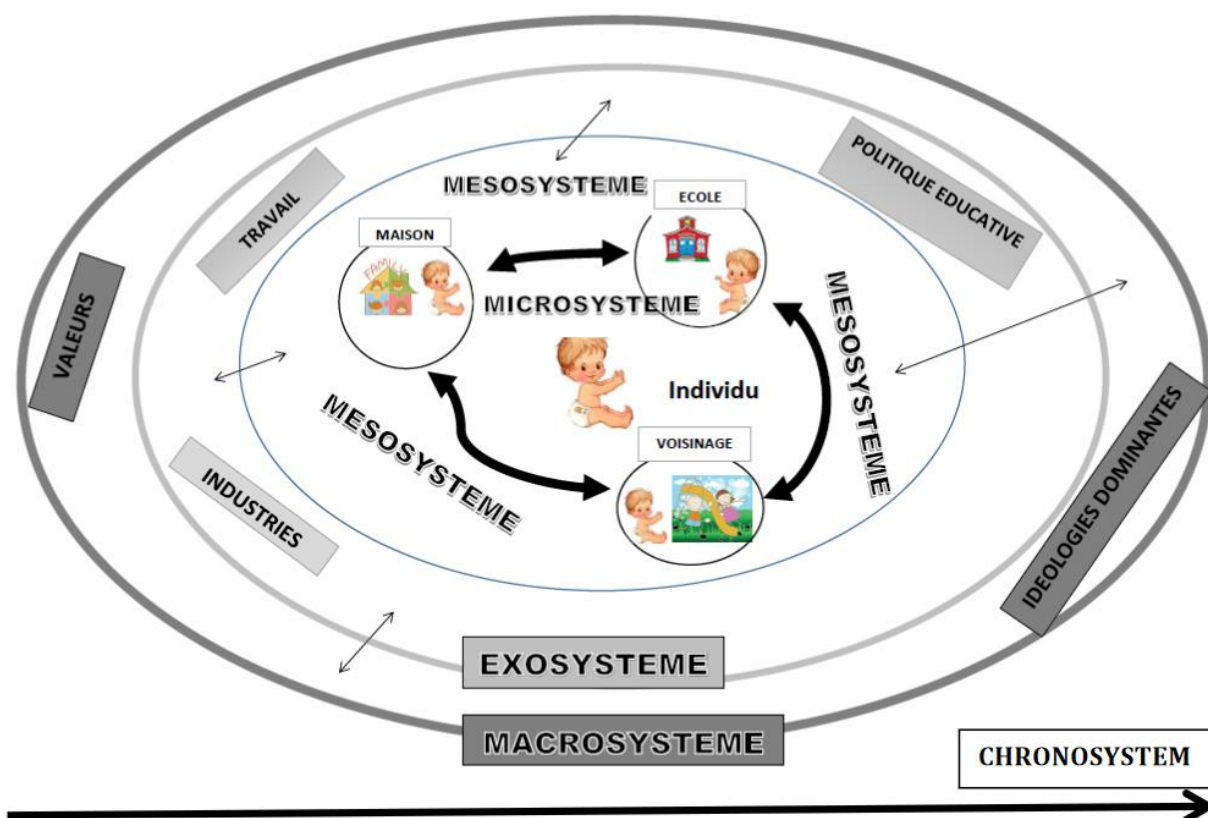
Bien qu'il n'existe pas de définition aisée de l'adversité, étant parfois qualifiée de concept « fourre-tout », une définition minimale permet déjà d'entrevoir l'aspect dangereux pour l'individu qui l'éprouve : elle « soutient l'hypothèse d'une (ou de plusieurs) situation(s) extrêmement et durablement défavorable(s) mettant en péril le sentiment de cohésion de la personne ou lui faisant courir un risque vital » (Zaouche-Gaudron, Troupel-Cremel, Pinel-Jacquemin, 2014). Elle peut être chronique ou ponctuelle.

L'exposition à l'adversité est beaucoup plus importante pour les enfants vivant en situation de pauvreté. Si l'on s'en réfère aux corrélations statistiques, la pauvreté influence négativement leur développement. Par exemple, il existe un lien entre adversités psychosociales précoces, et mauvaise santé physique et mentale à l'âge adulte, surtout si elles sont cumulées : par exemple des parents ayant des difficultés financières et présentant des troubles de santé mentale (Pinel-Jacquemin, Zaouche-Gaudron, 2014).

Il importe de comprendre comment ce lien entre pauvreté et exposition plus fréquente aux adversités se construit afin d'écarter tout déterminisme, « bref de contextualiser les souffrances, les problèmes et les expériences de vie potentiellement difficiles pour l'enfant » (Zaouche-Gaudron, 2017, p. 30).

Une approche écosystémique peut aider à entrevoir les liens entre les différents facteurs qui entrent en jeu dans le développement de l'enfant et qui peuvent l'influencer de manière positive ou négative. Le développement de l'enfant ne se fait pas en dehors d'un environnement. Et cet environnement est nécessairement complexe, incluant une multitude de variables, pas toutes quantifiables. Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) permet d'appréhender les différentes adversités et les liens entre elles. Il distingue plusieurs niveaux influençant le développement de l'enfant (onto-, micro-, méso-, macro-, exo-, chrono-). Chacun « peut générer aussi bien des facteurs de risque que des facteurs de protection, et les interactions entre les niveaux de l'écosystème peuvent conduire l'individu à une situation délétère ou au contraire à un processus de résilience » (Pinel-Jacquemin, Zaouche-Gaudron, Troupel, Raynaud, Kelly-Irving, 2016, p. 5). Les exemples illustrant chacun des niveaux ont été pris dans les études en psychologie du développement recensées par Stéphanie Pinel-Jacquemin et ses collègues (2016).

Figure 1. Illustration de la théorie écosystémique de Bronfenbrenner (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 6)



L'onto-système :

« Il est constitué de l'ensemble des caractéristiques physiques, biologiques, physiologiques, cognitives, socio-affectives d'un individu » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 6).

Exemples d'adversités liées à l'onto-système : être né d'une mère adolescente, maladie, malnutrition, manque de confiance en l'adulte, parentification (poids des responsabilités familiales portées par l'enfant), perte d'une figure d'attachement, placement, traumatismes (accidents, catastrophes...).

Le micro-système :

« [II] correspond à l'influence directe et indépendante de la famille et de l'école/la crèche sur le développement de l'enfant » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 9).

Exemples d'adversités liées au micro-système : criminalité, incarcération, chômage, maladie mentale et physique d'une figure d'attachement, instabilité conjugale, discipline sévère, négligence, rejet ou surprotection parentales, faiblesse des revenus, du niveau de diplôme, isolement de la famille (absence de soutien social).

Le méso-système :

« [II] est constitué des liens entre deux micro-systèmes fréquentés par l'enfant, à l'intérieur même de la famille ou de l'école ou tout autre instance extra-familiale » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 11).

Exemples d'adversités liées au méso-système : fratrie hostile, violence conjugale, conflits familiaux ; harcèlement à l'école, conflits avec les pairs, victimisation par les pairs, voisinage dangereux ; discriminations (raciale, de genre).

L'exo-système :

« [II] englobe l'ensemble des environnements avec lesquels l'enfant n'a pas d'interactions directes mais qui exercent une influence au niveau du micro-système et du méso-système » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 13).

Exemples d'adversités liées à l'exo-système : précarité et violence dans le voisinage (on parle aussi de précarité et de violence « communautaires »), pays en guerre.

Le macro-système :

« Il constitue l'ensemble des valeurs, croyances, idéologies d'une communauté (la culture, la religion, les lois, les politiques) » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 14).

Exemples d'adversités liées au macro-système : culture ou croyances collectives (comme dans une organisation religieuse ou spirituelle) défavorables au développement de l'enfant, absence de politiques familiales.

Le chrono-système :

« [II] comprend le système du temps de la succession des événements vécus par la personne dans le temps (la naissance d'un enfant, l'entrée à l'école, l'entrée dans l'adolescence, la séparation, le deuil...). [...] Selon la période développementale à laquelle sévit l'adversité, les capacités cognitives de l'individu,

le contexte de vie, selon la chronicité et la sévérité de l'adversité, plusieurs trajectoires sont possibles. » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 15).

La dimension temporelle montre la dynamique de l'imbrication des différents niveaux.

L'approche écosystémique met en avant une multiplicité de facteurs expliquant les adversités et les manières d'y faire face. Elle permet d'éviter le piège selon lequel un même type d'adversité produirait les mêmes effets chez des individus différents et celui d'une causalité entre un facteur unique et un comportement qui lui serait nécessairement associé. Par exemple, le fait de naître d'une mère adolescente et de développer des comportements asociaux plus tard. Cette unique variable (maternité précoce) ne suffit en aucun cas à expliquer des troubles comportementaux durant l'enfance ou cours de la vie.

Ainsi, on voit plus clairement l'effet cumulatif des adversités et les processus d'inégalités sociales et d'inégalités sociales de santé. Elle permet alors le « repérage des lieux et des acteurs pour une intervention potentielle » (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016, p. 15).

Une autre approche s'apparente à celle de Bronfenbrenner, c'est celle du psychologue français Henri Wallon (1956). Il insiste également sur l'*interstructuration* du sujet. C'est sur cette approche et celle de Bronfenbrenner que s'appuient les auteures d'*Enfants de la précarité*. Il s'agit, dans cet ouvrage, de constater le poids des inégalités sociales, et des inégalités sociales de santé qui en découlent, sur le développement de l'enfant.

Une étude canadienne (Kohen, Hertzman, Brooks-Gunn, 1998) montre l'influence du quartier (« riche » ou « pauvre ») sur la maturité scolaire mesurée par cinq dimensions du développement de l'enfant²¹ :

- les aptitudes cognitives et linguistiques
- les aptitudes sociales (interactions avec ses pairs et les adultes)
- la maturité affective
- la santé physique
- les compétences en communication en anglais (leur langue maternelle) et les connaissances générales

²¹ L'outil utilisé est le *Early Development Instrument* conçu par Offord et Janus. Cf. (Hertzman, McLean, Kohen, Evans, Smith-Alex, 2000).

Enfants vulnérables dans :	Quartier riche	Quartier pauvre
au moins 5 dimensions	6%	38%
développement cognitif et linguistique	0%	21%
santé physique et bien-être	0%	22%
aptitudes sociales	1%	17%
maturité affective	2%	16%
communication en anglais et connaissances générales	0%	16%

Ce niveau fait référence au méso-système de l'approche écosystémique.

Si l'on descend à une échelle plus micro, on remarque le même poids des inégalités sociales sur la famille. Plus celle-ci dispose de faibles ressources ou fait face à des événements qui entraînent la perte de ressources (perte d'emploi), plus les interactions entre les parents et les enfants sont davantage marquées par l'indifférence ou l'hostilité : « les parents en situation de stress permanent, lié à la privation économique qu'ils subissent, témoignent de moins de réactivité à l'égard de leurs enfants, et adoptent des stratégies éducatives avec un contrôle fort, qui se traduisent par des punitions plus dures » (Zaouche Gaudron, 2017, p. 53)²².

Plus largement, c'est le développement socio-affectif et socio-cognitif de l'enfant qui est impacté par les conditions de vie de adultes qui l'entoure. Mentionnons deux études citées par Chantal Zaouche Gaudron (2017).

Le développement socio-affectif s'articule autour de la relation d'attachement. « La relation d'attachement est structurante pour l'enfant sur le plan psychologique, car elle implique régularité, stabilité, repères, donc sécurité et confiance pour l'enfant. C'est une base de sécurité pour l'enfant pour pouvoir explorer et s'autonomiser. » (Zaouche Gaudron, 2017, p. 38). Par conséquent, une relation d'attachement qui ne permet pas cette sécurisation peut entraîner des troubles du comportement. Une étude montre dans les familles à revenu faible, une proportion moindre d'enfants sécurisés, et de façon nette, une proportion plus importante d'enfants « désorganisés/désorientés » (Van Ijzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg, 1999).

Une étude longitudinale a, quant à elle, mesuré le développement sociocognitif par le quotient intellectuel, l'habileté verbale et la réussite aux tests (lecture, mathématiques) (Smith, Brooks-Gunn, Klebanov, 1997). Les résultats indiquent que le revenu de la famille affecte le développement cognitif des enfants dès l'âge de 2 ans, et les effets défavorables sont retrouvés pour chaque tranche d'âge. Toutefois, si le revenu s'accroît, les scores des enfants augmentent. Il existe aussi des niveaux de pauvreté différents – très pauvre équivalent à 50% au-dessous du niveau de pauvreté, pauvre,

²² Chantal Zaouche Gaudron fait référence à : (Duncan, Brooks-Gunn, 1999) ; (Mosley, Thompson, 1995).

presque pauvre – qui sont associés avec des résultats différents. Plus la famille est pauvre, plus les scores sont bas concernant le développement socio-cognitif.

Les chercheurs ont utilisé deux questionnaires différents, *The Infant Health and Development Program* (ihdp) et le *Children of the National Longitudinal Survey of Youth* (nlsy). Pour les enfants évalués à partir de ce dernier questionnaire, les écarts entre eux sont moins importants à 7-8 ans. Les chercheurs postulent l'existence d'effets compensatoires de l'école.

Les structures enveloppant l'enfant en dehors de son milieu familial peuvent compenser pour partie les ressources qu'ils n'ont pas la possibilité de trouver chez eux. Chantal Zaouche Gaudron recense plusieurs études réalisées sur de larges panels²³ et précise : « la qualité d'un service de garde peut atténuer les effets défavorables d'un attachement insécurisé des enfants qui vivent dans des familles à faible revenu, en leur fournissant un environnement plus stimulant que celui dont ils auraient fait l'expérience dans leur foyer » (2017, p. 54). Toutefois, l'auteure ajoute que si l'accueil des enfants est de mauvaise qualité, il peut avoir l'effet inverse et s'ajouter aux différentes variables influençant négativement le développement de l'enfant. Or les familles les plus modestes sont aussi celles qui ont plus de probabilité d'avoir accès des services moins chers et de moindre qualité²⁴.

