

Issus de familles socialement défavorisées, handicapés dans leurs corps ou porteurs d'une maladie chronique parfois même évolutive, certains enfants cumulent dès la naissance des désavantages multiples : leur avenir est d'emblée compromis. Face à ces situations la société a tenté d'élaborer des réponses, évolutives selon les époques, mais malgré tout toujours insuffisantes.

Les solutions proposées se sont appuyées chaque fois sur l'état des connaissances médicales du moment, l'évolution de l'organisation de la protection de l'enfance et de la famille ainsi que sur la compréhension des processus adaptatifs familiaux vis-à-vis des enfants porteurs de handicap. Il s'agit chaque fois de lutter sur plusieurs fronts : le handicap somatique, le handicap social et psychologique de l'enfant et de sa famille.

A. Handicaps et médecine néonatale

Pour lutter contre l'excès de mortalité infantile des années 70, la réanimation néonatale s'est installée progressivement dans les centres hospitaliers. Cette nouvelle spécialité pédiatrique s'accompagne tout d'abord d'une augmentation sensible de l'incidence des handicaps. La terrible équation : **réanimation néonatale = augmentation du nombre d'enfants handicapés** est à l'origine d'une impossible communication entre médecins et parents.

**L'ENFANT HANDICAPÉ
EN FAMILLE D'ACCUEIL
BESOINS DES PROFESSIONNELLS**

CTNERHI

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches
sur les Handicaps et les Inadapations

Joël ROY

**L'ENFANT HANDICAPÉ
EN FAMILLE D'ACCUEIL
BESOINS DES PROFESSIONNELS**

Recherche financée par
le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches
sur les Handicaps et les Inadaptations

Extrait du catalogue

- **Entre détresse et abandon.**

La répétition transgénérationnelle chez les enfants placés

Marie Anaut

CTNERHI, 1997, 242 p., 145 F.

- **Accompagner les personnes polyhandicapées**

Réflexions autour d'un groupe de travail du CTNERHI

Elisabeth Zucman

CTNERHI, 1998, 227 p., 125 F.

- **La vieillesse des personnes handicapées : quelles politiques sociales ?**

Lieux de vie - Ressources - Aide sociale

(nouvelle édition)

Patrick Guyot

CTNERHI, 1998, 168 p., 125 F.

- **Aux sources de l'éducation spécialisée (1878-1910).**

La formation des premières infirmières laïques

Marcel Jaeger, Claude Wacjman

CTNERHI, 1998, 147 p., 120 F.

- **Insertion des étudiants handicapés à l'université :
du diplôme à l'emploi**

Bruno Gendron

CTNERHI, 1998, 122 p., 120 F.

Vient de paraître

- **La Commission Bourgeois (1904-1905)**

Documents pour l'histoire de l'éducation spécialisée

Monique Vial, Marie-Anne Hugon

CTNERHI, 1998, 360 p., 215 F.

Toute reproduction doit être soumise à l'autorisation du Directeur du CTNERHI

Remerciements

Cette étude n'a pu être réalisée que grâce à l'appui des professionnels concernés :

- Les familles d'accueil, dans leurs réponses massives au questionnaire, puis dans la participation aux entretiens, nous ont permis de côtoyer une catégorie de professionnels encore mal connus. La sensibilité de leur témoignage, tout en nuance, nous a fait pénétrer dans un travail alliant à la fois technique et bon sens.*
- Les éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance, malgré leur surcharge de travail, se sont prêtés volontiers à notre jeu de questions-réponses. Nous les remercions de cette participation.*
- Les équipes de soins, libérales ou institutionnelles, ont également répondu affirmativement à cette enquête. Leur participation a été essentielle dans la compréhension des processus d'accueil.*

L'élaboration de l'enquête, dans ses aspects théoriques, pratiques et organisationnels a été le fait d'une équipe de recherche qui a également participé à l'analyse des données :

- Rose-Marie Gorgues, psychomotricienne ;*
- Laurence Hadamard, psychologue ;*
- Claudine Herail, assistante sociale de la clinique Peyre Plantade ;*
- les techniciens vidéos de cette même clinique ont assuré les prises de vues : F. Séganti & M. Delcassé ;*
- Valérie Moure a assuré la frappe du rapport final.*

Enfin, deux partenaires ont permis à cette étude de se développer : l'Aide sociale à l'enfance qui nous a ouvert ses dossiers et l'Association d'assistantes maternelles (ADDAM), elle nous a aidés à mieux comprendre le travail des familles d'accueil.

Sommaire

AVANT-PROPOS	p. 1
Aspects méthodologiques	p. 15
1. Aspects épidémiologiques	p. 16
A. Estimation du nombre d'accueil	p. 16
B. Les bases de données utilisables	p. 17
C. Le recueil des données	p. 19
2. Aspect clinique.....	p. 21
A. Besoins des assistantes maternelles	p. 21
B. Besoins des travailleurs sociaux.....	p. 22
C. Besoins des équipes de soins.....	p. 23
Résultats	p. 25
1. Besoins des assistantes maternelles	p. 25
A. Les soutiens et repères des familles d'accueil	p. 25
B. Les relations à la famille naturelle	p. 35
C. La question de l'attachement	p. 37
<i>Conclusion</i>	p. 43
2. Besoins des travailleurs sociaux	p. 47
A. La singularité des accueils : des placements précieux	p. 48
B. Le risque de cet accueil : le surinvestissement.....	p. 49
C. Les moyens spécifiques pour lutter contre ces risques.....	p. 50
D. Les missions du travailleur social	p. 52
E. Les appuis et les sécurités pour mener à bien leurs missions	p. 58
F. Le recrutement des assistantes maternelles et la particularité de ces accueils	p. 59

