

# Sommaire

---

Ouverture par Carole CRETIN, Direction Générale de la Santé, Chef du Bureau des maladies chroniques, enfance et vieillissement	4
Table ronde : Devenir parent, le soutien des professionnels	
<b>Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents</b> Martine DESMARES, Sage-femme au Groupe Hospitalier du Havre	6
<b>Un service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté au sein du réseau périnatal « Bien naître en Ille et Vilaine »</b> Dr Jeanne MORELLEC, Médecin départemental PMI d'Ille et Vilaine	12
<b>L'accompagnement des familles ayant perdu un bébé</b> Dr Agnès SATGER, Médecin PMI du Rhône	17
<b>Un accueil collectif des parents et des bébés de 0 à 6 mois</b> Dr Marie-Joëlle GODEAU, Médecin, Chef du Service Territorial 8 des Hauts de Seine	21
<b>La prévention des troubles relationnels parents/enfants en cas d'adoption</b> Dr Fanny COHEN-HERLEM, Médecin, Directeur de l'Association Enter-l'Arbre Vert	24
Echanges avec la salle	28
Interventions	
<b>Une recherche action autour de la primiparité dans le Pas de Calais : Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois »</b> Dominique MARIAGE, Chef de Service Petite Enfance et Prévention Dominique GUILLOTEAU, Sage-femme	32
<b>Une instance de concertation parents-professionnels : « Pour construire avec les familles, un dispositif original de protection de l'enfance »</b> Dr Serge BOUZNAH, Responsable de circonscription PMI de Seine Saint Denis	43
<b>La construction d'un référentiel d'évaluation des capacités parentales dans les situations de défaillances parentales précoces</b> Patrick GREGOIRE, Conseiller technique CREA Rhône-Alpes Pierine ROBIN, Chargée d'études CREA Rhône-Alpes	50
Echanges avec la salle	60
Intervention de Paul DURNING, Directeur Général du GIPEM, Directeur de l'ONED	63

## Table ronde : Accueillir et accompagner enfants et parents

<b>Un lieu d'accueil enfants-parents, la mosaïque :</b> <b>« l'enfant d'aujourd'hui, l'adulte de demain »</b> Dominique DELETRAZ, Accueillante Référente, Mairie de Cavillon	68
<b>« Etre mère et femme à la fois, vivre la monoparentalité » :</b> <b>le groupe des mamans solo d'Yvetot</b> Christine HAMEL-GASTEL, Responsable Social UTAS 6 de Seine Maritime	74
<b>Une animation itinérante pour les jeunes enfants en milieu rural :</b> <b>« les petits loups en balade »</b> Dr Philippe AUGOYARD, Chargé de mission PMI des Hautes Pyrénées	77
<b>Aider les parents démunis à faire émerger leurs talents « groupe du mardi »</b> Annick Camille DUMARET, Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES	81
<b>Des ateliers parents-enfants : « Du jardin à l'assiette »</b> Christophe DELAIGUE, Délégué Insertion PMI des Vosges Michèle MAYAUX, Puéricultrice	86
Echanges avec la salle	89
Prévention, accompagnement et soins de la relation parents enfants : une structure associant professionnels et bénévoles : CAP ALESIA	
<b>Le travail d'une équipe : l'accueil et l'écoute des parents, les rencontres parents-enfants</b> Danielle LEFEBVRE, Responsable Psychologue clinicienne du Centre Français de Protection de l'Enfance – CAP ALESIA	92
<b>Une recherche multidisciplinaire : « Evaluation des modes de soutien en situation de maltraitance : quelle expérience pour les bénévoles ?</b> <b>Quel devenir pour les familles ?</b> Annick Camille DUMARET, Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES Marie-Pierre MACKIEWICZ, Sociologue, Maître de conférences à l'IUFM du Nord Pas de Calais.	95 98
Echanges avec la salle	102
Clôture de Dominique de LEGGE, Délégué Interministériel à la Famille, représentant le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille	105
Glossaire	108

---

# Ouverture

---

Carole CRETIN  
Direction Générale de la Santé

Mesdames et Messieurs, bonjour.

Je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation.

Cette rencontre a été organisée par la Direction Générale de la Santé avec votre collaboration. En effet, vous avez été nombreux à nous avoir fait part de vos retours d'expérience.

Je remercie, par ailleurs, toutes les personnes qui nous ont envoyé des choix de communications. Nous n'avons pas pu toutes les retenir et nous nous en excusons.

Merci à tous les intervenants qui se succéderont tout au long de la journée. Merci pour leurs expériences et leur volonté de partager leur travail avec nous.

Je souhaite également saluer Paul DURNING, le Directeur de l'ONED. Il nous fait l'honneur d'intervenir ce matin et nous souhaitons l'en remercier.

En outre, le Délégué Interministériel à la famille représentant le Ministre Monsieur BAS viendra clôturer notre journée.

Nous sommes réunis aujourd'hui alors que, la semaine dernière, des débats ont eu lieu à l'Assemblée Nationale sur le projet de la loi sur la protection de l'enfance.

La Direction Générale de la Santé conduit également des travaux dans le cadre de la préparation d'un plan de santé publique Violence et Santé qui a pour thème la prévention de la maltraitance des enfants.

C'est dire l'importance de cette journée qui viendra enrichir nos travaux et donnera lieu à la rédaction d'actes.

---

Table ronde **Devenir parent, le soutien des professionnels**

---

**Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents**

Martine DESMARES, Sage-femme au Groupe Hospitalier du Havre

**Un service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté au sein du réseau périnatal « Bien naître en Ille et Vilaine »**

Dr Jeanne MORELLEC, Médecin départemental PMI d'Ille et Vilaine

**L'accompagnement des familles ayant perdu un bébé**

Dr Agnès SATGER, Médecin PMI du Rhône

**Un accueil collectif des parents et des bébés de 0 à 6 mois**

Dr Marie-Joëlle GODEAU, Médecin, Chef du Service Territorial 8 des Hauts de Seine

**La prévention des troubles relationnels parents/enfants en cas d'adoption**

Dr Fanny COHEN-HERLEM, Médecin, Directeur de l'Association Enter-l'Arbre Vert

# Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents

**Martine Desmares**

Sage-femme, Groupe Hospitalier du Havre

Membre de l'association de la Cause Freudienne en Normandie

---

## En introduction :

L'action des sages femmes dans l'intervention précoce pour les relations parents enfants a fait l'objet de **deux publications récentes par la Haute Autorité en Santé** : Contenu de la préparation à la parentalité, Information à transmettre pendant la grossesse.<sup>1</sup>

**Le Plan de Périnatalité 2005- 2007 s'appuie sur ces mots clé : humanité, proximité , sécurité, qualité.** Il nécessite de prendre des dispositions coûteuses en temps et en personnel. A cet effet, les Agences Régionales d'Hospitalisation, le SROSS III et la Commission Régionale des Naissances ont prévu de consolider ce projet de façon prioritaire.

Dans le cadre du projet « préparation à la naissance et à la parentalité » (PNP), pour toutes les patientes, y compris celles qui ne souhaitent pas participer à ce projet, l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois est **proposé systématiquement**.

Cet entretien est le plus souvent assuré par les sages femmes du secteur hospitalier, libéral ou territorial, parfois par un médecin (attention à la double cotation de l'acte pour sa prise en charge par la sécurité sociale).

**L'information précoce par les personnes déclarant la grossesse** : médecin ou sage femme situés au carrefour de la naissance, ce devoir d'information est conforme à la loi 2002 régissant les droits des patients. Les nouvelles dispositions législatives en faveur des sages femmes (extension du droit de prescription, déclaration de grossesse, suivi post natal) doivent faire l'objet d'une information auprès des patients car elles constituent un enjeu humain de santé publique, économique et politique.

## **Objectif : Faire bénéficier d'un suivi personnalisé pré et post natal.**

Cet objectif peut s'appuyer sur une Sage femme référente comme l'on a maintenant un Médecin référent.

Pour une économie de santé, le suivi des grossesses normales par les sages femmes permet une meilleure connaissance de la patiente , moins de prescriptions et d'actes. Une écoute attentive ouvre au repérage du symptôme, signe de l'angoisse. La prise en charge préventive précoce dès le début de grossesse permet un dépistage des vulnérabilités personnelles et familiales.

**Françoise Molénat** : Psychanalyste, Chargée dans le plan Périnatalité de la mission sur l'approche psychologique de la naissance précise que : « le soutien psychologique permet de maintenir la mère dans le domaine de la physiologie ».

---

<sup>1</sup> Disponibles sur le site [ww.has-sante.fr](http://ww.has-sante.fr)

Cette orientation psychanalytique apportée il y a vingt ans au Havre par Madame Molénat a été notre dynamique, et a pris sa forme officielle grâce à l'entretien réalisé au Groupe Hospitalier du Havre.

**Respecter, écouter et protéger sont les outils de prévention qui préservent la santé.**

## I / Comment sont menés les entretiens ?

### 1) **Préalables**

Plus le corps médical est compétent, plus il risque de placer la mère, le père et l'enfant en état d'incompétence. Nous devons être prudent dans le maniement de l'entretien car, trop directif, il ressemble vite à un interrogatoire avec toutes ses cases à cocher dans le DMP.

**L'entretien ne doit pas être confondu avec la première consultation :** la création du dossier médical et le recueil d'informations.

Ce temps supplémentaire permet de favoriser l'écoute individuelle de la patiente ou du couple. En devenant partenaire, sans jugement ni évaluation, la patiente confiante livre ses doutes et ses inquiétudes.

Ces entretiens sont très suivis au Havre, la rencontre multiculturelle offre une richesse des échanges. En ne dévalorisant pas, en acceptant les différences et en développant la qualité d'écoute et d'observation, cette approche vous permet de repérer et de soutenir des situations précaires.

2) **TROUVER CHEZ LA PATIENTE CE QU'ELLE A DE BIEN**, plutôt que simplement « **vouloir son bien** » en la percevant comme déficitaire du fait d'une certaine précarité.

C'est donc la situation de la Sage femme qui à ce moment là peut être précaire par manque de formation professionnelle médicale, sociologique et psychologique, manque d'expérience de terrain, de recul. La sage-femme aura besoin de remettre en cause des positions qu'elle occupe par une analyse de ses pratiques. Le partage des expériences pluridisciplinaires permettra d'avancer.

**Pour adopter une position adéquate, il faut** donc se former. On peut citer les formations de : l'Ecole de la Cause freudienne, reconnue cette année d'utilité publique, Formation du Champ Freudien, CEREDA, CIEN, Formation du CPCT rue de Chabrol Paris Xème, présentation clinique dans le cadre de l'Antenne clinique de Rouen  
Formation de l'AFREE et de maternologie.

### 3) **SOUTENIR L'AUTONOMIE.**

**Le couple doit être partie prenante dans la démarche.**

Pour cela, la sortie de maternité ne doit pas être trop précoce, la sortie au deuxième jour est un mauvais calcul coût/bénéfice.

L'entretien doit aider les parents à devenir responsable de leurs choix. Il ne faut pas fixer des objectifs inaccessibles, savoir apprécier les petits progrès et surtout ne pas clore la démarche, mais laisser la porte ouverte vers l'avenir en perpétuelle évolution.

#### **4) LA PARENTALITE ET SES DIFFICULTES**

**La parentalité n'est pas un apprentissage mais une transmission de valeurs de sécurité, et de bon sens trop souvent délaissé par des protocoles rigides et irréalistes. Une attitude de respect envers les parents se répercute sur l'enfant.**

Tout le monde sait qu'un bébé secoué peut se rencontrer dans tous les milieux socioculturels et qu'aucune recette ne peut mettre à l'abri des cris d'un nouveau né. Stressé par la rigidité des réponses exaspérées de ses parents, le bébé provoque à son tour par ses pleurs des gestes stimulants où se dessinent l'hyper anxiété et l'agacement des parents, et qui annoncent l'hyperactivité de l'enfant trop stimulé. Les jeunes couples sont souvent plutôt démunis face à ce nouveau venu qui n'est pas livré avec la notice et la télécommande !!

La mère doit accepter sa vulnérabilité qui n'est ni un refus, ni une incompetence face à son enfant mais juste une fatigue physique et ou morale. Pour lui permettre d'affronter ses difficultés, alors que ne plus se reconnaître lui devient insupportable, ces rencontres hors cadre médical lui apportent le confort, la convivialité, la sécurité et permettent d'éviter l'angoisse et l'inquiétude.

#### **II / Importance de la Présence du Père**

Face aux critères de la famille en mouvement perpétuel, nous devons nous adapter aux nouveaux repères : familles monoparentales, recomposées, parents homosexuels.

Pour permettre la présence du partenaire à l'entretien, il faut veiller aux aspects pratiques : adapter ses horaires en fonction du travail du père.

L'intérêt de cette présence est de permettre:

- de comprendre l'histoire dans laquelle s'inscrit la grossesse, le désir des parents qui a précédé la venue de l'enfant qui est déterminant pour son devenir, car non désiré il peut être davantage exposé à la maltraitance : d'apprendre s'il s'agissait d'un projet commun, d'un accident de pilule, ou du désir de la mère mais pas du père...
- de connaître l'état psychologique du père : « mauvais caractère » « nerveux » « alcoolique » « violent » « autoritaire ». Comment la mère le considère-t-elle ? Quelle position occupe-t-il : bienveillant, actif, retrait, autorité, surprotège, « faire la mère » ?
- de redonner confiance au père, de le sécuriser face à cette nouvelle situation mais également de valoriser ses compétences, de l'inscrire dans ce projet commun : élever un enfant.

Cette aide psychologique si on reconnaît sa souffrance peut éviter la fuite et réduire le risque de déclenchement de la psychose plus fréquent à ce moment de la vie.

#### **III / Instauration d'un lien de parole à visée diagnostique : Dépister quoi ?**

La prévention s'attache à toucher les personnes dites précaires. Il faut apprendre à repérer la précarité psychique car c'est elle qui entraîne la maltraitance. La vulnérabilité n'a pas de rapport direct avec la précarité sociale. Mais la précarité sociale aggrave et menace les personnes vulnérables. L'objectif est de rechercher la maltraitance psychique, l'abandon, le désarroi, la dévalorisation, la souffrance au travail afin d'éviter que cette situation puisse porter atteinte à l'intégrité de l'enfant et devienne à terme une menace.

A la première question, « Il s'agit de votre premier bébé ? », la réponse, « premier, enfin j'ai perdu un enfant à un mois de grossesse » donne le ton : perte, échec, anxiété, peur, prudence. Il s'agit de donner du poids à ce qui se dit, de reconnaître la douleur, le traumatisme non reconnu à ce jour, de

permettre l'expression de cette peur qui restera permanente jusqu'à fin de grossesse et en post-natal.

### **Quelques repères :**

- Un non-désir d'enfant : il accentue le risque de maltraitance. On prête attention à la multiplication des symptômes de rejet qui s'y rattachent, vomissement, contractions, retard de croissance, toxémie.
- Une position maternelle caricaturale ne parlant que de sa grossesse peut entraîner chez le père le sentiment d'être abandonné.
- La résurgence de traumatismes infantiles ou survenus lors d'une première grossesse.
- Un sentiment de culpabilité, la mise en cause de la mère dans une addiction.
- Les signes d'un trop grand bouleversement physique et psychique.

### **Un travail de deuil non réalisé:**

Chez une multipare, surtout si aucune rencontre postnatale n'a permis d'élaborer subjectivement les incidents de la première grossesse, il faut veiller à questionner le retour de ces événements qui inquiètent et auront un retentissement sur le développement de la grossesse, et la place qu'occupera l'enfant souvent surprotégé.

### **Le Handicap :**

Qu'il s'agisse de soutenir les parents face à l'annonce du handicap de leur enfant, ou de trouver l'attitude à adopter face au handicap des parents, c'est un sujet qui a énormément évolué depuis vingt ans, évolution à laquelle nous avons participé. Cependant, le parcours médical extraordinaire polarise parfois toute l'attention, alors qu'il est nécessaire de réinscrire dans « la norme » cette naissance. Nous sommes confrontés également aux effets traumatiques des dépistages : HT 21, échographie ....

### **La menace d'accouchement prématuré :**

Les contractions signent une autre problématique : la menace perçue se répercute comme menace d'accouchement prématuré. Permettre l'expression de ces angoisses est l'une des meilleures préventions de la prématurité.

### **Faire une place psychique à l'enfant :**

Comment cet enfant est-il perçu ? Est-ce que son arrivée menace une relation fusionnelle problématique avec le premier enfant, l'équilibre du couple, l'image que sa mère a d'elle-même, son idéal corporel ? Est-ce que sa mère se place dans une position féminine charismatique ? Est-ce qu'il s'agit d'une maternité tardive, est-ce qu'elle survient dans un contexte où la réussite sociale était la priorité absolue pour la jeune femme ? (En ce cas, il importe de cesser de travailler pour se poser, faire sentir les modifications corporelles et les accepter, ralentir le rythme en fonction des signaux donnés par le corps).

**Le projet de naissance :** Les attentes formulées sont : « que tout se passe bien » « Etre à la hauteur » et dépassent largement les questions de positions de l'accouchement et d'efficacité de la péridurale. Ce projet ne peut constituer un cadre rigide car la part d'inconnu est immense. Il faut bien sûr informer sur les positions d'accouchements, les soins et les relations avec le bébé ; proposer de la relaxation, de la sophrologie, redonner confiance. Mais il faut surtout permettre que se formalisent doutes, peur, et questions adressées à l'équipe. A partir des souhaits formulés verbalement à la sage femme, on peut bâtir un projet logique accordé avec les réalités du moment.

## **L'absence d'angoisse :**

Nous devons également repérer l'absence d'angoisse de la mère avançant des certitudes ahurissantes. Quand cette mère ne comprend pas nos paroles, il ne faut pas se dire qu'elle est « bouchée » ou « débile » mais qu'elle n'a pas les mêmes références au langage que nous. Là ce n'est pas l'orthophonie qu'il lui faut ! Il faut veiller à mettre en place une observation attentive en suites de couche ou rechercher l'aide d'une équipe de formation psychiatrique avec qui les échanges aide à repérer la clinique d'une psychose non déclenchée. Ce sont ces éléments cliniques qui sont très précieux à transmettre lors des staffs. (saisir quelque chose d'énigmatique pour nous ?)

**Soutenir les capacités en développement est un investissement en temps et en équipe : répondre aux besoins, du « sur mesure » et une préparation individuelle si besoin.**

## **IV / Rôle du réseau : outil de prévention**

### **1) Le projet d'accompagnement**

Avant de faire à la mère des propositions de prise en charge, vous devez la laisser appeler, puis obtenir son accord pour construire un projet d'aide, et enfin transférer les informations utiles dans le respect du secret médical et du code de déontologie.

Nous devons tout mettre en œuvre pour que se réalise la rencontre entre la mère et son enfant, sans discréditer celle-ci. Il ne faut pas brûler les étapes en renvoyant la mère trop vite vers de multiples intervenants. La patiente pourrait se sentir rejetée et faire échouer la démarche. Une liste de cartes de visites distribuées à la va vite, psychologue, pédiatre, tabacologue... aboutit souvent à l'absence de démarche.

Il ne faut pas stigmatiser les 3 AAA Adolescente, Anorexie, Addictions mais adopter un suivi spécifique aux mineures, évaluer leur maturité et collaborer avec les réseaux de lutte contre les addictions ou médicaments, tabac, alcool, drogues. Personnel adapté association, ALINEA, éducatrice spécialisée.

Une visite pédiatrique s'inscrit dans l'intérêt du bébé tout en sollicitant le désir de la patiente : projet Unité Kangourou.

**Un projet d'accompagnement des naissances, obstétrical et pédiatrique se fait en partenariat avec une coordination « Partenariat Relais à domicile », la famille, la PMI, la pédopsychiatre, le généraliste et le réseau petite enfance de la ville.**

### **2) Le bilan au staff social:**

**La proposition a abouti ou pas.** Il est nécessaire de s'adapter aux situations psychiques fragiles et de préparer l'accueil de l'enfant à la maison ou de préparer un placement envisagé avec l'équipe sociale.

**Mais les risques d'échec sont là malgré tout :**

Comment devenir partenaire du couple qui refuse l'intrusion du médical, du social ou du psy dans son environnement ? Si le placement d'un enfant est redouté, l'équipe est perçue comme malveillante. L'inquiétude est perceptible au sein de l'équipe soignante. Elle s'accroît du fait de l'absence de maîtrise de ces paramètres subjectifs. La prudence s'impose. Souhaitant donner une chance à la relation parents enfant il faut parier sur les capacités en développement, ne pas percevoir chez les parents un déficit incontournable.

L'analyse des pratiques peut apporter à la sage femme et aux équipes en maternité des outils pour éviter d'entrer dans une relation duelle perçue comme menaçante par la patiente, et soutenir une

pratique à plusieurs : psychiatre, infirmière psychiatrique et accompagnement à domicile quand le cas le nécessite. Pour protéger l'enfant, qui a hélas là davantage pour sa mère, la place d'un objet de consommation à posséder comme tout le monde, que celle d'un petit sujet en devenir, il faut instaurer la confiance. Offrant la protection dont la mère a souvent manqué dans son histoire, le lien privilégié avec la sage femme, qui englobe l'intérêt de l'enfant et de la mère, ouvre dès le premier entretien de grossesse un axe de travail. Ayant déjà trop fait l'expérience d'une violence incontournable qui la menace, non séparée psychiquement de son bébé, il peut s'avérer possible qu'une patiente psychotique fasse le choix de s'appuyer sur une équipe de suivi. Pourront-ils éviter que les cris de l'enfant ne la persécutent bientôt, et occasionnent ces violences qui sont aujourd'hui l'objet de notre réflexion ?

## V / Le suivi après

**DONNER DU TEMPS pour observer en suite de couches puis par des relais PMI, médecins, pédiatres, pédopsychiatres.**

**Le séjour en maternité** doit permettre un minimum d'apprentissages sous le regard bienveillant de l'équipe. L'unité Kangourou favorise l'instauration d'une relation dans les situations fragiles et laisse le temps d'observer le tissage des liens.

Un séjour en maternité écourté - impératifs économiques de la T2A- est un danger, et un obstacle à l'installation d'une relation apaisée. L'HAD qui ne concerne que des patientes demandeuses ne saurait se substituer au temps logique pour investir la relation parents enfants.

L'hôpital fait peser une suspicion plus grande sur les fragilités psychiques, envisager un retour plus précoce mais avec des soignants mieux formés serait une solution bénéfique.

**La visite post-natale** fait par le référent qui connaît la femme peut être un moment de repérage des signes dépressifs, replis sur elle-même, fatigue, anorexie, désarroi.

Et pourtant nombreuses sont les femmes qui ne parviennent pas à venir chercher une aide.

Nous organisons chaque semaine en collaboration avec **l'Unité Petite Enfance du secteur de pédopsychiatrie** avec Madame Le Guellec, une psychologue, un groupe post-natal pour recevoir les parents. **La rencontre avec des associations de maternage**: SOLIDARILAIT et MATERNNetLAIT au Havre sont souvent l'occasion de dévoiler les souffrances qui n'étaient pas reconnues pendant la grossesse, et pour lesquelles une aide psychologique proposée était perçue comme inutile. Un dysfonctionnement concernant le rythme du sommeil, des troubles digestifs consécutifs au stress, un défaut de croissance de l'enfant prennent la forme d'un symptôme qui révèle la fragilité parentale.

La naissance qui a séparé la mère et l'enfant prend pour certaines l'allure d'un traumatisme dont il est urgent d'apaiser l'ampleur, sans laisser l'enfant au prise avec un surinvestissement souvent pesant, voir pathogène s'il n'est pas régulé par un tiers.

# Un service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté au sein du réseau périnatal « Bien naître en Ille et Vilaine »

**Jeanne Morellec**

Médecin départemental, PMI d'Ille et Vilaine

---

Le Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté (SAFED) est une équipe constituée de deux assistantes sociales, d'une sage-femme, d'une psychologue, d'une secrétaire, placées sous la responsabilité du médecin départemental de PMI. C'est une équipe médico-psychosociale qui exerce une activité spécifique en faveur des femmes enceintes en état de grande vulnérabilité.

L'origine du SAFED s'inscrit dans le contexte de la parution de la première loi sur l'IVG. Dès cette époque, des professionnelles de centres de planification confrontées à la détresse de femmes enceintes ne pouvant accéder à l'IVG alors qu'elles sont en non désir de grossesse, ni d'enfant, vont mettre en place un accompagnement visant à aider ces femmes et à protéger leur grossesse et l'enfant à naître. Le SAFED était né, il sera institutionnalisé et reconnu en tant que tel par le Conseil Général en 1988. Le partenariat d'emblée établi avec le CHU sera à cette date formalisé dans le cadre d'une convention. Depuis, la mission du service a évolué et les objectifs se sont clarifiés.

Aujourd'hui, le SAFED est un service de prévention médico-psychosociale précoce dont l'activité s'inscrit dans la PMI. Il s'adresse strictement aux femmes enceintes en grande vulnérabilité. Désinsertion sociale ou familiale, délai dépassé d'IVG, ambivalence par rapport à l'enfant, troubles psychologiques ou pathologie mentale, projet de remise de l'enfant en vue d'adoption, etc... sont autant de motifs pour lesquels le SAFED peut intervenir. Le SAFED n'assure pas d'hébergement mais il est en lien étroit avec les structures d'accueil et en particulier avec les centres maternels.

Les objectifs du service sont de trois ordres :

Permettre à chaque femme enceinte d'assumer son choix dans des conditions satisfaisantes pour elle-même et l'enfant.

Accompagner les femmes dans leurs difficultés à faire face à leur grossesse.

Prévenir les risques pour l'enfant à naître.

Globalement, l'équipe offre aux femmes enceintes en difficulté qui la sollicitent ou lui sont adressées (centres départementaux d'action sociale, hôpitaux, Mouvement français pour le planning familial, secteur libéral, Mission locale...) un espace de parole confidentiel, un temps de réflexion autour du désir ou non de grossesse et d'enfant, un lieu d'information sur l'accouchement secret, un suivi médical et une préparation à la naissance personnalisée, un soutien social pour les démarches administratives (ouverture de droits, hébergement, prestations....) et un accompagnement psychologique .

Le service assure les liaisons avec les autres acteurs en périnatalité, mais aussi avec les institutions concourant à la prévention et à la protection de l'enfance. Chaque membre de l'équipe a sa spécificité mais la complémentarité et l'articulation des compétences entre elles font du SAFED un lieu ressource privilégié pour les femmes et les professionnels qui leur font appel.

Parallèlement à cette activité générale autour de la grossesse qui va concerner plus de 200 femmes chaque année, le SAFED a développé en lien avec les établissements d'accouchement du département un mode d'intervention spécifique en faveur des femmes enceintes dans un projet de consentement à l'adoption. Un protocole de collaboration a pu être proposé à toutes les maternités visant à garantir le respect du choix de la parturiente et à soutenir l'équipe obstétricale impliquée dans cette démarche. Au total, une vingtaine de femmes chaque année vont s'inscrire dans un projet de ce type qui se concrétisera pour à peu près dix d'entre elles.

Compte tenu de son mode d'exercice, il est apparu évident à tous les professionnels concernés que le SAFED devait s'inscrire comme interlocuteur privilégié des autres acteurs du réseau périnatalité « Bien naître en Ille et Vilaine ». Ce nouveau positionnement, s'il semble logique, nécessite cependant qu'une nouvelle réflexion sur les modes de collaboration engagée. Certes le SAFED dispose déjà d'une grille de motifs d'intervention et de fiches navettes visant à formaliser ses liaisons tant vis à vis de ses partenaires que des femmes qui lui font appel, mais il convient aussi de rédiger un nouveau guide à l'usage des professionnels pour garantir la qualité de ce service rendu, tant aux femmes qu'à leur enfant dans le respect de leur vie privée.

En conclusion, on peut dire que la notion de risque de danger pour la femme et/ou pour l'enfant à naître est essentielle pour justifier une demande d'intervention du SAFED, dont on recherche à la fois la pluridisciplinarité et la spécificité des compétences pour une prise en charge médico-psychosociale globale et intensive de la grossesse dans un lieu unique.







# L'accompagnement des familles ayant perdu un bébé

**Agnès Satger**

Médecin, PMI du Rhône

---

## **Introduction**

Depuis plus de vingt ans, un groupe pluri-institutionnel et pluri-disciplinaire est mobilisé pour travailler sur les pratiques autour de la naissance sur le département du Rhône.

L'objectif de ce groupe est de favoriser l'accompagnement des premiers liens entre parents et enfants dans la période précoce de la naissance.

Lors du décès d'un bébé, la coïncidence entre la venue à la vie et la mort concomitante sidère et déstabilise les professionnels.

L'accompagnement des parents dans de telles circonstances bouleverse, questionne la pratique quotidienne de ces professionnels.

- Doivent-ils intervenir dans le cadre de leur mission de prévention ?
- A quel moment ?
- Pourquoi faire ?

La pratique des professionnels de pédopsychiatrie est éclairante à ce propos. Ils sont très fréquemment confrontés à des situations cliniques où le deuil d'un bébé a été très compliqué, a eu du mal à se faire. Des symptômes psychopathologiques graves sont apparus dans la famille, parfois des années après l'événement.

Cet éclairage, renforcé par la parole des parents entendus au cours de l'année 2002 dans le cadre d'une enquête menée par le groupe de travail deuil périnatal du département du Rhône, a confirmé avec force et clarté, la mission nécessaire et pas seulement possible, de leur proposer aide et soutien dans la traversée de ce drame familial.

Les professionnels de PMI occupent une place de proximité privilégiée dans tout accompagnement autour de la naissance, et en particulier au moment du décès d'un bébé et dans le décours de cet événement douloureux. Placés à cet endroit de proximité, il faut accompagner, oui, mais de manière ajustée avec des compétences.