Enfants de la précarité montre donc que les adversités auxquelles font face les parents et qui, en retour, affectent le développement de l'enfant (affectif et cognitif) proviennent pour une grande part de leur contexte de vie. Plus celui-ci est marqué par les difficultés économiques, un logement dégradé, un environnement social peu propice à un accès facilité aux soins, au sport, aux loisirs, des conflits familiaux... plus le poids de ces facteurs cumulés pèse sur les interactions parents/enfant et le développement de ce dernier.

L'ouvrage dirigé par Michel Boutanquoi et Carl Lacharité (2020) participe d'une même approche visant à recontextualiser les comportements et ainsi relativiser une certaine psychologisation des comportements parentaux.

La parentalité, un défi universel ?

Si les parents aux revenus plus modestes, cumulant les facteurs d'inégalités sociales sont davantage susceptibles d'éprouver des difficultés avec leur enfant en raison des nombreux stressors auxquels ils doivent faire face et ainsi compromettre le développement harmonieux de ce dernier, n'importe quel parent doit faire face à des défis inhérents au fait d'éduquer un enfant.

L'ouvrage d'Isabelle Roskam et de Moïra Mikolajczak (2015) propose d'exposer les défis qui se présentent à tout parent. Nous nous appuierons particulièrement sur le premier chapitre intitulé « Du stress d'être parent... » (Mikolajczak, 2015). L'auteure, professeure de psychologie et de sciences de l'éducation à l'Université catholique de Louvain, propose une définition du stress comme un écart entre

²³ Voir par exemple : (Howes, 1998), (Hofferth, Phillips, 1991), (Ramey, Ramey, 1998), (Peisner-Feinberg, Burchinal, Clifford, Culkin, Howes, Kagan, Yazejian, 2001).

²⁴ Notons qu'il s'agit dans ces études de structures d'accueil étasuniennes.

les exigences auxquelles doit/veut répondre un individu et ses ressources d'un individu : « Le stress se définit ainsi comme *l'ensemble des modifications biopsychologiques qui émergent chaque fois que l'individu a l'impression que ses ressources (temps, capacités...) sont insuffisantes pour faire face aux demandes de l'environnement* » (Mikolajczak, 2015, p. 14-15). En plus des composantes psychologiques (le sentiment d'être dépassé...), il induit des composantes biologiques (production d'adrénaline, de cortisol par exemple). Il est donc d'origine biopsychosociale.

Le stress est nécessairement contextuel car les demandes auxquelles doit faire face un individu et ses ressources ne sont pas les mêmes pour tous. L'auteure prend l'exemple d'une simple bronchite qui peut se transformer en cause de stress intense si les ressources de l'individu font défaut : « Ainsi, la bronchite d'un enfant peut n'être pas du tout stressante si le parent dispose d'un bon médecin et qu'il peut facilement prendre congé pour garder son enfant. La même bronchite peut par contre représenter un stress important pour une maman anxieuse et/ou pour un parent qui n'a pas les moyens de consulter un médecin ou de s'offrir les médicaments et/ou qui ne dispose pas de solution de garde satisfaisante pour son enfant » (Mikolajczak, 2015, p. 15).

Elle met ensuite en avant différentes catégories de stressseurs parentaux :

- transition vers la parentalité : crainte par rapport au fœtus, à la capacité d'être parent, augmentation des tâches domestiques à la naissance, réajustements personnels et professionnels...
- « tout ce qui pourrait leur arriver » : accidents, catastrophes, souffrance... qui toucherait leur enfant
- immaturité : subvenir aux besoins du fait de la dépendance des enfants, exigences disproportionnées de la part des enfants (« fait qu'ils oublient fréquemment que nous ne sommes pas des robots »)
- « ce qui est bon pour eux » : projections parentales sur ce qui convient à l'enfant
- auto-exigences : être un bon parent, ni trop autoritaire ni trop laxiste, gagner suffisamment pour qu'ils ne manquent de rien...
- difficulté effective : maladie aiguë ou chronique, handicap, troubles

Malgré l'existence de tous ces stressseurs, tous les parents ne sont pas stressés. Moïra Mikolajczak l'explique déjà par le fait qu'être parent procure un bonheur immense qui compense tous ces stressseurs. Le stress survient lorsque le parent estime ne plus pouvoir répondre aux exigences demandées ou qu'il s'est fixé. Cela peut conduire au *burn-out* parental²⁵. L'auteure et son équipe distinguent cinq catégories de symptômes du *burn-out* parental :

- épuisement émotionnel
- sentiment d'inefficacité parentale
- dépersonnalisation (traiter les enfants comme des objets, ne plus se soucier de leur devenir)
- envie d'évasion (qui comprend l'abus d'alcool, de drogues, de jeux...)
- somatisation : troubles du sommeil, de l'alimentation, diminution de l'immunité, aggravation des maladies chroniques existantes.

²⁵ Le *burn-out* parental reste un tabou. Le premier ouvrage vulgarisant cette notion date de 2014. Cf. (Holstein, 2014).

L'auteure termine par quelques pistes pour travailler les compétences émotionnelles des parents, compétences qui réduisent le stress. Elle met en garde : le travail sur les compétences émotionnelles est celui sur lequel peut agir rapidement le parent mais ne change pas certains stressors induits par certains facteurs (disposition génétique au stress, histoire familiale, profil socio-économique). Ce travail ne vise pas non plus à « régler les nœuds du passé » (Mikolajczak, 2015, p. 18) qui impactent aussi la parentalité.

Ces propositions sont :

- Prévenir le stress : répartir le travail domestique et éducatif. « Prévenir le stress consiste donc à imaginer des solutions créatives à un ensemble de problèmes du quotidien (optimiser les navettes, la préparation des repas, etc.) en n'hésitant pas à mettre le conjoint et les enfants à contribution » (Mikolajczak, 2015, p. 30), d'où l'importance d'être à deux
- Modifier les sources de stress : pour les stressors impossibles à supprimer (par exemple accompagner l'enfant pour ses devoirs), il convient de les aménager (prévoir un temps et un lieu propice). Cette proposition est difficile à mettre en œuvre car elle implique souvent un risque de conflit. Et : « Exprimer les choses de manière constructive est une compétence émotionnelle à part entière, que moins de 25 % de la population maîtrise. » (Mikolajczak, 2015, p. 31)
- Porter plus d'attention au positif et vivre au présent. Lorsque le stress est justement présent, il s'agit d'être attentif à ses manifestations corporelles ce qui diminue le stress car il est ainsi mis à distance.
- Penser autrement, soit : réinterpréter (estimer qu'un enfant hyperactif est plutôt énergique), rechercher le positif (ce qui demande un effort cognitif important qui implique parfois de revoir nos valeurs fondamentales), réévaluer nos ressources (avoir le sentiment qu'on va réussir à gérer), identifier les tendances à catastrophiser, regarder d'un œil extérieur nos propres expériences (ce que l'auteure nomme « défusionner pensée et réalité »), accepter (prendre conscience que les ressources d'un individu ne pourront pas changer la situation et cela peut s'acquérir notamment *via* des techniques de pleine conscience).

Ces propositions relèvent toutes de techniques cognitives familières aux « savoirs psy » (Neyrand, 2000) réappropriés par le sens commun. Elles font aussi référence au « gouvernement par la parole » (Serre, 2009) soutenu par ces mêmes savoirs. Or, ces techniques et ce gouvernement par la parole, s'ils s'adressent à tous, seront davantage mis en œuvre par les individus qui y ont été socialisés dès le plus jeune âge. Cela explique qu'« exprimer les choses de manière constructive » n'est pas une compétence émotionnelle très répandue. En outre, les techniques de pleine conscience reposent sur une écoute du corps et de ses sensations très poussée. Toutefois, nous avons vu que les individus s'autorisent une plus ou moins grande attention à leur corps selon le rapport qu'ils entretiennent avec lui. Ainsi les actions qui s'appuient sur ces techniques seront acceptées et comprises beaucoup plus facilement par des personnes qui ont déjà l'habitude de s'intéresser aux sensations de leur propre corps que celles qui ne se permettent de les écouter que lorsqu'elles sont trop aigües.

Si la parentalité produit des sources de stress que connaissent inévitablement tous les parents, le nombre et l'intensité des stressors varient en fonction des contextes de vie.

Un rapport ici classé en psychologie, est en réalité interdisciplinaire (Martin, Hammouche, Modak, Neyrand, Sellenet, Vandenbroeck, Zaouche Gaudron, Dauphin, Moeneclaey, 2017). Il rassemble des chercheurs en sociologie, en psychologie, en sciences de l'éducation, en travail social et représente un état des lieux sur la parentalité. Il soulève plusieurs points importants pour comprendre l'étude des liens entre adversités familiales et développement de l'enfant.

Tout d'abord²⁶, il porte un regard critique sur la tendance à vouloir traiter la parentalité comme une question technique pour laquelle des preuves scientifiques de type causal seraient les seules légitimes. Des programmes de soutien à la parentalité sont évalués pour déterminer s'ils sont efficaces ou non, donnant pour preuve des scores avant et après les interventions. Toutefois, lorsque ces études sont les plus sérieuses possibles (de type RCT utilisant des groupes témoins et des groupes contrôle avec une répartition aléatoire du panel entre eux) – ce qui est loin d'être le cas pour toutes – elles sont soumises à de nombreux problèmes méthodologiques qui faussent la validité des résultats. En effet, un programme ne peut pas être appliqué à un patient sans prendre en compte sa situation clinique et ses préférences (on ne peut pas imposer le suivi d'un programme plutôt qu'un autre). Cela biaise donc la force de preuve. En outre, les études RCT calculent des moyennes. Par conséquent, elles gommant les différences entre les individus d'un même groupe. Les résultats sont difficilement généralisables. Si des liens statistiques peuvent être mis au jour (entre tel comportement et telle intervention), ces études ne peuvent pas expliquer les mécanismes de ces liens. Enfin, les usages politiques de ce type d'étude posent des problèmes éthiques et démocratiques. En cherchant à fabriquer des parents et des enfants « autosuffisants », ils forcent les individus à se voir comme les seuls responsables de leur sort en déresponsabilisant les pouvoirs publics. En mettant l'accent sur les parents, ils se rapprochent du « déterminisme parental » laissant croire que l'éducation d'un enfant repose exclusivement sur leurs compétences.

Le rapport vient sur l'histoire de mouvement de soutien à la parentalité et montre notamment la mise en avant des « compétences » parentales. Cette approche n'est pas anodine. En établissant des compétences, on s'appuie sur un référentiel. Or, ce référentiel est toujours le produit de ceux qui le construisent. Par conséquent, ils émettent des jugements de valeur sur les parents qui apparaissent plus ou moins compétents, « bons », en fonction du référentiel. Le rapport revient sur l'ouvrage critique de Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand (1980) qui montre la relativité des conseils en puériculture et leur contradiction.

Le rapport développe également sur l'évolution des savoirs sur les liens parents-enfants. Jusqu'aux années 1970, le primat maternel laisse peu de place au père, notamment dans les travaux de psychanalyse très influents en France (beaucoup moins ailleurs), mais aussi chez les psychologues du développement (Henri Wallon) et les théoriciens de l'attachement (John Bowlby, bien qu'il sera plus nuancé vers la fin de sa carrière). Des grands changements affectent la famille : « démariage » d'après l'expression d'Irène Théry (1993) qui montre l'augmentation des séparations et des naissances hors mariage, volonté de nouveaux styles éducatifs (Neyrand, 2000), éducation des filles et travail des

²⁶ Nous ne suivons pas l'ordre chronologique du rapport mais puisons librement dans ses résultats.

femmes d'où une transformation des rôles parentaux faisant apparaître le père dans le travail éducatif et domestique (même si encore beaucoup moins que les mères). À côté d'un père désormais « émotionnellement compétent » (Martin *et al.*, 2014, p. 56), c'est aussi le regard sur le nourrisson qui change. Considéré auparavant comme une sorte de réceptacle, on lui reconnaît des compétences affectives, cognitives et sociales. C'est un être sensible qui interagit avec son entourage.

Cela amène des changements dans la théorie de l'attachement. Celui-ci n'est plus l'apanage exclusif des mères (Zaouche-Gaudron, 2001). L'enfant « s'attache » également à son père (Lamb, 1977). Mais ce processus peut plus largement concerner toute personne importante pour un enfant : « dès qu'un partenaire apparaît dans le monde qui environne l'enfant, la problématique générale de l'attachement peut être posée » (Martin *et al.*, 2014). D'où le questionnement de Nicole Guédeney (2011, p. 85) sur les liens d'attachement entre un enfant et le professionnel qui s'en occupe.

Enfin, on retiendra de ce rapport la distinction entre « besoins » et « attentes » des parents. Les besoins correspondent davantage à ce qui est retenu par les institutions (leurs réponses potentielles) alors que les attentes sont plus larges et expriment des réalités plus complexes que les institutions ne veulent ou ne peuvent pas toujours entendre. Ainsi des outils de partage entre parents tels que les forums (par exemple celui de Maman Blues) sont appréciés pour leur caractère plus libre, moins jugeant et plus égalitaire que les relations avec certains professionnels de l'enfance.

Bibliographie recherche internationale + références supplémentaires en psychologie

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Bates G. (2020). What impact does the child development assessment process have on parental self-efficacy?, *Advances in Mental Health*, n°18, vol. 1, pp. 27-38.