<i>Synthèse concernant le discours des éducateurs</i>	p. 62
3. Besoins des équipes de soins	p. 65
* Institution de l'éducation spéciale et familles d'accueil.....	p. 66
A. La singularité des accueils	p. 66
B. Le fonctionnement des accueils	p. 69
C. L'attachement : un problème non résolu	p. 77
D. Familles d'accueil / familles thérapeutiques.....	p. 81
* Les équipes de soins ambulatoires	p. 82
4. Synthèse des besoins des professionnels	p. 87
A. Un malaise	p. 88
B. Les besoins de l'enfant	p. 89
C. Des nécessaires adaptations	p. 90
D. La question de l'attachement n'est pas résolue	p. 96
CONCLUSION GÉNÉRALE	p. 101
ANNEXES	p. 103
Annexe I : Résultats d'une enquête par questionnaire. A propos de 68 accueils	p. 105
Annexe II : Echantillonnage-appariement : constitution de onze paires de situations.....	p. 125
Annexe III : Extraits de discours.	p. 129

Avant-propos

Issus de familles socialement défavorisées, handicapés dans leurs corps ou porteurs d'une maladie chronique parfois même évolutive, certains enfants cumulent dès la naissance des désavantages multiples : leur avenir est d'emblée compromis. Face à ces situations la société a tenté d'élaborer des réponses, évolutives selon les époques, mais malgré tout toujours insuffisantes.

Les solutions proposées se sont appuyées chaque fois sur l'état des connaissances médicales du moment, l'évolution de l'organisation de la protection de l'enfance et de la famille ainsi que sur la compréhension des processus adaptatifs familiaux vis-à-vis des enfants porteurs de handicap. Il s'agit chaque fois de lutter sur plusieurs fronts : le handicap somatique, le handicap social et psychologique de l'enfant et de sa famille.

A. Handicaps et médecine néonatale

Pour lutter contre l'excès de mortalité infantile des années 70, la réanimation néonatale s'est installée progressivement dans les centres hospitaliers. Cette nouvelle spécialité pédiatrique s'accompagne tout d'abord d'une augmentation sensible de l'incidence des handicaps. La terrible équation : **réanimation néonatale = augmentation du nombre d'enfants handicapés** est à l'origine d'une impossible communication entre médecins et parents.

Proposer aux familles de confier le nouveau-né handicapé à un service de suite pédiatrique de type pouponnière médicalisée devient une pratique courante. Les pédiatres pensaient ainsi préserver les familles d'une charge matérielle et affective jugée trop lourde mais aussi se donnaient l'impression d'assumer jusqu'au bout leurs gestes.

Il s'agissait en fait d'une proposition d'abandon déguisé, consentie parfois par des familles dépassées par l'événement. Faute de repères, elles se rallient à cette incitation argumentée de la nécessité de soins spécialisés, impraticables à domicile. Toutes les catégories de familles, des plus favorisées aux plus démunies sont touchées par ce mouvement. Le placement une fois réalisé, l'établissement médical devenait à la fois le lieu des soins et le lieu d'accueil social de l'enfant handicapé. Les « délaissements » en institution s'instaurent et génèrent : l'hospitalisme pour l'enfant, des dysfonctionnements pour les soignants (attachement personnalisé nécessaire aux enfants mais pourchassé par l'institution ou multiplication de soignants autour de l'enfant avec dilution des figures parentales).

Dans tous les cas, si les soins médicaux étaient assurés, les sur-handicaps relationnels se multipliaient et s'accompagnaient d'une aggravation des déficiences mentales, effets à la fois de la séparation familiale et des carences affectives institutionnelles. Statutairement limitées à trois ans, les prises en charge médicalisées en pouponnière se poursuivent par une admission en service de défectologie des hôpitaux psychiatriques où adultes et enfants se côtoyaient perdant toute spécificité derrière une symptomatologie institutionnelle d'arriération profonde. Les enfants handicapés n'étaient pas encore, à cette époque, concernés par les prises en charge sociales.

L'avènement dans les années 60 du secteur d'éducation spéciale avec la création d'instituts médico-éducatifs (IME), modifie la trajectoire de

l'ensemble des enfants handicapés : les enfants de pouponnière en bénéficieront.

Conçues au départ, pour la majorité, sur le modèle des internats hospitaliers, les institutions de l'éducation spéciale accueillent aussi les enfants des pouponnières. Ils proposent des soins mieux adaptés mais pérennisent les délaissements.

La loi de 1975 sur la personne handicapée, l'instauration d'une instance tierce : les CDES entre les médecins qui adressent et les institutions qui reçoivent, la place de plus en plus importante accordée aux parents modifiera les fonctionnements institutionnels. Petit à petit, la notion d'accueil pour les soins et l'éducation spécialisée se différencie de celle d'accueil social. Les établissements médico-éducatifs n'accueillent plus en continu et leur durée annuelle de fonctionnement se rapproche du calendrier scolaire (210 jours en moyenne), le reste du temps les enfants restent dans leur famille. L'externat se développe, même s'il est encore appelé semi-internat.