Des journées de sensibilisation, d'information pour les nouveaux professionnels et des documents d'aide pour contacter les familles endeuillées ont été élaborés par le groupe deuil périnatal et diffusés à chaque professionnel de PMI.

Un tel deuil provoque des bouleversements que nous devons connaître et travailler. Quelle spécificité dans ce deuil périnatal ? Que nous en disent les parents ?

Pour illustrer ce qu'ils disent, ce témoignage d'une mère : « le silence est ce qu'il y a de pire », une autre parle de « conspiration du silence ».

Nous aborderons dans un premier temps ce que disent les parents et pourquoi il faut intervenir auprès de ces familles.

Dans un deuxième temps nous témoignerons de la mise en place en 2007 de groupes de paroles et d'entraide de parents endeuillés d'un bébé.

### **1- Ce que disent les parents, pourquoi intervenir auprès de ces familles ?**

Les parents dont le bébé décède se trouvent dans une douleur innommable, indicible, une solitude et une culpabilité inexprimables, inqualifiables. Le chagrin, l'anéantissement qu'ils ressentent n'est pas proportionnel à la durée de la grossesse, au temps de la vie du bébé.

Ils sont confrontés à un travail de deuil qui s'apparente à tous les processus de deuil, avec des étapes et en même temps, en différent par certains aspects, particulièrement prégnants :

- la violence liée à l'inversion de la logique de la vie, la mort de l'enfant avant ses parents,
- la mort de l'enfant s'oppose à la représentation que l'on a de la vie et de sa durée,
- la dramatique coïncidence de la vie et de la mort,
- la culpabilité majeure de n'avoir pas su ou pu garder son enfant en vie,
- le sentiment d'amputation « d'un bout de soi »,
- l'absence ou le peu de souvenirs communs constituant des trous de vie.

Les parents nous disent, chacun avec leurs mots, leurs silences, leurs refus et leurs colères, combien ils se sont sentis seuls, incompris, bien trop ébranlés pour imaginer aller demander de l'aide. Ils témoignent avec force, que ce soit dans la demande expresse ou dans la demande implicite, qu'ils ont besoin de présence, que d'autres aient confiance en la vie pour eux.

S'il nous apparaît maintenant clairement que les familles sont en quête d'un accompagnement et que les professionnels de PMI ont une place à tenir auprès de tous, dans un soutien singulier, la clarté de cet énoncé ne va pas de pair avec la facilité.

C'est un accompagnement difficile qui nous touche tous dans un registre imaginaire. La mort d'un enfant est à priori inimaginable et fait écho en chacun de nous.

Ces rencontres avec les parents demandent aux professionnels de venir au devant et de se tenir en présence, de prendre des risques : risques de paroles, de rencontre, de regards, de pleurs, d'agressivité, de cris, de silences, de souffrance, de sidération.

C'est un accompagnement qui nécessite d'être en mesure de recueillir, de contenir, de favoriser les émotions des parents, sans les provoquer, sans les réduire, les colmater ou les nier.

### **2- Groupe de parole et d'entraide pour des parents endeuillés d'un bébé**

L'accompagnement par les professionnels peut se décliner sous différentes formes. Parmi les dispositifs aidant pour les familles, la création d'un groupe de paroles de parents est apparue comme un axe prioritaire à mettre en œuvre dans le département du Rhône.

Pour cela, le groupe *deuil périnatal* composé de vingt professionnels a suivi une formation de base durant 3 jours en mai 2006, animée par le Docteur Maryse Dumoulin, formatrice à l'association *Vivre son deuil Nord-Pas-de-Calais* et présidente de la *Fédération européenne Vivre son deuil*.

En novembre 2006, douze de ces professionnels ont suivi la formation d'animateurs de groupe d'entraide pour des parents ayant vécu un deuil périnatal, animée par Marie Pascale Limagne,

Psychosociologue, et François Dill, Psychologue, tous deux formateurs au *Centre de formation François Xavier Bagnoud*.

Les groupes de parole : un lieu de partage d'expérience, de témoignage et d'accompagnement. Il s'agit d'accueillir ensemble, des parents en deuil de leur enfant pour leur permettre de se rencontrer en présence de professionnels, d'échanger autour d'un vécu commun, le décès de leur enfant.

#### Un lieu de partage

Du côté des parents : le partage d'expérience, d'un vécu commun concernant la vie et la mort de leur bébé, des émotions et des douleurs liées à ce décès précoce, font écho à leur propre souffrance, leur permet de se comprendre, de s'appuyer et de se reconforter mutuellement. Cela les confirme dans une possible façon d'être parents d'un bébé décédé, dans leur chemin propre et chacun à leur rythme.

Du côté des professionnels : accueillir ce partage d'expérience entre parents avec la présence qualifiée de professionnels. Une écoute active, un soutien ajusté facilite l'expression des émotions, l'échange et la parole. Ils confortent ainsi les parents dans la reconnaissance d'une histoire unique avec cet enfant là, histoire qui est la leur.

#### Un lieu de témoignage

La parole échangée entre parents et professionnels fait témoignage de vie pour les parents, permet de saisir la réalité de la vie éphémère de cet enfant, confirme ainsi son existence, constitue des traces et facilite le deuil.

Témoigner que cet enfant est nommé par son prénom ou par la parole à son propos, qu'il est inscrit dans l'histoire familiale et dans l'histoire des générations, cela confirme auprès des parents la vie qu'ils ont eu et qu'ils auront avec cet enfant malgré le bouleversement radical qu'entraîne son décès précoce.

Evoquer la vie qu'il a eu et les projets que l'on avait pour lui, cela va faire trace et l'inscrire comme chacun dans l'histoire universelle.

#### Un lieu d'étayage – accompagner le processus de deuil

L'accompagnement vise à faciliter pour chacun, en son temps et à son rythme, dans le rapport à d'autres, les passages et les étapes de ce deuil particulier dans une société où parler de la mort d'un bébé est encore un sujet tabou. Ce travail de soutien et d'étayage dans un groupe de parole peut se faire à la fois en appui sur les autres parents et sur les professionnels accueillant du groupe.

Ces groupes de parole vont voir le jour sur trois sites du département du Rhône au cours de l'année 2007.

Les professionnels accueillants ont tous bénéficié de formations et s'engagent à participer à la réunion mensuelle de supervision.

## **Conclusion**

Le deuil d'un bébé est un problème majeur de santé publique. Quand dans une famille, la mort de cet enfant là n'est pas reconnue, ni pris en compte, elle fige la vie. Le travail du deuil, mouvement de vie, ne peut s'élaborer.

Ces indicateurs de santé ont permis de repérer les effets dévastateurs de la mort d'un bébé passée sous silence. Cette mort et cette impossibilité à être parent ont des conséquences pour les parents eux-mêmes, la fratrie et la famille élargie. Elle peut induire des problèmes de couple, car la douleur, la révolte, la culpabilité, amènent père et mère, homme et femme, à vivre des émotions fortes à des moments différents et de manière différente.

La mort de l'enfant touche chacun, mais le deuil n'est pas vécu à l'identique. D'aucun cherchent une issue possible à leur souffrance dans l'impasse des conduites addictives. Des troubles psychiques liés à la perte d'un frère ou d'une sœur se découvrent parfois plusieurs années plus tard chez les autres enfants de la fratrie. Le décès d'un bébé, d'un enfant dont on ne parle pas, dont la place et l'existence n'apparaît même pas dans l'absence, à aussi des conséquences sur les générations suivantes.

Ces effets dévastateurs, déstructurants, ne peuvent être mesurés dans leur totalité, mais sont bien repérables dans la gravité de leurs manifestations. Cela confirme, la place que nous avons à tenir au titre de la PMI.

**Il est aussi important d'accompagner la vie interrompue, la mort d'un bébé, que la vie qui vient, la naissance, cela fait acte de prévention.**

# Un accueil collectif des parents et des bébés de 0 à 6 mois

**Marie-Joëlle Godeau**

Médecin Chef, Service Territorial 8 des Hauts de Seine

---

Dans les axes d'orientation du Pôle Solidarité du Conseil Général des Hauts-de-Seine est inscrit le soutien à la parentalité et parmi les actions du service Départemental de PMI, s'est développé l'accueil parents enfants dans les centres pour répondre à cet objectif.

Une action en direction des parents de nouveaux-nés se justifie par l'augmentation importante des sorties de maternité précoce au 3ème ou 4ème jours de l'enfant et à l'impréparation relative des parents à cette arrivée.

Le public visé par l'accueil parents-bébés de la PMI Légouté à Antony est constitué en grande partie de parents qui sortent de la maternité de l'hôpital Privé (H.P.A.) installée dans la commune.

A ces parents, l'équipe de la maternité conseille d'aller faire peser régulièrement leur bébé. L'adresse des centres de PMI, ainsi que l'horaire et le jour de l'accueil leur sont indiqués à la sortie de l'établissement.

Le centre de PMI Legouté est aussi centre de Planification familiale. Une sage-femme tient des permanences sur place pour le suivi des grossesses. Des consultations prénatales assurées par un médecin gynécologue obstétricien ont lieu dans le centre. Ces professionnels sont des relais d'information pour orienter les futures mères sur l'accueil parents-bébés du centre.

Les parents de jeunes enfants sont adressés aussi lors des pesées des enfants en PMI, lors des consultations pédiatriques et lors des visites à domicile de la puéricultrice du centre. En moyenne quatre bébés par jour avec leurs mères se présentent au centre de PMI Legouté.

## **I / Les objectifs et les attentes du public**

L'objectif de l'équipe en ouvrant l'accueil parents-bébés est de soutenir la relation précoce du parent à son enfant.

Certaines familles au moment de la naissance de leur enfant, ne sont plus entourées de leurs parents, soit du fait de rupture, soit du fait de la difficulté à se déplacer s'ils habitent en Province. Il manque aux familles des modèles structurants représentés par des proches parents ayant eu l'expérience du nouveau-né. Les besoins des parents dans cette période post-natale sont de trouver rapidement des réponses à leurs inquiétudes. Il s'agit aussi pour d'autres familles de faire le tri dans les multiples informations qui leur sont adressées. Ces conseils sont donnés par les ami(e)s, auxquels s'ajoutent ceux des livres, magazines et brochures qui se multiplient sur le thème de la parentalité.

## **II / Modalités de l'action**

Les parents avec leurs bébés sont accueillis le lundi de 10h à 11h30 au centre de PMI avec la présence de deux ou trois professionnels selon le nombre de bébés. Il s'agit d'une éducatrice de jeunes enfants, d'une auxiliaire de puériculture et en alternance une puéricultrice ou d'une psychologue.

Aucune participation financière des parents n'est demandée. L'anonymat des familles est respecté. A la date de la séance sont notés le prénom et l'âge du bébé. Aucun engagement d'assister régulièrement n'est demandé aux familles.

Les parents avec leur bébé s'installent autour d'un espace où sont disposés de grands cousins, des mobiles en tissus et des sièges bas en mousse. Le climat de confiance entre les participants s'installe progressivement au fur et à mesure des séances. Les mamans arrivent avec de nombreuses questions sur le sommeil du nourrisson, sur le portage des bébés en différentes postures, sur le couchage, sur l'allaitement sur le sevrage et l'introduction des biberons, sur les sorties, sur les modes d'accueil. D'autres mamans apportent des situations concrètes sur leurs bébés et ses changements d'attitude. Elles se demandent de quoi témoignent ses comportements nouveaux.

Les mamans échangent leur savoir faire entre elles ; elles réalisent qu'elles ont les mêmes préoccupations. Elles imaginent aussi d'autres façons d'être avec leur bébé.

Les mamans qui allaitent peuvent le faire en toute intimité sur un fauteuil avec un cousin adéquat dans un endroit réservé.

Les professionnelles répondent aux questions concrètes sur les soins, elles écoutent et réconfortent sur les attitudes naturellement adaptées au bébé. Les professionnelles engagent les mamans à se détacher de leur bébé, à le déposer sur le tapis d'éveil pour mieux l'observer. Les professionnelles apportent aux mères les pratiques du chant, de la voix, du toucher, peu à peu associés à l'odorat, pour stimuler l'enfant, en intéressant les mamans à l'observation des effets sur le bébé.

Aux six mois de l'enfant, les mères sont invitées à retrouver d'autres lieux d'accueil parents-enfants existant à Antony : la Clairière ou le Baobab. Une partie des mères reprennent le travail en cours d'accueil et un mode de garde à la journée pour l'enfant. Des mères souhaitent prolonger leurs soutiens mutuels et échangent leur téléphone pour continuer de se voir après l'accueil au centre.

Un temps de réflexion d'une quinzaine de minutes est aménagé par les professionnelles accueillantes après la séance. L'échange des observations de chacune, éducatrice, psychologue, puéricultrice et auxiliaire de puériculture, permet de comprendre les comportements des participants au groupe et de mieux se faire entendre par la suite en respectant les échanges.

Une des mères et son bébé ont fait l'objet d'un accompagnement spécifique pour les orienter progressivement vers l'unité ambulatoire de soins psychologiques de l'« Aubier » (VIIe intersecteur infanto juvénile).

## **III / L'Evaluation quantitative**

L'évaluation de cet accueil parents-bébés a été fait sur les données quantitatives recueillies à chaque séance par l'éducatrice de jeunes enfants. Depuis octobre 2005, trente séances ont eu lieu au cours des douze mois écoulés. Les séances n'ont pas lieu pendant les vacances scolaires.

La fréquentation tout au long de l'année a été au plus de neuf bébés par séance; l'objectif de départ était d'accueillir dix enfants au maximum. La montée en charge de la fréquentation a été lente.

Au total quinze familles sont venues le lundi matin.

Une dizaine de famille sont venues un certain nombre de fois aux séances :

- un bébé est venu dix huit fois avec sa maman,
- deux bébés sont venus douze fois,
- un bébé est venu huit fois
- six bébés sont venus six fois

Cette assiduité témoigne de l'intérêt spontané porté par les parents aux sujets évoqués lors des séances

Cinq familles ont eu une fréquentation irrégulière de deux à trois fois.

#### **IV / Perspectives**

Des propositions sont envisagées dans le prolongement de cet accueil parents-bébés. L'envoi à la maternité d'Antony, de plaquettes spécifiques sur l'accueil parents-bébés du centre de PMI Legouté, peut permettre de compléter les informations données à la sortie de l'établissement.

Un questionnaire a été proposé aux familles sur la perception qu'elles ont de l'accueil : sous forme de questions ouvertes : qu'ont-elles retiré des séances ? sous forme de questions fermées : sur l'accueil, sur l'espace jeu, sur les intervenants, sur le jour et l'horaire, sur les conditions matérielles ? Il s'agit pour le public de s'exprimer librement sous forme d'écrits, qu'ils remettront dans une boîte aux lettres à part.

L'exploitation des réponses montre un grand intérêt pour les moments partagés entre les mères, une demande vis-à-vis des intervenants pour qu'ils explicitent spécifiquement leur rôle et leur fonction dans l'activité.

# La prévention des troubles relationnels parents/enfants en cas d'adoption

**Fanny Cohen-Herlem**

Médecin Directeur, Association Enter l'Arbre Vert

---

## I / les entretiens :

Ils sont individuels ou familiaux destinés aux enfants, adolescents, jeunes adultes, parents adoptifs et adoptés. Ils concernent les questionnements divers autour de l'adoption : vécu, histoire, difficultés, de tous ordres

- Espace complémentaire à celui offert par le lieu d'accueil parents/enfants. Les parents peuvent ainsi créer une relation de confiance qui leur permet d'aborder leurs questions à partir de symptômes présentés par leur enfant, dont ils se demandent s'ils sont ou non liés à l'adoption. Ces entretiens ont donc une fonction de soutien à la parentalité adoptive.

Ils seront centrés sur les points suivants :

- soutenir les parents au niveau de l'appropriation de leur fonction parentale.
- leur permettre de découvrir que les processus de parentalité et de filiation se construisent à partir de la rencontre de leur histoire personnelle, de celle de leur couple et de celle de l'enfant.
- les aider à prendre conscience que le développement de l'enfant qu'il soit biologique ou adopté se fait par étapes et qu'ils ont à s'adapter aux rythmes de l'enfant.
- leur permettre de découvrir que l'enfant a besoin de limites, d'interdits et que l'intégration de la frustration est un facteur de structuration de la personnalité de l'individu.

- Ces entretiens ne sont donc pas des psychothérapies mais un temps de réflexion, de débroussaillage des problèmes, de soutien à la parentalité adoptive.

Les difficultés peuvent être ponctuelles et se régler dans le cadre de ces entretiens

- Ils peuvent déboucher sur des adresses vers des collègues psychologues et ou psychiatres pour des psychothérapies ou des lieux de soins quand les problèmes sont plus graves.

- Les parents peuvent aussi ne venir que pour des entretiens, parce que l'enfant a plus de six ans, ou qu'ils souhaitent parler seuls avec un praticien.

- Les entretiens sont aussi demandés par des membres de la famille qui s'inquiètent ou se questionnent.

- Ils sont aussi le fait de jeunes adultes adoptés qui viennent chercher là des réponses à leurs questions et un espace de réflexion...

C'est essentiellement un lieu de prévention des difficultés qui pourraient ou sembleraient liées à l'adoption avant qu'elles ne s'installent et ne perturbent gravement les relations intra familiales.

L'enfant peut ensuite être orienté vers le lieu d'accueil qui permet un temps d'observation autant pour les parents que pour l'enfant qui y retrouvent d'autres parents et d'autres enfants, et aussi des

professionnels dont le rôle est de les accompagner dans la découverte de leur enfant et de les aider à mettre des mots sur ce qu'il peut se passer.

## II / Les groupes de paroles : Préparation à l'adoption. Post adoption

Devenir parent par adoption nécessite une préparation qui, n'est, à présent, plus contestée. L'amour, le désir, ne suffisent en effet, pas, à faire face au traumatisme de l'abandon, aux difficultés de l'adolescence autour de la recherche des origines, à tout ce qui peut tenir aux « lacunes » de l'histoire du sujet, et, pour les enfants nés à l'étranger, aux différences liées au pays d'origine, aux carences affectives, éducatives, nutritionnelles éventuelles.

Durant l'attente de l'enfant, peuvent venir/surgir toutes de sortes de questions, de sentiments et d'inquiétudes, dont il est important que les parents puissent faire part dans un lieu neutre, non jugeant, parce que non partie prenante. Il faut qu'ils puissent en parler, réfléchir avec d'autres parents/futurs parents et des professionnels, afin de mettre au clair leur projet, en relation avec leur histoire personnelle et/ou de couple.

Cette préparation a pour but de mieux appréhender l'arrivée de l'enfant, et d'offrir ainsi aux parents la possibilité d'une réflexion pour l'accueillir dans les respects des droits de l'enfant, de son histoire, de ses particularités, de ses besoins...

Après son arrivée, les parents sont souvent surpris par les manifestations diverses de l'enfant. Profondément interpellés à la moindre difficulté, soucieux de bien faire, ils hésitent parfois à faire appel à des professionnels pour se faire aider. En effet, ils peuvent craindre une remise en cause de leur capacité à être parents, remise en question qu'ils s'appliquent et projettent sur les autres.

Quand ils ont à faire face à de réelles difficultés ou de réels soucis, il faut tout un travail pour évaluer ce qui pourrait tenir à l'adoption (l'histoire, les carences...), et ce qui tient à l'enfant et/ou à la relation qu'ils ont instaurée. Ils ont aussi à faire face au regard des autres, du social, que ce soit la famille, l'école, la société... Pour toutes ces raisons, et bien d'autres encore, il apparaît nécessaire de les accompagner, eux et parfois les enfants aussi.

Cet accompagnement a pour objet, là encore, de leur permettre de se questionner, de chercher à comprendre ce qu'il se passe pour eux et pour leur enfant, pour trouver les réponses qui leur conviendront au mieux.

Cette réflexion doit être menée avec d'autres parents mais aussi des professionnels, là encore, non jugeant et neutres. L'intérêt des groupes dans l'accompagnement de la parentalité adoptive, réside dans le fait que les parents peuvent ainsi partager leurs questions, se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls. Ils peuvent aussi échanger leurs expériences, leurs réponses aux questions qu'ils se posent. Les professionnels sont là pour soutenir les questions et la dynamique du groupe, proposer des pistes, apporter un regard extérieur et leur expérience. Dans le groupe se crée, en effet, une dynamique qui permet pour certains de s'exprimer plus facilement que dans une relation duelle. Le fait qu'il y aie un thème à chaque séance resserre les liens du groupe, et recentre sur un plus petit nombre de problématiques ce qui permet d'avancer peu à peu pour chacun.

Souvent, les groupes débouchent sur une demande d'entretien individuel. En effet, il y a des questions plus personnelles qui nécessitent une relation duelle, de l'intimité, et plus de temps pour pouvoir être approfondies.

### III / Le lieu d'accueil parents/enfants

Inspiré de la Maison Verte, ce lieu présente les particularités suivantes : accueil des enfants adoptés et de leurs parents adoptifs exclusivement, de six ans au plus.

Ce lieu permet aux parents et aux enfants de se retrouver pour un temps de jeu, un temps d'observation et de réflexion avec les deux accueillantes, psychologues cliniciennes. Les parents y retrouvent d'autres parents avec lesquels ils peuvent partager leurs préoccupations. Le regard non jugeant, les mots mis sur les situations par les accueillantes leur permettent de mieux comprendre où en est leur enfant, de dénouer des situations avant qu'elles ne s'enkystent dans une incompréhension réciproque.

L'évolution des enfants se montre dans leurs jeux, leurs capacités à entrer en relation avec les autres, leur façon d'être avec les autres adultes et enfants. Les deux accueillantes en jouant avec les enfants et en leur parlant, offrent aux parents, une possibilité de s'identifier à elles. Il « apprennent » ainsi à être parents.

Ces trois types d'intervention ont donc un objet de prévention de troubles relationnels parents/enfants. Ils ont également pour projet, en aidant les parents et les enfants à parler de ce qui les soucie, et qui est parfois douloureux pour les uns et les autres, tenant soit à l'infertilité du couple, soit à son abandon pour l'enfant, à ses difficultés rencontrées dans sa vie pré adoptive, carences ou maltraitances, à replacer et entendre les signes de souffrance des uns et des autres, à leur donner du sens et, donc, à permettre une « réorganisation » personnelle et interpersonnelle, évitant les signes plus graves d'une désaffiliation.

---

## Echanges avec la salle

---

### **De la salle**

Sage femme de PMI, je souhaite préciser que l'entretien du quatrième mois de grossesse est obligatoire. Par conséquent, nous ne nous adressons pas uniquement à des publics étiquetés « défavorisés ».

La maltraitance sur les enfants existe dans tous les milieux sociaux, mais les personnes « défavorisées » sont plus facilement stigmatisées. En outre, la visite du quatrième mois de grossesse a des visées de diagnostic. Au cours de cette rencontre, nous essayons de dépister des problèmes psychologiques tout en n'oubliant pas les aspects médicaux.

### **Philippe Augoyard**

Je travaille dans une PMI des Hautes Pyrénées. Pour faire suite à l'intervention précédente, je souhaitais savoir si, dans votre PMI de Seine Maritime, la visite du quatrième mois de grossesse revêt réellement un caractère obligatoire. De quelle manière les entretiens sont-ils organisés au sein de votre PMI ? Dans notre PMI des Hautes Pyrénées, nous les mettons actuellement en place. Les sages femmes jouent, dans ce cadre, leur rôle d'accueil et d'écoute personnalisés. Toutefois, nous avons pu remarquer que les personnes en grande difficulté ne s'adressent pas de manière spontanée aux professionnels de la PMI. Dès lors, l'entretien obligatoire du quatrième mois – par son aspect non stigmatisant – pourrait favoriser le dialogue avec ces personnes.

### **Martine DESMARES**

Au sein de l'hôpital public du Havre, des consultations de quarante cinq minutes existent déjà depuis huit ans. Aujourd'hui, la nouveauté réside dans le caractère « obligatoire » de cet entretien du quatrième mois de grossesse. Toutefois se pose le problème des effectifs. En effet, la durée de quarante minutes est purement théorique et, selon les cas, l'entretien peut être plus long. Certes, des moyens sont mis à disposition au travers des SROSS par l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Cependant, une confusion existe à ce propos. En effet, la consultation obligatoire du quatrième mois de grossesse s'inscrit en plus de l'entretien de début de grossesse et ne saurait s'y substituer.

Par ailleurs, lorsque le nouveau dispositif m'a été présenté, je l'ai immédiatement mis en place. En effet, l'organisation de cet entretien du quatrième mois pour entendre les patientes me semble une priorité. En outre, dans ce cadre, nous travaillons avec nos homologues du secteur libéral. Pour rappel, le projet, à l'origine, visait à favoriser le recours à la sage femme référente plutôt qu'au médecin, notamment pour des raisons de coût. Le but du projet consistait donc à reporter certaines activités du domaine public vers les sages femmes libérales qui pourraient assurer un suivi continu. Pour conclure, nous parvenons à organiser les entretiens du quatrième mois de grossesse, mais non sans difficulté. De plus, dans certains endroits, aucune différenciation n'est opérée entre la réalisation des tâches administratives et l'échange avec la patiente. Ainsi le dossier informatisé ne privilégie-t-il pas, à mon sens, l'écoute bienveillante. De surcroît, la conduite d'un entretien et l'écoute d'une patiente nécessitent des formations.

### **Nelly DEQUIDT**

Je travaille à la PMI de Moselle et je souhaite rappeler que les PMI ont été à l'origine des entretiens prénatals individuels. Aujourd'hui, les sages femmes libérales et hospitalières, aussi bien que les sages femmes de PMI l'ont été, sont en mesure de proposer à toutes les femmes et à tous les hommes ce temps d'échange.

Concernant les hommes, je remarque qu'ils ont à peine été cités dans les discussions qui se sont tenues. Ainsi a-t-il été expliqué qu'ils peuvent avoir une perception différente de celle de la mère dans le cadre du deuil. En revanche, ils sont peu nombreux à s'investir. Nous pouvons, dès lors, nous interroger sur les moyens qui pourraient être mis en œuvre afin de transformer une grossesse

en « projet d'enfant ». Comment partir d'une grossesse dont le désir peut être ambigu pour construire un « projet d'enfant » ?

Enfin, ma dernière question sera d'ordre davantage pratique et concernera le SAFED évoqué par Madame Morellec. En effet, ce dispositif est départemental et il est localisé à un endroit précis. Comment les femmes qui sont éloignées de ce centre peuvent-elles y faire appel ?

### **Jeanne MORELLEC**

Le SAFED est effectivement implanté au sein du CHU. Néanmoins, sa vocation est départementale et le SAFED assure le même type de service pour tous les établissements d'accouchement du département. Par ailleurs, les personnes qui orientent les femmes vers le SAFED proviennent de tous les horizons du département et de différents secteurs professionnels.

Le SAFED est intégré au réseau périnatalité « Bien naître en Ille et Vilaine » depuis la création de ce dernier et a tout de suite été positionné comme un acteur clé spécifique. Il ne pourra le rester qu'à la condition que tous les partenaires jouent correctement le jeu. Ils doivent donc entre autres, respecter les critères d'intervention de l'équipe pour solliciter cette dernière. En dehors du SAFED, le réseau doit être en mesure de délivrer des réponses de proximité pour les femmes qui rencontrent des difficultés moins graves et moins complexes. Faut-il, pour ce faire, construire des « mini SAFED » avec les autres professionnels dont la PMI ? S'agissant de l'entretien du quatrième mois de grossesse, il sera conduit par les sages femmes de PMI, hospitalières, libérales et par les médecins libéraux. Tous ces professionnels bénéficieront, pour mener cet entretien, d'une formation commune et d'une grille d'entretien similaire afin d'éviter autant que faire se peut, les intrusions intempestives dans la vie privée par exemple. Ces outils devraient permettre de disposer des informations nécessaires pour la mise en place d'un accompagnement en cas de besoin. Concernant l'entretien précoce, nous essaierons de l'articuler avec la préparation à la naissance et à la parentalité.

Nous souhaitons, en effet, proposer une préparation à la naissance à toutes les femmes enceintes dès le quatrième mois de grossesse plutôt que, comme à l'heure actuelle, au septième ou au huitième mois. Préalablement à cette organisation de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois associé à la préparation à la naissance, il convenait de vérifier l'accessibilité des séances de préparation à la naissance pour les femmes enceintes. Les données fournies par le premier certificat de santé à ce propos mettaient en évidence une réelle disparité d'accès suivant les territoires, d'où une double proposition d'une part, de renforcer les moyens des maternités via le réseau, d'autre part, d'impliquer davantage les sages femmes PMI sur les secteurs les moins bien pourvus afin que le même service puisse être proposé à la population sur l'ensemble du département.

### **Agnès SATGER**

Dans le département du Rhône, ce sont les professionnels PMI de proximité qui interviennent auprès des familles endeuillées par le décès d'un bébé. Nous travaillons avec les maternités du département et notre groupe, par exemple, rencontre régulièrement les assistantes sociales des maternités des hospices civils de Lyon. Les sages femmes et les puéricultrices de PMI se rendent, toutes les semaines, dans les maternités de proximité.

Lorsqu'ils sont informés du décès d'un bébé, les professionnels se réunissent pour parler de cette annonce, de ce que cela leur fait vivre, avant d'engager une visite à domicile. Ainsi un accompagnement ajusté se fait du côté des parents et des professionnels. La conduite de ce travail en commun est sans cesse à construire, rien n'est jamais acquis définitivement. Les situations et les familles sont à chaque fois singulières. Lorsqu'un professionnel part à la rencontre d'une famille, il doit le faire dans un état d'esprit de bienveillance et se mettre en position d'accueillir une situation nouvelle, singulière, pour laquelle il n'existe pas de recette.