DOI: 10.1080/18387357.2019.1633936

Boutanquoi M., Lacharité C., (dir.) 2020. *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance*, Besançon, Presses Universitaires de Franche-Comté.

Bronfenbrenner U. (1979). *Toward an Ecology of Human Development*, Cambridge, Harvard University Press.

Delaisi de Parseval G., Lallemand S. (1980). *L'art d'accommoder les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Seuil.

Duncan G.J., Brooks-Gunn J. (dir.) (1999). *Consequences of Growing up Poor*, New York, Russel Sage Foundation.

Guédeney N. (2011). *L'attachement, un lien vital*, Paris, Fabert.

Healy S.J., Murray L., Cooper P.J., Hughes C., Halligan S.L. (2015). A Longitudinal Investigation of Maternal Influences on the Development of Child Hostile Attributions and Aggression, *Journal of clinical child and adolescent psychology*, n°44, vol. 1, pp. 80-92.

DOI: 10.1080/15374416.2013.850698

Hertzman C., McLean S.A., Kohen D., Evans T., Smith-Alex J. (2000). Le développement de la petite enfance à Vancouver, *Horizon*, n°64, p. 44-47.

Hofferth S., Phillips D. A. (1991). Childcare policy research, *Journal of Social Issues*, n°472, pp. 1-13.

Holstein L. (2014). *Le burn-out parental. Surmonter l'épuisement et retrouver sa joie d'être parent*, Josette Lyon.

Howes C. (1988). Relations between early child care and schooling, *Developmental Psychology*, n° 241, pp. 53-57

Khoury J. E., Pechtel P., Andersen C. M., Teicher M. H., Lyons-Ruth, K. (2019). Relations among maternal withdrawal in infancy, borderline features, suicidality/self-injury, and adult hippocampal volume: A 30-year longitudinal study, *Behavioural brain research*, n°374.

DOI: 10.1016/j.bbr.2019.112139

Kim Y-K., Ham B-J., Han K-M. (2019). Interactive effects of genetic polymorphisms and childhood adversity on brain morphologic changes in depression, *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, n°91, pp. 4-13.

DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.03.009

Kohen D., Hertzman C., Brooks-Gunn J. (1998). *Neighbourhood Influences on Children's School Readiness. Technical Report (W-98-15E)*, Applied Research Branch, Human Resource Development, Canada.

Lamb M., (1977). Father-infant and Mother-Infant Interaction in the First Year of Life, *Child Development*, n°48, pp. 167-181.

Langevin R., Marshall C., Kingsland. E. (2019). Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors, *Trauma violence & abuse*.

DOI: 10.1177/1524838019870917

Larkin H., Felitti V., Anda R. F. (2014). Social Work and Adverse Childhood Experiences Research: Implications for Practice and Health Policy, *Social work in public health*, n°29, vol. 1, pp. 1-16.

DOI: 10.1080/19371918.2011.619433

Laucht M., Esser G., Schmidt M. H. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity, *Developmental medicine and child neurology*, n°43, vol. 5, pp. 292-300.

DOI: 10.1017/S0012162201000561

Liew J., Carlo G., Streit C., Ispa J. M. (2018). Parenting beliefs and practices in toddlerhood as precursors to self-regulatory, psychosocial, and academic outcomes in early and middle childhood in ethnically diverse low-income families, *Social development*, n°27, vol. 4, pp. 891-909.

DOI: 10.1111/sode.12306

Liu Y., Lachman M. E. (2019). Socioeconomic Status and Parenting Style From Childhood: Long-Term Effects on Cognitive Function in Middle and Later Adulthood, *Journals of gerontology series b-psychological sciences and social sciences*, n°74, vol. 6, pp.13-24.

DOI: 10.1093/geronb/gbz034

Lorenz S., Ulrich S. M., Kindler H., Liel. C. (2020). How Many Families in Germany Suffer From Which Type of Psychosocial Adversity? A Comparison of Possible Classification Methods to Estimate the Need for Early Childhood intervention, *Kindheit und entwicklung*, n°29, vol. 3, pp. 128-137.

DOI: 10.1026/0942-5403/a000310

Martin C., Hammouche A., Modak M., Neyrand N., Sellenet C., Vandenbroeck M., Zaouche Gaudron C., Dauphin S., Moeneclaey J. (2017). *Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin. État de la question en en vue d'identifier le rôle de l'action publique*, halshs-01572229.

Mikolajczak M. (2015). Chapitre 1. Du stress d'être parent.... *In* Roskam I., Mikolajczak M. (dir.), *Stress et défis de la parentalité. Thématiques contemporaines*, Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, pp. 13-39, consultable en ligne : <https://doi.org/10.3917/dbu.rokam.2015.01.0013>

Miller E., Canfield C.F., Morris P.A., Shaw D.S., Cates C. B., Mendelsohn A.L. (2020). Sociodemographic and Psychosocial Predictors of VIP Attendance in Smart Beginnings Through 6 Months: Effectively Targeting At-Risk Mothers in Early Visits, *Prevention Science*, n°21, vol. 1, pp. 120-130.
DOI: 10.1007/s11121-019-01044-y

Mosley J., Thompson E. (1995). Fathering behavior and child outcomes : The role of race and poverty, *in* Marsiglio W. (dir.), *Fatherhood : Contemporary Theory, Research, and Social Policy*, Thousand Oaks, pp. 148-165.

Neyrand G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, Puf.

Peisner-Feinberg E. S., Burchinal M.R., Clifford R.M., Culkin M.L., Howes C., Kagan S.L., Yazejian N. (2001). The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade, *Child Development*, n° 725, pp. 1534-1553.

Pinel-Jacquemin S., Zaouche Gaudron C. (2014). Adversités psychosociales précoces et santé physique et mentale à l'âge adulte, *Anses, Bulletin de veille scientifique*, n°25.

Pinel-Jacquemin S., Zaouche Gaudron C., Troupel O., Raynaud J.-P., Kelly-Irving M. (2016). Adversités, enfance et famille. Apports d'une approche écosystémique, *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, n°2, vol. 2.
https://www.researchgate.net/publication/311426483_Adversites_enfance_et_famille_Apports_d%27une_approche_ecosystemique

Ramey C.T., Ramey S. L. (1998). Early intervention and early experience, *American Psychologist*, n° 53, pp. 109-120.

Roskam I., Mikolajczak M. (dir.), *Stress et défis de la parentalité. Thématiques contemporaines*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, consultable en ligne : <https://doi.org/10.3917/dbu.rokam.2015.01.0013>

Serre D. (2009). *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*, Paris, Raisons d'agir.

Smith J.R., Brooks-Gunn J., Klebanov P. K. (1997). Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement *in* Duncan G. J., Brooks-Gunn J. (dir.), *Consequences of Growing up Poor*, New York, Russell Sage Foundation, pp. 132-189.

Théry I. (1993). *Le démariage. Justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob.

Van Ijzendoorn M. H., Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis precursors, concomitants, and sequelae, *Development and Psychopathology*, n° 11, pp. 225-250.

Wallon H. (1956a). Niveaux et fluctuations du moi, *Enfance*, numéro spécial Henri Wallon, rééd. 1985, pp. 349-359.

Wallon H. (1956b). Les étapes de la personnalité chez l'enfant, *Enfance*, numéro spécial Henri Wallon, rééd. 1985, pp. 335-340.

Warren S. M., Barnett M. A. (2020). Effortful Control Development in the Face of Harshness and Unpredictability, *Human nature-an interdisciplinary biosocial perspective*, n°31, vol. 1, pp. 68-87.
DOI: 10.1007/s12110-019-09360-6

Zaouche Gaudron C. (2001). *La problématique paternelle*, Toulouse, Érès.

Zaouche Gaudron C. (dir.) (2017). *Enfants de la précarité*. Toulouse, Erès, consultable en ligne :
<https://www.cairn.info/enfants-de-la-precarite--9782749254142.htm>

Zaouche Gaudron C., Troupel-Cremel O., Pinel-Jacquemin S. (2014). *Proposition d'un modèle d'adversité-adaptation en psychologie*, Rapport intermédiaire, INSERM, Incorporations biologiques et inégalités sociales de santé, ANR.

Références supplémentaires en épidémiologie sociale

Jusqu'ici nous avons cherché à comprendre comment se construisent la parentalité et les adversités précoces. Par conséquent, nous avons mis au jour l'influence l'environnement social et psychologique dans lequel évoluent les enfants et leurs parents. Nous avons montré que l'exposition à des adversités précoces produisent des effets sociaux et psychologiques (altération du développement socio-cognitif et socio-affectif de l'enfant notamment).

Nous allons à présent approfondir les effets biologiques de cet environnement sur l'enfant (et le futur adulte). Autrement dit, le fait que l'exposition à des adversités précoces peut induire des modifications biologiques dans le corps d'un enfant, et plus tard dans son corps d'adulte. Pour cela, nous avons recours à l'épidémiologie sociale qui étudie notamment comment l'environnement social et les différentes expositions potentiellement liée à cet environnement (exposition chimique, physique, comportementales, psychosociales) agissent sur la biologie donc sur la santé²⁷.

L'épidémiologie sociale est « une branche de l'épidémiologie qui cherche à comprendre comment la société et les différentes formes d'organisation sociale influencent la santé des populations et des individus qui les composent » (Delpierre, Castagné, Lang, Kelly-Irving, 2018, p. 740). Cette discipline analyse comment les environnements dans lesquels vivent les individus favorisent ou non leur état de santé, le développement de maladies. Ces environnements sont physiques, chimiques (pollutions), mais aussi culturels, sociaux, psychologiques. Nous pouvons d'ailleurs reprendre l'approche écosystémique évoquée plus haut pour comprendre l'imbrication de ces derniers niveaux.

Ces environnements produisent des effets sociaux et psychologiques sur les individus (cf. parties antérieures du présent rapport) mais aussi des effets *biologiques*, dans leurs corps. On parle alors d'« incorporation biologique ». Ce concept « renvoie littéralement à la façon dont une personne incorpore biologiquement le milieu dans lequel elle vit » (Delpierre, Castagné, Lang, Kelly-Irving, 2018, p. 741)²⁸. On dit aussi que l'environnement « pénètre sous la peau » (« *get under the skin* »), selon l'expression de Clyde Hertzman (2012). Certains parlent même de « biologie sociale »²⁹ (Meloni, Cromby, Fitzgerald, Lloyd, 2018).

À un niveau populationnel, on observe l'existence d'un *gradient social de santé*, c'est-à-dire d'une corrélation statistique entre le fait d'être en meilleure santé plus on s'élève dans la hiérarchie sociale. Plus l'individu dispose de ressources économiques, de soutien social, de diplômes, etc., plus les probabilités que sa santé soit meilleure apparaissent élevées. Inversement, moins l'individu dispose de ces ressources, moins sa santé sera bonne, mais marquée par des maladies, un état de bien-être dégradé...

²⁷ Pour cette introduction nous nous appuyons largement sur l'article de Cyrille Delpierre, Raphaëlle Castagné, Thierry Lang et Michelle Kelly-Irving (2018).

²⁸ Il a été popularisé par Nancy Krieger (« *embodiment* ») (2005) et Clyde Hertzman (« *biological embedding* ») (2012).

²⁹ La biologie sociale ne doit pas être confondue avec la sociobiologie qui en représente l'exact opposé. Pour plus de précisions voir la partie « Les dangers d'une mauvaise interprétation de l'épigénétique ».

Pour appréhender ces effets biologiques, une approche tenant compte du parcours de vie, dite *life course*, (« cours de la vie ») s'avère nécessaire. Les conséquences pathologiques d'une exposition à des environnements néfastes peuvent ainsi se mesurer des années plus tard.

Certaines périodes apparaissent plus sensibles que d'autres à certaines expositions : les premières années de la vie mais aussi, avant celles-ci, la vie intra-utérine constituent des fenêtres durant lesquelles le développement de l'individu et sa plasticité cérébrale s'avèrent plus souples, plus sensibles aux expositions physiques et sociales. On parle alors d'origine fœtale de la santé et des maladies (*DOHaD : developmental origins of health and disease*). Ce concept fait suite à des travaux pionniers de David Barker (on parle ainsi d'« hypothèse de Barker »³⁰) qui a montré qu'un retard de croissance intra-utérin augmente le risque de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte.

Un des enjeux scientifiques de l'épidémiologie sociale réside dans l'appréhension des *mécanismes divers* par lesquels l'environnement « entre sous la peau », dans le corps, comment il s'*incorpore*.

Schématiquement, l'environnement social peut agir sur le fonctionnement biologique *via* deux grandes catégories de mécanismes :

- Mécanismes d'origine exogènes : l'environnement social nous expose à des agents et molécules extérieurs au corps susceptibles d'influencer le fonctionnement biologique dues aux expositions chimiques ou physiques (pollution de l'air, exposition aux carcinogènes ou aux infections virales...) et aux consommations (tabac, alcool, alimentation...);
- Mécanismes d'origine endogènes : l'environnement social nous expose à des situations diverses (isolement social, adversités psychosociales, contraintes organisationnelles...) agissant sur des systèmes physiologiques *via* des molécules internes au corps (système de réponse au stress par exemple) (Kelly-Irving, Delpierre, 2017).

Cette influence de l'environnement est continue, ce qui suppose une adaptation constante de notre corps à ses changements incessants. Ce processus d'adaptation se nomme « allostasie ». Il mobilise trois principaux systèmes :

- nerveux (axe hypothalamo-hypophysaire)
- endocrinien
- inflammatoire/immunitaire.