Les conditions d'accueil en institut spécialisé se précisent, il faut pour l'enfant un toit, un hébergement de substitution pendant les temps de fermeture des institutions : il sera fait appel aux services sociaux. Jusqu'alors, ils n'étaient pas ou peu concernés par la population d'enfants handicapés (si ce n'est lors d'un abandon officialisé, éventualité peu fréquente dans les années 60-70.)

B. Handicap et politique de l'Aide sociale à l'enfance

Les réponses à ces nouvelles demandes seront toujours influencées par l'évolution générale de l'ASE.

Créé pour gérer les difficultés éducatives des familles socialement défavorisées, ce service s'est organisé et s'organise encore autour de cette mission.

En trente ans les accueils proposés aux enfants dont les familles sont en difficulté vont sensiblement évoluer. Ces modifications s'appuient sur les travaux, dans les années 50, de John Bolwby, repris en France par Jenny Aubry, Michel Soulé, Myriam David. Ces cliniciens analysent, décrivent et critiquent la durée interminable des placements, les effets néfastes de la séparation totale de l'enfant de son milieu d'origine, les conditions de vie aliénantes dans les établissements et l'état déplorable des enfants. Si les accueils dans les familles « gardiennes » de la DDASS ont toujours côtoyé les solutions de foyers sociaux, on observe peu à peu une désinstitutionnalisation au profit des premières qui deviennent assistantes maternelles en 1971. « Ces placements familiaux, à caractère social, se font soit à la demande des parents afin de les soulager dans une situation difficile et temporaire, soit à la suite d'un signalement pour protéger les enfants contre les conditions de vie défavorables chez leurs parents : ces placements sont parfois "consentis" par les parents, d'autres fois "ordonnés" par le Juge des enfants et assortis d'une mesure de retrait provisoire du droit de garde des parents confié alors au service qui abrite l'enfant ¹. » Les services, administrés par la DASS, se décentralisent dans les années 80 et passent sous la responsabilité des conseils généraux.

« Il n'en reste pas moins vrai que tous les services se heurtent à des obstacles considérables :

- Tout d'abord le nombre élevé d'enfants dont le placement est réellement nécessaire et indiqué, associé à la difficulté de trouver des familles d'accueil, conduit encore trop souvent les équipes, soit à ne pas répondre à la demande de placements des enfants, qui demeurent alors plus longtemps

¹. David M. (1990). *Le Placement familial*.

qu'il n'est souhaité dans les pouponnières et foyers d'accueil, soit à surcharger une famille d'accueil avec un trop grand nombre d'enfants.

- Bien que le suivi soit plus effectif, la quantité de personnel est souvent encore insuffisante pour faire face aux nombreuses tâches.
- Mais surtout... la complexité de toute situation de placement familial et les tensions auxquelles elle donne lieu sont et restent difficiles à gérer et à maîtriser ². »

La population d'enfants handicapés restera toujours quantitativement minoritaire par rapport à l'ensemble des enfants confiés à ce service. Cependant, elle va bien sûr bénéficier de cette évolution, d'autant plus fréquemment que les établissements d'accueil sociaux se sentent très démunis devant la prise en charge des incapacités. Ils sont peu médicalisés et tout à fait ignorants de l'évolution des nouvelles pratiques de soins. Les enfants handicapés, cas sociaux, seront dès lors orientés de plus en plus souvent vers des familles d'accueil.

C. L'avènement des prises en charge précoces : la réintroduction des parents

La grande innovation de ces vingt dernières années réside dans l'apparition des prises en charge précoces. De nombreux travaux scientifiques francophones et anglo-saxons dans le domaine des incapacités sensorielles, motrices, des déficiences intellectuelles, montrent l'opportunité d'accompagner, de suivre, de traiter précocement afin d'éviter la survenue de sur-handicap. Actuellement, tout le monde s'accorde pour reconnaître leur efficacité.

². David M., *op. cit.*

Les pionniers de cette prise en charge ont été les rééducateurs libéraux souvent formés dans des institutions spécialisées de pointe. Ils ont été amenés à créer une discipline nouvelle, adaptée à des enfants plus petits, voire des nouveau-nés. Les progrès de l'orthopédie infantile, de la rééducation fonctionnelle, sont la base de nouvelles méthodes d'approche qui tiennent plus compte de la potentialisation des capacités de l'enfant que de la correction des déficits.

Dès lors qu'ils s'occupent d'enfants plus petits, voire de nourrissons, les rééducateurs ont eu le choix, soit de les traiter en institutions spécialisées précoces (rares en France) en les séparant de leurs familles, soit de les suivre en ambulatoire et, de ce fait, se devaient de s'appuyer sur les familles.

Très rapidement, l'idée s'est imposée d'utiliser les parents comme relais des rééducations afin de potentialiser les séances. Une nouvelle pratique, dite de « guidance parentale » était née. Il ne s'agissait en rien d'un partenariat réel, mais d'une transmission nécessitant la transcription sémantique de vocabulaire et du transfert d'une pratique de professionnels à une pratique dirigée vers les familles.

Certains praticiens excellent dans ces conversions et restent des soutiens particulièrement efficaces des enfants et un réconfort pour les parents.

Dans le même temps, et malgré leur savoir-faire, ces pratiques trouvent leurs limites dans l'adaptation des parents à leur enfant handicapé. Isolés, les praticiens rééducateurs se trouvent démunis devant un certain nombre de situations d'échec de rééducation dont ils ne comprennent pas les mécanismes ou, tout au moins, qu'ils ne peuvent faire évoluer.