### **Clotilde TURBIER**

Je suis Maire adjointe chargée de la petite enfance dans une commune du Val-de-Marne de treize milles habitants. Dans mes précédentes fonctions, j'étais responsable d'un service social dans un hôpital d'enfants de l'assistance publique.

Dans le cadre de mon travail, je reçois pour l'essentiel des femmes qui ont accouché et qui rencontrent des problèmes de garde. Au cours de ces entretiens, elles me font part des difficultés qu'elles rencontrent. Il me semble que les perceptions ressenties lors de ces rencontres devraient être communiquées au moment des commissions d'attribution des places en crèche.

### **Martine DESMARES**

Cette communication est d'autant plus difficile que rien ne doit être figé. En ce sens, l'évaluation est toujours, pour moi, source d'inquiétude. En effet, les perceptions sont très évolutives. Néanmoins, avec l'expérience, les professionnels apprennent à être de plus en plus prudents au travers des propos qu'ils tiennent. Par ailleurs, en ce qui nous concerne, nous communiquons avec les professionnels des PMI. Je tiens, en outre, à préciser que nous n'avons pas construit un réseau mais qu'il s'est mis sur pied sur le mode de l'échange. Par exemple, je peux conseiller à l'une de mes collègues de la PMI de rencontrer une personne dont la situation m'a préoccupée. Toutefois, il convient d'agir avec prudence. Nous savons, effectivement, que lorsque nous envoyons une patiente voir une psychologue alors qu'elle n'en a pas constitué elle-même la demande, elle risque de ne pas aller au rendez-vous.

Par ailleurs, vous avez évoqué votre groupe post natal. J'en anime également un. Parfois, dans ce groupe, « j'ouvre des portes qui se referment ». Autrement dit, je passe des messages que mes interlocuteurs n'entendent pas. Toutefois, le fait que je travaille en collaboration avec les sages femmes et les médecins de la PMI, que j'ai rencontré les femmes alors qu'elles étaient enceintes et que j'anime un groupe post natal incite les mères à venir participer à ce groupe. En règle générale, nous conseillons aux parents de venir à ce groupe pendant un an après la naissance de leur enfant. Nous pouvons, dans ce cadre, répondre à leurs multiples interrogations et inquiétudes. Les femmes nous transmettent, dans ce groupe, leur souffrance et les pères nous font part de leurs doutes et nous expliquent, parfois, que les mères ne les écoutent pas.

### **De la salle**

S'agissant de la place des pères, avez-vous souvent constaté que les pères fuient lors de la grossesse des mères ?

### **Martine DESMARES**

Il se peut que l'arrivée d'une grossesse soit l'occasion pour un couple de se séparer. La rencontre de ces femmes seules constitue l'un des aspects de notre travail quotidien.

---

## Interventions

---

**Une recherche action autour de la primiparité dans le Pas de Calais :**

**Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois »**

Dominique MARIAGE, Chef de Service Petite Enfance et Prévention

Dominique GUILLOTEAU, Sage-femme

**Une instance de concertation parents-professionnels :**

**« Pour construire avec les familles, un dispositif original de protection de l'enfance »**

Dr Serge BOUZNAH, Responsable de circonscription PMI de Seine Saint Denis

**La construction d'un référentiel d'évaluation des capacités parentales dans les situations de défaillances parentales précoces**

Patrick GREGOIRE, Conseiller technique CREA Rhône-Alpes

Pierrine ROBIN, Chargée d'études CREA Rhône-Alpes

# Une recherche action autour de la primiparité dans le Pas-de-Calais : Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois »

**Dominique Mariage**

Chef de service Petite Enfance et Prévention

**Dominique Guilloteau**

Sage-femme

---

## Introduction

### **Le développement de l'enfant selon une approche socio-écologique et systémique**

En matière de satisfaction des besoins physiques et psychosociaux de l'enfant (dont amour, sécurité, autonomie), la famille joue un rôle essentiel. En fonction de diverses contraintes et opportunités, les parents, « éducateurs de première ligne », aménagent et organisent le premier milieu de vie généralement proposé à l'enfant. Les pratiques quotidiennes de soins et d'éducation sont sources d'activités régulières et partagées avec l'enfant. Ces activités constituent les moteurs de son développement. Ce milieu de vie, dans lequel vont se créer des liens d'attachement entre l'enfant et les donneurs de soins, peut être considéré comme une « niche développementale » imbriquée dans un contexte socio-écologique plus large qui la façonne (Bronfenbrenner, 1979). Les routines de soin et d'éducation peuvent en effet être influencées par des variables contextuelles proximales (croyances ou théories naïves parentales, conditions de vie, stress chronique parental, santé mentale des parents, caractéristiques de l'enfant...) ou distales (normes, valeurs culturelles, mais aussi politiques économiques et sociales...). A partir de son analyse des processus interactifs de la dyade enfant-parent, Bronfenbrenner (1979) insiste sur l'importance du soutien social offert au donneur de soins, que l'aide émane d'une tierce personne (qui l'assiste, l'encourage, le relaie, lui donne un statut et lui exprime de l'admiration et de l'affection) ou des institutions économiques, sociales et politiques.

### **Devenir parent d'un premier enfant : une transition à négocier**

La grossesse et la naissance du premier enfant marquent l'accès au rôle parental et génèrent une transition individuelle et familiale. Le défi développemental est de faire face à de nouvelles tâches socialement prescrites. Le processus d'ajustement psychologique nécessite la mobilisation des ressources internes (compétences psychosociales) et externes (soutien social) disponibles pour exercer concrètement le nouveau rôle et faire face à des demandes multiples qui ne sont pas toujours faciles à satisfaire lorsque l'on est un parent inexpérimenté. La plupart du temps, les changements ne sont pas anticipés et les nouveaux parents ont parfois le sentiment de « vivre dans un nouveau monde accablant » (Kruckman et Smith, 1998 ; Nyström et Öhring, 2003). Ils se plaignent généralement d'un manque de connaissances en puériculture, se sentent démunis face aux contradictions des discours, voient leur qualité de vie se détériorer en raison de l'importance du temps à consacrer aux soins du bébé, et éprouvent des sentiments de perte de contrôle.

Des études montrent par ailleurs que la transition au rôle parental s'accompagne d'une détérioration de la qualité de vie plus marquée pour les femmes que pour les hommes, car la plus grande partie des

nouvelles tâches est en général assurée par les mères avec peu d'aide (Bee et Boyd, 2003 ; Romito, 1990 ; Taylor, 1996). Des expériences émotionnelles en décalage avec la culture émotionnelle formelle du bonheur maternel viennent aussi perturber les mères. L'image idéale de la maternité ne légitime pas le doute et l'ambivalence, ni les affects négatifs alors qu'ils font partie de l'expérience maternelle ordinaire (Bastien, Braconnier et de Tichey, 1998 ; Guéritault, 2004 ; Taylor, 1996). Face à la culpabilité, la plupart des mères mettent en place des mécanismes de défense comme le déni, ce qui n'empêche pas certaines de sombrer dans la dépression.

De ce point de vue, la transition au rôle parental peut être considérée comme une période de vulnérabilité avec des enjeux différents pour les femmes et pour les hommes. La négociation de la transition peut être encore plus difficile pour les mères socialement isolées.

### **Un travail d'accompagnement pour un projet partenarial de bientraitance.**

Permettre aux enfants de « grandir en santé » pourrait être défini comme un projet partenarial de bientraitance, les parents bénéficiant si nécessaire du soutien de tiers aidants qui reconnaissent et valorisent leurs compétences, et les aident à mettre en place des pratiques étayantes pour l'enfant. Cependant, il ne suffit pas d'offrir une aide. En effet, l'aide n'est pas systématiquement recherchée ni acceptée, comme le constatent les sages-femmes et puéricultrices de PMI du Pas-de-Calais, qui proposent des contacts pendant les périodes pré et post-natales à domicile ou sur des lieux de consultation. De leurs observations, ressort le besoin d'intervenir en priorité auprès des mères primipares et de mettre en demande les familles des services gratuits qui leur sont offerts. Mais quand l'aide est proposée par la PMI, quel risque prendrait un parent à avouer ses difficultés ? Pour lever les craintes et faciliter le partenariat avec les familles autour d'un projet commun il est peut-être nécessaire de modifier les postures professionnelles (Coulon, 2006).

### **Contexte et objectif de la recherche-action**

Avec la volonté d'améliorer l'accès et la qualité du support social offert aux familles, La Direction de la Protection Maternelle et Infantile (DPMI) du Conseil Général du Pas-de-Calais a engagé une réflexion sur les modalités de l'intervention précoce à partir d'une action innovante, le « Child Development Programme », expérimentée en Grande-Bretagne auprès de mères primipares, et présentée dans le cadre d'échanges avec le Kent. De ce programme, la DPMI a retenu quelques principes : une offre d'accompagnement à partir de la période prénatale jusqu'à la scolarisation de l'enfant, une méthode d'intervention favorisant l'autonomisation des parents et leur sentiment de compétence. Elle a donc saisi l'opportunité de la mise en place des programmes régionaux de santé (PRS) pour entamer en 2001 une collaboration avec les chercheurs de l'association GRAFPER (Groupe de Recherche d'Action et de Formation pour la Prévention de l'Enfance à Risque) qui s'est concrétisée par une recherche-action autour d'un programme d'accompagnement des parents d'un premier enfant.

L'objectif du programme « Etre Maman ou Papa pour la première fois » est de mobiliser et de développer les ressources adaptatives des parents et des enfants en renforçant dès la grossesse le support social actuellement offert à travers le dispositif de prévention précoce du Conseil Général du Pas-de-Calais. En valorisant la bientraitance, ce programme devrait favoriser la mise en place de comportements parentaux favorables au développement sain des enfants, renforcer le sentiment de compétence parental et améliorer le bien-être parental.

## I / Présentation du programme

### **Méthode de travail**

Un partenariat opérationnel et financier, renégocié chaque année lors des appels à projets du PRS « Santé des enfants et des jeunes », s'est établi entre le Conseil Général du Pas-de-Calais et l'association GRAPPER pour l'élaboration du programme d'accompagnement, sa mise en place et son évaluation.

Un comité de pilotage composé de représentants du Conseil Général et un groupe de travail ont été constitués. Le groupe de travail pluri-professionnel, piloté par Nathalie Coulon, porteuse du projet, s'est réuni régulièrement à partir de février 2002 pour définir les modalités de l'accompagnement et ses outils. Il est composé d'une sage-femme, deux puéricultrices, deux assistantes sociales, un médecin chef de PMI, une psychologue, une conseillère technique Petite Enfance-Puériculture. Il s'est réuni huit à dix fois par an. Un travail de recherche et de préparation a été réalisé en dehors des réunions par la porteuse du projet. Des réunions intermédiaires avec la conseillère technique Petite Enfance ont permis la mobilisation des ressources humaines et matérielles au sein du Conseil Général. Une mobilisation départementale a été réalisée en relayant l'information dans des réunions de travail par corps professionnel.

La mise en place du programme s'inscrit dans une logique de recherche-action qui permet aux professionnelles impliquées ainsi qu'aux parents volontaires d'être acteurs de la démarche et de son évolution. Le groupe de travail fait des propositions mais prend en considération les retours des professionnelles et ceux des parents sollicités (dans le cadre de l'accompagnement ou pour des pré-tests des outils d'évaluation).

### **Le protocole et les outils de l'intervention**

#### **Le protocole**

Le protocole propose une information systématique à toutes les mères primipares dès le quatrième mois de grossesse et un accompagnement aux mères primipares ne travaillant pas, du quatrième mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, à domicile ou sur les lieux d'accueil collectif. Les parents peuvent rencontrer, selon les moments et leurs besoins, différent-e-s professionnel-le-s : sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales, médecins, psychologues, conseillères en éducation sociale et familiale.

Dans le cas de l'accompagnement, la fréquence des contacts proposés est de

- deux contacts pendant la grossesse à partir du quatrième mois ;
- un contact mensuel de la naissance aux trois mois de l'enfant ;
- un contact tous les deux mois de quatrième au douzième mois avec un bilan aux neuf mois révolus de l'enfant ;
- un contact à seize, vingt et vingt quatrième mois, avec un bilan au cours du vingt quatrième mois.

L'éthique de l'intervention se fonde sur un partenariat parent-professionnel-le avec une valorisation du travail parental et une mobilisation de différentes formes de soutien social (informatif, émotionnel, d'estime, instrumental). Lors du contact, il s'agit d'établir une relation étayante à partir des questions, croyances, tracas et émotions des parents, et de travailler avec eux sur la résolution des problèmes qu'ils rencontrent avec leur enfant.

## **Les outils de l'accompagnement**

Après une évaluation des besoins, plusieurs documents à destination de tous les parents ont été créés :

- la plaquette « Qui peut m'aider ? » informant sur les ressources offertes sur le secteur du domicile familial ;
- la fiche « Surveillance de la grossesse » informant sur les examens médicaux obligatoires et souhaitables ;
- la fiche « Après la grossesse, quelle contraception ? » présentant les différentes contraceptions et leur compatibilité avec l'allaitement ;
- la fiche « J'attends bébé et je prépare sa venue » présentant une liste du matériel de puériculture minimal à acquérir et son coût.

L'outil original de médiation famille-professionnel-le-s qui a été conçu est un classeur, qui pourra devenir un album de souvenirs. Il contient six fiches thématiques sous forme de bandes dessinées, des feuillets pour recueillir des photos et les observations des parents concernant les progrès de leur bébé, leurs trucs et astuces à partager avec d'autres parents, et une pochette dans laquelle pourront être rangées les plaquettes d'information offertes par les professionnel-le-s.

Les bandes dessinées permettent d'aborder les difficultés ordinaires de l'ajustement parental en les dédramatisant. Elles constituent des supports pour travailler la résolution de problèmes dans une logique d'autonomisation : à partir des exemples illustrés, les parents sont encouragés à trouver par eux-mêmes des solutions possibles aux éventuels problèmes rencontrés avec leur enfant. Les thématiques abordées sous cette forme sont les suivantes :

- l'hygiène de vie et le vécu de la grossesse (fiche « En attendant Bébé »)
- les difficultés ordinaires de l'ajustement parental et leur vécu (fiche « Pas facile le métier de parent »)
- les soins de puériculture et les interactions précoces (fiche « Autour du bain de Bébé »)
- le sommeil de l'enfant (fiche « Autour des rythmes de Bébé »)
- l'éveil de l'enfant (fiche « Autour des jeux de Bébé »)
- l'éducation (fiche « Autour des bêtises de Bébé »).

Dans le but d'avoir un cadre de référence commun pour l'intervention, un classeur « ressources » à destination des professionnel-le-s a été créé. Il contient des repères méthodologiques, diverses plaquettes d'information sélectionnées pour compléter si nécessaire l'information donnée aux parents, ainsi qu'une grille d'entretien prénatal pour la sage-femme et une autre pour l'assistante sociale réalisées pour ce programme. Les bandes dessinées ont été reproduites sur des supports rigides au format A3 et mises à disposition des sites expérimentaux dans des valisettes pour leur permettre de réaliser, selon leur souhait, des animations collectives.

## **Les outils d'évaluation des bilans du dixième et vingt quatrième mois**

Pour les deux bilans prévus, plusieurs questionnaires ont été créés. Tous les questionnaires à destination des parents ont été formulés soit en direction des mères, soit en direction des pères, mais les questions sont les mêmes pour un âge donné de l'enfant.

Le questionnaire « Bilan de santé du bébé » est à remplir par le médecin de PMI qui rend compte de ses évaluations. Il lui est demandé de réaliser une exploration plus globale que celle généralement

pratiquée pour le bilan médical traditionnel. Il relate à partir d'une grille de trente deux questions, majoritairement fermées, les conditions de l'examen réalisé, le nombre d'hospitalisations de l'enfant, les éventuels suivis spécialisés, les lieux de socialisation fréquentés, les domaines de préoccupations des parents, l'alimentation de l'enfant, l'appréciation de la qualité du développement général et par domaine (l'éveil psychomoteur, croissance staturo-pondérale, vision, audition, sommeil), l'aide proposée au cours du bilan (conseil, type d'orientation en fonction de l'évaluation). Quelques questions diffèrent pour les bilans des dixième et vingt quatrième mois.

Les questionnaires sur « le développement social et émotionnel » des dixième et vingt quatrième sont des traductions et adaptations des questionnaires américains *Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional (ASQ : SE)* de Squires, Bricker, et Twombly (2002) qui explorent, à différents âges, la perception parentale de sept catégories de comportement de l'enfant (l'autorégulation, l'obéissance, la communication, le fonctionnement adaptatif, l'autonomie, les affects, et les interactions sociales). Pour chaque âge, notre version française se présente sous la forme d'une grille comportant vingt deux courtes affirmations pour lesquelles une réponse est à cocher parmi celles proposées dans trois colonnes (« Oui, très souvent », « Oui, de temps en temps », « Non, jamais ou rarement »), la quatrième colonne est à cocher si le comportement évoqué inquiète le parent.

Le questionnaire « Conditions de vie familiales » comporte neuf questions fermées relatives aux conditions de vie familiale (composition familiale, type de logement, revenus, niveau d'éducation, formes d'activités professionnelles).

« Ma vie quotidienne de maman ou de papa » est un questionnaire créé pour le programme. Il se présente sous la forme d'une grille avec cinquante six propositions (orientées en part égale, positivement et négativement). Il explore six domaines : la perception du rôle et des tâches parentales, la perception des relations avec l'enfant, avec le conjoint, avec l'entourage social, le sentiment d'efficacité, le sentiment épuisement. Les réponses à cocher dans des colonnes sont : « Oui, très souvent », « Oui, de temps en temps », « Non, jamais ou rarement ».

Le questionnaire « Support social formel et informel », se présente sous la forme d'une série de vingt huit questions fermées et deux questions ouvertes. Il explore la perception du soutien offert par l'entourage et les professionnels de santé, l'usage et l'utilité perçue des outils créés pour le programme. Quelques questions ont été modifiées pour l'examen du vingt quatrième mois.

## II / Expérimentation du programme

Trois Maisons du Département Solidarité du Pas-de-Calais ont accepté d'expérimenter le programme. Il s'agit des sites d'Arras Nord, de St Omer et d'Arques. Au total cinquante cinq professionnelles ont été formées à la démarche de l'accompagnement (médecins, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues, conseillère en économie familiale). Chaque professionnelle des sites pilotes a reçu le classeur « ressources ». Une stagiaire psychologue est intervenue en tant que porteuse du projet inter-sites à partir de janvier 2006.

Les modalités de l'expérimentation ont été définies avec les sites volontaires. Les familles bénéficiaires du programme sont déterminées à partir des certificats de grossesse reçus de fin novembre 2004 à décembre 2006. Les bénéficiaires de l'information prénatale sont des familles avec des mères primipares. Les bénéficiaires de l'accompagnement sont des familles avec des mères primipares ne travaillant pas. Ces familles sont d'emblée bénéficiaires si elles vivent sur le secteur pilote du site d'Arras-Nord, mais tirées au sort pour les sites d'Arques et St Omer.

L'expérimentation démarrée en décembre 2004 se poursuivra jusqu'en mai 2009 pour les besoins de l'évaluation. Les objectifs sont de rencontrer au moins une fois 80% des familles contactées, en PMI ou à domicile, entre le quatrième mois de grossesse et le premier mois suivant la naissance, et d'accompagner 20% des familles contactées, c'est à dire les rencontrer au moins cinq fois, en PMI ou à domicile, entre le quatrième mois de grossesse et les deux ans de l'enfant.

### **Actions d'information et d'accompagnement**

Dès réception des avis de grossesse, les documents d'information sont envoyés accompagnés d'une lettre de contact et de félicitations avec une mise à disposition de l'assistante sociale, et

- une mise à disposition de la sage-femme pour les non-bénéficiaires du programme
- un rendez-vous à domicile proposé par la sage-femme pour les bénéficiaires du programme.

Les familles bénéficiaires sont systématiquement contactées par courrier une fois pendant la grossesse, puis trois fois après la naissance de l'enfant (à réception des certificats de naissance, pour les bilans du dixième et vingt quatrième mois). A tout moment, elles peuvent accepter ou refuser l'accompagnement mais restent potentiellement bénéficiaires sur la période définie du quatrième mois de grossesse aux deux ans de l'enfant.

Lors du premier contact, la famille est informée de l'action et reçoit le classeur.

Si le contact est accepté en prénatal, la sage-femme évalue avec la famille son besoin d'accompagnement et l'informe du protocole de contacts. Elle insiste sur le fait que les parents pourront donner leur avis sur cette forme d'accompagnement en cours d'expérimentation lors des évaluations des dixième et vingt quatrième mois, pour lesquelles ils recevront une convocation. Ce même travail est réalisé par la puéricultrice si le contact n'est établi qu'à la naissance.

### **Bilans des dixième et vingt quatrième mois**

Lorsque l'enfant arrive à son neuvième mois, les parents reçoivent une convocation pour faire un bilan de santé gratuit en consultation d'enfants avec les coordonnées de la puéricultrice de leur secteur. Quelques jours avant le rendez-vous proposé, ils sont contactés par téléphone pour confirmer ou non leur souhait de participer au bilan, prévoir un autre moment ou un rendez-vous à domicile.

Ce bilan sur rendez-vous est organisé en fin ou début de consultation pour être réalisé dans les meilleures conditions possibles. Il dure environ une heure et se déroule en trois temps.

Pour commencer, les parents sont accueillis par la puéricultrice et la stagiaire psychologue. Elles expliquent le déroulement du bilan et présentent l'enquête associée à l'évaluation. Les parents sont invités à remplir un premier document intitulé « Mon enfant à neuf mois » sur lequel figure une proposition de participation à l'enquête, menée par des chercheurs de l'université de Lille 3, précisant le déroulement de la passation et la confidentialité des réponses s'ils acceptent de participer. Les premières questions suivent l'ordre suivant : « conditions de vie familiales » puis, « le développement social et émotionnel ». Ce document est rempli approximativement en quinze minutes. Il se termine par les questions ouvertes relatives aux éventuelles préoccupations parentales, supposées faciliter les échanges avec la puéricultrice (qui fait son travail habituel) et le médecin qui reçoit ensuite la famille. Les parents placent le document sous enveloppe cachetée dans une urne prévue à cet effet.

Le médecin réalise l'examen de santé du bébé et remplit la grille codée du « Bilan de santé de l'enfant » du dixième mois qu'il glisse sous enveloppe cachetée et place dans l'urne prévue à cet effet.

Les parents sont reçus après par la stagiaire psychologue qui leur propose de remplir un document intitulé « Ce que je vis en ce moment ». Après présentation de l'objectif, les questions suivent l'ordre suivant : « ma vie quotidienne de maman (ou de papa) », « support social formel et informel ». Une fois rempli, le document est déposé sous enveloppe cachetée dans l'urne prévue à cet effet. Selon les préoccupations exprimées, la stagiaire peut leur proposer de rencontrer la psychologue de prévention. Pour terminer cette dernière phase, les parents sont invités à exprimer leurs impressions et remarques sur l'ensemble de ce bilan. Ils sont avertis qu'ils seront recontactés pour le bilan du vingt quatrième mois.

Pour le traitement des données, chaque enveloppe codée est ouverte à l'université et les données anonymes sont saisies par l'équipe de recherche impliquée dans l'évaluation. Aucune information nominative ne sera retransmise aux équipes des sites pilotes.

### III / Résultats

Comparée à la procédure de contact par tirage au sort, la procédure de contact systématique des mères primipares sur un secteur défini a facilité l'application du protocole prévu et a renforcé la mobilisation des professionnelles impliquées. Cette facilitation s'explique aussi par le fait que la sage-femme, membre du groupe de travail, a été porteuse du projet sur le site avec contact systématique en initiant le programme. L'arrivée d'une stagiaire psychologue au début de la seconde année d'expérimentation en 2006 a permis une remobilisation de toutes les équipes impliquées et facilité l'organisation du suivi et de l'évaluation du programme.

Au terme des deux premières années d'expérimentation, 63,59% des deux cent vingt huit familles contactées ont accepté une première visite à domicile (54,38% pendant la période prénatale, 9,21% pendant la période post-natale). Le bilan des neuf mois a été accepté par presque 80% des cinquante quatre familles contactées. Avant ce bilan, environ 20% des familles bénéficiaires ont déménagé.

Les professionnelles des PMI voient dans cette démarche d'accompagnement une valorisation de leur travail à travers la formalisation de l'accompagnement et de la visite à domicile. Leur rôle en matière de promotion et d'éducation pour la santé leur paraît plus visible, la PMI, ce n'est pas que « Poids et Mesures » selon les propos d'une puéricultrice impliquée dans l'expérimentation.

L'accueil très favorable des parents sur le site d'Arras-Nord où l'expérimentation est circonscrite à un secteur est encourageant. Certaines mères expriment leur fierté d'être sollicitées et de participer à l'expérimentation. Les professionnelles impliquées ressentent un changement dans leurs postures de travail. Le programme ne change pas vraiment la pratique habituelle mais l'accompagnement est présenté autrement aux parents, les phrases ne sont pas les mêmes, le relais avec les autres professionnelles est évoqué et la relation semble « privilégiée ». L'intervention centrée sur la famille, et pas uniquement sur le bébé, est appréciée : les mères se sentent écoutées, valorisées ; les pères se sentent plus concernés ; et la confiance s'établit plus facilement, les échanges sont plus riches. L'évaluation partagée lors du bilan de santé de l'enfant est vécu par les professionnelles et les parents comme un temps d'intervention où l'on crée les opportunités d'en faire un moment privilégié.

La stagiaire-psychologue est devenue une personne-ressource pour le programme et sa présence facilite l'organisation d'animations collectives autour du programme (cette nouvelle modalité d'intervention est en cours d'expérimentation sur les trois sites pilotes).

## IV / Conclusion

Pour conclure, le programme semble favoriser un partenariat parent-professionnelle à travers une nouvelle relation, ce changement s'appréhende à travers de nouvelles attentes et demandes d'action collectives de mères adhérant à la démarche. L'enquête menée dans le cadre de l'évaluation du programme nous apportera par ailleurs des éléments concernant les besoins de soutien social des mères et des pères de jeunes enfants.

## Bibliographie

- Bastien, V., Braconnier, M. & de Tyche, C. (1998). Dépression postnatale : Facteurs de risque et modalités de prévention (pp. 139-155). In C. de Tyche (Ed.), *Psychologie clinique et prévention*. Paris : EAP.
- Bee, H., & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : les âges de la vie*. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Coulon, N. (2006). Promouvoir la santé des jeunes enfants. *La santé de l'homme*, 384, 24-25.
- Early Childhood Development Unit (1988). *The Child development Programme*, Department of Social Work, University of Bristol.
- Guéritault, V. (2004). *La fatigue émotionnelle et physique des mères : le burn-out maternel*. Paris : Odile Jacob.
- Kruckman, L. & Smith, S. (1998). *An introduction to postpartum illness*. Postpartum Support International : <http://www.postpartum.net>.
- Nyström, K., & Öhring, K. (2003). Parenthood experiences during the child's first year : literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant : Etude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum*. Neuchâtel, Paris : Delachaux & Niestlé.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Taylor, V. (1996). *Rock-a-by baby : Feminism, self-help, and postpartum depression*. New York : Routledge.







## Une instance de concertation parents/professionnels : « Pour construire avec les familles, un dispositif original de protection de l'enfance »

**Serge Bouznah**

Responsable de circonscription, PMI de Seine Saint Denis

---

Je vais vous présenter un dispositif technique intitulé «instance de concertation Parents-professionnels » que nous avons mis en place en 2003 dans le cadre d'une recherche-action en Seine Saint Denis. Il a pour objectif d'associer étroitement les parents aux mesures de soutien envisagées pour leur enfant dans le cadre de la protection de l'enfance. Après une évaluation sur trois années, ce dispositif, initialement limité à une circonscription, a vocation aujourd'hui à être diffusé à l'ensemble du département

En fait la pratique que nous avons développée dans le domaine de la protection de l'enfance vient croiser celle que j'ai expérimentée dans le domaine médical et plus spécifiquement dans le champ de la pathologie chronique

Sur les deux terrains, nous avons mis en place un dispositif technique de régulation ou de médiation dont les principaux points communs sont les suivants :

- Le dispositif est saisi par des professionnels lorsqu'ils rencontrent une difficulté dans la mise en place d'un projet.
- Il associe dans un même lieu, le ou les professionnels concernés ainsi les membres de la famille impliqués.
- Il est animé par des professionnels de l'institution.

Si à priori les deux terrains de la protection de l'enfance et de la médecine semblent très éloignées l'un de l'autre, ils s'en rapprochent cependant par le fait qu'ils sont le théâtre d'une rencontre entre des usagers profanes, très souvent vulnérables de surcroît, et des professionnels experts issus de mondes de plus en plus complexes.

Ces deux mondes ont également en commun d'évoluer constamment vers plus de spécialisation. Cela est avéré en médecine mais aussi dans le domaine de la protection de l'enfance dans lequel le mouvement de spécialisation s'accompagne d'un cloisonnement toujours plus grand des acteurs professionnels qu'ils soient éducateurs, assistants sociaux, médecins, psychologues. Chaque professionnel devient alors dépositaire d'un fragment de plus en plus étroit de la problématique de l'usager rendant pour le moins complexe, une approche globale des situations.

Une distance s'est creusée entre ces mondes professionnels et les réalités concrètes de ceux qui font appels à leurs services. Cette distance est particulièrement mise en lumière avec les migrants dont les modes de vie, d'agir et de penser sont parfois très éloignés des théories faisant consensus en occident.