Le stress provoque une activation de ces systèmes. Une activation prolongée de ceux-ci peut conduire à ce que Bruce McEwen a nommé une *surcharge allostatique* et à des conséquences potentiellement néfastes à la santé. « La contrainte physique sur les corps, produite par des hauts et des bas répétés de la réponse physiologique, les changements dans le métabolisme et l'impact de l'usure sur un certain nombre d'organes et de tissus, peut prédisposer l'organisme à la maladie. Nous définissons cet état de l'organisme comme la charge allostatique. »³¹

³⁰ Cf. (Barker, 1990), (Barker, Winter, Osmond *et al.*, 1989).

³¹ (McEwen, Stellar, 1993) cité dans (Delpierre, Castagné, Lang, Kelly-Irving, 2018, p. 741)

Pour mesurer cette charge allostatique, il n'existe, à ce jour, pas de standard. À titre d'exemple, nous pouvons citer les éléments utilisés par McEwen et son équipe (McEwen, Stellar, 1993) pour établir un score composé de paramètres biologiques reflétant l'activité de l'axe corticope ou influencé par l'activité accrue des glucocorticoïdes :

- pression artérielle systolique ou diastolique
- taux de lipoprotéines de haute densité (HDL),
- taux de cholestérol total (pour le système cardiovasculaire),
- rapport taille-hanche,
- taux sanguin d'hémoglobine glyquée totale (pour les altérations métaboliques comme le diabète),
- taux sérique de déhydroépiandrostérone (DHEA-S),
- taux urinaires de cortisol,
- taux d'adrénaline et de noradrénaline (pour les réponses au stress).

D'autres marqueurs permettent de repérer l'incorporation biologique de l'environnement physique mais aussi social parmi lesquels certaines marques épigénétiques. La partie suivante les exposera plus en détail. Pour l'instant, nous présentons des études en épidémiologie sociale montrant les liens entre environnements et modifications biologiques.

Les études liées à la cohorte britannique des individus nés en 1958

Cinq des travaux sélectionnés s'appuient sur le *National Child Development Study in Britain*, une étude nationale longitudinale récoltant des données sur une cohorte d'individus nés durant la première semaine de mars 1958 depuis leur naissance, qui se poursuit depuis.

L'exposition à un stress psychosocial précoce produit des effets indirects et persistants sur l'usure physiologique à l'âge adulte. En effet, il existe un lien entre exposition à des adversités précoces durant l'enfance (ACEs *adverse childhood experiences*) et score élevé de charge allostatique à un âge moyen (Barboza Solís, Kelly-Irving, Fantin, Darnaudéry, Torrisani, Lang, Delpierre, 2015). Cristina Barboza Solís et ses collègues utilisent des données sur 3782 femmes et 3753 hommes issues la cohorte britannique. Cette dernière s'avère précieuse car elle interroge de manière prospective les enfants à 7, 11 et 16 ans sur les adversités qu'ils ont pu ou peuvent subir d'après les réponses à un questionnaire administré à leurs parents et à leurs instituteurs. Elle récolte ensuite leurs données médicales mesurées à 44 ans par questionnaire.

Les adversités précoces correspondent aux éléments suivants mesurées entre 7 et 16 ans :

- avoir fréquenté les services sociaux ou une famille d'accueil,
- apparaître sous-alimenté ou sale (donnée récoltée par un travailleur social *in situ*),
- vivre dans un foyer où l'un des membres se trouve en prison ou sous probation,
- avoir été soi-même en prison ou sous probation,
- avoir été séparé de son père ou de sa mère à cause d'un décès, d'un divorce ou d'une séparation,
- avoir un membre du foyer en contact avec les services de santé mentale et/ou présentant une maladie mentale,
- avoir un membre de la famille avec problème d'abus d'alcool.

Un lien entre adversités précoces et charge allostatique élevée à 44 ans est retrouvé en faveur d'un risque d'usure physiologique plus élevée pour les personnes exposées à des adversités précoces. Différentes variables intermédiaires semblent expliquer une partie de ce lien mais pas sa totalité :

- les comportements de santé (notamment la consommation de tabac et l'alimentation)
- le niveau de diplôme
- les revenus.

Plus précisément, les hommes ayant expérimenté un minimum de deux adversités s'avèrent plus souvent posséder un faible niveau de diplôme, fumer et boire à 23 ans, disposer de faibles ressources financières à 33 ans. Pour les femmes ayant expérimenté un minimum de deux adversités, elles possèdent elles aussi plus souvent un faible niveau de diplôme, fument, sont en surpoids et disposent de faibles ressources financières à l'âge adulte.

Ce surrisque d'usure physiologique liée à des adversités précoces n'est pas sans conséquence en termes de mortalité. Une étude plus récente du même groupe (Castagné, Garès, Karimi, Chadeau-Hyam, Vineis, Delpierre, Kelly-Irving, 2018) a montré qu'une charge allostatique à 44 ans est corrélée avec une mort prématurée 11 ans plus tard, soit à 55 ans.

L'exposition à des adversités précoces semble aussi avoir un lien avec une mort prématurée. Se basant sur les données de la même cohorte britannique (7816 hommes et 7405 femmes), une autre étude menée par Michelle Kelly-Irving et ses collègues (Kelly-Irving, Lepage, Dedieu, Bartley, Blane, Grosclaude, Lang, Delpierre, 2013) montre que la mortalité avant 50 ans est corrélée au fait d'avoir été exposé à des adversités précoces, bien que de manière différenciée entre hommes et femmes. Pour les hommes, le risque de mourir avant 50 ans reste 57% plus fort s'ils ont été exposés à au moins deux adversités que pour ceux qui n'y ont jamais été exposés. Pour les femmes, le risque est de 66% pour celles qui ont été exposées à une adversité précoce et de 80% pour celles qui ont été confrontées à deux ou plus, comparativement à celles qui n'en ont jamais connu. Les comportements futurs ne changent pas fondamentalement ce constat, l'influence d'incorporation biologique de stress à certaines périodes apparaît alors comme une piste prometteuse pour expliquer le mécanisme.

Ce surrisque lié à l'exposition à des adversités précoces n'est pas sans conséquence non plus en termes de morbidité. Utilisant là aussi les données de la cohorte britannique de 1958, Michelle Kelly-Irving et ses collègues (Kelly-Irving, Lepage, Dedieu, Lacey, Cable, Bartley, Blane, Grosclaude, Lang, Delpierre, 2013) montrent qu'une exposition à des adversités durant l'enfance, définies comme précédemment et associées à un risque accru de déclarer un cancer avant 50 ans augmentent significativement pour les femmes lorsqu'elles ont été exposées à au moins deux adversités comparativement à celles qui n'y ont jamais été exposées. Ces résultats suggèrent donc que le développement d'un cancer puisse être lié à l'exposition à des conditions et des événements stressants durant l'enfance. Ce résultat persiste même après prise en compte des données sur les caractéristiques socio-économiques, la grossesse et la naissance, les comportements à l'âge adulte, l'environnement socio-économique, l'état psychologique, l'âge lors de la première grossesse.

Enfin, une dernière étude de notre sélection s'appuyant sur la même cohorte britannique distingue plusieurs variables pour tenter d'expliquer le syndrome métabolique à l'âge adulte (Delpierre, Fantin, Barboza-Solís, Lepage, Darnaudéry, Kelly-Irving, 2016). Un lien a ainsi été observé entre surpoids de la

mère avant la grossesse et syndrome métabolique à l'âge adulte indépendamment des conditions de naissance ou des conditions périnatales, des caractéristiques socio-économiques et des comportements de santé durant la vie future.

Si un individu a une probabilité plus élevée de développer un syndrome métabolique à l'âge adulte alors que sa mère se trouvait en surpoids avant la grossesse, il faut déterminer quels mécanismes expliquent cette association statistique. En accord avec la littérature, un faible poids à la naissance et la consommation de tabac par la mère durant la grossesse sont ainsi retrouvés comme associés au syndrome métabolique. Une autre explication pouvait être l'exposition à des stress chroniques, comme les adversités précoces plus fréquentes dans les milieux défavorisés, comme le surpoids. Après plusieurs analyses complémentaires, l'étude ne conclut pas à un lien entre exposition à des adversités précoces et syndrome métabolique. En revanche, un lien semble exister entre césarienne réalisée dans l'urgence et syndrome métabolique à l'âge adulte, surtout pour les femmes, suggérant un potentiel effet d'un stress aigüe majeur à la naissance. D'autres variables pourraient jouer un rôle tels que l'environnement nutritionnel précoce de l'enfant ou encore le rôle de la génétique.

Une étude complémentaire de ce même groupe de recherche a ainsi cherché à analyser les rôles respectifs des indices de masse corporelle (IMC) des parents et de l'environnement au sens large sur l'IMC des enfants au cours de l'enfance (Fantin, Delpierre, Dimeglio, Lamy, Barboza Solís, Charles, Kelly-Irving, 2016). L'idée était d'estimer le rôle de la génétique (*via* l'IMC des parents) et de l'environnement sur les trajectoires d'IMC des enfants. L'analyse a été menée sur 4 437 filles et 4 337 garçons nés en 2000-2001 au Royaume-Uni et inclus dans la Millenium cohort. L'IMC des enfants a été mesuré aux âges de 3 ans, 5 ans, 7 ans et 11 ans. L'environnement a été mesuré par la classe sociale des parents, la classe sociale des grands-parents maternels et paternels et un certain nombre de comportements identifiés comme corrélés à l'IMC des enfants : tabac pendant la grossesse, heure du coucher, sauter le petit déjeuner, temps passé devant la télévision en semaine. Les résultats montrent que l'IMC des parents est lié à l'IMC des enfants dès l'âge de trois ans et tout au long de l'enfance : si aucun parent n'avait un IMC supérieur à 25 kg/m², l'IMC moyen serait inférieur de 0,60 kg/m² pour les garçons et de 0,64 kg/m² pour les filles. À l'âge de 3 ans, aucun lien entre environnement et IMC des enfants n'est observé mais le lien devient de plus en plus net et important avec l'augmentation en âge. Ainsi à l'âge de 11 ans, si tous les enfants avaient l'environnement le plus favorable, l'IMC moyen serait réduit de 0,91 kg/m² pour les garçons et de 1,65 kg/m² pour les filles. Ces résultats suggèrent un effet génétique mais aussi un fort effet de l'environnement qui s'aggrave avec le temps.

Autres panels utilisés pour étudier les liens entre environnement et modifications biologiques

Une étude (McCrory, Leahy, Ribeiro, Fraga, Barros, Avendano, Vineis, Layte), s'appuyant sur quatre cohortes (Generation XXI [G21], Portugal ; Growing Up in Ireland [GUI] ; Millennium Cohort Study [MCS], Grande-Bretagne) pour un total de 41399 enfants, montre que l'IMC se trouve corrélée au niveau de diplôme de la mère. S'il n'existe pas de grandes différences à la naissance, les disparités entre les enfants dont la mère a un faible ou un fort niveau de diplôme apparaissent significatives dès que les enfants atteignent l'âge de 4 ans pour la cohorte portugaise, 3 ans pour celle d'Irlande et de 5 ans pour la dernière, britannique. Ensuite, pour toutes les cohortes, les inégalités ne cessent pas de se creuser : les fortes corpulences et les risques de maladies qui peuvent leur être associées augmentent

proportionnellement au faible niveau de diplôme de la mère.

Ici, le niveau de diplôme de la mère est utilisé comme indice d'un environnement plus large (un ensemble complexe de variables) qui favorise une plus forte corpulence dans les milieux moins dotés en capital culturel et inversement : une corpulence plus fine pour les milieux qui en sont davantage dotés. La corpulence (indicateur biologique) apparaît donc comme le produit de son environnement.

Une étude danoise (Christensen, Flensburg-Madsen, Garde, Hansen, Masters Pedersen, Mortensen, 2019) utilise la charge allostatique comme mesure de la santé à l'âge adulte, une charge élevée correspondant à un plus mauvais état de santé. S'appuyant une cohorte de 1648 individus âgés de 49 à 52 ans, dont 56% de femmes – la *Copenhagen Perinatal Cohort* qui participe aussi à la *Copenhagen Aging and Midlife Biobank study* – elle montre un lien entre :

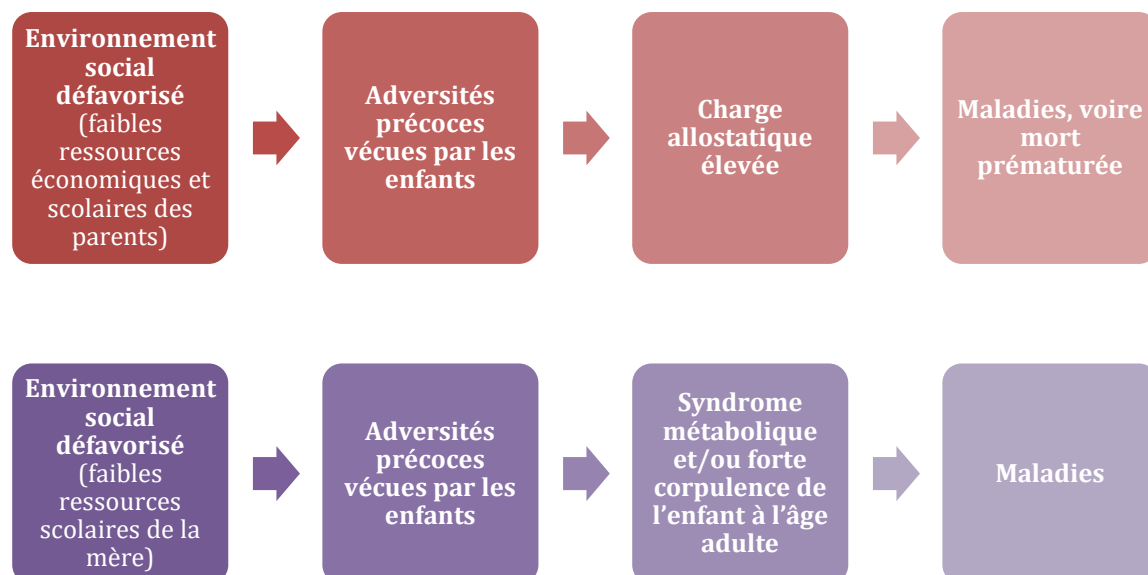
- charge allostatique élevée à l'âge adulte et position socio-économique basse des parents lorsque l'enfant a un an,
- charge allostatique élevée et surpoids de la mère lorsque l'enfant a un an,
- pour les femmes seulement, charge allostatique élevée à l'âge adulte et complications et faible poids lors de leur naissance, et le fait de ne pas vivre avec leurs parents lorsqu'elles avaient un an.