Des services spécialisés se créent alors pour pallier ces difficultés : les Centres d'actions médico-sociales précoces (CAMSP). Ils ont pour mission de proposer aux enfants jusqu'à six ans et à leurs familles des plateaux techniques sophistiqués de diagnostics et de soins, réunis dans un même lieu, et abordant l'enfant de façon globale. Historiquement, et pour lutter contre l'enfermement familial, ils vont proposer des cures ambulatoires. En faisant venir au Centre les parents, l'idée première est de désenclaver les familles, de travailler sur la relation parents-enfants, d'apporter les stimulations en groupes et des solutions rééducatives adéquates.

Ces lieux spécialisés dans le handicap, souvent polyvalents, ou monovalents (CAMSP moteur, psychologique, sensoriel) deviennent le creuset d'une réflexion sur la psychodynamique des familles d'enfants handicapés. Se suffisant à eux-mêmes, ils risquent pour certains d'entre eux de s'enfermer dans leur tour d'ivoire et de se couper des autres lieux de vie des enfants. Certains issus de Centres hospitaliers universitaires, dirigés par des pédiatres engagés en néonatalogie, créent des passerelles entre les services annonceurs de handicap et les CAMSP.

Les pratiques, là aussi, sont très diversifiées, fonction de l'histoire institutionnelle lors de la création. Certains naissent sur un terrain qui leur semble vierge de prises en charge précoces et vont monopoliser l'action : très vite, ils sont dépassés par les demandes et tout à fait surchargés. D'autres, plus sages, vont s'adapter aux ressources déjà existantes et créer un pôle d'attraction local autour de la petite enfance vulnérable, en se proposant comme experts.

Dans la plupart des cas, l'idéologie dominante reste centripète. L'enfant et sa famille, les autres professionnels doivent se déplacer au Centre.

Le travail « au domicile » de l'enfant n'est que secondaire, soit comme complément d'observations pour mieux appréhender une situation com-

plexe, soit comme ultime solution pour approcher des familles incapables socialement ou psychologiquement d'accéder aux CAMSP.

Les prises en charge précoces existent et se généralisent depuis une dizaine d'années. Qu'elles soient le fait de rééducateurs privés ou d'institutions plus organisées, comme les CAMSP, elles se confrontent à une nouvelle pratique où les familles sont partie prenante, volontairement ou à leur corps défendant. Cette évolution, cette révolution, dans l'aspect de l'éducation spéciale, n'est pas sans poser certains problèmes théoriques et pratiques. Si à l'évidence tout le monde ou presque s'entend pour laisser une place de plus en plus importante aux parents, le sens de cette démarche ne paraît pas univoque ou comprise de la même façon par tous. Effet de mode ou prise de conscience des nécessités de l'enfant petit ? Telle est la question qui se pose actuellement et les familles d'accueil, en charge d'enfants handicapés, en ressentent les répercussions.

Les parents, dans les années 60, se sont battus pour la création d'institutions alternatives à l'hospitalisation psychiatrique ou à l'enfermement familial. Trouver, comme le dit Mounoud³, un lieu où « ils pensent que l'enfant sera bien », tel était le combat parental de l'époque, concrétisé par la création des IME/IMPro gérés par leurs associations.

Le lieu où « les parents pensent que l'enfant sera bien » est actuellement autre. Maintenir l'enfant, au maximum, dans son environnement familial et scolaire, dès lors que les rééducations précoces sont possibles paraît une démarche logique et en droite ligne de ce que les plus anciens parents préconisaient. C'est toujours pour le mieux-être de leur enfant que ces parents militent, même si leur militantisme prend parfois l'air de croisade.

³. Mounoud, Roy, Visier (1983). *Des parents en quête d'une pratique associative*, CTNERHI.

Face à cette demande, les outils de compréhension des professionnels ont dû être remaniés. Les premières prises en charge précoces se sont fondées sur un corpus théorique concernant les enfants plus âgés. L'expérience engrangée par les professionnels dans le cadre de leur travail en institutions, ou dans les associations, a servi de fondement aux pratiques s'adressant aux enfants plus petits.

Si, pour les enfants eux-mêmes, le réajustement des pratiques en rapport aux stades de développement moteur, langagier, psychologique, a permis de faire le pas et de les déplacer en les adaptant aux plus jeunes âges, par contre, il n'existait pas de corps théorique construit du cheminement des parents durant cette période.

Les notions de rejet et d'hyperprotection de l'enfant, de culpabilité parentale, d'acceptation du handicap, si souvent employées dans les institutions pour plus grands comme références théoriques à la psychodynamique parentale, sont rapidement devenues caduques car asynchrones et trop simplistes, dès lors que le dialogue avec les familles s'engageait.

En effet, les équipes qui accompagnent dans le quotidien les familles très précocement, se sont aperçues bien vite que dans la majorité des cas, la famille souhaite élever l'enfant malgré l'existence de sa différence. Le choc, l'ébranlement, lors de la révélation, est toujours important mais pas forcément traumatisant si l'accompagnement précoce s'avère de bonne qualité. Quelques semaines plus tard, les parents jouent leur rôle de parents ; ils développent alors des trésors de patience, d'ingéniosité pour arriver à aider et comprendre cet enfant différent. La qualité de l'attachement, de l'amour, s'il paraît encore suspect à certains, reste le garant de sa sécurité et de son bien-être. Il n'empêche que les mères et les couples cherchent constamment à résoudre la quadrature du cercle du temps : comment

à la fois s'occuper plus de cet enfant-là, qui en a besoin, et dans le même temps se préserver et ne pas sacrifier le reste de la famille ?