Il y a donc dans ces deux situations, une vraie problématique de la rencontre entre l'utilisateur qu'il soit patient ou client, et ces systèmes professionnels. Cette problématique peut être déclinée autour deux questions :

Comment traduire aux usagers les logiques d'intervention des professionnels et permettre à ceux-ci de devenir des acteurs possibles de leur prise en charge ?

Comment permettre l'émergence d'une parole profane dans un monde d'experts, condition essentielle à l'émergence des potentialités locales, familiales ou communautaires ?

Ces deux questions sont pour nous centrales, elles seront présentes tout le long de mon exposé.

Pour les aborder, je souhaite partir d'une situation que nous avons rencontrée. Je vais donc vous parler d'une jeune femme d'une vingtaine d'années, que j'appellerai Agnès que nous avons reçue à l'instance.

Dès le début de l'entretien, nous sentons Agnès très tendue alors qu'elle s'installe sur son siège, serrant son bébé étroitement contre son corps. Le petit Antoine a du mal à trouver sa position dans les bras de sa mère. L'inquiétude d'Agnès est si perceptible qu'après les présentations d'usage, nous lui expliquons longuement les raisons de notre rencontre. Agnès s'apaise. Ce jour là, Yamina Zimini qui est éducatrice de formation et moi-même animons l'instance soutenue par Geneviève, médiatrice culturelle, qui est là pour nous aider à comprendre la problématique familiale resituée dans son contexte culturel. Agnès est en effet d'origine congolaise. Geneviève lui précise les raisons de sa présence et la possibilité, si elle le souhaite, d'utiliser sa langue maternelle, le lari, pour évoquer ses difficultés. Agnès maîtrise très bien le français, mais c'est en lari qu'elle échange avec Geneviève, non sans un certain plaisir, les premières paroles.

Une première remarque : nous avons fait le choix d'initier ce nouveau dispositif à l'intérieur de l'institution départementale, dans les locaux de la circonscription de PMI. Nous recevons les familles et les professionnels dans un lieu accueillant et spacieux, un espace convivial où aucun bureau ne sépare parents et professionnels : autour d'une table basse et de quelques rafraîchissements, les chaises sont disposées en cercle.

Les modalités d'échange de l'instance procèdent de techniques puisées dans le domaine de l'approche clinique ethnopsychiatrique et de l'approche systémique. Aussi, lorsqu'il apparaît – comme c'est le cas dans la situation d'Agnès - que l'approche culturelle peut aider à mieux comprendre et à dénouer une situation, nous faisons appel à un professionnel médiateur de même origine que la famille. Sa connaissance intime des systèmes familiaux et des ressources communautaires sont alors des aides précieuses.

*Le médecin de PMI qui accompagne Agnès relate les événements et les sérieuses inquiétudes qui ont motivé l'instance de concertation : Agnès avait rendez-vous dans un service social départemental. Arrivée très en retard, elle n'a pu, malgré son insistance, être aussitôt reçue par l'assistante sociale déjà en entretien. La secrétaire chargée de l'accueil tenta de l'apaiser et de la faire patienter. Mais Agnès s'énerma au point que soudain, sans que personne ne puisse anticiper son geste, elle jeta son fils par terre. Le petit Antoine fût hospitalisé en urgence. Heureusement, aucune séquelle somatique ne fût dépistée. Devant la gravité du geste et la fragilité globale de la situation, le service social décide l'envoi d'un signalement en urgence à l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance et demandent une mesure de protection pour Antoine. Parallèlement un rapport est transmis par la PMI donnant lui à contrario, des éléments rassurants sur le lien mère-enfant.*

*Au vu de ces rapports, l'inspecteur fait le choix de ne pas transmettre au parquet, et sollicite une évaluation complémentaire des équipes de terrain. Lors d'une réunion protection de l'enfance, l'instance de concertation est alors proposée sous réserve de l'accord d'Agnès.*

Agnès écoute avec inquiétude les propos de son médecin. « Protection de l'enfance, signalement... », Elle perçoit la gravité de ces mots mais elle a du mal à comprendre le rôle des

différents protagonistes. Naturellement elle connaît la P.M.I et le service social mais cet inspecteur A.S.E, ce juge pour enfants dont elle découvre l'existence, qui sont-ils ? Quels sont leurs rôles ? Ont-il vraiment le pouvoir de lui prendre son enfant ? Pourquoi les médecins de l'hôpital n'ont-ils pas voulu laisser sortir Antoine, alors que tous les examens étaient normaux ? Les questions se bousculent dans sa tête. Nous allons consacrer un temps important de l'entretien pour y répondre.

Un premier constat s'impose au travers des interrogations d'Agnès. Si la multiplicité des intervenants traduit la richesse de notre dispositif, elle en signe également la faiblesse, par sa difficile lisibilité pour les usagers.

La multiplicité des acteurs et donc des points de vue exprimés sur l'enfant associée à la complexité des procédures est source d'incompréhension pour les familles. La technicité de la terminologie utilisée par les professionnels vient renforcer la distance avec l'utilisateur.

Une première contrainte (ou impérieuse nécessité) s'impose aux institutions responsables de la protection de l'enfance, celle de clarifier ou plus précisément de traduire leurs logiques d'intervention. Ce travail de traduction dont l'objectif ultime est bien de restituer le sens de l'intervention professionnelle, doit être réalisé pour l'ensemble des familles ayant à faire avec ce dispositif. Il ne doit évidemment pas être réservé qu'aux familles migrantes dont la distance culturelle nous laisserait supposer une difficulté de compréhension des modèles occidentaux concernant la protection de l'enfance.

Revenons à Agnès ; *En des termes simples, aidés par la traduction de Geneviève, nous lui expliquons le cadre d'intervention des différents acteurs impliqués dans sa situation. Nous lui précisons également comment fut perçue la violence de son geste et l'obligation faite aux professionnels de signaler les éléments de danger concernant un enfant. A son tour, Agnès prend la parole. On la sent plus à l'aise. Elle explique d'une voix douce, parfois cassée par l'émotion, son parcours difficile et ce qui s'est passé lors de cette dramatique journée au service social.*

*Agnès était arrivée en France depuis plus d'un an. Hébergée temporairement chez des amis, elle va s'enfoncer progressivement dans le monde des personnes sans domicile fixe, passant d'un lieu d'hébergement à l'autre. Quelques jours avant le fameux rendez-vous, Agnès était hébergée dans une commune du Nord du département, très éloignée du service social dont elle dépendait. La veille du rendez-vous, Antoine était tombé malade. Le matin même, trop inquiète pour son fils, Agnès passa chez son médecin avant de se rendre au service social. La visite imprévue chez le médecin va provoquer son retard. Agnès n'explique pas ce qui c'est passé alors. Elle se souvient naturellement de son altercation avec la secrétaire du service, mais elle n'arrive pas à comprendre ce qui provoqué la chute de son enfant. Elle a du mal à trouver les mots précis pour décrire son état. Ce rendez-vous était si important pour elle. Elle souhaitait faire le point sur l'avancée des démarches mais surtout, elle espérait confier ses inquiétudes et chercher un peu de réconfort. Agnès se tourne vers Geneviève, la médiatrice, pour lui parler en lari. Geneviève nous traduit alors l'expression utilisée qui signifie « hors d'elle », ne plus avoir le contrôle de son corps. Geneviève nous explique que l'on utilise cette expression dans des situations extrêmes où du fait d'une grande frayeur ou d'un traumatisme brutal, la personne est brutalement expulsée de son enveloppe charnelle. Geneviève explique que dans cet état la personne peut faire n'importe quoi, y compris un passage à l'acte sur elle ou sur un proche. Agnès laisse couler ses larmes car elle sait la gravité de son geste. Le médecin à son tour nous explique que toute l'équipe de la P.M.I a été très surprise à l'annonce du signalement. En effet, Antoine bénéficie d'un suivi régulier depuis sa naissance et Agnès a toujours été perçue comme une mère très attentionnée, très proche de son fils.*

Grâce aux interprétations données par la médiatrice et aux éléments contextuels apportés par le médecin de PMI, nous pouvons alors mieux appréhender la profondeur du désespoir qui l'a saisie lorsqu'elle fut confrontée ce jour là à la double épreuve de la maladie de son enfant et de

l'impuissance à débloquer la ronde incessante des hébergements précaires. La compréhension de la crise qui s'est déroulée dans le service social nous amènera à nous questionner sur la fragilité d'Agnès et sur son isolement familial. Pourquoi se retrouve t-elle seule pour faire face à tous ses problèmes ? Agnès accepte très facilement de nous confier son histoire.

*Agnès est née à Brazzaville. Son père est un Vili de Pointe Noire<sup>2</sup> alors que sa mère est lari<sup>3</sup>. Le couple a très peu vécu ensemble et il se sépare un an après la naissance d'Agnès. Elle est élevée par sa mère et par René, le nouveau mari de cette dernière auquel elle était très fortement attachée. Agnès fait des études brillantes jusqu'au baccalauréat. Elle décide alors de partir en Europe pour « poursuivre ses études et découvrir le monde ». C'est une crise sérieuse avec sa famille. Son père n'est pas d'accord avec son départ. Il lui refuse toute aide financière et rompt avec elle. Malgré cela, elle poursuit son projet, montrant une ténacité sans faille. Seul René la soutient. Elle part dans un premier temps à Londres où elle débute des études en comptabilité. Elle rencontre alors le papa d'Antoine avec qui elle va vivre « une histoire très forte ». Il est aussi congolais et lui propose le mariage. Il semble qu'il lui soit impossible de régulariser sa situation administrative en Angleterre. Elle décide alors de partir en France alors qu'elle est enceinte, car elle pense pouvoir bénéficier plus facilement de la nationalité française car son père la possède<sup>4</sup>. Elle sollicite ce dernier afin d'obtenir tous les papiers faisant valoir sa filiation et ainsi obtenir la nationalité française. C'est son objectif essentiel, elle ne se rend pas compte alors qu'en faisant cette démarche, elle contrarie très gravement sa mère et aussi René qui s'est senti offensé. Geneviève nous explique que les lari sont un groupe matrilineaire et que la filiation se fait du côté maternel. C'est dans ce contexte qu'Agnès apprend le décès de René, déjà gravement malade et auquel elle était si attachée. Deux mois après elle accouche d'Antoine.*

*Elle nous décrit cette période avec beaucoup de tristesse. Elle se sent alors véritablement seule malgré les liens réguliers qu'elle entretient avec le père d'Antoine. Son désarroi est sincère et réelle sa difficulté à protéger son fils.*

*En effet comment protéger son enfant quand soi même on ne bénéficie pas de la protection de ses propres parents. Geneviève traduit longuement en lari cette hypothèse.*

*Agnès réagit aussitôt, elle sait qu'elle est dans une double transgression. Elle a décidé seule de son départ et n'a pu bénéficier de la protection de ses parents et notamment celle de son père si essentiel lorsque l'on quitte sa famille. Agnès sait également qu'elle a gravement peiné sa mère et son beau-père qui ont vécu ses démarches comme une véritable trahison. Elle est d'accord pour penser qu'il y a un lien entre ces événements et les difficultés successives qu'elle a traversées jusqu'à l'accident d'Antoine. Elle sait qu'il est maintenant très urgent de réparer ces transgressions et de lever les malentendus avec ses parents.*

*Une longue discussion va nous permettre de construire avec Agnès les conditions de réconciliation avec sa famille.*

L'instance de concertation parents-professionnels vise donc une double finalité : d'une part, rendre les parents actifs dans les mesures de soutien nécessaires pour leur enfant, et d'autre part, soutenir les professionnels pour construire un projet en les aidant à identifier et à mobiliser l'ensemble des potentialités familiales.

Une des caractéristiques forte du dispositif est de ce confier à un professionnel de l'institution et non à un tiers extérieur, la responsabilité de l'animer. Ce professionnel doit maîtriser les logiques de protection de l'enfance et être formé aux techniques d'entretien de groupe.

---

<sup>2</sup> Ville portuaire aujourd'hui, premier pôle économique du Congo. Les vilis appartiennent au grand groupe *Kikongo* et sont une des ethnies dominantes du littoral congolais. Ils sont matrilineaires.

<sup>3</sup> Les laris appartiennent également au groupe *Kongo*, ils sont également matrilineaires.

<sup>4</sup> Statut particulier des résidents de Pointe Noire, héritage de la période coloniale.

Les entretiens d'une durée moyenne de trois à quatre heures, débutent par une clarification des logiques d'intervention des professionnels de la protection de l'enfance. L'animateur de l'instance questionne ses collègues afin de restituer aux familles la genèse des interventions qui ont eu lieu ainsi que le sens qui leur est donné en protection de l'enfance. Ces professionnels qui appartiennent souvent à des services différents, voire à des institutions différentes, s'expriment ensemble devant la famille. Cette pratique rompt avec les logiques de cloisonnement très souvent dénoncées (Brisset, 2004). Les différents points de vue sont présentés dans leur diversité, leur convergence mais aussi dans leurs désaccords éventuels. Un véritable débat régulé par l'animateur de l'instance s'engage devant les familles. Nous ouvrons ainsi la possibilité pour ces familles de s'emparer du discours professionnel, de le questionner, d'en devenir ainsi des protagonistes actifs.

Dans un second temps, l'animateur fait émerger le point de vue des familles sur leurs propres difficultés ainsi que le sens que prend l'événement dans leur parcours de vie. Il doit, pour cela, réunir les conditions permettant aux familles de s'installer dans une relation de confiance, socle incontournable à l'émergence d'un projet consenti.

Une fois l'ensemble des points de vue exprimés, ceux des professionnels ainsi que ceux de la famille, l'animateur de l'instance propose des pistes de travail qui impliqueront non seulement l'institution pour les soutiens qu'elle peut prodiguer, mais également la famille dans les ressources qu'elle doit mobiliser pour participer à la protection des enfants.

L'objectif est bien de créer les conditions d'un partenariat avec les familles en associant au mieux responsabilité parentale et protection de l'enfant. Cela nécessite une alliance parents-professionnels autour de l'enfant permettant une prise de risque conjointe et des engagements réciproques.

J'aimerais conclure mon exposé en disant que la chute d'Antoine a fait basculer sa mère dans le monde de la protection de l'enfance. Agnès a été confrontée seule à la complexité de ce système, à ses logiques internes, à ses multiples professionnels dont les champs d'interventions se croisent et parfois s'emmêlent.

Une lecture exclusive de la situation d'Agnès et de son enfant sur l'angle de la défaillance parentale n'aurait certainement pas permis d'établir un lien de confiance et la construction d'un projet de soutien. Cette lecture aurait conduit à des mesures de réparation ou de substitution. Le risque était grand alors de renforcer la marginalisation et la vulnérabilité d'Agnès et à terme, sans doute, celle d'Antoine.

La construction d'un projet global en protection de l'enfance implique en général la participation de nombreux acteurs. Favoriser le décroisement des services intervenant dans la protection de l'enfance est une nécessité, créer des dispositifs qui permettent une lisibilité par la famille de l'ensemble des points de vue émis sur l'enfant en est son corollaire.

Si la volonté des professionnels pour faire évoluer les pratiques est une condition de base, elle n'est cependant pas suffisante. Elle doit être soutenue par la mise en place de formations spécifiques sur les théories<sup>5</sup>, les techniques et les procédures innovantes relatives aux pratiques avec les familles concernées par la protection de l'enfance.

L'enjeu est de taille, car il s'agit non seulement de répondre à l'intérêt des familles mais aussi et nous l'expérimentons régulièrement dans notre pratique, à celui des professionnels de la protection de l'enfance dans l'exercice de leur métier.

---

<sup>5</sup> Nous pourrions nous inspirer, entre autres, des outils développés dans le champ de la thérapie systémique ainsi que ceux de la clinique ethnopsychiatrique.





# La construction d'un référentiel d'évaluation des capacités parentales dans les situations de défaillances parentales précoces

**Patrick Grégoire**

Conseiller technique CREA Rhône-Alpes

**Pierrine Robin**

Chargée d'études CREA Rhône-Alpes

---

Nous souhaitons présenter une étude, en cours de réalisation au CREA Rhône-Alpes, depuis septembre 2006, en réponse à un appel d'offre de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), sur une question innovante dans la protection de l'enfance, celle de l'évaluation des situations familiales.

Cette étude, visant à élaborer un référentiel d'évaluation des capacités parentales dans les situations de défaillances parentales précoces, concerne la petite enfance et s'inscrit donc dans le champ d'investigation du colloque du 16 janvier 2007. Il s'agit, en effet, de promouvoir l'évaluation diagnostique et l'intervention précoce dans les situations de carences parentales, en vue de prévenir la négligence et la maltraitance du jeune enfant. Nous nous rattachons plus précisément au quatrième point du thème un proposé « la prévention des troubles de l'attachement ».

Cette recherche est co-financée par l'ONED et des Conseils généraux. Elle s'inscrit dans un travail de partenariat avec ces acteurs pour l'élaboration, le test et la diffusion de l'outil d'évaluation.

Etant donné qu'il s'agit d'une étude en tout début de réalisation et pour laquelle nous n'avons pas encore de résultats, nous aborderons deux aspects principaux du projet : les enjeux et la méthode.

## I / Enjeux de la recherche

L'évaluation diagnostique des situations familiales est une préoccupation actuellement forte dans le champ de la protection de l'enfance tant du côté des responsables politiques et techniques (6) que des usagers qui demandent une plus grande justification des décisions prises à leur égard. Il s'agit, de plus, d'un élément important de la réforme législative en cours sur la protection de l'enfance et de son dispositif d'accompagnement (7).

Malgré le développement de recherches dans ce domaine —avec notamment l'apport majeur de l'ouvrage collectif dirigé par P. Durning et M. Gabel (8) qui présente des outils d'évaluation québécois et français, tout en montrant les limites et en incitant à la prudence sur les conditions de

---

<sup>6</sup> Cette question se dessine dans de nombreux rapports, articles et ouvrages. Ainsi le rapport IGAS de juin 2000 sur les accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents de M.M. Naves et Cathala insistait sur la nécessité d'évaluation pluridisciplinaire des situations avant la prise de décision. La question de l'évaluation diagnostique est revenue sur le devant de la scène avec le rapport du Défenseur des enfants 2004, qui a mis en avant l'inégalité de traitement des enfants en danger sur le territoire.

<sup>7</sup> Avec notamment la mise en place d'un groupe de travail sur l'évaluation diagnostique au Ministère de la santé et des solidarités, chargé de produire un guide, en accompagnement de la réforme.

<sup>8</sup> DURNING Paul, GABEL Marceline (2002), Evaluation(s) des maltraitances, rigueur et prudence, édition Fleurus, Paris, 390 p.

leur construction et de leur utilisation—, on constate un manque d'outils d'évaluation, adaptés au contexte français et validés scientifiquement. De plus, les pratiques institutionnalisées d'évaluation diagnostique restent pour l'instant balbutiantes.

Nous faisons l'hypothèse qu'un des obstacles à l'élaboration et à l'utilisation de référentiels d'évaluation est lié à l'absence de consensus quant à, d'une part, ce qu'il est pertinent d'évaluer et, d'autre part, quant aux objectifs d'une évaluation de la situation d'un enfant et de sa famille. Les domaines et objets de l'évaluation ne sont ni stabilisés, ni objectivés et dépendent trop souvent des conceptions et formations des professionnels qui en ont la responsabilité.

Aussi avons-nous entrepris de nous interroger sur les conditions à réunir pour que la démarche d'évaluation diagnostique soit adaptée au système français. Il s'agit donc de construire un cahier des charges de l'évaluation diagnostique et un outil d'évaluation, utilisable par les services de la protection de l'enfance.

Les enjeux liés à l'élaboration de cet outil sont importants et de trois ordres : idéologiques, politiques et techniques.

### **Les enjeux idéologiques**

La politique de protection de l'enfance est en prise avec une double tension que l'on pourrait résumer ainsi : impératif de protection versus droit des familles ; intérêt supérieur de l'enfant versus droits des parents. En effet, c'est l'intervention de la sphère publique dans la famille qui a permis et permet aujourd'hui encore la protection de l'enfant en danger mais cette intervention rentre en tension avec le droit des familles et la vie privée. Dans ce même sens, les droits des parents peuvent rentrer en contradiction avec l'intérêt et les droits de l'enfant, d'où la nécessité d'une intervention des pouvoirs publics pour préserver la protection et le développement de l'enfant.

Or cette intervention peut heurter la représentation propre à nos sociétés de la famille comme le lieu privilégié du développement de l'enfant qui doit y trouver l'attention, les soins, l'amour qui lui permettront d'expérimenter et de trouver l'assurance et l'estime de soi suffisante pour explorer le monde. D'où, en France, une vision familialiste, très prégnante, de la protection de l'enfance.

Par ailleurs, sur un plan individuel, de nombreux acteurs de la protection de l'enfance ont attiré l'attention sur les effets des valeurs et de l'histoire singulière des intervenants dans la façon dont ils évaluent, comprennent et agissent dans les situations où de très jeunes enfants font l'objet d'informations préoccupantes.

Ces deux dimensions, l'une sociétale et l'autre individuelle ont des effets non négligeables sur l'évaluation des situations. En effet quand les intérêts des parents et les intérêts de l'enfant sont contradictoires, situations non systématiques mais particulièrement complexes, comment les valeurs largement implicites voire inconscientes vont-elles surdéterminer les décisions ?

C'est donc la subjectivité des décisions qui est ici interrogée et la nécessité d'un outil clinique d'aide à la décision qui est mise en avant, tout en gardant à l'esprit que celui-ci sera aussi emprunt de son contexte historique et scientifique de construction.

Cependant les résistances culturelles à l'élaboration de référentiels sont importantes. Les outils standardisés et les méthodologies systématiques étant perçus comme autant de risques de contrôle social et de limitation des prérogatives et de la liberté des intervenants. L'absence de tradition

d'évaluation dans les dispositifs sociaux, médicosociaux pèse de surcroît. Dans la mesure du possible, au cours de notre recherche, nous essayerons d'approfondir l'analyse de ces résistances, sachant qu'il ne s'agit pas de construire un outil psychométrique mais un outil clinique d'aide à la décision.

Mais l'évaluation des situations étant un préalable, une condition à l'évaluation des dispositifs de protection de l'enfance, une vision plus optimiste laisserait penser que l'évaluation diagnostique, devenant indispensable, pourrait constituer un levier essentiel vers l'évaluation de résultat.

### **Les enjeux politiques**

Les enjeux du projet sont également politiques étant donné que les acteurs concernés sont nombreux et appartiennent à des institutions et dispositifs très divers : services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), secteur sanitaire et en particulier pédopsychiatrie, Education Nationale, gendarmerie et police, secteur associatif habilité.

Une volonté politique, dans le respect des prérogatives de chacun, de conduire une évaluation menée avec des outils et une méthodologie rigoureuse, devrait augmenter la cohérence et la continuité des décisions au service des familles et des enfants. Pour la réalisation de cet objectif, la reconnaissance nationale d'un référentiel et la mise en place de dispositifs de formation à ces méthodes seraient également d'une grande importance.

### **Les enjeux techniques**

Dans le processus de construction et d'utilisation d'un outil clinique d'évaluation, les enjeux techniques sont également nombreux. Citons en trois qui nous paraissent incontournables.

### **L'évaluation du développement du jeune enfant**

Des compétences particulières sont requises pour évaluer le développement de l'enfant et repérer les signes indiquant que son développement est perturbé de façon plus ou moins importante, temporairement ou durablement. Il existe une littérature conséquente et des pratiques diversifiées qui ont permis de produire des grilles d'analyse du développement de l'enfant. Ces outils devraient être accessibles et utilisables par les intervenants chargés de l'évaluation des situations.

### **Un impératif de transparence**

Les choix opérés dans le champ de la protection de l'enfance sont sensibles et engagent l'ensemble du corps social. Il s'agit donc d'être attentif aux conceptions, théories et valeurs véhiculées et mises en œuvre dans un futur outil d'évaluation, sachant qu'il sera comme tout outil inscrit dans son contexte culturel et historique de production. Ce ne sera sans doute pas le plus simple que de rendre aussi explicite que possible ce qui reste trop souvent implicite, d'où l'intérêt d'une approche méthodologique qui l'explique au mieux.

### **La validation**

Nous avons également pour préoccupation la validité de l'outil construit mais les difficultés méthodologiques sont nombreuses. S'il est relativement aisé de s'assurer de la validité de contenu et de la validité apparente d'un outil, il est plus difficile de mesurer sa fiabilité, sa fidélité et ses

marges d'erreurs. C'est une des raisons qui nous conduit à nous inspirer des outils canadiens (9) mentionnés dans de nombreux rapports récents. Ces outils sont utilisés depuis cinq ans de façon élargie et un travail est mené par un institut universitaire pour les valider. C'est aussi pourquoi nous procéderons au test de l'outil construit, même si nous sommes conscients que sa validation complète nécessiterait un travail statistique beaucoup plus long.

Ainsi la prise en compte de ces enjeux idéologiques, politiques et techniques dans le processus méthodologique d'élaboration du référentiel nous paraît impérative. Aussi nous nous proposons de présenter dans une seconde partie l'approche disciplinaire et méthodologique de l'étude.

## II / Approche disciplinaire et méthodologique

Cette étude d'une durée de dix huit mois, est menée dans une approche pluridisciplinaire englobant la psychologie, la psychopédagogie, les sciences de l'éducation et les sciences politiques. Elle s'appuie également sur la recherche clinique et les compétences de pédopsychiatres.

Notre projet de recherche comporte trois temps. Au cours d'une première phase, nous chercherons à définir le cadre partageable de l'évaluation diagnostique. Puis dans un second temps, nous nous attacherons à construire un référentiel d'évaluation. Enfin, nous procéderons au test de l'outil construit.

Deux principales méthodes seront mobilisées. Les phases 1 et 2 seront conduites à partir de la méthode des "recommandations pour la pratique clinique" (RPC) telle que définie par la Haute Autorité de Santé (HAS). Tandis que dans la phase 3, nous aurons recours au test de l'outil construit à partir de la méthode du groupe témoin.

La méthode des recommandations pour la pratique clinique a été retenue parce qu'elle est pertinente quand le travail consiste à faire une synthèse de données multiples et dispersées et à définir une stratégie clinique optimale, précisant ce qui est approprié et ce qui ne l'est pas et ce qui doit faire l'objet d'études complémentaires.

Notre méthodologie mobilise, en plus du CREAMI, trois acteurs principaux : les compétences d'un groupe de travail, chargé de définir le cahier des charges de l'évaluation, l'expertise d'un groupe de lecture, qui apportera des analyses critiques sur l'outil construit et l'expérience des praticiens auprès desquels l'outil sera testé.

Le groupe de travail pluridisciplinaire, composé de représentants de différentes institutions de la protection de l'enfance –services départementaux chargés de la protection de l'enfance (Directeur enfance et famille, Conseiller technique, Responsable de cellule de signalement), PJJ (Directeur départemental de la PJJ), magistrature, pédopsychiatrie— est chargé de définir un cahier des charges de l'évaluation diagnostique.

Le groupe de travail devra notamment répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les références théoriques communes pour évaluer l'enfance à risque et en danger ?

---

<sup>9</sup> Il s'agit du guide d'évaluation des capacités parentales adapté du guide de Steinhauer du Centre jeunesse de Montréal Institut Universitaire auxquels sont associés le Q-set sur le comportement d'attachement de Everett Waters et le Q-sort des comportements maternels.

- Que doit explorer l'évaluation ? Quels domaines préoccupants –maltraitance, enfants en risque, en danger...- doivent être abordés par l'évaluation? Comment évaluer le développement d'un jeune enfant dans les champs affectifs, cognitifs, moteurs, relationnels, etc. ?
- Comment évaluer les capacités parentales et en particulier les capacités à se mobiliser et à évoluer ?
- Quels sont les processus d'évaluation envisageables de nature à être acceptés et utilisés par les professionnels concernés par la protection de l'enfance ?
- Quels partenariats et compétences doivent être mobilisés (pédopsychiatrie, magistrature...)?

A partir du cahier des charges élaboré par le groupe de travail, le CREAM Rhône-Alpes procèdera à la rédaction d'un référentiel d'évaluation, en ayant particulièrement à l'esprit la dimension réaliste et pratique du référentiel et sa validité de contenu. Le référentiel s'inspirera des méthodes existantes (canadiennes, allemandes, françaises: guide de Steinhauer du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, le TDVP, test de dépistage et de compréhension du vécu des enfants maltraités de Placio-Quintin, l'ICBE inventaire concernant le bien être de l'enfant en relation avec l'exercice de l'autorité parentale de Vezina ; le Stuttgarter Fragebogen ; le sociogramme, les divers outils construits par des conseils généraux,...). Pour élaborer le référentiel, le CREAM Rhône-Alpes s'appuiera également sur des recherches bibliographiques, sur des observations menées dans divers établissements accueillant des jeunes enfants, sur une étude conséquente de cas cliniques et sur des échanges avec des travailleurs sociaux concernés par l'évaluation des situations qui participeront à l'élaboration du référentiel et s'assureront de sa validité apparente. Le référentiel comprendra des références théoriques, les items et critères de l'évaluation et les conditions pratiques de l'évaluation.

Le CREAM Rhône-Alpes soumettra le référentiel élaboré lors d'une séance plénière du groupe de travail afin que celui-ci y apporte les modifications qu'il juge nécessaires et procède à sa validation.

Un groupe de lecture, composé de chercheurs, d'experts et de praticiens représentatifs des différentes écoles de pensée, sera également consulté pour qu'il juge sur le fond et sur la forme le référentiel, en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires.

Le processus d'élaboration du référentiel nécessitera enfin une phase de test sur le terrain. Cette dernière étape devant permettre de vérifier la pertinence des items retenus, de palier à des oublis éventuels et de contrôler la fiabilité et la fidélité de l'outil construit. Il s'agira également de vérifier le caractère opérationnel du référentiel et de poursuivre le travail d'identification et de compréhension des obstacles et résistances à l'évaluation et des facteurs de réussite de projets d'évaluation.