Cette étude conclut donc à un lien entre charge allostatique élevée, environnement social et, pour les femmes, exposition à des adversités précoces.

Maryam Karimi et ses collègues (Karimi, Castagné, Delpierre, Albertus, Berger, Vineis, Kumari, Kelly-Irving, Chadeau-Hyam, 2019) ont établi quant à eux un score de santé biologique (« *Biological Health Score* [BHS]) basé sur quatre systèmes physiologiques (endocrinien, inflammatoire, cardio-vasculaire et système métabolique et de deux organes (le foie et les reins), précisant par ce score est un proxy de la charge allostatique. A partir des données d'une vague de l'étude *Understanding Society* incluant 9088 participants, un gradient du BHS évoluant en fonction du niveau d'éducation durant l'enfance a été mis en évidence : ceux qui ont une plus longue éducation ont moins un score biologique moins élevé. Les différences de scores de BHS ne sont pas uniquement expliquées par les comportements de l'individu. Cela suppose que des facteurs liés au niveau d'éducation sont susceptibles de s'incorporer et de produire ensuite des effets sur le long terme.

La dernière étude de notre sélection constate un lien entre exposition à des adversités précoces et niveau élevé du système inflammatoire à l'âge adulte (Carmeli, Steen, Petrovic, Lepage, Delpierre, Kelly-Irving, Bochud, Kivimäzki, Vineis, Stringhini, 2019). L'équipe veut comprendre par quels mécanismes ces deux faits s'articulent et cherche dans les statuts sociaux des parents et la trajectoire de vie des facteurs cumulatifs explicatifs. S'appuyant sur une cohorte suisse de 5152 individus d'un âge moyen de 60 ans et une analyse hypothético-déductive, elle démontre l'existence de corrélations entre le fait d'avoir un père avec un statut social bas, posséder un faible niveau d'éducation, occuper soi-même un statut social bas et niveau élevé du système inflammatoire à l'âge adulte. Cet effet cumulatif se trouve renforcé de moitié lorsque s'ajoutent les difficultés financières et certains modes de vie (alimentation favorisant le surpoids, consommation excessive de tabac et d'alcool, inactivité physique).

Très schématiquement, nous pourrions résumer les contributions précitées comme suit :



Cette présentation schématique pourrait laisser à un certain déterminisme or il n'en est rien. Elle fait seulement état d'associations statistiques.

Il semble que les adversités précoces vécues durant l'enfance s'incorporent et produisent des effets biologiques sur le long terme, indépendamment des comportements de santé futurs. De plus, l'exposition à plusieurs adversités entraîne un effet cumulatif d'autant plus dangereux.

Si des associations statistiques apparaissent, les mécanismes qui les expliquent, notamment biologiques, demeurent à explorer.

Bibliographie références supplémentaires en épidémiologie sociale

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Barboza Solís C., Kelly-Irving M., Fantin R., Darnaudéry M., Torrisani J., Lang T., Delpierre C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A (PNAS)*, n°112, vol. 7, pp. 738-746.

doi: 10.1073/pnas.1417325112.

Carmeli C., Steen J., Petrovic D., Lepage B., Delpierre C., Kelly-Irving M., Bochud M., Kivimäki M., Vineis P., Stringhini S. (2020). Mechanisms of Life-Course Socioeconomic Inequalities in Adult Systemic Inflammation: Findings From Two Cohort Studies, *Social Science & Medecine*, 245:112685.

doi:10.1016/j.socscimed.2019.112685.

Castagné R., Garès V., Karimi M., Chadeau-Hyam M., Vineis P., Delpierre C., Kelly-Irving M. (2018). Lifepath Consortium. Allostatic load and subsequent all-cause mortality: which biological markers drive the relationship? Findings from a UK birth cohort, *European Journal of Epidemiology*, n°33, vol. 5, pp. 441-458.

doi:10.1007/s10654-018-0364-1.

Christensen D.S., Flensburg-Madsen T., Garde E., Hansen ÅM., Masters Pedersen J., Mortensen E.L. (2019). Early life predictors of midlife allostatic load: A prospective cohort study, *PLoS One*.

doi: 10.1371/journal.pone.0202395.

Delpierre C., Fantin R., Barboza-Solís C., Lepage B., Darnaudéry M., Kelly-Irving M. (2016). The early life nutritional environment and early life stress as potential pathways towards the metabolic syndrome in mid-life? A lifecourse analysis using the 1958 British Birth cohort, *BMC Public Health*, n°16, vol.1, pp. 1-19.

doi: 10.1186/s12889-016-3484-0.

Delpierre C., Castagné R., Lang T., Kelly-Irving M. (2018), Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé, *Médecine/Science*, n°8-9, vol. 34, pp. 740-744.

<https://doi.org/10.1051/medsci/20183408023>

Fantin R., Delpierre C., Dimeglio C., Lamy S., Barboza Solís C., Charles M.A., Kelly-Irving M. (2016). Disentangling the respective roles of the early environment and parental BMI on BMI change across childhood: A counterfactual analysis using the Millennium Cohort Study. *Preventive Medecine*, n°89, pp. 46-153.

doi: 10.1016/j.ypmed.2016.05.028.

Hertzman C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A (PNAS)*, n°109, vol. 2, pp. 17160-17167.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>

Karimi M., Castagné R., Delpierre C., Albertus G., Berger E., Vineis P., Kumari M., Kelly-Irving M., Chadeau-Hyam M. (2019). Early-life inequalities and biological ageing: a multisystem Biological Health Score approach in *Understanding Society, Journal of Epidemiology and Community Health*, n°73, vol. 8, pp. 693-702.

doi: 10.1136/jech-2018-212010.

Kelly-Irving M., Delpierre C. (2017). Embodiment over the lifecourse: a case for examinig cancer aetiology, in Meloni M., Cromby J., Fitzgerald D., Lloyd S. (eds.) *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, Palgrave Macmillan.

Kelly-Irving M., Lepage B., Dedieu D., Bartley M., Blane D., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality, *European Journal of Epidemiology*, n°28, vol. 9, pp. 721-34.

doi: 10.1007/s10654-013-9832-9.

Kelly-Irving M., Lepage B., Dedieu D., Lacey R., Cable N., Bartley M., Blane D., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. (2013). Childhood adversity as a risk for cancer: findings from the 1958 British birth cohort study, *BMC Public Health*, n°13, pp. 1-13.

doi: 10.1186/1471-2458-13-767.

McCorry C., Leahy S., Ribeiro A.I., Fraga S., Barros H., Avendano M., Vineis P., Layte R. LIFEPAH consortium. Maternal educational inequalities in measured body mass index trajectories in three European countries, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, n°33, vol. 3, pp. 226-237.

doi: 10.1111/ppe.12552.

Meloni M., Cromby J., Fitzgerald D., Lloyd S. (2018). *The Palgrave Handbook of Biology and Society*, Palgrave Macmillan, UK.

3. L'approche épigénétique

La charge allostatique, l'IMC, le syndrome métabolique, le niveau d'inflammation font partie des marqueurs permettant de repérer l'incorporation biologique de l'environnement social. D'autres biomarqueurs peuvent également montrer l'influence de l'environnement sur la biologie : les mécanismes épigénétiques.

Définition de l'épigénétique

Le préfixe « épi » signifie « au-dessus ». L'épigénétique concerne donc les phénomènes qui se situent « au-dessus » de la génétique, c'est-à-dire, en fait, les processus dynamiques qui caractérisent l'expression des gènes.

Chaque cellule³² contient l'ensemble de notre patrimoine génétique mais elle ne se « sert » que d'une partie restreinte de ce patrimoine en fonction du rôle qui lui a été attribué lors de la division cellulaire de l'embryon.

Les gènes contenus dans nos cellules s'avèrent donc plus ou moins actifs ou inhibés. Ils ne « s'expriment » pas tous de la même manière. Ce sont des phénomènes biochimiques qui déterminent si un gène sera activé ou non. Ce codage, très complexe, utilise plusieurs voies (hyper- ou hypométhylation de l'ADN, acétylation des protéines histones, rôle d'ARN non codants...)³³. Un même gène pourra donc avoir des « marques » différentes selon la manière dont il a été marqué par ces processus biochimiques. Il existe donc des « marques chimiques sur l'ADN » comme les méthylations (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016, p. 171).

Cet établissement de marques sur des gènes similaires est donc un processus dynamique. L'épigénétique, c'est cette dynamique de régulation des gènes.

Cette régulation épigénétique se trouve influencée par l'environnement. Les processus biochimiques de spécialisation cellulaire apparaissent perméables au contexte dans lequel ils se réalisent. Au cours de la vie d'un individu, les « empreintes » épigénétiques se modifient en fonction de son environnement. Toutefois, cette plasticité reste limitée : « le codage épigénétique se doit d'être suffisamment stable pour maintenir la spécialisation des cellules » (Gonon, Moisan, p. 23). En effet, le codage épigénétique ne se modifie pas à tout va mais peut être transformé par des influences répétées et continues ou à certaines périodes de la vie.

La division cellulaire lors de l'embryon entraîne un codage très stable. De même, les premières années de vie et l'adolescence constituent des fenêtres temporelles plus sensibles aux changements. Les

³² Excepté les globules rouges qui n'ont pas de noyau.

³³ Nous n'entrons pas ici dans les détails de ces processus. Pour plus d'informations se reporter à l'article de François Gonon et Marie-Pierre Moisan (Gonon, Moisan, 2013, p. 22) et à leurs références.

modifications chimiques des gènes sont donc limitées, réversibles pour certaines et stables pour d'autres.

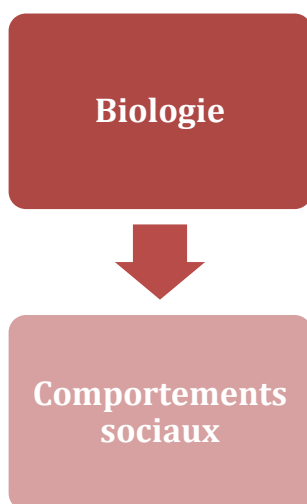
L'épigénétique bouscule donc notre conception classique d'une génétique déterminée une fois pour toutes : « à l'inverse d'une présentation déterministe de la génétique, l'épigénétique nous propose une conception beaucoup plus complexe, souple et imprévisible de l'histoire individuelle » (Gonon, Moisan, p. 29).

Cette dynamique et cette possible réversibilité des processus constituent l'exact opposé d'une conception déterministe de la génétique.

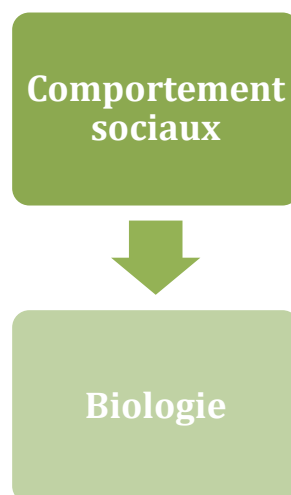
Dangers d'une mauvaise interprétation de l'épigénétique

L'approche épigénétique, relevant de la biologie sociale, ne doit pas être confondue avec la sociobiologie qui en est l'exact opposé. La sociobiologie recherche l'origine biologique, notamment génétique, des comportements sociaux. Au contraire, la biologie sociale, notamment l'épigénétique, recherche comment le social se manifeste biologiquement.

Sociobiologie :



Biologie sociale (épigénétique notamment) :



La différence est fondamentale. D'un côté (sociobiologie), on recherche des explications innées à des comportements sociaux. Les comportements seraient donc en partie, inscrits dans nos gènes, naturellement déterminés. Une vision purement déterministe liée à une vision génétique des comportements peut conduire à des dérives de stigmatisation de populations entières, voire dans les cas extrêmes des génocides.

Les marques génétiques à un moment t ne déterminent pas les comportements futurs à l'inverse de ce que suggère les usages politiques et médiatiques d'un rapport de l'Inserm de 2005 (Inserm, 2005)³⁴ préconisant de rechercher les signes d'une délinquance future dans les comportements des enfants de 3-4 ans.

De l'autre côté, la biologie sociale, notamment l'épigénétique, cherche à comprendre comment les conditions d'existence peuvent amener à des modifications d'expression des gènes, comment l'environnement façonne nos pratiques et non comment nos pratiques seraient déterminées par un instinct ou code immuable tel qu'on puisse le trouver sur une machine. « La grande plasticité des empreintes épigénétiques et leur sensibilité aux conditions environnementales donnent une assise biologique à l'idée qu'en matière de comportement, rien n'est jamais définitivement fixé » (Gonon, Moisan, p. 28).

L'application de cette science naissante demeure restreinte. Pour garantir une scientificité des résultats³⁵, la recherche doit encore progresser.

Toutefois, nous pouvons citer plusieurs travaux laissant entrevoir l'influence de l'environnement sur l'expression des gènes.