Le handicap, la différence de l'enfant génèrent obligatoirement chez l'adulte qui l'accompagne des modifications dans les comportements éducatifs, dans les représentations qui les sous-tendent ; ce constat vaut autant pour les parents naturels que pour les adoptants, les familles d'accueil, les professionnels ; l'ignorer, c'est risquer d'accorder un caractère pathologique à des adaptations nécessaires et structurantes.

Accompagner les familles très précocement, c'est s'apercevoir qu'elles sont différentes des familles standard, qu'elles sont soumises à des processus d'adaptation individuels, de couple, sociaux, générés par la différence de l'enfant. Mieux connaître ces processus, c'est se donner les moyens de mieux accompagner des familles dont le choix est d'assumer leur parentalité.

Mieux connaître les processus d'adaptation, c'est se donner les moyens d'en repérer les possibles déviances, impasses, et de proposer alors une aide, un soin plus spécialisé lorsqu'il devient nécessaire.

D. L'enfant handicapé et les familles d'accueil

L'accroissement de la précarité sociale, la diminution de 10 % des places d'internat des institutions spécialisées ces dix dernières années au profit de l'externat ou des prises en charge à domicile (+ 10 % en dix ans), la participation des parents ont modifié le paysage du handicap.

En cinq ans, dans le seul département de l'Hérault, le nombre de placements sociaux d'enfants handicapés ou en grande difficulté a doublé. Sur

le terrain, les services sociaux démunis cherchent en vain des assistantes maternelles susceptibles d'accueillir de tels enfants. Chroniquement, en fin d'année scolaire, les CDES de tous les départements déplorent le manque de places en institutions spécialisées, malgré une progression nationale de 117 000 à 122 000 places en neuf ans. L'ensemble de ces éléments tissent la toile de fond pour les décideurs comme pour les exécutants et les usagers d'une problématique de pénurie.

Néanmoins, un grand nombre de ces enfants, dans notre pays, vont pouvoir accéder à un plateau médical et social théoriquement bien organisé. La superposition d'un accueil chez une assistante maternelle, d'un soutien par l'Aide sociale à l'enfance et d'une inscription dans un établissement de l'éducation spéciale représente, en effet, en 1992, dans le Languedoc-Roussillon, 17 % des accueils en structures spécialisées.

Les montages administratifs inter-institutionnels existent et sont utilisés, concrétisant ainsi la différenciation entre accueil social et accueil médico-éducatif (même si souvent le terme de placement est utilisé pour l'un ou l'autre de façon indifférenciée).

La qualité des montages et leur efficacité en termes d'aide et d'accompagnement à l'enfant n'ont cependant jamais fait l'objet d'un travail réel de concertation et d'analyse.

E. Places et besoins des professionnels

Chacun à partir de son institution, de sa place, s'efforce d'aborder les difficultés des enfants de façon globale, dans le souci de ne pas le morceler. Les logiques des familles d'accueil, des tutelles, des équipes médicales et médico-sociales se mêlent, voire s'opposent, lésées chacune de

leur propre histoire institutionnelle. Les réunions multidisciplinaires : « CAD » (Commission d'aide à la décision) sont l'occasion de confronter les points de vue.

Les multiples désavantages sociaux médicaux de ces enfants et de leur famille rendent complexes ces situations de multihandicap où se côtoient obligatoirement des intervenants de services différents.

Tenter de simplifier, pour mieux cadrer, privilégier les rapports inter-institutionnels au détriment des besoins de l'enfant, déléguer abusivement aux autres champs, telles sont les tentatives permanentes de résolution de cette complexité. Chacun, face à ces enfants multidésavantagés, se réfugie derrière sa logique de fonctionnement, point de sécurité à partir duquel les besoins de l'enfant seront réellement et globalement pris en compte.

La multidisciplinarité s'impose, elle ne saurait être évitée et ajoute ses propres règles de fonctionnement, complexifiant à l'extrême les prises en charge.

S'intéresser aux besoins des professionnels peut paraître indécent face à des enfants présentant autant de désavantages. Cependant, la multiplicité de ces désavantages s'accompagne toujours de la présence d'une multitude d'intervenants (en direct ou non). De la cohérence de leur fonctionnement dépendra l'efficacité de l'action menée. Rester vigilant à la iatrogénie des montages est la première priorité.

Cela suppose de la part de chaque acteur une analyse de ses propres besoins, de ceux des autres intervenants et un ajustement réciproque permanent, souple et évolutif.

Dans une même période ou lors de passage de relais, il s'agit de coordonner les actions afin qu'elles se complètent sans s'opposer. La prise en

compte de la famille naturelle par chacun des intervenants ou le passage d'un placement centré sur la famille d'accueil à une prise en charge en externat médico-éducatif par exemple sont des « lieux » obligés de superposition des pratiques. Ils constituent les interfaces où chacun pourra attribuer à l'autre des capacités, lui reconnaître de la valeur. Ces reconnaissances mutuelles, véritable filet symbolique de la valeur de chacun, sont comme le dit si bien une assistante maternelle « les garde-fous » de ces situations, creuset de la reconnaissance au bout du compte accordée à cet enfant multidésavantagé et à sa famille. Tout porte à croire que cette cohérente entre intervenants engendre elle-même un effet structurant.