Le test du référentiel sera réalisé en étroite collaboration avec l'ASE et la PJJ d'un département partenaire du projet. Un groupe spécifique composé entre autre d'acteurs de l'ensemble de la chaîne du signalement et de l'évaluation sera constitué. Il sélectionnera une dizaine de situations pour lesquelles deux processus d'évaluation seront menés parallèlement. Le premier processus se conformera aux procédures habituelles. Le second utilisera le référentiel élaboré par le CREAM. Les résultats de cette double évaluation seront comparés. Il sera procédé à une analyse des écarts éventuels, des avantages et désavantages, des difficultés et pertinences des deux processus. Cette phase de test est susceptible de produire des modifications au référentiel d'évaluation tant sur le fond que sur la forme.

Cependant, il faut souligner que la validation complète du référentiel et le calcul des marges d'erreurs nécessiterait un travail beaucoup plus ample sur des études de cas, représentatives statistiquement. Ce qui pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

En conclusion, nous pouvons rappeler que les résultats attendus de l'étude sont la définition d'un cadre partagé et d'un référentiel pour l'évaluation diagnostique des capacités parentales dans les situations de défaillance précoces. Le but poursuivi étant in fine le développement d'une culture de l'évaluation et l'amélioration de la situation des enfants et des familles, dans leur place d'usagers du système de protection de l'enfance.

## Bibliographie

### **Ouvrages**

ALFÖLDI Francis (2005), Evaluer la protection de l'enfance, théorie et méthode, Edition Dunod, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, 243 p.  
BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel (2005), Rénover l'action sociale, Edition Dunod, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, 342 p.  
BERGER Maurice (2004), L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, 249 p.  
DURNING Paul, GABEL Marceline (2002), Evaluation(s) des maltraitances, rigueur et prudence, édition Fleurus, Paris, 390 p.  
HUYETTE Michel (2003), Guide de la protection judiciaire de l'enfance, Dunod, Paris, 3<sup>ème</sup> édition, 553 p.

### **Rapports**

ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (1999), Les conférences de consensus, base méthodologique pour leur réalisation en France  
IGAS (juin 2000), Rapport sur les accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents de M.M. Naves et Cathala, [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)  
ONED (2006), Rapport annuel au Président et au parlement de l'observatoire national de l'enfance en danger, [www.oned.gouv.fr](http://www.oned.gouv.fr)







---

## Echanges avec la salle

---

**Thomas SAIAS**

Je souhaite poser une question sur le projet mené dans le Pas de Calais. Il me semble que ce type de projet est « potentialisé » lorsqu'il s'adresse à des populations qui présentent certains facteurs de vulnérabilité psycho-sociale. Pourriez-vous préciser les critères de participation ? La primiparité est-elle le seul facteur déterminant ? Si tel est le cas, quelles sont les femmes qui participent à ce programme ?

**Dominique GUILLOTEAU**

Nos critères d'intervention reposent, en effet, sur la primiparité. En outre, nous intervenons de deux manières. Nous recevons les avis de grossesse de toutes les femmes du secteur. Nous pouvons donc savoir si elles sont primipares. Les femmes primipares qui travaillent sont toutes informées. Elles recevront, par conséquent, des informations sur les services ou les prestations que nous pouvons leur proposer. Nous leur précisons également qu'elles peuvent nous contacter quand elles le souhaitent. Ces femmes reçoivent aussi les fiches ressources, de surveillance de la grossesse, etc. Les femmes primipares qui ne travaillent pas se voient systématiquement proposer un rendez-vous qu'elles sont libres d'accepter. Aucun critère social ou de lieu d'habitation n'est alors pris en compte. La proposition d'un rendez-vous aux femmes primipares qui ne travaillent pas répond uniquement à des préoccupations d'ordre pratique. En effet, nous ne proposons pas de consultations après 19 heures ou le samedi.

**De la salle**

Je souhaite poser une question au Docteur Bouznah. Quel est le mode de saisine de votre instance de concertation ? Vous avez donné l'exemple du signalement qui a été atténué par l'évaluation de la PMI, ce qui a permis aux responsables ASE de proposer la saisine d'une instance de concertation parents-professionnels.

**Docteur BOUZNAH**

Avant tout, les professionnels doivent être volontaires pour participer à notre instance. Par ailleurs, nous devons recueillir l'accord des familles. Notre instance n'est donc pas adaptée pour résoudre des situations dans lesquelles la rupture du lien entre la famille et les professionnels est avérée. De plus, nous sommes confrontés aux difficultés que rencontrent les professionnels pour construire un projet faute de compréhension de la problématique ou par manque d'éléments. En outre, notre instance est un lieu de questionnement des professionnels. Nous consacrons autant de temps à interroger les professionnels que les familles.

**De la salle**

Vous avez évoqué l'absence de visibilité du dispositif de protection de l'enfance. Pour l'améliorer, il devrait être harmonisé, ainsi que les modalités de saisine des institutions, sur tout le territoire français. En outre, l'application du dispositif par la Justice apporte des complications supplémentaires.

**Clotilde ROUX**

Je suis psychologue et je souhaite soulever deux remarques. Dans un premier temps, je tiens à souligner qu'en France, l'évaluation des professionnels est difficile. Souvent, lorsque nous rendons des diagnostics, ils ont valeur de jugements définitifs. Peut-être devrions-nous partir du postulat que l'information dont nous disposons à un moment donné ne doit pas enfermer un enfant ou un adolescent. Au contraire, ces renseignements doivent nous conduire à travailler ensemble et à échanger des données.

Par ailleurs, j'insiste sur la nécessité de partager les expériences. En ce qui me concerne, j'ai délivré des soins à des SDF. Je me suis donc placée dans une situation où ce ne sont pas les patients qui

viennent nous consulter, mais nous qui allons à leur rencontre. Je me suis donc inscrite à l'encontre de la culture du soin français. A mon sens, les professionnels devraient réfléchir sur la manière dont, en 2006, ils pourraient aider les familles précaires.

---

**Intervention**  
**Paul Durning**  
**Directeur Général du GIPEM**  
**Directeur de l'ONED**

---

Bonjour à toutes et à tous.

Responsable d'une institution nouvelle très concernée par le travail qui est conduit aujourd'hui, il me semble intéressant de vous présenter l'ONED. Auparavant, j'évoquerai le réseau et, ensuite, je conclurai mon intervention.

S'agissant du réseau, tous les intervenants ont souligné son importance. Ma présence ici aujourd'hui est l'expression de la mise en place d'un travail de réseau au sein de l'Administration, à l'initiative de la Direction Générale de la Santé avec la collaboration de la Direction Générale de l'Action sociale. Le partenariat, s'il doit être conclu au niveau de la base, doit aussi exister dans les institutions qui tentent d'apporter leur aide aux intervenants de terrain.

L'ONED a été créé début 2004. La naissance de cet organisme a été motivée par l'absence de connaissances, de pratiques validées et d'articulations entre les différentes institutions (Ministère de la Justice, Ministère de l'Education nationale, Direction générale de la Santé, Conseils généraux, etc). L'ONED, par ailleurs, est géré par un Conseil d'Administration au sein duquel siègent des représentants de l'Etat et des départements. En effet, chacune des deux parties contribue à hauteur de 50 % au budget de l'ONED. De la même manière, les décisions sont prises de manière égalitaire par l'Etat et par les départements. Siège également au Conseil d'Administration un troisième collège représentant les associations de protection de l'enfance qui pèse pour 20 % dans les prises de décision, étant entendu que l'Etat et les départements disposent, chacun, de 40 % des voix. Par ailleurs, nous avons remis le deuxième rapport de l'ONED au Ministre Monsieur Bas il y a quelques jours. Les rapports et les formes abrégées sont accessibles sur notre site Internet [www.oned.fr](http://www.oned.fr).

Récapitulons, maintenant, les objectifs de l'ONED. Dans ce cadre, je souhaite insister sur notre mission. Elle vise au recensement des pratiques afin, par la suite, de les diffuser. Le premier objet choisi par l'Observatoire a été les mesures mises en œuvre qui se situent entre l'action éducative à domicile, l'action éducative en milieu ouvert et l'accueil en établissement collectif ou en famille d'accueil. Nous avons donc analysé des expériences, certaines étant anciennes. Ce travail a contribué, avec d'autres, à la diversification des mesures prévues par la loi sur la protection de l'enfance. Il permet, par ailleurs, de sortir d'une alternative insatisfaisante entre une action éducative à domicile souvent perçue comme trop « légère » et une séparation et un accueil en institution ou en famille d'accueil ressentie, fréquemment, comme trop « lourde ».

Le Législateur a inscrit l'ONED au sein du même groupement d'intérêt public que le « 119 ». Ce service opérationnel permet de repérer les enfants susceptibles d'être en danger. Les écoutants du « 119 » traitent une quarantaine de milliers d'entretiens approfondis chaque année. Ils transmettent environ huit milles comptes rendus d'appels téléphoniques à nos correspondants départementaux. Aux équipes départementales, ensuite, d'opérer une vérification pluridisciplinaire afin d'évaluer si la famille qui a préoccupé l'écoutant du « 119 » a besoin d'une aide plus approfondie.

Je souhaite également évoquer un questionnaire édicté au niveau national, mais distribué par les Conseils Généraux. Trente sites ont été visités par deux membres de l'ONED. Les comptes rendus de ces visites sont soumis aux équipes concernées. Si elles donnent leur accord, l'expérience est mise en ligne sur notre site Internet. Un contrat est alors signé et précise que les informations seront actualisées tous les ans.

Concernant les actions entre AED et placement, nous en avons proposé une typologie (relais parental, accueil de jour de l'enfant, accueil de jour du groupe familial, placement d'un enfant à

domicile avec une intervention éducative importante et en cas de risque, de danger imminent, la possibilité de rapatrier l'enfant dans un internat ou en famille d'accueil).

A l'avenir, nous souhaitons travailler, au sein de l'ONED, sur les travaux des groupes de parents. Certaines intervenantes ont mis l'accent sur l'écoute, tandis que d'autres ont évoqué la dimension de formation parentale. Des pistes devraient donc être explorées entre une écoute d'inspiration analytique et des approches davantage « formatrices » à l'égard de parents qui ont de véritables interrogations.

Enfin, je veux citer les difficultés d'évaluation. En m'appuyant sur les propos de Madame Jacobs, chercheuse américaine, je tiens à rappeler que l'évaluation ne consiste pas toujours à s'interroger sur le devenir à dix ans. En effet, certaines évaluations ne peuvent porter que sur certaines étapes d'un processus, ce qui ne retire rien à leur importance. Il est nécessaire de disposer d'une évaluation sur la qualité d'un projet, la qualité du cadre théorique qui le supporte, la qualité de l'analyse du contexte dans lequel il s'inscrit, la précision de l'intervention projetée, les effets attendus, etc. S'agissant de l'analyse de la mise en œuvre, des fiches existent d'ores et déjà à l'ONED. Dans ce cadre, nous examinons jusqu'à quel point les personnes mettent en œuvre les actions qu'elles ont déclaré avoir l'intention d'engager. Nous pouvons d'ailleurs constater que le fait de ne pas, en définitive, réaliser l'action annoncée n'est pas nécessairement mauvais. Il convient, alors, de mener une réflexion sur les décalages. Certains travaux, par ailleurs, tentent d'examiner les effets de la mise en œuvre des objectifs.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite bon courage dans vos travaux respectifs.

Désormais, l'ONED vous est connue. Si vous souhaitez prendre contact avec nous, notamment pour des questions de financement, vous pouvez consulter notre site Internet.





---

Table ronde **Accueillir et accompagner enfants et parents**

---

**Un lieu d'accueil enfants-parents, la mosaïque : « l'enfant d'aujourd'hui, l'adulte de demain »**  
Dominique DELETRAZ, Accueillante Référente, Mairie de Cavillon

**« Etre mère et femme à la fois, vivre la monoparentalité » :  
le groupe des mamans solo d'Yvetot**  
Christine HAMEL-GASTEL, Responsable Social UTAS 6 de Seine Maritime

**Une animation itinérante pour les jeunes enfants en milieu rural : « les petits loups en balade »**  
Dr Philippe AUGOYARD, Chargé de mission PMI des Hautes Pyrénées

**Aider les parents démunis à faire émerger leurs talents « groupe du mardi »**  
Annick Camille DUMARET, Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES

**Des ateliers parents-enfants : « Du jardin à l'assiette »**  
Christophe DELAIGUE, Délégué Insertion PMI des Vosges  
Michèle MAYAUX, Puéricultrice

# Un lieu d'accueil enfants-parents, la mosaïque : « L'enfant d'aujourd'hui, l'adulte de demain »

**Dominique Deletraz**

Accueillante référente, Mairie de Cavaillon

---

## I) Philosophie de « La Mosaïque »

### L'origine :

En 2004, dans le cadre du renouvellement du contrat Enfance de Cavaillon, un diagnostic a mis en évidence des besoins nouveaux autour de l'écoute et d'échanges à mettre en place avec les familles de jeunes enfants.

Les professionnels des structures Petite Enfance avaient constaté une évolution de leurs missions vers des notions d'approche globale de la famille (enfants et adultes), d'écoute, d'information, d'orientation et surtout de « Rassurance ».

Et, par questionnaire, les parents ont répondu très nombreux que si un Lieu d'Accueil Enfants-Parents existait, ils le fréquenteraient.

C'est pourquoi, la création d'un L.A.E.P. a été incluse dans le cadre du schéma de développement du troisième contrat enfance de Cavaillon. Et le 6 juin 2005, « La Mosaïque » Lieu d'Accueil Enfants-Parents a ouvert ses portes.

### Les objectifs :

#### ➤ **Conforter la relation Parents-Enfants**

L'enfant s'inscrit dès sa conception dans une histoire familiale. Ses parents et lui vont tisser des liens fondamentaux : ils construisent son identité individuelle.

«La Mosaïque» propose un espace de parole, de rencontre et d'échange dans une perspective de prévention des troubles de la relation parents-enfants, en dehors de toute visée thérapeutique. Les expériences relationnelles des tous petits posent les jalons de la personnalité. Ainsi, il est du devoir des adultes d'être autant plus attentifs à leurs besoins.

C'est un lieu où l'on trouve écoute et reconnaissance, vouant ainsi à l'enfant un statut de sujet à part entière à même d'éprouver des joies mais aussi des craintes et des besoins. L'enfant n'est pas quelqu'un dont on parle, mais une personne avec qui l'on parle de ce qu'elle vit.

L'enfant est accueilli en entendant son prénom dit par le parent ou prononcé par lui-même lorsqu'il sait parler et assumer son identité intime et sociale que représente son prénom. A la parole orale s'ajoute l'écrit car l'accueillant note le prénom de l'enfant lui signifiant ainsi qu'il est bien là et qu'il est reconnu en tant qu'individu.

#### ➤ **Favoriser la socialisation du jeune enfant :**

##### → **La séparation**

L'enfant cherche sa place dans le monde qu'il découvre : il construit son identité sociale. Le développement de l'enfant passe de la dépendance absolue du nouveau-né vis-à-vis des soins maternels, à l'autonomie affective du jeune adulte.

Pour qu'un enfant puisse devenir un être social, il devra se séparer de ses parents. La séparation ne doit pas être vécue comme une rupture, mais plutôt comme une étape vers la maturation et

l'autonomie. La séparation est un évènement qu'adultes et enfants doivent préparer et travailler ensemble pour que chacun trouve sa mesure, ses limites, son langage. N'oublions pas que l'enfant d'aujourd'hui sera l'adulte de demain.

« La Mosaïque » est un lieu passerelle entre la maison et la crèche ou entre le foyer familial et l'école, un lieu qui serait une sorte de sas, c'est-à-dire où l'enfant est en même temps avec son parent tout en étant capable de s'en séparer ou de s'en éloigner parmi d'autres enfants et adultes.

Il est très important pour un très jeune enfant d'avoir à sa disposition un lieu où il est possible d'exercer son autonomie motrice et affective sans risquer de se trouver débordé par l'angoisse d'une séparation parfois traumatisante parce que trop précoce ou trop brutale.

Tout au long de son passage à « La Mosaïque », l'enfant sait qu'il n'est ni ne sera laissé seul, tout en étant capable d'expérimenter, de manière concrète, ses moments d'éloignement d'avec le parent. L'un et l'autre peuvent ainsi se préparer aux séparations ultérieures : en vérifiant que leur lien privilégié n'est pas détruit par la présence d'autrui. Ils peuvent progressivement prendre distance, se perdre de vue, pour ensuite se retrouver. L'enfant trouve à la fois cette sécurité de la présence de son parent (et vice et versa), essentielle au sujet en bas âge, mais aussi cette possibilité de s'en séparer à l'intérieur d'un contenant clairement délimité. L'enfant sait ainsi, tout en s'éloignant de l'adulte accompagnant, qu'il pourra retourner vers lui, s'en éloigner encore et ainsi de suite tout en gardant contact avec cette certitude sécurisante de la présence parentale avec cette proximité disponible et fluide. Donc, il peut créer une sorte de va et vient entre dépendance et indépendance, entre prise de risque et réconfort.

L'aménagement de « La Mosaïque » permet à l'enfant de pouvoir se cacher, échapper pour un temps au regard du parent.

#### → Les règles

En tant que premier lieu de construction de l'enfant et de transmission des repères, la famille joue un rôle fondamental dans la cohésion sociale. Dans leur fonction d'éducation, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés qui peuvent être accrues par des problèmes sociaux. L'objectif est alors d'éviter d'éventuels troubles relationnels parents-enfants.

Entre les humains existent des règles, des lois qui permettent à chacun de se situer par rapport à autrui.

Ces règles ne concernent pas un individu spécifique ; elles sont énoncées à tous : aussi bien aux parents qu'au bébé. Là aussi, quelque chose peut effectivement s'intégrer, se comprendre. L'enfant prend conscience du fait que la règle n'est pas arbitraire. Elle n'est pas intimée à lui seul, elle est également vraie pour les autres enfants, mais aussi pour son père, pour sa mère qui l'accompagne. Quelque chose qui fait lien et sens entre tous les humains lui est indiqué, là, dans ces quelques mots formulés par l'accueillant. Et ce quelque chose, il constate qu'il nous réunit en même temps. Il comprend et il apprend que pour que nous puissions vivre les uns à côté des autres, il faut une dimension qui permette à ses envies, à ses impulsions, mais aussi à celles d'autrui, d'être canalisées, organisées.

C'est dans ce sens, bien sûr, que «La Mosaïque» peut être entendu dans sa fonction préventive. Car, de cette énonciation des règles, de leur rigoureuse prise en compte, c'est-à-dire de leur respect, advient également une structuration psychique.

L'enfant qui se heurte à un interdit radicalement démenti le lendemain et surinvesti le jour d'après ne s'y retrouve rapidement plus. La réalité lui échappe, son univers intérieur devient instable. C'est pourquoi, un lieu dans lequel les règles sont toujours identiques, fiables, peut avoir un effet pour les familles en crise ou dans lesquelles les repères sont trop absents ou trop fluctuants.

- **Valoriser les compétences et l'épanouissement des personnes accueillies, prévenir l'isolement familial, l'absence de solidarité et le risque de la maltraitance.**

L'évolution de notre société a engendré une mutation des familles. Les modifications des relations inter-générationnelles, la dissémination géographique des familles, la précarité de l'emploi, les conditions de travail difficiles, les conflits conjugaux, l'évolution des mentalités et des représentations rendent l'exercice de la parentalité de plus en plus difficile.

L'anxiété pour l'éducation et l'avenir de leurs enfants déstabilise certains parents. Le sentiment de culpabilité est là alors qu'ils tentent de remplir leur rôle du mieux possible. La famille se voit confrontée au paradoxe d'être pour l'enfant un espace sécurisant où il est pris en charge, tout en lui permettant de s'échapper pour qu'il puisse vivre sa vie. N'est-ce pas là le rôle de l'éducation familiale ? Or, celle-ci ne peut être modélisée du fait de l'unicité de chacun, et, par là même, de l'unicité de la relation parents-enfants, parce qu'elle n'est jamais achevée, parce qu'elle se doit de préparer un futur et un ailleurs qu'elle ne maîtrise nullement, elle engage les parents dans un non savoir permanent.

Le progrès en matière de connaissance de la petite enfance a laissé une trop grande place à la médiatisation où des parents se perdent dans des courants contradictoires et des professionnels qui se sont trop souvent positionnés en détenteurs d'un savoir ayant souvent un effet de repli sur soi de certains parents. De nombreux parents ressentent de la solitude, se sentent isolés. La prévention est donc de recréer du lien.

Il est nécessaire de valoriser prioritairement les rôles et compétences des parents : responsabilité et autorité, confiance en soi, transmission de l'histoire familiale, élaboration de repères, protection et développement de l'enfant.

« La Mosaïque » est un lieu de rencontre, de partage et d'échanges où se retrouvent celles et ceux qui ont un lien avec les jeunes enfants. C'est un lieu qui permet de créer un lien entre personnes d'horizons et de cultures différentes. C'est un lieu privilégié d'écoute et de dialogue. Les parents et leurs enfants peuvent ainsi s'ouvrir aux autres sur leurs soucis quotidiens et leurs difficultés inter-ethniques. Ces échanges peuvent désamorcer des situations tendues et, ceci au bénéfice de l'enfant, véritable « *éponge des angoisses parentales* ».

« La Mosaïque » s'adresse à toutes les familles, toutes pouvant avoir besoin d'être confortées dans l'exercice de leur rôle parental, l'échange d'expériences et de situations diverses étant source d'enrichissement mutuel. A une époque où l'on parle beaucoup de prévention, il s'agit à « La Mosaïque » d'une prévention très large où chacun apprend le droit d'écouter, d'être écouté, de s'intégrer et d'exister.

L'objectif est donc la prévention des pathologies sociales et psychologiques, afin d'anticiper sur les dysfonctionnements possibles de l'intégration de la personne ou de la famille. « La Mosaïque » doit être un espace public qui permet la socialisation, l'intégration sociale et culturelle. C'est cette intégration sociale qui permet que l'autonomie de la personne, l'affirmation de son identité puisse se développer et que le lien familial puisse être restauré, préservé ou soutenu. L'objectif d'intégration sociale est primordial.

### **Les accueillants :**

Sont des professionnels spécialisés dans le travail en secteur petite enfance, social, médical, psychologique, ...

Fonctionnement en binôme (au minimum) à chaque accueil est présent :

- Un accueillant référent (employé par la mairie) qui assure la gestion de ce lieu et une présence lors de chaque accueil.
- Un accueillant différent à chaque accueil mis à disposition par les partenaires (Ils participent au minimum à un accueil par mois).

Ils sont garants d'un accueil chaleureux et convivial favorisant les échanges et s'emploient à faire respecter les règles de « La Mosaïque ».

Ils se situent dans une fonction d'accompagnement des familles dans le respect des personnes et de leur autonomie, tout en s'appuyant sur les compétences d'aujourd'hui. Un équilibre doit être assuré entre la participation des parents-enfants et celle des accueillants.

Le rôle de l'accueillant, comme tiers parlant, n'est pas à confondre avec celui du consultant. Comme témoin privilégié, il accompagne les enfants, les parents sur le chemin de leur évolution. Il les amène à quitter l'idée qu'il existe « une bonne façon de faire », une solution pédagogique extérieure à appliquer à leurs problèmes, et les engage à retrouver leur cheminement personnel en faisant confiance à ce qu'ils vivent. La position d'écoute de l'accueillant, du renoncement à un savoir sur l'autre, laisse la possibilité à l'autre de se dire. Les accueillants sont les garants d'une écoute sans jugement interne au lieu et à l'abri de toute indiscretion vis-à-vis des environnements institutionnels et publics extérieurs. Ne pas agir à la place des parents mais pour que les parents agissent avec leurs enfants, car c'est la question du sens qui se pose et non celle du conseil. Il doit s'instaurer une logique de confiance entre accueillis et accueillants.

L'accueillant se présente en tant qu'individu, sa profession reste et agit en arrière plan. Il doit savoir qu'il ne sait pas qui est l'autre, si on comprend bien, le « je sais ce qui est bien pour lui » est contraire à l'éthique de l'accueillant à « La Mosaïque ». D'où l'importance de la supervision mensuelle.

L'équipe est pluri-professionnelle. Elle est création de liens entre des professions qui sont souvent cloisonnées du fait des logiques institutionnelles qui les portent. Cette pluri-professionnalité à partir d'échanges interindividuels, met en relation de travail des compétences, des ressources, des pratiques spécifiques. L'organisation à « La Mosaïque » est portée par une jonction de professions, un nœud de circulation entre des pratiques professionnelles qui viennent s'alimenter et se compléter. Ce qui est visée comme nouvelle pratique professionnelle, c'est une pratique pluri-disciplinaire qui se trouve symboliquement pointée dans la dénomination unique d'accueillant. « La Mosaïque », c'est un « être ensemble », un métissage des savoirs et des rôles professionnels qui, en même temps, doit permettre l'épanouissement des personnes.

## **II) Le fonctionnement :**

«La Mosaïque» est ouverte cinq demies journées par semaine (trois matins et deux après midis). Les personnes accueillies sont les enfants de moins de quatre ans accompagnés de leurs parents, grands-parents ou, de manière générale, tout adulte qui a pendant un temps donné la responsabilité de l'enfant, ainsi que les futurs parents.

Ce n'est ni un lieu de garde, ni un lieu d'activités organisées, ni un lieu de soins. La venue à « La Mosaïque » se fait spontanément, sans inscription préalable, ni réservation. La durée et la fréquence des visites sont libres. L'accueil est gratuit pour permettre l'accès à toutes les familles. L'anonymat des personnes accueillies est préservé. Seuls sont notés le prénom, l'âge de l'enfant et son lien avec l'adulte accompagnant. Cet anonymat est primordial afin que les personnes accueillies puissent s'autoriser à s'exprimer sans crainte que les propos ou les actes puissent être réutilisés dans d'autres lieux. Ce qui libère de tout lien et de tout jugement, permettant à chacun de se montrer dans son authenticité, sans peur. Ce lieu encourage l'expression ouverte des sentiments, des souffrances et des émotions.

L'enfant reste sous la responsabilité de l'adulte qui l'accompagne pendant toute la durée de l'accueil. Les soins de propreté de l'enfant sont assurés par les parents (dans la salle réservée à cet effet pour préserver l'intimité de l'enfant). Les enfants goûtent à table avec l'adulte qui l'accompagne et fournit le goûter. Chaque personne (adulte comme enfant) doit respecter et faire respecter les règles du savoir-vivre ensemble : dire bonjour, ne pas injurier, ne pas casser volontairement le matériel, ...

Il est interdit de courir, de rouler en porteur, vélo ou trotteur dans le coin bébé (délimité par un marquage au sol).

Cette frontière de protection des plus jeunes signale bien qu'il y a des petits et des plus grands. Il y a un porte manteaux pour adultes et un porte manteaux pour enfants. Cette règle permet à chacun de prendre conscience de sa place et de son rôle.

Durant le dernier quart d'heure, accueillants, parents et enfants rangent les jouets et le matériel.

### **III) « La Mosaïque » : un lieu de prévention :**

Par la parole, « La Mosaïque » aide à résoudre des difficultés avant qu'elles ne deviennent problème. Mais attention, c'est un lieu de prévention et non pas thérapeutique. Si un enfant ou sa famille présentait des troubles, notre rôle serait alors de les orienter vers une institution ou un professionnel qui pourrait prendre le relais.

### **IV) Le partenariat :**

- **Les partenaires financiers (en 2005) :**
  - Mairie de Cavaillon : 12,10 %
  - Caisse d'Allocations Familiales :
    - Prestations de services : 5,8 %
    - Contrat enfance : 35,6 %
  - Mutualité Sociale Agricole : 3,7 % (prestation de service et contrat enfance)
  - Convention politique de la ville :
    - Etat : 3,2%
    - Région : 5,7%
    - Conseil Général : 1,6%
  - Fond d'Action Sociale et de Soutien pour l'Intégration pour la Lutte contre les Discriminations (8,1 %)
  - Etat CNASEA : 2%
  - Mise à disposition de personnel :
    - Conseil Général : 14,4%
    - Autres : 7,7%
  
- **Les partenaires mettant à disposition du personnel :**
  - Centre Médico Social de Cavaillon
  - Centre Hospitalier Psychiatrique de Montfavet
  - Association des Crèches de Cavaillon
  - Centre Hospitalier Intercommunal de Cavaillon - Lauris
  - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce d'Avignon
  - Association Générale d'Aide aux Familles Durance Luberon
  - Crèche Parentale de Cheval-Blanc
  - Œuvre des Colonies de Vacances de Cavaillon
  
- **Les partenaires relais information :**
  - Caisse d'Allocations Familiales
  - Ville de Cavaillon
  - Conseil Général
  - Mutualité Sociale Agricole
  - Centre Médico Social de Cavaillon

- Centre Hospitalier Psychiatrique de Montfavet
- Centre Hospitalier Intercommunal de Cavaillon - Lauris
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce d'Avignon
- Éducation Nationale
- Cabinets médicaux et paramédicaux
- Associations locales

#### **V) Ce que les familles peuvent trouver à « La Mosaïque » :**

Les parents découvrent leurs enfants évoluer avec d'autres de leur âge. Leur observation leur permet un nouveau regard.

Ce lieu est aménagé pour que les parents puissent prendre du temps pour jouer avec leurs enfants et du plaisir à être avec eux : c'est le moment privilégié où les parents et leurs enfants donnent du temps à leur relation. C'est un espace rassurant où on s'autorise une pause, où on prend du recul.