Évidences chez les animaux

La réponse au stress se manifeste par le taux de cortisol (corticostérone chez la souris). Un taux élevé de cortisol est associé à divers problèmes métaboliques bien décrits chez les animaux comme chez les humains. Celui-ci appartient aux glucocorticoïdes soumis à l'action de gènes codant leurs récepteurs. Ce gène se trouve hyperméthylé (en somme, inhibé) lorsque les soins envers l'individu juste après sa naissance sont moindres ou inexistantes. Cela signifie que sa réaction au stress en est modifiée, comme sa capacité à réguler cette réponse. C'est ce que montre une étude pionnière concernant les rats : plus les soins envers les petits de la part de leur mère sont importants (évalués par le léchage), moins le gène est méthylé (Weaver, Cervoni, Champagne, D'Alessio, Sharma, Seckl, Dymov, Szyf, Meaney, 2004), plus, *in fine*, les ratons seraient donc susceptibles de réguler leur réponse au stress et donc aptes à préserver leur santé.

Chez les macaques, il a été démontré que les individus ayant été exposés à des stress précoces (manque de soins maternels) ont davantage de difficultés que les autres à s'y adapter par la suite, certains des gènes impliqués dans la réponse au stress étant hyperméthylés par rapport aux autres (Kinnally, Feinberg, Kim, Ferguson, Leibel, Coplan, John Mann, 2011).

³⁴ Notons que le rapport parle de marques de prédispositions justifiant d'intervenir de manière précoce. Les usages politiques et médiatiques le détourne en en faisant une lecture exclusivement déterministe.

³⁵ Certaines dérives existent déjà parmi des supposées applications marchandes qui promettent de contrôler ses gènes grâce à l'usage de dispositifs de coaching. (Dubois, Louvel, Rial-Sebbag, 2020).

Une autre étude chez les macaques montre également une différence de méthylation de l'ADN en fonction de l'environnement précoce (Provençal, Suderman, Guillemin, Massart, Ruggiero, Wang, Bennett, Pierre, Friedman, Côté, Hallett, Tremblay, Suomi, Szyf, 2012). En effet, une différence de méthylation de l'ADN dans le cortex préfrontal et les cellules ayant un rôle dans le système immunitaire s'observe parmi les individus à qui on a prodigué des soins maternels ou des soins de substitution de moindre qualité. Toujours chez les macaques, le profil de méthylation semble également influencé par l'environnement social car il diffère selon que l'individu occupe un rang dominant ou dominé (Tung, Barreiro, Johnson, Hansen, Michopoulos, Toufexis, Michelini, Wilson, Gilad, 2012). Au-delà du niveau cérébral, les cellules de sang périphériques (impliquées dans les défenses immunitaires) sont elles aussi marquées par des empreintes épigénétiques.

Le profil de méthylation, lui-même influencé par l'environnement, y compris social, conditionne à son tour l'état de santé. Chez les souris, une séparation imprévisible et chronique avec la mère, surtout pour les mâles, induit des comportements dépressifs plus tard alors même qu'ils sont ensuite élevés comme les autres (Franklin, Russig, Weiss, Gräff, Linder, Michalon, Vizi, Mansuy, 2010). Leur profil de méthylation diffère de ceux qui n'ont pas été séparés. Dans l'une des études précitées chez les macaques (Kinnally, Feinberg, Kim, Ferguson, Leibel, Coplan, John Mann, 2011), les réponses au stress s'avèrent mieux gérées par les individus occupant un statut dominant que dominé.

Certaines marques épigénétiques pourraient par ailleurs se transmettre d'une génération sur l'autre, voire sur plusieurs générations. Une revue de littérature recense plusieurs études en ce sens (Gapp, von Ziegler, Tweedie-Cullen, Mansuy, 2014). La sensibilité à des odeurs serait transmise par le sperme chez les souris (Dias, Ressler, 2014).

L'étude précitée sur les macaques (Franklin, Russig, Weiss, Gräff, Linder, Michalon, Vizi, Mansuy, 2010) conclut à une transmission *via* les cellules germinales (dans le sperme) car les « petits-fils » des mâles ayant subi une privation de soins à la naissance ont eux aussi des comportements plus dépressifs que les autres alors qu'ils n'ont jamais été en contact avec leurs « grands-pères » (les « fils » se comportent comme le groupe témoin).

Toutefois, cette étude est remise en cause (Gonon, Moisan, 2013). Les interactions entre le mâle et la femelle lors de la reproduction expliqueraient cette transmission. En effet, lorsque les femelles sont fécondées *in vitro* avec le sperme de mâles stressés, les petits ne présentent pas plus de stress ou d'état dépressif que les autres. Ce ne serait donc pas le sperme qui transmet des marques épigénétiques conduisant à des états dépressifs mais les interactions avec la femelle qui agissent ensuite sur les marques épigénétiques de la progéniture. De plus, la transmission de traits épigénétiques *via* les cellules germinales apparaît d'autant plus improbable que l'empreinte épigénétique s'effacerait au moment de la fécondation.

En revanche, des marques épigénétiques semblables entre une femelle et sa progéniture existent car la mère transmet, *par les interactions* qu'elle a avec eux, son comportement. Les transmissions aux petits-enfants seraient dues à une altération de l'appareil reproducteur en formation chez le fœtus (Champagne, 2010).

Les expérimentations scientifiques et les débats demeurent toutefois importants. Par exemple, l'effacement de l'empreinte épigénétique lors de la fécondation pourrait ne pas être totalement effacée...

Évidences chez les humains

Les conditions expérimentales très contrôlées chez les animaux ne peuvent pas se retrouver pour les études sur les humains. Si les résultats sur les mécanismes découverts chez les animaux ouvrent des pistes de recherche chez les humains, ils ne peuvent pas être transposés directement.

Chez les humains, les données demeurent plus rares, plus récentes et portent sur de petits effectifs, les chercheurs invitant souvent à la prudence et rappelant la nécessité de répliquer leurs études sur de plus grands panels. Toutefois, ces premiers travaux laissent entrevoir un lien entre niveau de méthylation de l'ADN, adversités précoces et environnement socio-économique.

Les abus sexuels constituent un exemple dramatique d'adversité durant l'enfance traduit épigénétiquement par un niveau de méthylation de certains gènes. L'autopsie de 36 individus s'étant suicidés révèle une hyperméthylation des gènes récepteurs au glucocorticoïde et sa moindre expression chez ceux ayant subi des abus sexuels durant l'enfance (McGowan, Sasaki, D'Alessio, Dymov, Labonté, Szyf, Turecki, Meaney, 2009). De même, l'ensemble du génome apparaît hyperméthylé chez 40 adultes suivis de façon longitudinale et ayant souffert d'abus sexuels durant l'enfance (Suderman, Borghol, Pappas, Pinto Pereira, Pembrey, Hertzman, Power, Szyf, 2014).

Les niveaux de méthylation de l'ADN diffèrent en fonction de la position socio-économique, renforçant l'hypothèse d'une incorporation biologique de l'environnement. Nada Borghol et son équipe (Borghol, Suderman, McArdle, Racine, Hallett, Pembrey, Hertzman, Power, Szyf, 2012) en sélectionnant 40 hommes de la cohorte de naissance britannique de 1958 occupant des positions socio-économiques aux extrêmes de la hiérarchie sociale, ont ainsi montré que le niveau de méthylation de l'ADN se trouve lié à la position économique occupée au cours de la vie mais surtout durant l'enfance suggérant l'importance de cette période.

De même, certains gènes présentent un haut niveau de méthylation chez 90 femmes dont le niveau socio-économique à la naissance est faible (gène Stat2) ou étant née dans une famille monoparentale (gène Alu) (Tehraniifar, Wu, Fan, Flom, Ferris, Cho, Gonzalez, Santella, Terry, 2013). Toutefois, tous les gènes sélectionnés par l'étude ne semblent pas subir l'influence de cette variable (gène LINE-1).

Les travailleurs manuels et les personnes en situation de pauvreté présentent une hypométhylation globale de l'ADN d'après une étude longitudinale portant sur 239 individus (McGuinness, McGlynn, Johnson, MacIntyre, Batty, Burns, Cavanagh, Deans, Ford, McConnachie, McGinty, McLean, Millar, Packard, Sattar, Tannahill, Velupillai, Shiels, 2012).

Silvia Stringhini et son équipe (Stringhini, Polidoro, Sacerdote, Kelly, van Veldhoven, Agnoli, Grioni, Tumino, Giurdanella, Panico, Mattiello, Palli, Masala, Gallo, Castagné, Paccaud, Campanella, Chadeau-Hyam, Vineis, 2015) ont montré sur 857 individus de la cohorte italienne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer) une hypométhylation des gènes pro-inflammatoire chez les sujets occupant un statut socio-économique bas comparé à ceux occupant un statut plus élevé.

De manière intéressante, le niveau de méthylation de l'ADN semble prédire l'espérance de vie indépendamment de l'état et des comportements de santé et des facteurs génétiques connus

(Marioni, Shah, McRae, Chen, Colicino, Harris, Gibson, Henders, Redmond, Cox, Pattie, Corley, Murphy, Martin, Montgomery, Feinberg, Fallin, Multhaup, Jaffe, Joehanes, Schwartz, Just, Lunetta, Murabito, Starr, Horvath, Baccarelli, Levy, Visschert, Wray, Deray, 2015). Cela suggère que le niveau de méthylation de l'ADN pourrait jouer un rôle non négligeable sur la santé globale de l'individu.

Chez les humains, la question de la transmission de traits épigénétiques à la descendance (donc de traits *acquis*) se pose face au constat de filles donnant naissance à des bébés de petite taille dont les mères ont vécu la grande famine de l'hiver 1944-1945 aux Pays-Bas alors qu'elles étaient enceintes. De même, une étude épidémiologique (Overkalix) montre que les petits-fils de grands-pères ayant subi une famine avant leur puberté en Norvège ont une espérance de vie réduite. Toutefois, pour comprendre les mécanismes de transmission, on peut une fois de plus poser l'hypothèse de l'influence de l'environnement et non de la transmission biologique directe. Si les enfants, voire les petits-enfants semblent liés à leurs parents ou grands-parents car ils donnent naissance à des enfants de même taille ou qu'ils ont une espérance de vie réduite par rapport aux autres, c'est peut-être parce qu'ils vivent dans le même environnement et ont des interactions sociales entre eux (se transmettant ainsi leurs peurs, leurs angoisses...). Les enfants et petits-enfants développant alors les mêmes marques épigénétiques.

La malnutrition de la mère, de son exposition au stress ou à des produits toxiques, de son état dépressif sont associées à un moins état de santé de leurs enfants (Champagne, 2010 cité dans Gonon, Moisan, 2013). On retrouve chez les mères et leurs enfants les mêmes marques épigénétiques. Or, plus qu'une transmission directe de combinaisons épigénétiques (rappelons que l'empreinte épigénétique des parents s'efface à la fécondation), il semble que l'influence de l'environnement produit les mêmes adversités donc, *in fine*, les mêmes marques épigénétiques.

Bibliographie « L'approche épigénétique »

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Borghol N., Suderman M., McArdle W., Racine A., Hallett M., Pembrey M., Hertzman C., Power C., Szyf M. (2012). Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation, *International Journal of Epidemiology*, n°41, vol. 1, pp. 62-74.

doi: 10.1093/ije/dyr147

Champagne F.A. (2010). Epigenetic influence of social experiences across the lifespan, *Developmental Psychobiology*, n°52, vol. 4, pp. 299-311.

doi: 10.1002/dev.20436. PMID: 20175106.

Dias B., Ressler K. (2014). Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations, *Nature Neuroscience*, n°17, pp. 89-96. doi.org/10.1038/nn.3594

Dubois M., Louvel S., Rial-Sebbag E. (2020). Epigenetics as an interdisciplinary ? Promises and fallacies of a biosocial research agenda, *Social Science Information*, SAGE Publications, n°59, pp. 3-11.

Hal-02494360.

Franklin T.B., Russig H., Weiss I.C., Gräff J., Linder N., Michalon A., Vizi S., Mansuy I.M. (2010). Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations, *Biological Psychiatry*, n°68, vol. 5, pp. 408-15.

doi: 10.1016/j.biopsych.2010.05.036

Lang T., Kelly-Irving, M., Lamy S., Lepage B., Delpierre C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?, *Santé Publique*, n°28, vol. 2, pp. 169-179.

<https://doi.org/10.3917/spub.162.0169>

McGowan P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C., Dymov S., Labonté B., Szyf M., Turecki G., Meaney M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse, *Nature Neuroscience*, n°12, vol. 3, pp. 342-348.

doi: 10.1038/nn.2270

McGuinness D., McGlynn L.M., Johnson P.C., MacIntyre A., Batty G.D., Burns H., Cavanagh J., Deans K.A., Ford I., McConnachie A., McGinty A., McLean J.S., Millar K., Packard C.J., Sattar N.A., Tannahill C., Velupillai Y.N., Shiels P.G. (2012). Socio-economic status is associated with epigenetic differences in the pSoBid cohort, *International Journal of Epidemiology*, n°41, vol. 1, pp. 151-60.

doi: 10.1093/ije/dyr215

Gapp K., von Ziegler L., Tweedie-Cullen R.Y., Mansuy I.M. (2014). Early life epigenetic programming and transmission of stress-induced traits in mammals: how and when can environmental factors influence traits and their transgenerational inheritance? *Bioessays*, n°36, vol. 5, pp. 491-502.

doi: 10.1002/bies.201300116

Gonon F., Moisan M. (2013). L'épigénétique, la nouvelle biologie de l'histoire individuelle ?, *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, pp. 21-31.

<https://doi.org/10.3917/rfas.125.0021>

INSERM (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris.