L'objet de cette recherche, en deçà d'une analyse des interactions inter-institutionnelles (conflictuelles ou non), tend à réexplorer les logiques et les besoins de chacun des professionnels afin de recadrer et de redéfinir, si cela est nécessaire, les pratiques autour de ces enfants handicapés ou malades.

Aspects méthodologiques

Cette recherche s'appuie sur un travail préalable réalisé dans le département de l'Hérault autour du délaissement d'enfants handicapés en institutions ⁴. La confusion entre placement social/placement sanitaire et éducatif amenait encore trop souvent, en 1985, à n'offrir aux enfants handicapés, dont la famille présentait une difficulté sociale, qu'une seule solution globale de prise en charge : l'institution d'éducation spéciale. Elle était alors vécue par les parents comme substitut de l'hôpital, subvenant à tous les besoins. Une réflexion à l'époque s'était engagée pour bien dissocier les réponses aux besoins des enfants, à défaut de parler de double désavantage introduit dans la classification OMS. Très logiquement, des solutions d'accueils sociaux (par des assistantes maternelles) s'étaient alors imposées, en complémentarité des soins nécessaires en institution.

En 1992, début de notre recherche, l'augmentation du nombre de ce type d'accueil, la pénurie (apparente) d'assistantes maternelles acceptant un enfant porteur de handicap, l'absence de suivi réellement spécifique, le réveil de la question de la professionnalisation des assistantes maternelles, nous ont amené à poursuivre le travail entrepris en 1985 et à le centrer plus spécifiquement en termes cliniques selon deux axes :

- le premier est épidémiologique : il s'agit de recenser les situations d'accueil d'enfants « handicapés » dans le département, cette évaluation permettant de mieux repérer quantitativement les besoins auxquels ont à faire face les tutelles ;

⁴. Groupe d'études dit de « Font-Trouvée », animé par le docteur Azéma, B. Astruc, Cl. Panossian.

- le second axe est clinique. Il tente de décrire les besoins des assistantes maternelles, des équipes sociales, et des équipes vis-à-vis de ces enfants placés.

1. Aspects épidémiologiques

L'absence de base de données constituées nous a amené à pratiquer une estimation du nombre de placements. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur des enquêtes départementales et régionales.

A. Estimation du nombre d'accueils

- Enquête DRASS : novembre 1990/mars 1991

Cette enquête mandatée par la Région Languedoc-Roussillon a recensé la population d'enfants de quatre à vingt ans en institutions d'éducation spéciale. 183 des 1 106 enfants (17 %) sont placés en familles d'accueil en même temps qu'ils sont suivis en établissements. La moitié ont plus de seize ans. Les trois quarts présentent une déficience intellectuelle.

- Enquête CDES, coupe transversale mars 1991

Une enquête sur les modes de garde des enfants recensés par la CDES a permis d'apprécier la tranche d'âge la plus précoce (zéro à six ans). Sur les 313 enfants, seulement 8 sont placés en familles d'accueil.

L'ensemble de ces données nous permet donc d'évaluer au minimum le nombre d'enfants handicapés placés chez les assistantes maternelles à 191.

B. Les bases de données utilisables

Nous nous sommes particulièrement attachés, dans cette recherche, à collaborer avec les acteurs mêmes de ces accueils. Grâce à la collaboration de la direction de la Solidarité départementale (DSD), il a été possible de mettre en place cette étude. Le souci de mieux connaître les contraintes spécifiques à ces placements, l'actualité de difficultés cliniques rencontrées par les éducateurs et les assistantes maternelles, nous ont permis de nous entendre sur les objectifs à atteindre.

L'ASE emploie 458 assistantes maternelles à titre permanent (nuit et jour) pour l'accueil des enfants qui lui sont confiés. La notion d'enfants porteurs de handicap n'étant pas une catégorie spécifique pour ce service, il nous a été proposé de retrouver ces enfants par l'intermédiaire de l'attribution « d'indemnités de sujétion » accordées aux assistantes maternelles pour des enfants en difficulté.

Ces indemnités correspondent à une rémunération surajoutée en fonction de frais supplémentaires occasionnés par les problèmes de l'enfant. Réparties entre des taux de 1 à 6, nous n'avons eu accès qu'aux indemnités de sujétion de taux 3 et supérieurs : soit 73 situations de placements (les 39 autres complémentaires des 102 de l'enquête DRASS correspondent, malgré une institutionnalisation de l'enfant, à des indemnités de sujétion plus basses (taux 1 et 2).

Notre second partenaire dans cette recherche, l'Association d'assistantes maternelles (jour et nuit), réunit 254 adhérents, soit 55 % des assistantes maternelles ASE. L'estimation actuelle du nombre d'enfants handicapés pris en charge par ces adhérents est de 35. Si ce chiffre estimé nous renseigne peu au niveau épidémiologique, il nous a permis dans les contacts que nous avons eus avec l'association d'affiner la question de la définition du handicap. Six réunions avec les responsables, deux réunions

publiques (Béziers et Montpellier), réunissant chacune quarante à cinquante assistantes maternelles, ont été l'occasion de les sensibiliser à cette étude et d'écouter leurs préoccupations.