A « La Mosaïque », les adultes reconnaissent ensemble leur responsabilité éducative envers les enfants et s'essaient à les exercer, chacun à sa place et à son niveau. Loin d'être considérés comme des gêneurs, les parents présents sont invités à s'intégrer au fonctionnement : les enfants restent sous leur responsabilité, il n'y a pas de délégation à des spécialistes, à des professionnels. Dans une société qui depuis des décennies, classe, catégorise, compartimente, décompose les âges, les espaces, les temps, les situations économiques et sociales, les origines, « La Mosaïque » a pour objectif de réintroduire un espace commun à tous où enfants et adultes mêlés pourront reconstruire des relations.

« La Mosaïque » n'accueille pas un enfant mais un lien familial et la responsabilité de ce lien au sein d'un espace public. Elle permet donc aux « usagers » d'être co-acteurs du « service » qui est offert. Elle a vocation à favoriser les relations aux autres. Il n'y a pas de visée éducative ni thérapeutique permettant ainsi que soit préservée la liberté des familles accueillies, tout en offrant un service. Elle est donc lieu passerelle, création de liaison et en même temps espace intermédiaire de liberté.

Ce lieu dédié à l'écoute et aux échanges a pour objet la prévention précoce dans une perspective d'intégration et de socialisation pour tous ceux qui la fréquenteront. Il contribue à la réduction des inégalités culturelles et à l'intégration de toutes les familles : en offrant un lieu riche de découvertes (jeux, livres, ...) et de relations par l'accès pour les familles à un espace public alors que très souvent, elles vivent repliées sur elles-mêmes et sur leur sphère privée domestique. Porteur des enjeux de la vie quotidienne, « La Mosaïque » permettra au parent de redevenir acteur de la vie sociale. Position d'acteur, qui va permettre d'échapper progressivement à leur position de retrait et de repli que vivent de nombreuses familles.

Ce lieu constitue un micro espace public qui, par une logique de confiance, permet le déploiement des relations privées, personnelles ou familiales au sein d'une dynamique collective.

On peut espérer que ceux qui ont pu être mieux entendus sauront aussi mieux entendre l'autre, non seulement à « La Mosaïque » mais aussi dans la vie.

# « Etre mère et femme à la fois, vivre la monoparentalité » :

## Le groupe des mamans solo d'Yvetot

**Christine Hamel-Gastel**

Responsable sociale, UTAS 6 de Seine Maritime

---

L'action a été menée sur le canton d'Yvetot, capitale du Pays de Caux, située au centre du département de Seine Maritime, une commune de onze milles habitants.

### D) LES MODULES

#### 1° FINALITE DE L'ACTION ET PUBLIC :

Les travailleurs médico-sociaux sont partis d'un constat et d'un diagnostic faisant état de suivis d'un grand nombre de jeunes femmes qui élevaient seules leur (s) enfant(s) dans une situation de grand isolement affectif, social et éducatif et d'une grande méconnaissance de leurs droits juridiques.

Le projet a alors été construit autour de trois axes de travail principaux

La lutte contre l'exclusion pour transformer le « I » (isolé) d'API en « I » d'Insertion ; afin d'éviter ce passage souvent systématique du droit à l'API à celui du RMI, la Prévention médico-sociale, l'Aide et le soutien à la parentalité.

#### 2° L'OBJECTIF ETAIT LE SUIVANT :

Créer et animer un lieu de rencontre, d'échanges et d'information en faveur des femmes bénéficiaires de modestes ressources et minima sociaux : API, RMI, AAH, ASSEDIC, CA.

#### 3° DESCRIPTION DE L'ACTION :

Des modules trimestriels ont été conçus qui prévoyaient des rencontres une après-midi par semaine avec la possibilité pour les mamans de confier gratuitement leur(s) enfant(s) à la halte-garderie du Centre Social.

Le premier module a eu lieu de septembre à décembre 2005 avec neuf séances de 2h dans les locaux du CMS d'Yvetot où nous avons installé l'exposition du Département 76 «être parent, pas si facile», pour sensibiliser le public au projet et au thème de la parentalité.

La communication de l'action a été réalisée par la création d'affiches et de plaquettes d'information avec le Service Communication du Département adressées aux femmes connues et suivies par les services médico-sociaux, à toutes les femmes bénéficiaires de l'API sur le canton par la CAF, ainsi qu'aux partenaires locaux.

Des articles de presse sont parus dans les journaux locaux, des interviews sur les radios locales données. Le projet a été présenté en entretien individuel aux mamans connues de nos services.

L'ensemble des animations a été réalisé par les travailleurs médico-sociaux du CMS avec une AS ou une puéricultrice référente accompagnées d'intervenants et de partenaires locaux extérieurs.

Des films ont souvent été utilisés comme supports pour démarrer les échanges.

Des réunions de bilan avec les mamans ont été organisées à chaque fin de module afin d'obtenir leurs appréciations et ajuster le fonctionnement des modules suivants.

**Le premier module** était composé de trois thèmes :

Vie sociale décomposée en deux séances, législation et consommation.

Etre mère et femme à la fois construit en trois séances : connaître son enfant, comprendre et répondre à son enfant, questions de femmes.

Insertion développée en deux séances : insertion sociale et professionnelle.

**Le second module** a eu lieu d'avril à juin 2006, sur neuf séances dont les deux premières :

ont eu lieu au Centre Social afin qu'elles se familiarisent avec la halte-garderie située dans ces locaux ont permis la détermination du programme avec les mamans, pour qu'elles soient en position d'actrices et choisissent leurs centres prioritaires d'intérêt.

Les sept séances suivantes ont porté sur : les vacances - les loisirs ; prendre du temps pour soi et le temps consacré aux enfants ; le budget ; questions de femmes ; comment dire non à son enfant quand on est seule, sans papa ; la place du père ; les droits par rapport à l'enfant-la loi avec la participation d'un avocat.

**Le troisième module** a lieu d'octobre à décembre 2006 avec huit séances et le même fonctionnement que pour le second module sur : le logement (deux après-midi) ; l'autorité - l'éducation ; le temps partagé ; la séparation, le divorce, la filiation ; les structures de la commune.

## **II) LE PARTENARIAT**

Le projet a été travaillé et mis en place avec : l'équipe pluridisciplinaire du CMS : les assistantes sociales, les puéricultrices, la sage femme, la CESF, la conseillère conjugale, la psychologue de l'ASE, une éducatrice spécialisée, une secrétaire, l'encadrement social et santé. Les partenaires locaux : le Centre Social, la CESF de la CAF, la halte-garderie, la CESF du CCAS de la ville d'Yvetot, un avocat, la Mission Locale, des associations d'insertion RMI, une adjointe au maire chargé des affaires sociales.

Le projet a abouti à la signature d'une convention tripartite (Département, C.C.A.S. de la ville d'Yvetot, C.A.F. de Rouen), chaque service mettant à disposition son personnel en temps et en compétence de travail et des moyens matériels (affiches, plaquettes de communication, convivialité, documentation, envoi de courriers d'invitation, places en halte-garderie).

## **III) BILAN ET EVALUATION DE L'ACTION**

### **Au plan quantitatif :**

Sur neuf mois d'action, la fréquentation globale a été la suivante : trente six femmes différentes ont participé aux trois modules, ce qui représente cent vingt quatre participations sur les vingt neuf séances organisées, soit 11% de participation par rapport aux invitations envoyées. Une bonne régularité a été observée dans la participation aux séances d'un même module (avec une moyenne de quatre personnes par séance).

L'utilisation de la halte-garderie mise à disposition gracieusement n'a concerné que onze jeunes enfants en lien avec l'élargissement du public qui a été décidé car si seules les femmes bénéficiaires de l'API ont été invitées pour le premier module, pour les deux autres toutes les mamans et notamment celles percevant les minimums sociaux l'ont été, avec par conséquence des enfants à charge plus grands.

### **Au plan qualitatif :**

Les femmes sont venues « à la carte » et certaines séances ont beaucoup mieux fonctionné que d'autres (l'éducation, l'autorité, la place du père, les droits juridiques, les vacances, les loisirs).

Les échanges dans les séances ont été riches et aisés même lorsqu'elles étaient peu nombreuses dans les séances, les femmes ont participé aux réunions de bilan avec des retours très positifs, faisant état de développement de la confiance en elles-même, d'une progression personnelle, d'informations très utiles, de nouvelles démarches en cours et d'ouverture vers la société : RV avec avocat, avec psychologue, Mission Locale, mise à la Halte-Garderie, à la crèche, demande de mesure d'Aide Educative à Domicile, de TISF et d'un mieux-être dans la relation à leur(s) enfant(s) : je comprends mieux mon enfant, je sais mieux lui parler, l'écouter et jouer avec...

Les professionnels très mobilisés ont beaucoup appris en terme de communication, de compétences, de conduite de projet, d'animation, de gestion de groupe, et de travail en partenariat.

L'image des professionnels a évolué : les femmes ont une autre représentation du service social et appréhendent les travailleurs sociaux sur un mode de confiance plus important.

### **Développements :**

Un guide d'information a été créé avec les mamans dénommé « guide des mamans solo d'Yvetot et son canton ». Des livres ont été offerts à chaque participante par le Département « Mamans solo, mode d'emploi » de Mesdames TAVARES et VIALA aux éditions Marabout.

Une nouvelle action collective a été mise en place par la CESF de la CAF avec la CESF du Département pour l'organisation de départ en vacances des femmes avec leurs enfants cet été.

L'évaluation de cette action innovante et expérimentale soutenue par le Département de Seine Maritime sur le canton semi-rural d'Yvetot apparaît positive tant pour les mamans solo qui se sont bien investies que pour les professionnels très motivés.

La question de la transférabilité de cette action sur d'autres secteurs est posée.

Une réunion regroupant l'ensemble des participantes est prévue dans les prochaines semaines avec l'envoi d'un questionnaire de satisfaction et de souhaits de poursuite de l'action sur un mode éventuellement différent :

Organisation de réunions sur les thèmes qui ont le plus intéressés à savoir l'éducation et les droits juridiques ?

Création d'un réseau d'entraide entre femmes avec mise à disposition d'un lieu de rencontre convivial animé ou non par des professionnels ?

L'avenir et les femmes elles-mêmes nous le diront.

# Une animation itinérante pour les jeunes enfants en milieu rural : « Les petits loups en balade »

**Philippe Augoyard**

Chargé de mission, PMI des Hautes-Pyrénées

---

## Origine Du projet

Cette action se déroule sur un secteur rural du nord du département des Hautes Pyrénées : le secteur du Val d'Adour : quatre cantons, environ vingt mille habitants, cent quatre vingt naissances par an.

Cette action s'adresse aux enfants, de la naissance à trois ans, et à leurs familles résidant en milieu rural.

Le projet « Les petits Loups en Balade » a débuté en septembre 2004 après une longue réflexion menée par plusieurs partenaires locaux de la petite enfance de ce secteur géographique (Maison de la solidarité de Vic en Bigorre, réseau REVA, Caisse d'Allocations Familiales, Réseau d'Aide Spécialisé aux Enfants en Difficulté, Centre de Loisirs Sans Hébergement de Vic en Bigorre). Le projet se monte avec l'aide d'une association : Pyrène Petite Enfance, membre du réseau national ACEPP, et dont la vocation est le soutien aux projets de développement en milieu rural, notamment dans le domaine des services, de l'animation, de l'accueil des enfants.

Le constat était fait d'un manque d'équipement tant en modes de garde qu'en lieux de socialisation sur ce secteur. Egalement, on notait l'isolement de certaines familles en milieu rural, couplé à des difficultés éducatives chez certains parents. Des retards du développement étaient fréquemment observés au moment de l'entrée des enfants en école maternelle. Certaines familles éprouvaient, du fait des conditions de précarité, des difficultés de déplacement.

Ainsi naît le projet de permettre un meilleur éveil des enfants par le biais d'activités socialisantes. Les lieux d'intervention proposés seront des espaces d'accueil, de parole, de rencontre et d'échanges afin de renforcer le lien social et familial entre les habitants d'un même canton. La crèche associative *Les Petits Loups* se positionne comme porteur du projet. Il a semblé en effet intéressant qu'une structure associative, impliquée auprès de la petite enfance et possédant les compétences appropriées, soit porteuse du projet.

Le projet consiste à développer une action itinérante sur le territoire sous la forme de lieux de rencontre parents/enfants. Des activités d'éveil y sont proposées pour stimuler le développement des enfants, permettre leur socialisation et raffermir aussi les compétences parentales. Les parents peuvent échanger entre eux et avec les professionnels, cheminer ensemble dans l'identification de leurs besoins et des activités à développer. L'activité est également ouverte aux assistantes maternelles avec leurs enfants en garde.

Il s'agit d'un projet à vocation sociale, visant à la santé de l'enfant mais aussi au renforcement des liens communautaires.

## **Objectifs**

Cet espace a pour missions essentielles en ce qui concerne l'accueil de l'enfant :

Favoriser le développement global harmonieux du jeune enfant par l'accès à des activités d'éveil diverses.

Répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant par le jeu « acte de vie ».

Offrir à l'enfant un lieu de socialisation.

Proposer à l'enfant, en dehors des ateliers, de temps de jeux libres qui vont l'aider à développer ses capacités psycho-sensori-motrices et à favoriser des interactions avec ses pairs.

En ce qui concerne l'accueil de l'adulte :

Proposer aux familles, aux assistantes maternelles, un lieu où elles se sentent bien et où elles ont envie de passer un moment ; un lieu paisible, social où existent des règles.

Favoriser la rencontre, les échanges et la solidarité entre adultes

Intégrer les nouveaux parents dans la vie du village.

Rencontrer les parents pour les sensibiliser à l'importance fondamentale de l'éveil par le jeu, la psychomotricité, la musique, et leur permettre de découvrir ou d'affirmer leurs compétences éducatives.

Favoriser la parole entre adultes et professionnels autour de l'enfant, ainsi que favoriser les relations de l'enfant avec son environnement.

Susciter une dynamique entre parents et professionnels afin que chacun puisse s'impliquer pleinement dans cet accueil.

## **Réalisation**

Le projet « Les petits Loups en Balade » se rend une fois par mois dans cinq villages répartis dans le secteur géographique considéré. L'action se déroule de 9h30 à 12h30.

Les parents sont avertis par le biais des bulletins municipaux et l'information est diffusée dans tous les lieux fréquentés par les familles (école, crèche, centres de loisir, consultations de PMI, foyers ruraux,...

Les locaux sont mis à disposition par les municipalités. Il peut s'agir d'une salle de danse, de la garderie d'une école, d'une salle des fêtes, voire de la salle du Conseil municipal. Le mobilier de base est également fourni, de même qu'un point d'eau.

L'accès est gratuit. Les enfants de 0 à trois ans sont obligatoirement accompagnés d'un adulte et placés sous sa responsabilité.

## **Les personnes ressources**

Une éducatrice de jeunes enfants et une auxiliaire de puériculture mises à disposition par la crèche *Les petits Loups*. Ces personnes ont donc un temps consacré à ce lieu d'accueil itinérant autant pour les sorties que pour les moments d'évaluation, de préparation et de réunion du comité de pilotage.

## **Le matériel**

Une fourgonnette où est transporté ce qui est nécessaire à l'activité (jeux, jouets, matériel éducatif et pédagogique).

## Les activités

Différents outils pédagogiques sont proposés aux jeunes enfants : du matériel de psychomotricité (parcours, balles, cerceaux, tapis d'éveil, trotteurs,...). Ces objets vont aider l'enfant à explorer et conquérir l'espace qui l'entoure ainsi qu'à développer ses capacités motrices et découvrir les possibilités de son corps. Un coin musique avec des instruments (jumbee, maracas, tambourins,...) ainsi qu'un poste avec des CD. Cela permet de développer les sens, reconnaître des sons différents.

Des activités manuelles (pâte à modeler, peinture, dessin, perles à enfiler,...). Les enfants peuvent ainsi avoir différents contacts avec ces matières, stimuler leur créativité et développer leur habileté manuelle. Du matériel de construction est fourni dans le même esprit.

Des jeux symboliques comme la ferme et ses animaux, les poupées et leurs accessoires, la cuisine et la dînette, l'atelier de bricolage. Les enfants peuvent ainsi se mettre en situation et s'exprimer.

Un coin lecture avec des banquettes est aménagé et permet aux enfants de se mettre un peu à l'écart, développer leur langage et leur imaginaire.

Un coin bébé est également à disposition avec des tapis d'éveil, des hochets, des transats. Ils peuvent ainsi trouver également leur compte, faire des découvertes, explorer,...

Parmi toutes ces activités, les animations sont proposées par l'éducatrice en fonction de l'âge des enfants, des désirs des uns et des autres.

Les enfants profitent de ce qu'on leur propose de façon variable, leur curiosité est stimulée souvent par la découverte de jeux inconnus pour eux. C'est aussi une source d'idées pour les parents et l'occasion de découvrir chez leurs enfants de nouvelles capacités.

Un coin spécifique est réservé pour les parents, autour d'une collation pour favoriser la convivialité.

## Les résultats

La fréquentation est excellente et toujours en progression. Ainsi, durant l'année 2005, soixante dix enfants de trois mois à huit ans ont été accueillis, ce qui représente la participation de cinquante huit familles. Trente enfants sont venus plus de quatre fois. Durant l'année 2006, c'est cent soixante cinq enfants ont fréquenté la crèche les petits Loups.

## LA FREQUENTATION PAR VILLAGES EN 2005

	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai
<b>Monfaucon</b>	4	5	8	4	4	14	8	3	4
<b>Larreule</b>	5	5	6	3	2	5	2	5	0
<b>Castelnau R.B.</b>	4	1	2	6	5	4	7	6	4
<b>Andrest</b>	10	13	14	10	9	10	11	5	reporté
<b>St Sever</b>	2	3	2	3	2	1	3	1	reporté

Le plus souvent les enfants sont amenés par leur maman et parfois par un grand parent, et assez souvent par une assistante maternelle. Beaucoup de parents se déplacent d'un site à l'autre.

La fonction de socialisation est importante : les enfants sont heureux de se retrouver d'une animation à l'autre, les parents tissent des liens.

Les parents discutent beaucoup entre eux et des conseils sont échangés ou sollicités sur le développement de l'enfant, l'allaitement maternel...En revanche, il y a assez peu de demandes précises concernant les animations, initiative étant laissée aux professionnelles. Parents et enfants

sont heureux des découvertes proposées. Les familles sont aussi progressivement intégrées aux activités proposées par la « maison mère » : la crèche *Les petits Loups*.

Sur certains sites, s'organise une liaison avec l'école maternelle du village : la maîtresse ou l'Atsem vient passer un moment avec quelques enfants sur le lieu d'accueil. On se place ainsi dans une optique d'activités « passerelle » vers l'école.

### **Evaluation**

L'évaluation de l'action s'est effectuée par un questionnaire de satisfaction adressé aux mairies d'où il ressort que l'activité est très bien perçue. Les municipalités réclament une augmentation de la fréquence et souvent une « sédentarisation » sur leur village.

Les parents semblent très satisfaits, de par les échanges recueillis au quotidien et les remarques laissées dans le « Livre d'or »... *On relève l'intérêt de pouvoir faire jouer les enfants ensemble, de découvrir de nouveaux jouets, de rencontrer et sympathiser entre parents*. Il est assez frappant de constater que beaucoup de personnes d'un même village ignorent la présence d'autres familles.

Une enquête de satisfaction a également été proposée aux parents. Les points forts relevés concernent :

- le contact avec des professionnels de la petite enfance,
- la proximité,
- le contact avec d'autres parents,
- la rencontre entre enfants.

### **Perspectives**

Cette activité répond manifestement à un besoin, bien qu'étant fondée sur un diagnostic de professionnels au départ, sans participation communautaire.

Elle mériterait d'être élargie, développée. On peut également envisager une mutualisation des actions avec des projets de Relais Assistantes Maternelles existant dans le secteur.

Elle a permis d'enclencher une dynamique de réflexion sur les services à l'enfance, laissant la porte ouverte à d'autres projets innovants.

Le facteur limitant étant, de façon assez naturelle, les capacités locales de montages financiers.

# Aider les parents démunis à faire émerger leurs talents

## « Groupe du mardi »

**Annick-Camille Dumaret**

Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES

Etude réalisée à la demande du Dr Titran et avec la participation des psychologues Mélanie Cousin (CAMSP de Roubaix) et Marie Constantin-Kuntz (CERMES)

---

Installé dans un quartier très défavorisé, le CAMSP de Roubaix, dirigé par le Dr M. Titran travaille très souvent avec des familles exclues socialement et peu enclines à demander des soins pour elles-mêmes ou leurs enfants, des familles confrontées à la violence, l'alcoolisme, le handicap psychique et cognitif, la pauvreté. On sait les risques de développement pathologique chez les enfants de parents en grande difficulté psychique ou de familles très carencées. Mais comment repérer les origines exactes des causes de certains problèmes ? Dans les situations de forte alcoolisation, comment adhérer à des soins réguliers, pour soi ou pour son enfant ?

Parmi les nombreux obstacles auxquels les parents sont confrontés, soulignons les difficultés liées au langage, difficultés d'expression et de compréhension...

De leur côté, les professionnels sollicités éprouvent eux-mêmes des problèmes pour comprendre et aider ces familles. Il s'agit pour les professionnels non d'inciter les familles à s'adapter à ce qui leur est proposé mais de penser et de faire avec elles en utilisant d'autres stratégies que le langage.

### **Un accompagnement médicosocial et éducatif précoce en milieu très défavorisé**

Tel est le but du « groupe du mardi » : aider des familles, sans repères et vivant en permanence de nombreux stress, à (re)trouver confiance dans les professionnels (Titran 1994).

Tous les mardis, pendant une heure et demie, fonctionne un groupe auquel participent parents-enfants, bénévoles et professionnels ; il s'adresse en exclusivité à "*des familles qui ne se sentent incluses ni dans l'action médicale, ni dans l'action sociale, ni dans l'action pédagogique, ni dans l'action éducative, ni dans l'action culturelle*" (Dumont 2000, Titran 2004). Ce sont rarement des problèmes uniquement sanitaires qui sont traités. Ceux qui sont le plus fréquents concernent les angoisses, les hontes, les peurs face aux problèmes de logement, à l'absence de ressources et de protection sociale, sans compter les images négatives qui leur sont renvoyées d'elles-mêmes. Pour les futures mères, l'accès à la parentalité est une période de transition pouvant réactiver les difficultés de couples et les angoisses. En ce qui concerne les mères seules, comment tenir son rôle de parent et se faire soigner en même temps ? L'accès aux soins est souvent difficile. Pour l'équipe, il s'agit tout d'abord de rompre avec l'isolement social, d'aider les mères à diminuer leur consommation abusive de toxiques, surtout l'alcool afin de prévenir les séquelles d'alcoolisation fœtale. Il s'agit aussi de restaurer une identité sociale et de valoriser les capacités parentales. Un tel accompagnement a pour but d'éviter les dysfonctionnements de la relation mère-enfant et de tenter de prévenir maltraitances et placements.

Le cadre mis en place, composé des mêmes professionnels : pédiatre, assistante sociale, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien, kinésithérapeute, conseillère en économie familiale institutrices... et des mêmes bénévoles, constitue une enveloppe structurante qui permettra aux familles, les mères et leurs enfants, mais aussi des pères, de retrouver des repères. Chacun va pouvoir retrouver son interlocuteur privilégié, que ce soit du côté des parents ou de celui des

enfants. Sur le plan pratique, les rencontres ont lieu de façon informelle et hebdomadaire, un après-midi par semaine, tout au long de l'année. Un système de voiturage est prévu pour les parents ne pouvant utiliser les transports en commun. Dans ce lieu non perçu comme un lieu de soins, certains parents retrouvent leurs enfants placés par décision judiciaire. Les familles viennent à leur rythme et la fréquentation du groupe s'arrête quand l'enfant a six ans.

Le groupe du mardi se déroule pour les parents autour de petits actes de la vie quotidienne (fabrication de petits objets, couture, préparation de repas...). Dans le même temps ont lieu des ateliers pour enfants (jeux, théâtre, peinture...), les rééducations peuvent s'effectuer également pour certains, qui ne viendraient pas à un autre moment. C'est en attirant l'attention des mères sur l'une des activités qui leur sont proposées d'une séance à l'autre, que les enfants vont pouvoir se détacher d'elles et aller jouer avec d'autres enfants.

Le rencontre avec d'autres parents ayant vécu des problèmes similaires crée une dynamique d'entraide qui n'est jamais spontanée. En effet, il faudra du temps pour que les parents se supportent, s'approprient et s'épaulent ; la parole de l'autre suscite l'expression des émotions. Les activités manuelles constituent un partage de temps et de savoir, permettent de faire valoir les compétences de chacun et libèrent la parole qui circule entre les participants. Des sorties sont par ailleurs organisées avec les participants.

*« L'action sociale est couplée dans un tandem médicosocial en même temps que se construit le projet éducatif »* (M. Titran). Au sein du groupe, l'écoute et l'observation des interactions mère-enfant vont permettre aux professionnels d'identifier ce dont les familles ont besoin et construire ultérieurement avec elles des stratégies « sur-mesure ». En effet, après le groupe, une réunion de synthèse a lieu entre professionnels et bénévoles ; elle donne l'occasion de repérer et évaluer les évolutions de chaque situation familiale d'une semaine à l'autre, de déterminer les limites à ne pas dépasser (violence, alcool...) et d'établir des contacts réguliers avec des intervenants extérieurs, la PMI, l'école, l'ASE, l'aide sociale, le logement, car les prises en charge de ces familles à problèmes multiples ne peuvent être traitées par une seule équipe. Les éclairages multiples et complémentaires sont nécessaires pour recréer des liens.

### **Une évaluation externe du dispositif**

C'est cette pratique qui a fait l'objet d'une investigation avec la participation du CERMES-INSERM U.50 (1999-2004) dans le cadre d'une démarche évaluative d'interventions précoces, démarche commencée avant la loi du 2.01.2002 introduisant nécessité d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médicosociaux.

L'objectif de l'étude était d'analyser l'insertion et les capacités d'adaptation des familles, la parentalité et l'évolution des enfants sur les plans intellectuel, scolaire et comportemental. Il était également de repérer les représentations que les parents s'étaient faites de l'aide reçue (Dumaret 2003, 2004). Le regard des usagers de ce dispositif offrait pour les professionnels la possibilité de repérer ce dont les familles avaient bénéficié le plus et les améliorations possibles à apporter dans ces stratégies d'aide. L'étude a porté sur vingt deux familles ayant participé aux activités du groupe pendant au moins un an avec un enfant jeune ; l'évaluation a été réalisée plus de cinq ans après que ces familles aient quitté le groupe de support de l'institution.

La situation actuelle des familles a été analysée par des chercheurs extérieurs au service : entretiens semi-directifs réalisés auprès des parents et des enfants venus au groupe, passation de tests (tests cognitifs pour les mères et les enfants) et de questionnaires (de comportement pour les enfants, de santé pour les mères), reconstitution des situations scolaires pour les cinquante neuf enfants mineurs des familles.

Toutes les mères, âgées en moyenne de quarante ans, ont accepté de participer à l'étude, de plus ainsi que le tiers des pères ou conjoints. Les parents avaient donné leur consentement à l'équipe de recherche pour rencontrer les enfants et consulter les dossiers institutionnels.

Ces vingt deux familles ont fait l'objet d'une observation transgénérationnelle : l'abus d'alcool était présent à la génération de tous les grands-parents maternels et de nombreux parents (la moitié des mères et les trois-quarts des pères). Près de neuf mères sur dix avaient subi des mauvais traitements et/ou des violences dans leur vie familiale et conjugale<sup>10</sup> et la moitié présentaient des problèmes de santé mentale.

### **Que pensent les familles de l'aide reçue pour elles-mêmes et pour leurs enfants ?**

Les parents, essentiellement les mères, sont venus au groupe avec leur(s) enfant(s) en moyenne trente mois. Ce sont les mères présentant le plus de problèmes de santé mentale qui ont participé le plus longtemps au groupe.

Une analyse fine de la participation au « groupe du mardi » (taux de participation, régularité) et des prises en charge individuelles des enfants à la même époque (consultation des archives de l'institution) indique que dans les situations familiales qui se sont améliorées, les mères ont été très assidues (malgré quelques variations), alors que dans les situations familiales sans modification notable, les participations au groupe ont été irrégulières, voire interrompues. Par ailleurs, l'absentéisme des enfants aux rééducations individuelles a nettement diminué dans les cas de participation assidue de leur mère au groupe, comparativement aux statistiques de prises en charge de l'institution.

Plusieurs années après, les parents se souviennent de la convivialité de ce groupe ; ils ont été sensibles aux manifestations de civilité à leur égard, la société leur ayant très souvent renvoyé une image dévalorisante d'eux-mêmes. Le groupe joue un rôle d'ouverture, le temps permet l'instauration d'une confiance qui permet l'appropriation et ultérieurement l'entraide puisque plusieurs mères participent aujourd'hui à des réseaux associatifs (ATD Quart Monde, Secours Populaire, E.S.P.E.R<sup>11</sup>)

Peu à peu, les parents ont pu parler de leur histoire passée, ils se sont retrouvés dans la parole de l'autre. Pour certains, ce fut une véritable élaboration de leurs traumatismes passés. Des mères ont entrepris une (ou plusieurs) cure de désintoxication, la peur du placement ou de ne plus récupérer l'enfant placé a été la première raison mise en avant. D'autres, confrontées à des mères devenues abstinences se sont senties encouragées. C'est la disparition de l'alcoolisme maternel qui va être le facteur déclenchant l'amélioration de la vie quotidienne (séparation d'avec les conjoints alcooliques, arrêt des dettes...).