<https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/60>

Kinnally E.L., Feinberg C., Kim D., Ferguson K., Leibel R., Coplan J.D., John Mann J. (2011). DNA methylation as a risk factor in the effects of early life stress, *Brain Behavior and Immunity*, n°25, vol 8, pp. 1548-1553.

doi: 10.1016/j.bbi.2011.05.001

Marioni, R.E., Shah, S., McRae, A.F., Chen B. H., Colicino E., Harris S. E., Gibson J., Henders A. K., Redmond P., Cox S. R., Pattie A., Corley J., Murphy L., Martin N. G., Montgomery G. W., Feinberg A. P., Fallin M. D., Multhaup M., Jaffe A. E., Joehanes R., Schwartz J., Just A. C., Lunetta K. L., Murabito J. M., Starr J. M., Horvath S., Baccarelli A. A., Levy D., Visschert P. M., Wray N. R., Deray I. J. (2015). DNA methylation age of blood predicts all-cause mortality in later life, *Genome Biology*, n°16, vol. 25, pp. 1-12.

doi.org/10.1186/s13059-015-0584-6

Provençal N., Suderman M.J., Guillemin C., Massart R., Ruggiero A., Wang D., Bennett A.J., Pierre P.J., Friedman D.P., Côté S.M., Hallett M., Tremblay R.E., Suomi S.J., Szyf M. (2012). The signature of maternal rearing in the methylome in rhesus macaque prefrontal cortex and T cells, *The Journal of Neuroscience*, n°32, vol. 44, pp. 15626-15642.

doi: 10.1523/JNEUROSCI.1470-12.2012

Stringhini S., Polidoro S., Sacerdote C., Kelly R.S., van Veldhoven K., Agnoli C., Grioni S., Tumino R., Giurdanella M.C., Panico S., Mattiello A., Palli D., Masala G., Gallo V., Castagné R., Paccaud F., Campanella G., Chadeau-Hyam M., Vineis P. (2015). Life-course socioeconomic status and DNA methylation of genes regulating inflammation, *International Journal of Epidemiology*, n°44, vol. 4, pp. 1320-1330.

doi: 10.1093/ije/dyv060

Suderman, M., Borghol, N., Pappas, J.J., Pinto Pereira S.M., Pembrey M., Hertzman C., Power C., Szyf M. (2014). Childhood abuse is associated with methylation of multiple loci in adult DNA, *BMC Medical Genomics*, n°7, vol. 13, pp. 1-12.

doi.org/10.1186/1755-8794-7-13

Tehraniifar P., Wu H.C., Fan X., Flom J.D., Ferris J.S., Cho Y.H., Gonzalez K., Santella R.M., Terry M.B. (2013). Early life socioeconomic factors and genomic DNA methylation in mid-life, *Epigenetics*, n°8, vol. 1, pp. 23-7.

doi: 10.4161/epi.22989

Tung J., Barreiro B. L., Johnson P. Z., Hansen D. K., Michopoulos V., Toufexis D.K., Michelini, Wilson M. E., Gilad Y. (2012). Social environment is associated with gene regulatory variation in the rhesus macaque immune system, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A (PNAS)*, n°109, vol. 17 pp. 6490-6495.

doi.org/10.1073/pnas.1202734109

Weaver I.C., Cervoni N., Champagne F.A., D'Alessio A.C., Sharma S., Seckl J.R., Dymov S., Szyf M., Meaney M.J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior, *Nature Neuroscience*, n°7, vol. 8, pp. 847-54.

doi: 10.1038/nn1276

Conclusion : déterminants sociaux de santé, vulnérabilités et enjeux de santé publique

Questionner la vulnérabilité dans la construction de la santé revient à s'interroger sur des faisceaux de facteurs sociaux, psychologiques, biologiques et épigénétiques ; cumulatifs et interdépendants. A l'issue d'une lecture pluridisciplinaire, nous pouvons retenir un point convergent. Les travaux présentés ici en sociologie, en psychologie, et en épidémiologie sociale s'accordent sur l'importance de l'environnement, notamment précoce, pour comprendre les individus et leurs comportements.

Cet environnement se constitue de strates interdépendantes comme nous l'a montré l'approche systémique développée initialement par Bronfenbrenner et repris par les psychologues du développement, notamment Chantal Zaouche Gaudron, co-directrice de cette expertise. Qu'on l'appelle socialisation ou processus de développement, les interactions d'une personne avec son environnement immédiat ou plus lointain produisent des effets sur sa vie à court et à long terme, et s'avèrent plus ou moins réversibles : l'exposition à des adversités rend plus difficile un développement harmonieux, la capacité de réponse aux attendus sociétaux (réussite scolaire et plus tard professionnelle), la possibilité d'être heureux et satisfait de sa vie ; en d'autres termes, l'exposition à des adversités rend vulnérable.

Et ces interactions entre un individu et son environnement vont se traduire biologiquement. Le taux de cortisol, ou plus largement la charge allostatique, reflètent l'action des divers stressors auxquels se trouve exposé un individu. Une charge allostatique augmente de risque de maladies. L'état de santé reste donc conditionné à la qualité de l'environnement dans lequel évolue un individu.

Ces effets biologiques ont également une composante épigénétique. Autrement dit, l'environnement influence jusqu'à l'expression des gènes (non pas les gènes en eux-mêmes). À rebours d'une vision déterministe et rigide de la génétique, l'épigénétique découvre une souplesse rendue par *l'expression différenciée en fonction de l'environnement* des gènes chez un individu.

Les effets biologiques de l'environnement soulignent que le corps réagit et ne reste pas passif vis-à-vis des divers stressors. Cela signifie que le corps n'est pas une machine isolée fonctionnant de manière déterministe ou répondant à des instincts. Bien au contraire, il apparaît partie prenante du contexte dans lequel il évolue. Les différents niveaux identifiés dans l'approche écosystémique incluent donc également un ultime niveau : l'infra-individuel³⁶, biologique, notamment épigénétique.

Mais, si l'environnement possède tant d'influence sur la santé et la vie des individus, se pose alors la question de la responsabilité des uns envers les autres. En effet, des femmes ont été condamnées par l'État du Tennessee parce qu'elles avaient consommé de l'alcool et de la drogue durant leur grossesse, entraînant potentiellement des effets extrêmement néfastes pour leur enfant. En revanche, la cour

³⁶ Thierry Lang et ses collègues (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016, p. 173) avancent cette idée des différents cercles pour comprendre le développement d'un individu, notamment ce niveau infra-individuel, faisant référence à Mervyn Susser (Susser, Susser, 1996a ; Susser, Susser, 1996b) et son appréhension de la notion de causalité conçue comme un enchaînement de facteurs. Cf. *supra*.

d'appel britannique ne considère pas les comportements des femmes enceintes comme des crimes envers leur progéniture (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016, p. 175).

Mais, l'environnement d'un enfant ne se réduit pas à ses parents. Plutôt que de porter la focale avec insistance sur ces derniers, l'approche écosystémique nous invite à penser l'ensemble des institutions (au sens large) en charge de l'éducation d'un enfant : famille, mais aussi école, périscolaire, préscolaire, services de protection sociale... Dessinant une responsabilité sociétale du développement (ou de la socialisation) des individus.

Ainsi, les causes d'un développement altéré apparaissent multiples. « La causalité devient donc une affaire de chaînes de causalité » (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016, p. 173). Cette conception de la causalité apparaît fondamentalement dynamique et écarte tout déterminisme absolu et interroge la pertinence d'interventions *rectificatrices* efficaces. L'adaptation d'un individu à son environnement se réalise tout au long de sa vie. Cela revient à admettre que « les enfants qui ont dû faire face à une adversité pendant l'enfance ne doivent pas être considérés comme exposés de façon déterministe à développer des psychopathologies ou des maladies chroniques » (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016, p. 176). Les interventions en santé publique envers les adultes restent également pertinentes.

Les différents travaux recensés ici, nous apprennent aussi que certaines périodes apparaissent plus perméables à l'environnement que d'autres. Les premières années, mais aussi l'adolescence ou des événements marquants tout au long de la vie, constituent des fenêtres d'intervention plus opportunes.

Rappelons néanmoins une fois de plus que si les 1000 premiers jours apparaissent effectivement « essentiels » et représentent des « enjeux considérables » (Ministère de la santé et des solidarités, 2020, p. 2 ; p. 12), une attention par les politiques publiques exclusive à cette période et centrée sur les parents tendrait à adopter une lecture déterministe et partielle de l'influence de l'environnement.

Si nous venons maintenant sur la PMI au sein de cet environnement, nous pouvons constater son rôle précieux, à l'intersection de plusieurs échelles. À un niveau méso-, la PMI se trouve aux prises entre les politiques publiques et les enfants accompagnés de leurs parents. Elle apparaît donc comme un acteur incontournable de la prévention. Elle peut participer à traduire les politiques publiques au plus près des personnes concernées, de leurs besoins, et, si possible, de leurs attentes. Les moyens qui lui sont alloués devraient alors refléter une prise de conscience de son importance préventive plutôt que de favoriser une logique de l'urgence sociale et poursuivre la réduction de ses marges de manœuvre, comme le montre un rapport appelant à préserver son savoir-faire et développer ses compétences en matière de prévention (Peyron, Jacquy-Vazquez, Loulergue, Poissy, 2019).

Si nous nous concentrons pour terminer sur les possibles aujourd'hui et maintenant, des pistes d'interventions existent. La partie suivante expose quelques-unes des actions répertoriées dans la base de données OSCARS (<https://www.oscarsante.org/>).

Bibliographie de la conclusion

Pour toutes les références en orange, les documents sont disponibles dans le dossier bibliographique.

Lang T., Kelly-Irving, M., Lamy S., Lepage B., Delpierre C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?, *Santé Publique*, n°28, vol. 2, pp. 169-179.

<https://doi.org/10.3917/spub.162.0169>

Ministère des solidarités et de la santé (2020). *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*, Rapport de la commission des 1000 premiers jours, Paris.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/remise-rapport-1000-jours>

Peyron M., Jacquy-Vazquez B., Loulergue P., Poissy C. (2019). *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, Paris, IGAS.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

Des pistes pour la recherche interventionnelle

Au terme de cette lecture pluridisciplinaire, nous pouvons maintenant présenter quelques pistes en recherche interventionnelle. La recherche interventionnelle couvre un large spectre d'actions et de projets se définissant comme tels. Aucune définition officielle ne permet d'appréhender simplement ce qu'est la recherche interventionnelle, parfois nommée aussi « recherche-action ». On peut toutefois distinguer un trait qui les rassemble : le souci de dépasser les connaissances pour les utiliser dans la résolution de problématiques identifiées. On trouve alors l'expression de « science des solutions » (Poitvin *et al.*, 2013). Certains l'appliquent d'ailleurs au domaine de la santé publique en proposant une définition de la « recherche interventionnelle en santé des populations » (RISP)³⁷.

En France, la base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) réunit, comme son nom l'indique, les programmes de santé mis en œuvre en régions. Une recherche a été effectuée sur cette base le 16 octobre 2020. Elle a porté sur la période 2020-2016 et a concerné les « publics » des « nourrissons (0-2 ans) » et des « enfants (2-5 ans) ». Les « thèmes » retenus ont été les suivants : « précarité » ; « politique de santé » ; « périnatalité – parentalité » et enfin « violence ». Les 391 résultats de cette recherche ont ensuite été triés manuellement.

Les interventions ont été retenues si elles concernaient exclusivement les enfants âgés de 6 ans maximum, si elles s'intéressaient à la prévention des vulnérabilités psycho-sociales et si elles s'effectuaient en dehors du milieu scolaire ou des crèches. Sont donc exclues du panel les interventions portant uniquement sur la santé du corps biologique (allaitement, alimentation, activité physique, santé bucco-dentaire, vaccination). Si l'action perdure plusieurs années, seule la dernière année a été recensée.

34 résultats ont donc été sélectionnés. Parmi eux, 22 sont considérés comme répondant totalement à la problématique (niveau 1), 12 comme y répondant partiellement. Autrement dit, pour ces 12 résultats, la prévention des vulnérabilités psycho-sociales intègre un panel d'intervention portant plus largement sur la santé (nutrition, activité physique...)³⁸. Nous présenterons ici uniquement les 22 références explicitant la prise en charge des vulnérabilités familiales hors du cadre scolaire et portant plus spécifiquement sur les vulnérabilités psycho-sociales.

- **« Soutenir et accompagner les enfants et les parents en difficultés »**

Fédération Régionale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (FR CIDFF PACA)

Partenaire : Association Martingale, CIDFF Pays d'Arles

³⁷ Potvin L., Di Ruggiero E., Shoveller J. A. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations, *La santé en action*, 425, 13-16.

³⁸ Un tableau en annexe recense les 36 références.

Accompagnés par une équipe pluridisciplinaire (comprenant une juriste, un animateur et une psychologue spécialisée dans la relation parent-enfant) lors d'ateliers-jeux, les parents et leurs enfants victimes de violences intrafamiliales peuvent renouer ou maintenir leurs liens dans un espace dédié et de confiance. Un espace détente-café favorise également l'échange entre parents souvent en situation de précarité. Un espace de parole s'ouvre si besoin avec la psychologue. Un calendrier individuel vient matérialiser un engagement symbolique de 8 ateliers à raison d'un atelier par semaine hors vacances scolaires.

- **« Pôle Parents/Enfants »**

Salon Action Santé (PACA)

Partenaires : Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, **PMI**, secteur libéral, ville de Salon de Provence

L'association Salon Action Santé déploie différentes actions dans les quartiers de la ville de Salon-de-Provence en collaboration avec les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), le Centre Médico-Psychologique (CMP), la Maison Départementale de la Solidarité, le Service Petite Enfance de la ville, la PMI, des centres sociaux et des professionnels en libéral.

Les activités :

- lieux de rencontre avec pour thématique l'accompagnement à la naissance notamment un « forum-allaitement »
- ateliers jeux de langage avec les enfants en associant les parents avec rencontre systématique post atelier
- accueil collectif des familles (« la cabane à jouer ») 2 fois par semaine
- groupes de paroles à thèmes (4 groupes par an) à la demande des familles ou après sollicitation de l'équipe.