La question de la définition et des limites « du handicap » a été chaque fois posée par les assistantes maternelles. L'existence d'un soin particulier et au long cours apporté à un enfant permet de le catégoriser comme porteur de handicap. L'existence d'indemnités de sujétion (reconnaissance par les tutelles des difficultés de l'enfant) facilite et symbolise cet accès aux soins. L'absence de soins pose problème. Elle renvoie aux demandes réitérées de certaines assistantes maternelles d'accéder à ces soins. Celles-ci sont alors obligées de faire traiter l'enfant de façon quasi informelle ou tout au moins non reconnue. Dans ces cas-là, seul est pris en compte par la tutelle l'aspect social du placement.

Cette seule dichotomie serait simple à traiter si on ne considérait pas les troubles parfois engendrés par le placement lui-même⁵. Il devient alors bien difficile de catégoriser, selon le point de vue des assistantes maternelles, la notion d'enfant en difficulté ou porteur de handicap.

Nous avons décidé en commun accord avec l'association d'inclure dans l'étude uniquement les enfants déjà reconnus en difficulté par l'ASE, la PMI ou reconnus handicapés par la CDES.

Dans cette population reconnue par l'ASE (73), les motifs d'attribution de l'indemnité de sujétion sont très variables et il apparaît possible de différencier à la lecture des dossiers :

- l'attribution dont l'origine est l'enfant :
 - . pour cause organique (38) ;
 - . pour troubles de la relation (24) ;

⁵. David M. (1990). *Le Placement familial spécialisé*, Dunod.

- . pour une adolescence difficile (6).
- L'attribution dont l'origine est sociale :
 - . naissance difficile (enfant né sous x ou adoptable) (3) ;
 - . famille naturelle difficile (2).

L'ASE tient compte, dans ses critères d'attribution, de la notion de désavantage social décrit par Wood dans la classification OMS. Dans un souci de prévention des troubles, les tutelles reconnaissent et arment les familles contre ce type de désavantage. Aussi intéressante que soit cette initiative, l'équipe de recherche a décidé de ne se centrer, dans la deuxième partie de l'enquête, que sur les seules situations où on observe une bi-appartenance des problèmes : incapacités avérées (y compris troubles du comportement) plus désavantage social (nécessitant le placement), soit 68 situations.

Afin de compléter le recensement obtenu auprès de l'ASE, une enquête a été entreprise auprès de tous les établissements de l'éducation spéciale, des hôpitaux d'enfants, des pouponnières de l'Hérault, pour recenser les placements en familles d'accueil qui ne seraient pas gérés par l'ASE.

Enfin la PMI a été consultée afin de nous faire parvenir les accueils de jour, semble-t-il beaucoup plus rares.

C. Le recueil des données

Un questionnaire adressé à l'ensemble des familles d'accueil recensées à été élaboré en partenariat avec l'association. Un test sur un échantillon de cinq familles d'accueil, nous a amenés à des modifications pour être le plus opérationnels possible. Il est adressé aux familles d'accueil avec une lettre d'accompagnement cosignée par l'ASE et l'équipe de recherche afin de libérer les assistantes maternelles du secret professionnel. Ces question-

naires sont anonymes en ce qui concerne l'enfant, afin de respecter les consignes de la Commission nationale informatique et libertés.

L'existence de ce questionnaire a été annoncée lors des réunions publiques et a reçu, dans son principe, un bon accueil. Son envoi a débuté au mois de novembre 1992.

La comparabilité de ce questionnaire avec des outils utilisés dans d'autres recherches a été soigneusement étudiée :

- la fiche diagnostique reprend les items utilisés dans l'étude ORS/CEE/ Médecins du Monde ;
- la fiche soins reprend les items utilisés dans une étude sur les familles adoptantes d'enfants trisomiques ;
- le réseau de soutien est exploré dans son indice de satisfaction et l'évaluation des besoins à l'aide de la grille de support social de BARRERA.

58 réponses nous sont parvenues permettant :

- de classer les handicaps des enfants en cinq catégories, après vérification auprès des dossiers de l'ASE ;
- de repérer les services de soins en charge des enfants, qu'il s'agisse de services de l'éducation spéciale ou de services médicaux hospitaliers ou libéraux ;
- de dégager l'indice de satisfaction globale et les besoins les plus évoqués.

L'ensemble des résultats de cette première enquête est exposé dans l'annexe I.

2. Aspect clinique : étude des besoins des professionnels

Un échantillonnage parmi les 58 situations nous a permis d'explorer 22 d'entre elles. Cet échantillonnage est constitué de 11 paires. Pour chacune d'entre elles, il s'est agi d'apparier (cf. annexe II) :

- des enfants présentant la même catégorie de handicap ;
- des enfants de tranche d'âge identique ;
- de durée de placement semblable (inférieur à un an, de un à trois ans, supérieur à trois ans) ;
- toutes bénéficient d'un suivi par l'Aide sociale à l'enfance ou d'un éducateur justice de l'APEA ou du SOAE ;
- l'un des enfants de la paire est suivi par une institution d'éducation spéciale, l'autre non (ambulatoire) afin de repérer les différences propres à ces deux types de prise en charge et son impact sur les missions de chacun des intervenants ;
- les enfants pupilles, abandonnés à la naissance le plus souvent (trisomie 21), feront l'objet d'un complément d'étude.

A. Besoins des assistantes maternelles

Une première série d'entretiens a été effectuée auprès des 22 familles d'accueil. Entretiens enregistrés en audio au domicile pour la majorité : six ont été effectués à la clinique Peyre Plantade avec un support vidéoscopé ⁶.

◦ Le guide d'entretiens a été élaboré au préalable, testé auprès de deux assistantes maternelles de l'association et discuté avec elles pour être affiné.