La majorité des mères ont le sentiment d'avoir pris une part active dans la protection de leur enfant. Certaines, devenues autonomes, ou dont la situation s'est stabilisée, ont pu faire la démarche pour elles ou pour leur enfant de consulter un psychiatre ou un psychologue. Ces mères sont rendues compte qu'elles pouvaient s'organiser avec leurs enfants, les réponses à leurs besoins sont devenues plus adéquates, entraînant une amélioration des relations parents-enfants.

### **Sept ans après la sortie du groupe : devenir des familles**

Au moment de l'enquête, on dénombre douze situations de familles biparentales. Les violences intra-familiales ont diminué pour les trois-quarts d'entre elles, la maltraitance grave et les négligences les plus importantes ont disparu. Depuis la fin des accompagnements, aucun enfant n'a

---

<sup>10</sup> En 2001, l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) révèle que l'alcoolisme du conjoint multiplie par cinq les situations de violences globales et par dix les situations de violences très graves.

<sup>11</sup> ESPER : Ecoute Santé Parents Enfants Respect, cette association vient en aide aux femmes enceintes et aux mères alcoolodépendantes.

été placé et dans les familles où des enfants sont accueillis à l'ASE, des liens réguliers perdurent avec leurs parents.

Si nombre de familles restent encore au seuil de la pauvreté, on assiste pour certains parents à une véritable « réanimation sociale » avec la reprise de relations familiales et sociales, la découverte du monde du travail pour quelques mères. La socialisation des familles est à mettre en lien avec les compétences relationnelles des enfants avec leurs propres pairs. Il semble (ce qui serait à confirmer sur un échantillon plus grand) que les enfants ayant eu des prises en charge précoces, en groupe avec leur mère ou individuellement, présentent une meilleure socialisation que leur aînés non venus au groupe ou venus tardivement.

Concernant les effets positifs à court et moyen terme de cet accompagnement médicosocial et éducatif, on relève l'état de santé amélioré des derniers-nés (amélioration du poids de naissance et de la taille, absence de malformations...) et une plus grande régularité dans les soins médicaux et paramédicaux à la fois pour les mères (sevrage) et pour leurs enfants des derniers-nés des familles...). On retrouve ces effets (bien que l'échantillon concerne de petits effectifs) sur la situation scolaire en cas de suivi précoce (avant l'âge de trente mois, ou mieux dix huit mois) : les jeunes échappent aux échecs scolaires graves et à la mise en institution médicalisée (Dumaret, Titran, 2004).

En outre, l'étude montre que l'alcool affecte très fortement le niveau intellectuel dans ces milieux très défavorisés, proches de l'exclusion, puisque l'écart observé entre les sujets porteurs de séquelles d'alcoolisation fœtale est deux à trois fois plus important que ce que l'on constate dans la population générale.

Les analyses ont permis de dégager trois profils familiaux (Dumaret, Constantin 2004).

Le premier groupe se compose de douze familles qualifiées d'autonomes, soit la moitié des familles étudiées, et dont les situations parentales se sont nettement améliorées : diminution de l'isolement social, conjoints aidants, support relationnel présent, parents préoccupés par la scolarité de leurs enfants, retour au domicile familial d'enfants placés.

Le second groupe (un tiers des situations) se compose de familles stabilisées aux situations légèrement améliorées ; les deux tiers des mères perçoivent l'AAH, le réseau relationnel est restreint, dans les deux tiers des familles, les enfants sont pris en charge par l'ASE, élevés en familles d'accueil ou en institutions. Toutes ces familles ont participé généralement au groupe avec régularité et ont acquis la capacité à se faire aider en cas de nécessité.

En revanche, on n'a pas noté de changement notable parmi quatre situations familiales où les pères sont souvent absents et où les besoins réels des enfants ne sont pas perçus (un cinquième des situations). A une exception près, ces mères sont intellectuellement très démunies et sous tutelle. Ce groupe concerne des parents qui n'ont adhéré aux différents processus de soins (surtout pour eux-mêmes) ; les facteurs de risque nombreux perdurent dans ces familles.

Ainsi que l'on montré certains travaux d'évaluation scientifique, dans ces familles à haut risque psychosocial, il est nécessaire de traiter tous les maillons de la chaîne des inadaptations.

C'est que l'on constate dans le travail du CAMSP de Roubaix et particulièrement dans le « groupe du mardi » : les familles et leur environnement sont au cœur du dispositif de soins.

Sur le plan préventif et thérapeutique, cette étude montre l'importance d'un suivi très précoce des enfants dont les mères présentent d'importants problèmes de santé mentale, souvent en lien avec l'alcoolisation à la génération précédente, mais aussi d'un accompagnement pour des mères qui n'ont pu diminuer leur consommation d'alcool. Si les conséquences de l'alcoolisation fœtale sont irréversibles sur le développement, elles peuvent être évitées.

Certes, dans son accueil des familles, le « groupe du mardi » est très spécifique mais d'autres actions préventives existent comme celles menées dans le cadre de la PMI et de réseaux de la Petite Enfance, en particulier depuis le développement du courant de réflexions sur la bientraitance.

De plus, pour ces familles un accompagnement bienveillant permet, par un dépistage précoce, de limiter des déficiences cognitives et comportementales secondaires en orientant rapidement les enfants vers les services spécialisés. Ceci est à mettre en parallèle avec les constats et recommandations des travaux préparatoires à l'élaboration du Plan « Violence et Santé »<sup>12</sup> (Tursz 2006).

L'action menée par l'équipe du CAMSP reste limitée par le temps puisqu'elle s'adresse aux enfants jusqu'à l'âge de six ans. Pour consolider ces premiers acquis, l'émergence des compétences dans ces familles touchées par de nombreux problèmes, les premières prises en charge doivent être poursuivies sur le long terme.

Les associations ont un rôle important auprès de ces familles. Il est indispensable d'éviter de nouvelles ruptures ou discontinuités dans les soins, ces ruptures étant très dommageables pour les enfants.

Pour un travail en partenariat effectif, des transversalités sont encore à construire entre les services concernés, la psychiatrie adulte, les services d'alcoologie, la pédopsychiatrie, l'école, les services sociaux et l'ASE, la justice... afin de rassembler les compétences de tous les intervenants.

### Références de l'étude

Dumaret A.C. (2003) Soins précoces et guidance parentale: le point de vue des familles. *Dialogue*, 162, 9-24.

Dumaret, A.C. (2004) Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles «à risque» : analyse d'une démarche exploratoire. In : Haddad, A. (Ed.), *Santé Mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*. Erès, Ramonville Saint Agne, pp. 121-131.

Dumaret A.C., Titran M. (nov. 2004) collab. Constantin-Kuntz M., Cousin M., Ruffin D. Des stratégies de rencontre... à l'autonomie : impact à long terme d'un accompagnement médico-socio-éducatif. Rapport final de recherche, Programme Régional de Santé Nord-Pas-de-Calais).

Dumaret A.C. et Constantin-Kuntz M. (2005) « Support médico-social et éducatif : devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. » *Pratiques Psychologiques*, 11, 1, 85-100.

Dumont, B. (2000). Aller au delà du regard impossible... Quand ce sont les familles elles mêmes qui font changer le regard du professionnel. In *Accompagner*, Ramonville Saint-Agne: Erès.

Titran, M. (1994) Accueillir des parents et enfants en difficultés dans un centre d'action médicosocial précoce, In *Santé et apprentissages*, Paris : La Documentation Française, 2283-286.

Titran, M. (2000). La coordination des actions auprès des familles dans la cité. In Gabel, M., Jésus, F., Manciaux, M. (Eds). *Bientraitances, mieux traiter les familles et professionnels*. Paris, Fleurus, 305-310.

Titran, M. (2004). Bientraitance parentale et grande précarité. *Pratiques Psychologiques* 10, 65-77.

Tursz A. (2006) *Violence et Santé*. Rapport préparatoire au plan national. La documentation Française.

---

<sup>12</sup> Commission 'Périnatalité, enfants et adolescents' : « Le repérage précoce des situations de violence et de maltraitance s'inscrit dans une démarche qui doit favoriser la rapidité à l'accès aux soins... ».

## Des ateliers parents/enfants « Du jardin à l'assiette »

**Christophe Delaigue**

Délégué Insertion, PMI des Vosges

**Michèle Mayaux**

Puéricultrice

---

### Origine du projet :

Dans le cadre d'un groupe Parents Enfants animé par le Conseil Général 88, l'équipe Protection Maternelle et Infantile a constaté le peu de consommation de fruits et légumes par les familles et des comportements alimentaires anarchiques.

En effet, ces parents connaissant des difficultés éducatives et financières sont pressés par des formes d'urgences et n'arrivent pas à se projeter, tant dans la gestion du quotidien que dans leurs habitudes alimentaires. Ce constat avait été corroboré par l'équipe locale des « restos du cœur » qui avaient retrouvé à plusieurs reprises des légumes frais dans les poubelles, à la sortie de la distribution, certainement par méconnaissance de leur utilisation.

De même l'équipe de Service Social de la Circonscription relatait lors de leurs visites à domicile, l'absence d'odeurs culinaires, de plats « qui mijotent » à l'heure des repas ou une absence de menus variés.

D'autre part étaient notées aussi des formes d'isolement important chez ces familles.

Aussi, en partenariat avec une association d'insertion de Vittel « L'escale » menant une activité de maraîchage et de culture de plantes médicinales avec des bénéficiaires du RMI, un projet d'action a été monté en direction de ce public.

### Le projet :

Le projet portait sur la mise en place d'un atelier de jardinage et de cuisine avec un groupe constitué de parents et d'enfants repérés par l'équipe Médico-Sociale de la DVIS et fréquentant pour une part les groupes « Enfants- parents » de la PMI de Vittel. Il a eu lieu sur dix séances de trois heures, sur un hectare de terre mis à disposition par l'Association. L'activité était encadrée par une professionnelle de la nutrition et de la culture biologique et accompagnée par l'équipe de la PMI.

### Objectifs du projet :

Sensibiliser et mesurer les liens entre la Santé et la Nutrition, valoriser et partager les savoir-faire, travailler sur les liens Parents- Enfants, faire sortir les familles à l'extérieur et pratiquer une activité physique (jardinage)

L'idée était aussi de replacer le repas comme un moment fort de la vie quotidienne qui permet les échanges dans la famille (se retrouver tous ensemble assis et créer ainsi un moment privilégié de discussion au sein de la famille sans télévision, ....)

Les enfants avec leurs parents ont planté des poireaux, des pieds de tomates, des poivrons, des salades, des courgettes, des concombres,....

Les enfants âgés de quinze mois à quatre ans ont été les plus moteurs pour participer à cette activité. Le groupe a suivi toutes les étapes de la « pousse » des plantations : arrosage, ....Le projet s'est poursuivi par la cueillette des légumes et l'élaboration de plats avec ces aliments.

L'originalité du projet tient, tant au caractère « familial » que global du travail autour de la nutrition : « Du jardin à l'assiette ».

Par ailleurs, des sorties en forêt ont été organisées avec l'animatrice de l'association à la découverte des plantes aromatiques présentes sur le territoire, et toutes les espèces végétales.

### Evaluation de l'action :

Les parents étaient assez réticents au démarrage de l'action, mais devant l'enthousiasme des petits, ils se sont pris au jeu. En effet, pour les enfants, cette activité en plein air, s'est vraiment apparentée à un jeu. Pour les parents, l'action a pris vraiment une dimension éducative à travers l'apprentissage du jardinage, repérage de ce qu'étaient un plant de tomates, de pomme de terres, ... L'action qui s'est déroulée sur sept mois a permis aux familles de sortir quelque peu de la pression de l'urgence.

Parallèlement, les parents ont accepté de goûter des nouveaux aliments, des recettes inconnues. A la fin de chaque séance au moment des récoltes, les familles repartaient avec un panier garni des légumes qu'ils avaient plantés. Les professionnels les questionnaient sur ce qu'ils allaient faire de ces aliments, comment ils allaient les cuisiner et leur donnaient des conseils pratiques. A la séance suivante, ils reprenaient avec eux ce qu'ils avaient fait de ces légumes et comment ils les avaient accommodés.

Par ailleurs, le fait d'avoir avec les familles des activités « pratiques » permet aux professionnels de la PMI de reprendre avec eux d'autres problèmes éducatifs généraux : par exemple, une maman à qui l'on demandait si elle avait mis de la crème solaire à ses enfants avant d'aller jardiner, répondit : « ben non, je n'en mets que quand c'est rouge, c'est le docteur qui me l'a dit !! » Il y avait chez cette maman confusion entre crème solaire et pommade apaisante. D'autre part, le fait de jardiner, cuisiner et déguster ensemble a créé, à travers des moments conviviaux, une cohésion nouvelle entre les personnes du groupe.

En terme partenarial, l'originalité de l'action tient à un travail transversal à l'intérieur même de la Circonscription d'Action Sociale de Vittel entre les services PMI, ASE et Insertion, en lien étroit avec une association locale, chacun mettant sur la table ses compétences, savoir-faire, outils et financements à disposition autour d'un diagnostic partagé.

---

## Echanges avec la salle

---

**De la salle**

Avec le recul, pouvez-vous nous dire quels sont les éléments qui ont fait fonctionner votre dispositif ?

**Agnès DEMAN**, éducatrice au CAMSP de Roubaix (collaboratrice de Annick Camille Dumaret)

Notre structure propose une manière différente d'accueillir les familles très vulnérables. Ainsi, ce sont les familles qui nous accueillent et non l'inverse. Par ailleurs, nous ne leur demandons jamais de justifier leur absence. En outre, le succès se construit au fil du temps. Souvent, les mères viennent nous consulter la première fois seule ou accompagnée d'une amie ou d'un professionnel. Les premières semaines, elles ne retirent pas leurs manteaux et restent près de la fenêtre. Petit à petit, elles se rapprochent, elles s'attablent, elles commencent à participer, etc. Nous ne sommes pas présents pour voir quelles sont leurs difficultés, mais pour essayer de comprendre comment ces mères fonctionnent. Le fait que nous déjeunions ensemble ou que nous partions en vacances ensemble joue aussi. Nous nous apprivoisons mutuellement, nous découvrons ensemble nos talents et nos limites. A mon sens, cette logique explique que nous pouvons « avancer ».

Je vais finir par un exemple, nous nous sommes battus avec un juge pour qu'une maman malade alcoolique dont les cinq enfants sont placés puisse partir avec nous en séjour vacances pendant huit jours. Cette femme s'est alors rendu compte « qu'elle y arrivait », en effet le cadre de vie était différent mais pas les personnes. Les travailleurs sociaux ont tendance à oublier que ce qui empêche d'accéder à la parentalité ce n'est pas uniquement les déficiences cognitives et psychiatriques mais aussi le cadre de vie. Lors de ces séjours vacances nous apportons une conditions de vie plus simple ce qui apporte des talents.

**De la salle**

Madame Deletraz, combien accueillez-vous d'enfants et de parents de manière simultanée ?

**Dominique DELETRAZ**

Dix enfants accompagnés des adultes peuvent être accueillis à la fois. Les familles étant libres d'arriver et de partir quand elles le souhaitent, nous pouvons toucher un nombre plus important d'enfants par demi-journée d'accueil.

**De la salle**

Madame Hamel Gastel, vous avez constaté que onze personnes avaient fréquenté votre groupe. L'expérience que vous avez conduite est-elle ponctuelle ou pérenne ?

**Christine HAMEL-GASTEL**

Le troisième module s'achevant tout juste, nous réalisons actuellement des bilans. Nous avons décidé de proposer à toutes les femmes de venir à une réunion afin qu'elles nous disent quelles sont les suites qu'elles souhaiteraient donner à cette action. Nous pourrions organiser des réunions sur les thèmes qui ont suscité le plus d'intérêt (éducation, autorité parentale, droits) ou mettre à disposition des mères un lieu où elles pourraient se réunir. Nous pourrions ainsi les aider à créer un réseau d'entraide.

**De la salle**

A juste titre, nous avons beaucoup évoqué le temps nécessaire aux parents pour qu'ils trouvent un « autre chemin ». Je m'interroge sur la compatibilité de ce temps avec celui des enfants.

**Agnès DEMAN**

Tout est question de bonne dose et de bonne distance. A Roubaix, nous sommes confrontés à des cas de grande violence. Pour autant, même dans ces situations, nous tâchons d'accompagner les

parents. Nous les aidons à trouver la bonne distance et, c'est pour cette raison que nous avons inventé ces rencontres entre des parents et leurs enfants placés, les séjours vacances, par exemple, ont des effets bénéfiques sur les enfants. Je me souviens d'un éducateur de foyer qui s'était rendu compte que le comportement de certains enfants s'améliorait suite à ces séjours. Aider l'enfant à accepter les limites de ses parents peut considérablement les aider.

**Michèle MAYAUX**

Je souhaite évoquer, à ce moment du débat, les problématiques du placement. Lorsqu'un enfant est placé, la progression des parents dans la prise en charge de leurs enfants est toujours citée ainsi que le danger (carences, maltraitance, etc) auquel peuvent être exposés les enfants.

**Docteur Philippe AUGOYARD**

Les parents doivent découvrir que la participation à des activités avec leurs enfants peut leur procurer du plaisir. Ils doivent réaliser qu'être parents n'est pas simplement un devoir.

**De la salle**

Madame Dumaret, pouvez-vous nous apporter des précisions sur les travaux des chercheurs américains que vous avez évoqués dans votre exposé ?

**Annick Camille DUMARET**

En 2003, nous avons réalisé un recensement des interventions précoces chez les enfants de 0 à 2 ans, des interventions sur les familles à haut risque psycho-social, des recherches sur la prématurité et petits poids de naissance et des familles à problèmes psychiatriques (publié dans Archives de Pédiatrie n°10, 448-461). Les chercheurs américains et canadiens ont élaboré des standards tandis que les chercheurs français conduisent des travaux davantage qualitatifs. Par ailleurs, je regrette que nous, chercheurs français, soyons obligés, en premier lieu, de rédiger nos articles en anglais. Ces recherches sont utilisées alors qu'en France, nous évoluons dans un univers complètement différent. De plus, je tiens à préciser que, dans l'Hexagone, nous disposons des PMI. Aux Etats-Unis, tel n'est pas le cas et la situation diffère d'un Etat à l'autre.

---

Prévention, accompagnement et soins de la relation  
parents/enfants :  
Une structure associant professionnels et bénévoles :  
**CAP ALESIA**

---

**Le travail d'une équipe : l'accueil et l'écoute des parents, les rencontres parents-enfants**

Danielle LEFEBVRE, Responsable Psychologue clinicienne du Centre Français  
de Protection de l'Enfance – CAP ALESIA

**Une recherche multidisciplinaire : « Evaluation des modes de soutien en situation de  
maltraitance : Quelle expérience pour les bénévoles ? Quel devenir pour les familles ?**

Marie-Pierre MACKIEWICZ, Sociologue, Maître de conférence à l'IUFM du Nord Pas de Calais  
Annick Camille DUMARET, Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES

# Le travail d'une équipe : L'accueil et l'écoute des parents, les rencontres parents/enfants

**Danielle Lefebvre**

Responsable psychologue clinicienne, Centre Français de Protection de l'Enfance – Cap Alesia

---

CAP ALESIA a été créé en 1984 par le Centre Français de Protection de l'Enfance dans le but de prévenir, accompagner et soigner les troubles de la relation Parents-Enfants : maltraitance, abus sexuels, incarcération, troubles mentaux des parents, séparation.

Nous nous inscrivons résolument dans la protection de l'enfance en empruntant les chemins de tous ceux qui ont dit, à l'instar de WINNICOTT, « qu'un enfant tout seul ça n'existe pas ». La famille constitue pour l'enfant le lieu de sa venue au monde, mais aussi et surtout le dispositif d'institution généalogique de son humanisation qui lui permet d'accéder à sa dimension personnelle de sujet. Or la famille, si elle est le lieu d'expériences fondatrices et créatrices de l'enfant, est aussi le lieu de tous les dangers, parce qu'une famille est avant tout un adulte ou des adultes « projetés » dans une place de parents parce qu'il est né. Une aventure commence alors, pour laquelle ils sont plus ou moins « équipés », selon qu'ils aient, ou non, reçu de leurs propres parents une confiance et une solidité psychologique suffisantes.

A travers différents modes de prise en charge (écoute téléphonique, consultations thérapeutiques individuelles ou familiales, rencontres parents/enfants, collaboration professionnels/bénévoles), notre service propose un soin psychique au plus près du possible des familles en difficulté. Familles pour lesquelles la question de la demande, le respect du cadre et de la continuité, la capacité à dire et plus encore à élaborer ne va pas de soi.

Il s'agissait d'ouvrir un espace d'écoute et de liberté où des hommes et des femmes puissent exprimer librement leur difficulté à être parents, pour qu'ils puissent, avec les psychologues de ce lieu, cheminer à la rencontre de leur enfant dans le respect de leurs besoins, de leur altérité, de leur subjectivité. C'est en écoutant l'enfant qui souffre dans l'adulte devenu parent qu'on peut espérer frayer ce chemin. C'est à partir de la reconnaissance de sa propre souffrance que nous pourrions l'accompagner jusqu'à reconnaître celle de son enfant et la penser comme différente de la sienne.

Cette souffrance sera donc le point de départ de tout travail. Au téléphone, des psychologues sont à l'écoute. L'anonymat offre une certaine liberté qui peut permettre de commencer à se faire confiance, de se dévoiler en restant masqué... de se livrer sans s'exposer... de s'approprier mutuellement sans s'engager. Le téléphone permet cet entre-deux.

En consultation, un parent ou des parents demandent de l'aide. Leur demande concerne leur enfant mais c'est de leur désarroi dont ils parlent, de leur incompetence ou de l'incompréhension dont ils se sentent l'objet. Qu'il s'agisse de leur propre sentiment d'être de mauvais parents ou du regard négatif qu'ils sentent porté sur eux, la mésestime, la défaillance narcissique est toujours sous-jacente. Restaurer un minimum de confiance constituera le premier temps de la prise en charge.

Depuis quelques années, notre activité s'est orientée vers une modalité de soins au travers de consultations familiales dans le cadre des séparations. En effet, les séparations décidées par le Juge des Enfants au titre de la protection des mineurs ne peuvent avoir d'effet thérapeutique que si, et

seulement si, cette séparation permet, outre la protection de l'enfant, un repérage pour celui-ci des dysfonctionnements parentaux afin qu'il n'en soit pas captif et qu'il ne les répète pas.

Ces consultations familiales permettent d'éclairer le lien, d'initier d'autres modalités d'interactions, de « tricoter » à plusieurs un tissu relationnel autre afin d'éviter que la pathologie du lien parent-enfant n'aboutisse à la maltraitance ou que celle-ci ne recommence lors du retour en famille.

Ce que nous offrons lors des rencontres parents-enfants, c'est un espace dans lequel l'inédit va pouvoir se mouvoir. Nous ne prévoyons, d'emblée, ni technique, ni stratégie, ni solution. Nous accueillons Parents et Enfants là où ils en sont. Nous ne cherchons pas à reconstituer avec eux l'histoire qui les a menés à CAP ALESIA. Nous la connaissons, ou pas : pas d'anamnèse, pas de rappel des « faits », pas de questions. Nous préférons laisser la place à un discours spontané, de part et d'autre, à la souplesse, voire au silence, tout en proposant un cadre solide et contenant. Une autre réalité, qui n'est plus systématiquement « recouverte » de souffrance et de violence, peut émerger. Le thérapeute y puisera les outils qui permettront d'ouvrir un nouvel espace où les compétences parentales pourront s'exprimer, quand cela est possible. Ainsi aidera-t-on l'enfant à grandir avec ces parents-là. Dans tous les cas, nous ne commençons que lorsqu'il y a adhésion de la famille. Notre expérience dans ce domaine a amené les professionnels à nous adresser de plus en plus des situations très dégradées. Un travail de concertation est effectué en amont avec les équipes pour mettre en place la meilleure façon possible d'accueillir cette famille. Le cadre : lieu, espace, temps (rythme, durée), mais aussi notre écoute, notre présence attentive, et notre capacité à contenir les mouvements psychiques contribuent aux effets thérapeutiques.

Il s'agit aussi parfois d'un accompagnement de l'enfant face à la maladie mentale de son(ses) parent(s). En effet, certains parents très pathogènes peuvent être toxiques pour l'enfant, même à distance. Le placement ne suffit pas à le protéger de cette toxicité si rien n'est mis en place pour l'aider à comprendre ce qui se joue à son insu dans la relation avec son ou ses parents malades. Nous faisons en sorte que les enfants puissent conserver des relations non destructrices avec leurs parents en soutenant la partie saine de la parentalité ou, si cela est impossible, en leur permettant d'appréhender les dysfonctionnements de leurs parents avec une perception critique, pour se construire, et construire une parentalité future qui déjouera la répétition.

De ce point de vue, le travail que nous proposons s'inscrit dans la protection de l'enfance et dans la prévention. En effet, c'est au prix de ce travail sur le lien que l'on peut espérer une évolution favorable de l'enfant dans sa construction d'adulte.

Il sera parfois intéressant de proposer une aide concrète, un accompagnement au quotidien par une personne de l'équipe de bénévoles. L'intervention de bénévoles auprès de familles en difficultés constitue un axe important du travail. Il s'agit d'un « outil clinique » fondateur de notre service. Par cet outil, nous tentons de restaurer l'estime de soi du parent en difficultés en lui faisant faire l'expérience d'une aide non marquée du sceau du social, d'une aide librement consentie, aide à travers laquelle il fera l'expérience d'une réelle bienveillance à son égard.

Les bénévoles à CAP ALESIA sont des personnes de tous âges, de tous horizons qui ont en commun le désir de donner, certes c'est le postulat de base du bénévolat – mais aussi la capacité d'entendre et de prendre en compte la souffrance du parent pour aider l'enfant. Autrement dit, des personnes qui peuvent entendre qu'un excès de générosité, de sollicitude peut aussi disqualifier le parent en difficulté, qu'il faudra trouver la bonne distance entre aide et assistance, entre écoute et conseil, entre bienveillance et apitoiement, des personnes capables de donner mais aussi de recevoir

simplement – ce n'est pas simple de recevoir quand on veut donner – des personnes capables de tolérance mais aussi de discernement – tolérance à l'égard des parents défaillants, discernement à l'égard de ce qui peut constituer des atteintes graves à l'enfant.

CAP ALESIA, c'est donc d'abord le choix d'une forme d'accueil, d'une disponibilité, d'une écoute bienveillante, non jugeante dont l'importance a été soulignée par la recherche-action sur l'analyse des modes de soutien de CAP ALESIA, recherche réalisée avec une équipe de l'INSERM (Unité 502, au sein du CERMES à Villejuif. Cet accueil a été perçu par les familles comme un élément important de la rencontre avec notre service.

L'accueil, c'est une notion qui fait assez bien le lien entre ce qui est de l'ordre de l'humanitaire et du thérapeutique.

*De l'humanitaire* au sens où il s'adresse à l'autre en souffrance, sans discrimination, sans condition, sans jugement, dans le respect de ce qu'il est. C'est une manière de rendre à l'autre sa dignité et son humanité.

*Du thérapeutique* au sens où c'est la souffrance du sujet qui va être accueillie dans la perspective d'un soin psychique qui le respecte dans son altérité.

La conjugaison du thérapeutique et de l'humanitaire trouve son expression dans l'alliance bénévoles-professionnels pour opérer, quand elle est réussie, un véritable « portage des familles ». Cette alliance ne va pas de soi, c'est même parfois une sorte de défi qui oblige à travailler sur nos résistances, à accepter des repérages cliniques différents, à entendre autrement la souffrance des uns et des autres. C'est aussi un enrichissement au travers des expériences croisées et des regards différents. Là encore il s'agit bien d'accueillir l'autre : « *Accueillir, c'est accepter le débordement, c'est accepter que l'autre fasse loi chez moi. En ce sens, l'hospitalité pure porte en elle une menace* ». Autant dire qu'accueillir, au sens de l'hospitalité, suppose un travail pour que celui qui accueille puisse accepter le débordement et la loi de l'autre sans pour autant que la menace qu'il représente ne le détruise. Ce travail se fait dans le groupe clinique bénévoles/professionnels qui se réunit régulièrement à Cap Alésia.

*L'hospitalité*, telle qu'elle est définie par Derrida, rend compte de cet accueil qui donne au sujet toute sa place et sa dignité. « *Une hospitalité sans condition n'est rien d'autre qu'une rencontre avec l'Autre* ». Confortés par ce que les familles ont pu dire à ce sujet et l'analyse qui en a été faite, nous avons été amenés à ouvrir notre service à des familles pour lesquelles les défaillances parentales avaient nécessité une séparation parent-enfant. Séparation qui, parfois, a renforcé le sentiment de mésestime de soi au point de menacer gravement le lien. L'expérience acquise au fil des années nous a beaucoup aidés à mettre en place un accueil de ces familles très mises à mal, de manière à soutenir les parts saines de la parentalité au bénéfice de l'enfant, à protéger ce dernier des attaques destructrices et à prévenir la répétition des mauvais traitements.

Il y a, dans cette forme de travail, un engagement nécessaire tant de la part des professionnels que des bénévoles, mais aussi des familles elles-mêmes, pour que les enfants puissent trouver leur place au sein de la famille d'abord, et de la société ensuite.

Il nous semble pouvoir dire que l'humanitaire allié au thérapeutique pouvait être humanisant et, en cela, poser les conditions d'une véritable prévention des mauvais traitements.