- **« APASEN - Atelier PArentalité, la Santé de mon Enfant »**

Comité Départemental d'Education pour la Santé du Var (CoDES 83), IREPS PACA

Partenaires : Associations de parents, crèches

Chaque structure partenaire du CoDES bénéficie d'un temps d'échange entre professionnels afin de co-construire les ateliers proposés aux parents en partenariat. Les ateliers visent à développer une « dynamique de parentalité positive » durant les 4 séances d'1h30 par structure.

- **« Pause parents - Ateliers soins et accompagnement en périnatalité pour le grand Toulon »**

Association Familiale Laïque Transition (AFL Transition)

Partenaires : **PMI**, crèches, écoles, CMP, CMPP, Médecins généralistes, Puéricultrices, Hôpitaux spécialisés, ASE, AEMO, IEMF, Résidence mères-enfants, CHRS, Pouponnières, planning familial, associations.

Situées dans les quartiers « solidaires », les différentes actions de cette structure proposent une approche plurielle des problématiques des familles. Pour ce qui concerne le volet périnatalité (d'autres ateliers concernant d'autres périodes de l'enfance), les accompagnements sont individuels ou collectifs. Nous retiendrons l'atelier « naître enchanté » qui promeut l'entretien du 4^e mois. Des ateliers « du lien Parents-Enfant » favorisent l'échange entre parents accompagnés par un psychologue clinicien. Un atelier des pères vise à les impliquer le plus tôt possible dans les soins de leur enfant.

- **« Pause parents - Ateliers soins et accompagnement en périnatalité à Brignoles »**

Association Familiale Laïque Transition (AFL Transition)

Partenaires : **PMI**, crèches, écoles, CMP, CMPP, Médecins généralistes, Puéricultrices, Hôpitaux spécialisés, ASE, AEMO, IEMF, Résidence mères-enfants, CHRS, Pouponnières, planning familial, associations

Le même type d'accompagnement que la structure précédemment évoquée existe à Brignoles.

- **« Soutien précoce à la parentalité, par la facilitation de la mise en place des relations précoces entre nouveau-né et parents »**

Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La Seyne-sur-Mer

Partenaires : Service de médecine néonatale et maternité de Ste Musse, Unité d'Accueil Parents Bébé et CAMSP de la Seyne, **PMI**.

Cette action prend la forme de séances de guidance parentale réalisées par un binôme psychomotricienne/puéricultrice et la mise en place d'un groupe de soutien à la parentalité (partage d'expériences). La guidance parentale vise à améliorer le temps de « présence parentale », des temps de « peau à peau » (notamment avec les pères) et soutenir l'allaitement.

- **« Soutien à la parentalité psychique et aux relations précoces parents bébé »**

Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La Seyne-sur-Mer

Partenaires : CHRS « L'Escale » la Seyne/mer, CHRS « Argence » Toulon, « Accueil Fémina », « Les Adrets du Var », RME « Prélude » Ollioules, UAPB, service de pédopsychiatrie Hôpital Georges Sand, Maternité Ste Musse, Association Aide aux Mères et aux Familles (AMFD), CoDES 83, **PMI**.

Ces différents partenaires mettent en place :

- l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) une demi-journée par semaine

- 2 séances (de 2h) de préparation à la naissance par mois et par structure
- 2 ateliers (de 2h) d'éducation pour la santé par mois et par structure
- 4 groupes (de 2h) de soutien à la parentalité par an et par structure
- 4 groupes (de 2h) de prévention des troubles du lien d'attachement chez l'enfant par an et par structure
- 2 sessions (de 3h) de sensibilisation et de formation par an et par structure pour les professionnels et 3 fois par an pour les « personnes relais »
- 4 groupes d'analyse de pratiques (de 2h) par an et par structure.

- **« Soutenir le développement par la qualité de la relation bébé-parents »**

Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité (ARIP), Avignon (83)

Partenaire : Créalis Médias – Babylab (Université Paris X Nanterre)

L'ARIP mène des actions de formation dans les secteurs de la périnatalité et de la petite enfance. Elle vise à actualiser les connaissances sur les besoins de développement du tout petit enfant qui suscitent toujours un vif intérêt lors des formations. L'action ici était de créer des documents pédagogiques vidéo destinés aux parents et aux professionnels soit une série de 10 films de 3 minutes. Ils servent également de support de formation.

Ils ont notamment été diffusés gratuitement sur le site de l'ARIP et la plate-forme numérique Acadeven (Académie du Développement de l'Enfant) et Colloque-tv.com (spécialisée sur la santé et le développement du jeune enfant) pour les professionnels. Pour les parents, ils ont été diffusés sur des sites tels que aufeminin.com ou doctissimo.com, à la télévision dans le cadre de la collection « 1000 jours pour grandir (émission la Maison des Maternelles).

- **« Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) - Participer à l'adaptation et l'expérimentation du programme pour les familles avec enfants entre 3 et 5 ans - Alpes Maritimes »**

Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes Maritimes (CoDES 06), IREPS PACA

Partenaires : Santé Publique France, CAF, REAAP, responsables ARS, Education Nationale, Conseil Départemental, élus locaux, Département de Santé Publique du CHU de Nice, Communes de Carros, Grasse et Mouans Sartoux

Cette action est la déclinaison pour les enfants de 3 à 5 ans du PSFP destinés aux 6 à 11 ans basée sur le programme « Strengthening Family Program » évalué dans plus de 35 pays³⁹. 14 sessions espacées dans le temps basées sur des méthodes interactives visent à développer des « facteurs de protection »

³⁹ Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/psfp-programme-de-soutien-aux-familles-et-a-la-parentalite>

et mettre en place un « climat familial » positif. Une formation de 5 jours et un guide d'intervention structuré cadre l'intervention des professionnels animateurs du programme.

- **« Parent'Aise - Groupe de parole auprès de futurs parents et jeunes parents - Bien-être dans mon quartier »**

Union des centres sociaux des Bouches-du-Rhône (UCS 13)

Partenaire : École des Parents (EPE) du Pays d'Aix

Plusieurs temps d'échange sont prévus pour les parents et/ou les enfants. Des groupes de paroles et des ateliers abordent différentes thématiques (l'alimentation équilibrée, les accidents domestiques, l'acquisition du langage, l'utilisation des écrans, l'acquisition de la propreté, le sommeil, la motricité libre, l'allaitement, l'alimentation de la femme enceinte, la vaccination). D'autres temps sont consacrés à la verbalisation de la violence avec une psychologue clinicienne, un plasticien et la référente famille du centre social à raison d'une demi-journée tous les 15 jours hors vacances scolaires. Des petits déjeuners à thèmes sont également proposés.

- **« La pause des parents »**

Service communal d'hygiène et de santé de la ville de Mulhouse

Partenaires : Ville de Mulhouse, CSC Lavoisier-Brustlein, CSC Papin, CSC Pax CSC Porte du Miroir, CSC Belair, Classe passerelle Drouot (jusqu'en juin), Café des Bateliers – Armée du Salut Drouot (à partir de septembre), CSC AFSCO CSC J. Wagner, Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et CHT ACCES, Service d'Accompagnement et de Soutien à la Parentalité du Haut-Rhin (SASP) 68 – Association Marguerite Sinclair, Education Nationale, Puéricultrice Réseau – Groupement Hospitalier Régional (GHR), Conseil départemental 68, **PMI**.

Parmi les trois actions relevées – « La pause des parents », « Prenons soin de nous et de nos proches », « réseau santé mulhousien » – nous retenons la première. Il s'agit de temps d'échange et de convivialité de deux heures entre parents accompagnés par des professionnels de santé.

- **« PERL : Petite Enfance recherche action en Lorraine »**

Centre Psychothérapeutique de Nancy

Partenaires : Agence Régionale de Santé Grand Est, Caisse d'Allocation Familiale, Conseil Départemental 54, Université de Lorraine

En proposant un accompagnement à domicile par une psychologue, la recherche-action INTERREG incluant 5 familles réduit les retards de développement des enfants bénéficiant du programme comparativement à ceux du groupe témoin n'en bénéficiant pas.

Ce modèle d'accompagnement à domicile est ensuite élargi et adapté aux pratiques déjà existantes. 60 familles sont tirées au sort aléatoirement et, si elles acceptent, elles reçoivent durant les 4 premières années de l'enfant des visites à domicile régulières d'une puéricultrice parfois accompagnée d'une psychologue.

- **« Enfants-Parents : grandissons ensemble »**

IREPS Bourgogne-Franche-Comté

Cette action comprend un volet destiné aux professionnels de la petite enfance sur les thématiques de santé et les compétences psycho-sociales et des actions destinées aux parents et à leurs enfants. Parmi elles, des échanges conviviaux entre parents (« pause parents »), entre parents et professionnels, entre parents et enfant (par exemple : ateliers « parler bambin »).

- **« Extension du PASS santé jeunes existant à la tranche 0-6 ans »**

IREPS Bourgogne-Franche-Comté

Le PASS santé jeunes offre des informations et une orientation sur les questions de santé des adolescents. L'objectif est de décliner cette proposition pour les parents d'enfants âgés de la naissance jusqu'à 6 ans.

- **« Lieu d'accueil d'écoute, de paroles et de rencontres pour les jeunes enfants, les adolescents et leurs parents »**

Association « La Maison verte »

« La Maison Verte » propose un accueil de 6 séquences de minimum 2h par semaine par une équipe de professionnels sans condition et sans rendez-vous pour les parents et leurs enfants (0 à 6 ans) depuis 1995 (depuis 2006 pour les adolescents avec ou sans leurs parents). Une contribution symbolique financière est demandée aux familles. L'objectif : promouvoir leur santé psychique en offrant un lieu de socialisation qui ne soit pas stigmatisant.

- **« Impression et diffusion de plaquettes d'information à destination des mamans à la sortie de maternité et de guide méthodologique à destination des professionnels de maternité de la région PACA Corse Monaco »**

Réseau Méditerranée, Réseau de Périnatalité PACA-Corse-Monaco

Un groupe de travail constitué de l'ARS PACA et des réseaux de périnatalité ont réalisé des plaquettes d'information pour les mères et un guide méthodologique pour les professionnels sur la thématique de « l'accompagnement du retour à domicile ».

- **« Développer les compétences parentales dans une zone sociale défavorisée, par la mise en place d'ateliers innovants »**

Centre Hospitalier de Brignoles

Plusieurs ateliers sont proposés pour améliorer la santé des femmes enceintes et l'attachement avec leur enfant avant et après la naissance au sein du service de la maternité.

Avant :

- ateliers en alternance : 1h sur les thématiques de l'alimentation et de l'activité corporelle avec une diététicienne et une psychologue formée à l'éducation thérapeutique / 1h de relaxation avec une sage-femme professeure de yoga
- consultations RESC (Résonnance Energétique par Stimulation Cutanée) 5h par semaine (1h par jour en moyenne)
- consultations en tabacologie pour l'arrêt du tabac une fois par mois durant une journée de 8h
- groupe de parole « tu attends un petit frère ou une petite sœur... Et si on en parlait ! » par une psychologue et une sage-femme une fois tous les deux mois pendant 1h30.

Après :

- évaluation pendant le séjour à la maternité par une psychologue du comportement néonatal (utilisation de l'échelle de Brazelton), 30 min par jour
- consultations EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) pour les mères et les pères suite à un accouchement traumatique avec une psychologue formée à la méthode 2h par semaine
- ateliers de portages et de massages du nouveau-né avec des auxiliaires de puéricultrices 2h par semaine.

- **« Implantation d'un lieu de dépistage de la vulnérabilité sociale et sanitaire en pédiatrie »**

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)

L'objectif est de pallier au manque d'orientation des populations les plus vulnérables vers le soin en proposant le dépistage de la vulnérabilité sociale dans le service d'accueil des urgences pédiatriques (SAUP) à Marseille et Nice.

- **« Centre de prévention et de soutien à la parentalité »**

Maison de santé rurale de Sospel (MSR Sospel), PACA

Partenaires : Mairie de Sospel, centre hospitalier de Sospel

Cette action vise à organiser des ateliers et des consultations autour de plusieurs thématiques :

- entretien précoce prénatal

- préparation à la naissance
- ateliers sport, éveil, portage, massage
- prévention des conduites addictives
- consultations post-natales au domicile sur l'allaitement maternel.

À la demande et au domicile, des professionnels peuvent intervenir pour dépister des maladies néonatales (par exemple l'ictère) et surveiller le poids du nouveau-né.

- **« Action prévention santé - Familles monoparentales »**

Syndicat intercommunal à vocations multiples Val de Banquière

Partenaires : Maisons des Solidarités départementales, communes, INPES, Mutualité française, centre dentaire

Cette action s'inscrit plus largement dans un Plan Emploi Insertion départemental à destination des familles monoparentales en « proposant un accompagnement sur mesure tout en levant le frein de la garde d'enfants ». Parmi les différents ateliers proposés aux parents, l'un d'eux porte sur le développement des compétences psycho-sociales deux fois par mois.

- **« Soin et prévention auprès des femmes migrantes en période périnatale »**

Association MANA, Association Paralysés de France (APF)

Partenaires : CHU, foyers, **PMI**, associations dans le champ de la migration

La situation de migration accentue les vulnérabilités (traumatismes de l'exil, manque de familiarisation aux institutions, difficultés linguistiques, exclusion juridique du pays d'accueil). Une consultation transculturelle regroupant des acteurs de l'hôpital et des associations (une psychologue formée à l'approche transculturelle, une anthropologue et des interprètes spécialisés dans le domaine médical) a pour objectif de soulager une souffrance psychique importante des femmes enceintes. Les femmes sont également orientées vers la PMI de leur secteur.