# Une recherche multidisciplinaire : « Evaluation des modes de soutien en situation de maltraitance : Quelle expérience pour les bénévoles ? Quel devenir pour les familles ? »

**Annick-Camille Dumaret**

Psychologue, Ingénieur INSERM-CERMES

**Marie-Pierre Mackiewicz**

Sociologue, Maître de conférence à l'IUFM du Nord Pas-de-Calais

---

## **Annick-Camille Dumaret**

Une étude sur les modes de soutien aux familles a été réalisée à la demande du Centre Français de Protection de l'Enfance afin d'évaluer le travail de prévention d'un de ses services « CAP Alésia<sup>13</sup> » composée de psychologues cliniciennes. Ces soutiens visent à traiter la souffrance du parent maltraitant et les difficultés relationnelles parent(s)-enfant sans disqualifier les familles (Oxley 1993, Ascoli et col., 2004).

Par ailleurs, ils correspondent à l'une des orientations de la politique familiale annoncée en 1998 et aux recommandations du plan Violence et Santé (travaux préparatoires, 2005), notamment en ce qui concerne le soutien à la parentalité, la création et le renforcement de réseaux d'appui, d'écoute et d'accueil de parents, visant à les accompagner dans leur rôle éducatif.

Cette **recherche de type multidisciplinaire** a permis de mieux cerner le fonctionnement de ces accompagnements et le devenir des familles, les approches sociologique et psychosociologique se complétant pour rendre compte de la diversité des suivis et de leur problématique<sup>14</sup>.

Concernant le devenir des familles, c'est la même approche que celle choisie dans deux autres travaux menés en parallèle sur le devenir des familles à risque ayant reçu des soins précoces ou accompagnements médico-sociaux (Dumaret et Picchi V. 2005, Dumaret, Titran et Dumont 2005). Il s'agit d'une étude longitudinale dont la population a été choisie dans le passé (méthode catamnastique).

Une mise à plat de tous les dossiers institutionnels archivés a été effectuée ainsi qu'une analyse des rapports d'activité depuis sa création, montrant l'évolution du service. On note l'importance récente des abus sexuels parmi les motifs premiers de suivi, l'augmentation de l'âge des enfants, les durées plus longues de suivi dans les situations de maltraitance et de dysfonctionnements parentaux, l'augmentation des personnes prises en charge ayant des troubles mentaux. Etant donné le type de service (anonymat, population française et étrangère, suivis courts...), il est impossible d'avoir un échantillon représentatif de toute les familles venues dans le service, mais plusieurs vignettes typiques décrivent le travail de l'institution (rapport final de recherche au CFPE, septembre 2005).

La recherche porte sur dix sept familles prises en charge avant 1999 avec des enfants de six ans (âge moyen à l'admission : trois ans) et qui ont été suivies au moins un an (environ trois ans pour les familles carencées et cinq à six ans pour les familles à pathologie psychiatrique ou à personnalité « borderline »). Le premier contact avec les parents a eu lieu par courrier et a nécessité plusieurs relances. Il leur a été signifié que les entretiens n'étaient pas retransmis à l'institution et que la

---

<sup>13</sup> Dénommé Alésia 14 avant le déménagement des locaux du XIVème vers le XIIème arrondissement de Paris.

<sup>14</sup> L'approche anthropologique, non exposée ici faute de temps, a été réalisée par F. Bittencourt-Ribeiro qui a étudié l'évolution du service et de son éthique fondatrice : l'écoute téléphonique.

confidentialité leur était garantie. Seuls les parents ont été rencontrés et les entretiens enregistrés avec leur accord. Parmi ces familles, ce sont principalement les mères qui ont été interviewées plus de trois ans après la sortie de l'institution. Plusieurs rencontres ont également eu lieu avec des professionnels extérieurs travaillant en partenariat avec Cap Alésia, ce qui a permis de recueillir des données complémentaires en cas de suivi ASE... Des réunions de synthèse avec l'équipe du service ont permis une confrontation avec la connaissance des situations par les cliniciennes.

### **Une structure reconnue comme très disponible et aidante**

A l'origine de ces modes de soutien ayant permis la confiance réciproque, on retrouve les notions d'accueil, la "rencontre avec l'Autre" de Levinas.

Avant leur admission, les parents avaient bénéficié de nombreuses prises en charge, notamment dans le champ de la santé mentale. Des familles notamment d'origine étrangère n'avaient reçu aucun soin, d'autres parents étaient très critiques quant aux attitudes de certains professionnels ; l'aspect financier était également évoqué. Certains, toutefois, avaient déjà fait auparavant l'expérience d'une relation personnalisée avec des soignants.

On constate aujourd'hui que le suivi d'Alésia 14 a facilité l'évolution vers un travail psychothérapeutique personnel pour certains parents, et le recours à ce type de soins en cas de nécessité pour certains de leurs enfants.

Les parents sont unanimes quant à la disponibilité de la structure à leur égard, alors qu'ils étaient psychologiquement en grande difficulté. Plusieurs éléments ont joué, comme :

- se voir acceptés tels qu'ils étaient à ce moment de leur histoire. En effet, la demande à court terme de réassurance au niveau de leurs capacités parentales s'articulait mal avec le travail psychologique proposé alors par divers services : *« On prenait toujours mon histoire là où elle en était. Le sujet était : une mère, un enfant, il n'était pas : creusons la violence, comment l'avez-vous vécue, comment vous en débarrasser, quel travail il faut faire » ; « On verbalisait une situation qui avait des problèmes. »*
- se sentir écoutés, compris, déculpabilisés par *« une façon d'appréhender les choses sans poser un regard critique et dérangeant »*,
- se redécouvrir capables d'être en relation avec autrui,
- s'autoriser à prendre du plaisir dans la relation avec leur enfant.

Cette prise en charge, dans laquelle les parents ont redécouvert l'élan vital perdu, a été vécue comme révélatrice de leurs ressources potentielles : *« Là où Alésia était très fort, c'était dans la confirmation de mes actes. Très rassurant. (...) Et ce n'était pas un conseil, c'était bien un fait. »*

### **Evolution des familles et des dysfonctionnements relationnels**

Le travail des cliniciennes et des bénévoles, qui prend en compte la globalité de l'entourage du jeune enfant, a été perçu comme se déployant dans un « entre deux », espace propice à l'avènement d'un processus d'individuation aussi bien pour le parent que pour l'enfant. Ils sont intervenus en maintenant l'enfant au centre des interactions.

Les parents ont pu parler de leur propre souffrance et aujourd'hui, ils peuvent évoquer une enfance dont ils gardent un mauvais souvenir. Peu à peu, ils ont perçu la souffrance infligée à leur enfant : *« Le message que j'ai compris après coup, c'est pour que mes gosses s'en sortent, il fallait que je m'en sorte. J'ai réussi à me dissocier quand même à et voir qu'on était des individus différents et qu'il fallait ne pas se confondre avec ses enfants »*.

Les effets positifs des aides reçues au niveau des familles ont été évoqués : la verbalisation des difficultés, l'amélioration de la communication au sein des familles, le mieux-être personnel et/ou relationnel ainsi que les effets corollaires sur les enfants, comme la meilleure gestion des émotions, l'évitement de passages à l'acte violents, la prise de conscience de leur individualité et l'accès à l'autonomie. L'accompagnement par les bénévoles leur a permis d'aller vers « l'extérieur », la vie sociale.

Dans plusieurs situations, l'arrivée de nouveaux conjoints aimants et aidants ont apporté aux enfants d'autres figures paternelles. Si la présence psychique du parent absent semble être mise en mots et insérée dans les dialogues au sein de la famille, néanmoins les relations de celui qui élève l'enfant avec l'autre parent restent encore conflictuelles et généralement cadrées par l'intervention de la Justice. Il n'en demeure pas moins que, dans les familles, la parentalité est assumée même si elle est partagée dans le cas de placement à l'Aide sociale à l'enfance. Les besoins des enfants et leur bien-être sont reconnus, leur scolarité investie. Les violences graves ont été éradiquées, les dysfonctionnements relationnels parents-enfants se sont fortement atténués, même si certaines personnalités parentales ne se sont pas modifiées. Dans plus de la moitié des familles, les enfants ne présentent pas de troubles graves de comportement. Les difficultés importantes de quelques enfants et adolescents sont à mettre en relation avec les problèmes psychiques des mères.

### **Des stratégies d'aide individualisée et de longue durée**

Ces résultats montrent, au niveau des parents, les effets bénéfiques apportés : ils ont pu, momentanément ou sur le long terme, sortir de leur isolement, principale cause de la maltraitance, quel que soit le milieu social d'origine, et (re)déployer leurs compétences.

Ils confirment ceux trouvés dans les travaux internationaux et dans d'autres études menées sur les interventions précoces auprès des familles. Ces éclairages, aussi bien ceux des familles, que ceux des bénévoles, montrent l'important travail d'ajustement dans les propositions faites aux familles, laissant la possibilité d'alterner clinique et aide concrète : entretien téléphonique, consultations, visites à domiciles, sorties...

Les rapports entre professionnels et usagers se construisent sur le registre de la confiance réciproque et d'une alliance au nom du bien de l'enfant, loin des représentations du contrôle et/ou de la punition souvent associées aux modes classiques d'intervention. Grâce à cette démarche compréhensive, les bénéfiques, comme les interrogations soulevés par ces accompagnements, ont été analysés. Les modes d'intervention ont été appréciés par les bénéficiaires, à chaque étape de l'accompagnement, cependant, parents et bénévoles ont insisté sur cette période difficile qu'est souvent la fin de l'intervention, symbolique de l'attachement qui a pu se créer.

### **Références bibliographiques**

- ASCOLI C., DELILLE F., LEFEBVRE D., RAEMY H. Plaidoyer pour l'inattendu, 2004, *Les cahiers de l'AFIREM*, 21-30.
- DUMARET A.C., PICCHI V. (2005) Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 476-485.
- DUMARET A.C., TITRAN M., DUMONT B. (2005) De l'exclusion à la prise d'autonomie : impact à long terme d'une prise en charge informelle de familles à haut risque. In *Bientraitance et Culture*, sous la dir. H. Desmet et J.P. Pourtois, Préface de B. Cyrulnik, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, pp. 173-189.
- DUMARET A.C., MACKIEWICZ M.P., BITTENCOURT-RIBEIRO F (2005, septembre) Pathologie du lien et compétence parentale: analyses des modes de soutien proposés par CAP Alésia. Rapport final de recherche au CFPE, 146 pages et annexes.
- OXLEY, J. (1993) « Professionnels et bénévoles, une coopération possible: Alésia 14 », *Enfance Majuscule*, n° 12, 7-9.
- ROUYER M., DROUET M.(1986) *L'enfant violent*, Païdos, Paris.
- WINNICOTT D. W. (1996) *Jeu et réalité -L'espace potentiel*, Gallimard, Paris (1<sup>ère</sup> Ed.1975).

## **Marie-Pierre Mackiewicz**

(N'étant pas présente le mardi 16 janvier 2007, son intervention a été présentée par Annick-Camille Dumaret).

### **LE POINT DE VUE DES BÉNÉVOLES (APPROCHE SOCIOLOGIQUE)**

#### **Introduction**

Dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire évoquée précédemment, trois chercheuses, l'une psychologue (Annick Camille Dumaret), la deuxième anthropologue (Fernanda Bittencourt) et la troisième sociologue (Marie-Pierre Mackiewicz), ont collaboré avec l'équipe de Cap Alésia. Il s'agissait d'évaluer les modes de soutien auprès des familles du service Alésia 14, au cours de ses quinze années d'existence, ainsi que l'évolution des prises en charge du service passées et présentes. Sur les trois volets de l'activité du service (entretiens téléphoniques, travail clinique auprès des familles et interventions bénévoles), la méthode a permis un recueil de points de vue croisés - professionnels (CAP Alésia et extérieur), bénévoles, familles usagères du service – afin de contribuer à une évaluation plus fine des soins et accompagnements. Je présente ici l'approche sociologique centrée sur les bénévoles

#### **Le profil des bénévoles**

Comme l'une des questions de l'équipe était de mesurer le bénéfice de la collaboration bénévoles/professionnels, pour les familles et leurs enfants, l'approche sociologique a porté sur l'expérience des bénévoles auprès d'une ou plusieurs familles adressés au service.

Vingt six personnes ont été rencontrées : des femmes, âgées de 25 à 75 ans, qui ont évoqué cinquante trois suivis répartis sur les quinze années étudiées (moyenne de deux suivis par bénévole). Quatre profils de bénévoles ont été distingués, en fonction de critères concernant leur parcours professionnel, familial et militant.

Soit la répartition suivante : neuf bénévoles 'chevronnées', en moyenne plus âgées, pour vingt deux des situations, souvent les plus lourdes, sauf exceptions, et les plus longues. Viennent ensuite cinq bénévoles 'affirmées' évoquant onze situations, sept 'émules' au début de leur parcours professionnel (dix situations), et cinq 'novices' n'ayant aucune expérience dans les trois champs cités plus haut (dix situations).

La majorité des bénévoles sont effectivement des professionnelles du champ de l'enfance, en poste, à la retraite ou en formation, dans le domaine de l'enfance. C'était une interrogation de l'association que de connaître ces profils et de savoir s'il aurait été plus opportun d'avoir recours à des stagiaires et il semblerait que c'est davantage l'option choisie à l'heure actuelle, en raison du temps que demande à un service le recours à des bénévoles (recrutement, sélection, suivi...).

#### **La concertation entre l'équipe et les bénévoles**

L'étude a permis de distinguer deux cycles complémentaires dans l'intervention des bénévoles. Le premier cycle observé concerne la concertation avec l'équipe, du recrutement jusqu'au terme de l'engagement, en passant par l'appariement avec une situation familiale et différentes modalités de suivi (téléphone, écrits, réunions). Il s'agit pour chaque bénévole d'adhérer à la proposition d'Alésia 14, puis de rencontrer les parents et/ou l'enfant. Une fois l'intervention entamée, la bénévole devra prendre l'initiative dans le 'soutien du suivi' et tirer parti des réunions.

Selon leur profil, elles évoquent plus ou moins de difficultés à chacune de ces étapes. Seules les bénévoles 'chevronnées' peuvent faire preuve d'une certaine autonomie, les novices faisant davantage part que les autres de leur désarroi, important face à certaines situations.

Toutes parlent de la difficulté de clore l'intervention, phase qui, pour beaucoup, correspond avec la fin de la collaboration avec l'équipe. L'étude a permis d'engager une réflexion du service sur ce point (développement des réunions de soutien des bénévoles, nécessité de valoriser des éléments de réussite de l'intervention par l'équipe et les pairs).

Entre concertation avec l'équipe et coopération avec les familles, leur discours révèle les tensions liées à leur position : Que savoir de l'histoire familiale avec le risque du parti pris ? Que faire savoir de ce qui a été observé aux professionnels avec le risque de trahir ? Ces questions sont très proches de celles énoncées par des assistantes maternelles de la protection de l'enfance.

### **La coopération entre familles et bénévoles**

Le second cycle observé, centré sur la coopération avec les familles, demande d'abord à prendre en compte les contextes psychosociaux spécifiques à ces familles. Deux grands types de familles sont repérables (en référence aux travaux de Robert Castel, 1995) :

- des familles désaffiliées : pauvreté plus ou moins chronique, migration récente... Envers elles, le rôle des bénévoles sera souvent de soutenir la parentalité en favorisant des processus d'intégration ou inclusion sociale (soutien scolaire, accompagnement dans des activités et démarches, présence au quotidien).
- des familles bénéficiant d'une forte assistance (prises en charge spécialisées en psychiatrie, protection de l'enfance). Les bénévoles sont alors les relais, au domicile ou dans des activités de loisirs ou de soutien, aux services mandatés (leur rôle reste considéré comme très marginal, voire nié ou critiqué).

Dans la coopération, qui va de la mise en relation avec la famille jusqu'à la clôture, il s'agit d'élaborer des pratiques concrètes dans le quotidien d'une relation, à ajuster le plus possible à un parentage qui peut être violent ou inadapté. Certaines font du soutien scolaire, d'autres des accompagnements dans le quotidien, d'autres sont présentes dans la rencontre entre parents et enfants confiés aux services de la Protection de l'enfance. Ceci permet de parler de la construction d'une forme de « familiarisation éducative ». Les bénévoles, quand elles sont acceptées, vont plus ou moins influencer les relations entre parents et enfants pour qu'elles soient moins conflictuelles et plus sereines, pour que le groupe familial se réinscrive dans les échanges sociaux et éventuellement, établisse des stratégies plus adéquates à l'égard des institutions.

Modulée par l'instauration ou non d'un attachement, l'intervention bénévole peut favoriser une requalification parentale (en référence à une proposition de Marie-Pierre Mackiewicz, 2003) en termes de soutien par la réaffirmation dans le registre symbolique de l'importance du statut parental ; de présence par la contribution à une élaboration d'identifications socio parentales ; d'aide concrète par le repérage et soutien des compétences parentales, soutien de l'enfant dans une étape de son développement.

Cependant, la confrontation aux violences intra-familiales met la bénévole en position d'observer et d'interpréter des comportements violents qui la déroutent, parfois la tétanisent, et de façon exceptionnelle, se tournent contre elle. Le soutien du service est alors demandé et vécu comme un impératif pour poursuivre l'intervention.

Plusieurs années après, la remémoration de telles situations reste douloureuse. Par contre, l'utilité de la relation et surtout, le sentiment de faire ce que des professionnels ne feraient pas, sont souvent énoncés : juste une présence, du temps... et qui voudrait exercer cette tâche très modeste ? La tâche, aux dires mêmes des plus chevronnées, est une vraie source d'enseignement, de remise en cause et de réflexion. En particulier sur les points souvent : d'une part la souffrance des parents, leur exclusion socio familiale, les rejets qu'ils subissent de ce fait... d'autre part, la difficulté à être reçu, entendu, conseillé dans des services spécialisés.

L'expérience bénévole peut conduire à une relative expertise sur l'évolution de la parentalité. Néanmoins, la bénévole reste souvent perçue comme prenant la place d'un professionnel ou d'un membre de l'entourage, places pourtant souvent laissées vacantes, du moins dans une relation concrète et quotidienne. Il y aurait un travail à élaborer pour que les bénévoles ne soient pas entravées par la comparaison avec ces figures absentes ou imaginaires, qui les empêchent de trouver une place reconnue utile. Les professionnels du service sont l'instance d'aménagement, lors de la mise en place et au cours du suivi, pour que cette nouvelle figure adulte identificatoire soit créditée ; ils restent le garant légitime de la qualité des interventions, qu'il y ait ou non accompagnement thérapeutique concomitant des parents ou de l'enfant.

## **Conclusion**

Si l'expérience à Alésia 14 entraîne une redéfinition du bénévolat et se révèle aussi utile personnellement, c'est bien parcequ'elle a une valeur formatrice, qualifiée d'importante par les intéressées, même si elle est courte ou douloureuse. L'hypothèse que nous avons sur le lien entre engagement bénévole à Alésia 14 et professionnalisation est validée. Cet engagement bénévole est une façon de se spécialiser sur la question de la maltraitance, de participer aux réseaux d'aide et de soin dans ce domaine. C'est aussi et surtout une autre manière d'envisager les relations avec les familles, de questionner les conditions de la qualité de la concertation et d'évaluer la pertinence des aides. Il a permis aux bénévoles d'ancrer leur légitimité dans le champ de la protection de l'enfance, soit comme professionnelles, soit dans un autre bénévolat.

---

## Echanges avec la salle

---

**De la salle**

Je souhaite rendre grâce et hommage au Relais Alésia. J'ai connu cette structure en 1984 sous le nom de relais Alésia. Elle a été la première à reconnaître la capacité de maltraitance des familles. En tant qu'assistante sociale hospitalière, je rencontrais, à l'époque, de grandes difficultés à faire passer ce message, il était difficile de nommer cette violence. Je me souviens d'une situation d'inceste dans une famille où l'enfant était pris en charge dans une institution, j'ai essayé de faire évaluer cette situation et je me suis fait insulter. Il y avait à cette époque, (années 80), le fantasme de la bonne mère, il fallait que les parents soient bons.

**Danielle LEFEBVRE**

Votre prise de parole me donne l'occasion de rendre hommage à Michèle Rouyer et à Jeannine Huxley qui sont à l'origine de ce service d'accompagnement parents-enfants. C'est leur expérience en placement familiale qui leur a permis de se rendre compte que l'accompagnement était important et donc de créer ce service.

**Monique BRUILLARD**

De quelle manière s'organisent les relations entre les bénévoles et les professionnels ? La participation des bénévoles s'inscrit-elle dans la durée ?

**Danielle LEFEBVRE**

Les relations avec les professionnels peuvent prendre plusieurs formes. D'une part, une professionnelle de l'équipe travaille en partenariat privilégié avec les bénévoles. D'autre part, les groupes cliniques animés par Jeannine Huxley permettent de travailler sur le vécu des bénévoles auprès des familles. Nous proposons donc un accompagnement constant et à plusieurs niveaux.

**De la salle**

Les bénévoles interviennent-ils pendant plusieurs années ?

**Danielle LEFEBVRE**

Certaines restent plusieurs années. Par principe, nous demandons d'ailleurs aux bénévoles de s'impliquer dans leur action auprès de nous pendant au moins un an.

**Christian PONCET**

Qui sont ces bénévoles ?

**Danielle LEFEBVRE**

Il s'agit de personnes d'horizons différents, des personnes qui travaillent (dans l'édition ou la banque par exemple), des professionnels en cours de reconversion ou des stagiaires psychologues. Pour ces derniers, je trouve que c'est un excellent moyen de se former.

**Christian PONCET**

Comment « codifiez-vous » votre relation avec les bénévoles ?

**Danielle LEFEBVRE**

Les bénévoles passent un contrat moral avec notre service. Par ailleurs, nous demandons aux bénévoles d'être capables de partager leurs expériences et de pouvoir travailler à plusieurs. Ils doivent comprendre et accepter que l'on forme un trio : la famille, les psychologues de Cap Alésia et les bénévoles.

**De la salle**

Pourquoi faites-vous appel à des bénévoles ?

**Danielle LEFEBVRE**

Pour précision, nous ne recourons pas à des bénévoles pour des questions de coût. Cette situation est l'expression d'un choix pris délibérément lors de la création du service en 1984. Les relations entre les bénévoles et les familles sont de véritables aventures qui peuvent se traduire par la construction de liens extraordinaires. En outre, l'intervention de bénévoles permet à certaines familles d'appréhender l'aide comme étant non menaçante. L'équipe de bénévoles, je le rappelle, est un outil clinique. Toutefois, il ne s'agit pas, loin s'en faut, du seul mode d'approche de notre service.

**De la salle**

Je n'ai pas le sentiment que vous ayez répondu à ma question.

**Danielle LEFEBVRE**

Nous faisons appel à des bénévoles pour proposer des interventions qui ne sont pas marquées du sceau « social ». Certaines familles vulnérables peuvent, en effet, avoir peur d'une aide apportée par des professionnels.

**Christian PONCET**

L'intervention des bénévoles est-elle formalisée ? Ou sommes-nous dans le domaine de la figure libre ?

**Danielle LEFEBVRE**

J'ai envi de dire les deux !

Lorsque nous travaillons avec une famille, il y a un code, nous définissons en collaboration avec elle, les professionnels et les bénévoles dans nos locaux le sens et la limite de l'intervention des bénévoles.

**De la salle**

Je voudrais juste faire un commentaire sur la place du bénévole dans ce type d'action. On le retrouve dans beaucoup d'autres actions dans le social. Je pense à ce renvoi régulier, lorsque l'on est travailleur social, de la part de familles en difficulté qui nous renvoie à la posture professionnelle. Les équipes mixtes, salariés vacataires et bénévoles fonctionnent bien notamment dans le secteur scolaire, ce qui montre que le statut de bénévole est important.

---

**Clôture**  
**Dominique de LEGGE**  
**Délégué Interministériel à la Famille**  
**Représentant le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux**  
**Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille**

---

Je vous remercie de m'accueillir. Tout d'abord, je tiens à excuser Monsieur BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille qui m'a demandé de le représenter.

Il est toujours difficile de conclure des débats auxquels l'on a participé que très partiellement. Aussi reprenant le thème qui vous a réuni tout au long de l'année, je vous livrerai quelques réflexions personnelles ainsi que celles qui se sont dégagées lors du travail préparatoire à la loi sur la protection de l'enfance.

Je suis toujours frappé de constater que la famille est toujours présentée comme étant en crise, en devenir, en mutation, en transformation et en recherche.

J'observe, par ailleurs, que nous utilisons les mêmes qualificatifs à propos de la Société dans laquelle nous vivons. A mon sens, cette simultanéité me semble une bonne nouvelle car elle confirme que famille et société sont intimement liées.

La crise que traverseraient les familles et la société serait donc la même. Par conséquent, nous ne devons pas tant décrire la crise que chercher à comprendre sa nature. Je prendrai le risque de dire que la crise est celle de la transmission. Pendant longtemps, cette fonction de transmission a été assurée par l'environnement immédiat des familles notamment à l'occasion d'événements familiaux comme la naissance. Tel est moins le cas aujourd'hui. Dès lors, votre rôle est essentiel, déterminant et indispensable.

Cela ne doit pas dédouaner d'une réflexion sur ce rôle. Nous avons quelques marges de progression et d'amélioration.

Pour autant, je ne fais pas partis des pessimistes car si on fonce on regarde les statistiques de l'aide sociale à l'enfance, de la PJJ..., globalement il faut voir tout ce qui va bien et ne pas se focaliser sur ce qui va mal. Je ne suis pas de ceux qui pensent que toutes les familles sont démissionnaires, que le service public a « à rougir » de son action et que le secteur associatif n'est composé que de personnes incapables. Je souhaite clairement, à temps et à contre temps, vous transmettre un message d'espérance et de gratitude le travail réalisé par les bénévoles et les professionnels, quels que soient leurs statuts.

Permettez-moi, néanmoins, de vous faire part des marges de progression qui sont envisageables. S'agissant de la multiplicité des intervenants, nous devons consentir des efforts pour faire en sorte d'améliorer le travail sanitaire et social en réseau. Les acteurs doivent être moins les intervenants d'une institution que d'une problématique.

Je souhaite d'ailleurs rappeler que la mise en place de la cellule de signalement dans la loi de protection de l'enfance visait à répondre à cet objectif.

En outre, je suis frappé d'observer depuis une dizaine d'années le développement du nombre d'acteurs sanitaires et sociaux autour du couple « diagnostic-prescription ». Or dans le même délai, l'Etat et les collectivités locales n'ont pas suffisamment mis l'accent sur les personnels qui assurent un accompagnement quotidien au domicile des familles.

En France aujourd'hui et tous secteurs confondus, les sages femmes sont au nombre de 16 000, les puéricultrices de 13 000, les techniciennes de l'insertion sociale et familiale de 5 000 et les éducatrices de jeunes enfants de 12 000. Ces personnels interviennent majoritairement dans le domaine de la prévention et leur effectif a plutôt tendance à diminuer.

En revanche, la population des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés compte 150 000 personnes et croît de 5 à 7 % par an. Sans doute devons-nous donc repenser notre travail

social et de santé publique en insistant sur « le faire avec » plus que sur le diagnostic et la prescription.

De plus, je remarque que nous continuons de parler du travail « social » et je pense que nous avons raison. Ceci étant, je souhaite que nous parlions aussi du travail familial. En effet, nous ne vivons pas seuls, nous ne nous insérons pas seuls et nous ne gérons pas nos difficultés seuls.

Je me réjouis que, depuis dix ans, les réseaux d'écoute et d'accompagnement à la parenté se développent. Je sais que vous êtes nombreux à travailler avec ces structures et je vous en félicite.

Je souhaite aussi évoquer deux initiatives dont je sais qu'elles n'ont pas fait l'unanimité et qu'elles ont été largement critiquées. Il s'agit du contrat de responsabilité parentale dans la loi sur la cohésion sociale et l'égalité des chances et du conseil des droits et devoirs des familles dans la loi de prévention de la délinquance. Sans épiloguer outre mesure, je remarque que ces deux propositions visent à replacer la famille au cœur du débat et que, dès lors, elles méritent d'être saluées.

Enfin, il y a urgence à réconcilier le travail des professionnels, celui des bénévoles et les familles.

En effet, je suis surpris de constater, dans les courriers que je reçois à la délégation interministérielle, combien les particuliers ne comprennent rien à notre jargon. Ce dernier ne doit pas cacher notre volonté d'accompagner les familles et ne doit pas être appréhendé comme une frontière par les personnes que nous souhaitons aider.

Pour terminer, je tiens à vous faire part de ma sensibilité aux discussions qui ont eu lieu aujourd'hui. La famille participe effectivement de l'éducation et toute éducation est une manière de prévenir.

Je vous remercie pour votre action.

---

## Glossaire

---

AAH	Allocation Adultes Handicapés
ACEPP	Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels
AED	Assistants d'Education
API	Allocation de Parent Isolé
AS	Assistant(e) Social(e)
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ATSEM	Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CEREDA	Centre de Recherches sur l'Enfant dans le Discours Analytique
CERMES	Centre de Recherche Médecine, Science, Santé et Société
CESF	Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CFPE	Centre Français de Protection de l'Enfance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIEN	Centre Interdisciplinaire sur l'Enfant
CMS	Centre Médico Social
CNASEA	Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CPCT	Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement
DMP	Dossier Médical Personnel
DPMI	Direction de la Protection Maternelle et Infantile

DVIS	Direction Vosgienne des Interventions Sociales
ESPER	Association « Ecoute, Santé, Parents, Enfants, Respect »
GIPEM	Groupement d'Intérêt Public Enfance Maltraitée
GRAPPER	Groupe de Recherche d'Action et de Formation pour la Prévention de l'Enfance à Risque
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HT 21	Test de dépistage – sur prélèvement sanguin – du risque de trisomie 21
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IUFM	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAEP	Lieu d'Accueil Enfants Parents
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRS	Programme Régional de Santé
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
SAFED	Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté
SROSS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TISF	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
T2A	Tarification de l'Activité (pour les hôpitaux)