⁶. Unité d'évaluation Peyre Plantade Montpellier : F. Séganti, M. Delcassé.

• Un guide d'analyse à partir de l'écoute de chaque entretien a été construit explorant :

- les processus d'adaptation de la famille d'accueil
 - . par leurs propres moyens
 - . à l'aide de l'environnement institutionnel/non institutionnel
 - . à partir de l'enfant (accordage, développement)
 - . à partir de ressources propres de la famille d'accueil ;
- les relations avec les familles naturelles ;
- la question de l'attachement ;
- la question du professionnalisme.

B. Besoins des travailleurs sociaux

Une deuxième série d'entretiens, auprès des éducateurs de l'ASE en charge de ces familles, a pu être effectuée avec l'aide et le soutien de la direction de la DSD. Enregistrés en audio pour la plupart, certains ont pu également être vidéoscopés.

• Le guide d'entretiens est élaboré avec la conseillère technique de l'ASE qui s'est jointe à la cellule de recherche.

• Le guide d'analyse, élaboré à partir des cinq premiers entretiens, a été soumis à cette conseillère technique, et modifié pour être le plus adéquat possible.

Il aborde :

- la particularité de ces accueils (identiques ou non à un accueil social) ;
- le risque de ces accueils ;
- les moyens à mettre en place par rapport à ces risques ;
- la place du travail social par rapport aux différents intervenants ;

- les appuis possibles pour les éducateurs ;
- le choix des familles d'accueil (critères, faisabilité) ;
- les intérêts et inconvénients de ces situations ;
- les souhaits pour un fonctionnement optimum.

C. Besoins des équipes de soins

Une troisième série d'entretiens auprès des équipes de soins en charge de l'enfant a été réalisée. Elle concerne onze établissements et onze équipes de soins ambulatoires.

◦ Le guide d'entretiens aborde l'histoire de l'accueil de l'enfant, plus particulièrement sous l'angle de sa préparation et des liens qui unissent les différents partenaires. Une deuxième partie aborde ce type d'accueil de façon plus générale. Il est laissé à l'établissement le choix des partenaires qu'il souhaite nous faire rencontrer. Pour les équipes ambulatoires, nous avons privilégié les praticiens les plus proches des familles d'accueil et des éducateurs.

◦ Le guide d'analyse a été élaboré à partir des cinq premiers entretiens. Il aborde :

- la particularité de ces accueils versus la stratégie institutionnelle ;
- la place de l'institution vis-à-vis :
 - . de la famille d'accueil
 - . des travailleurs sociaux
 - . de la famille naturelle ;
- la question de la gestion de l'attachement ;
- des données plus générales sur ce type d'accueil.

Ainsi, pour chaque situation, nous avons obtenu : le point de vue de la famille d'accueil, de l'éducateur référent et de l'équipe de soins, ainsi que les regards croisés des uns sur les autres. De cette analyse devraient pouvoir émerger des logiques propres à chaque partenaire : logique des assistantes maternelles, logique de l'ASE, logique des équipes de soins, les articulations ou non-articulations des logiques entre elles.

1. Les besoins des assistantes maternelles

Les textes des entretiens ont été étudiés à partir d'un guide d'analyse à la recherche des appuis et repères des assistantes maternelles en rapport avec leur mission d'accueil et d'accompagnement de l'enfant handicapé. Nous avons organisé l'analyse en trois chapitres :

- A. Les soutiens et repères des familles d'accueil.
- B. Les relations à la famille naturelle.
- C. La question de l'attachement

A. Les soutiens et repères des familles d'accueil

Les familles d'accueil peuvent s'appuyer sur :

- leurs propres ressources personnelles et intrafamiliales ;
- les professionnels engagés auprès d'elles ;
- la famille naturelle ;
- l'enfant.

C'est à l'intérieur de ces quatre registres qu'elles s'organisent pour s'adapter à l'enfant. Le sentiment général peut être résumé par cette remarque : « Si l'enfant est normal, c'est à lui de s'adapter à la famille, s'il est handicapé, c'est la famille qui s'adapte. »

a. Les ressources personnelles et intrafamiliales face au handicap

1. LES REPRÉSENTATIONS GÉNÉRALES DU HANDICAP

Les discours généralisant sur le handicap sont rares, on observe plutôt une grande humilité face aux difficultés rencontrées et la nécessité de s'adapter à chaque situation vécue comme singulière.

« Cela demande de s'adapter à l'enfant, de ne pas vivre sur des idées préconçues. » « Souvent il ne sait pas exprimer les choses, il faut l'écouter plus. »

Les familles ont en général une grande pratique des accueils (pour deux familles seulement il s'agit d'un premier accueil, la palme revient à une femme ayant accueilli, dans sa carrière, cent deux enfants). Les troubles de la relation et du comportement sont différenciés des problèmes organiques et vécus pour les premiers comme plus graves (à entendre comme plus difficiles à accompagner).

A l'inverse de certaines familles naturelles d'enfant handicapé, engagées dans une reconnaissance/réhabilitation des handicaps au travers d'associations, la plupart des assistantes maternelles vivent leur expérience isolément et sans militantisme, tout en souhaitant être reconnues.

A l'évidence, on observe là une pratique individualisée s'appuyant sur le concret et le quotidien de l'enfant ; il n'existe pas, à l'inverse des professionnels (à qui elles le reprochent parfois), un savoir construit sur le handicap. La trajectoire de chaque accueil, même pour les assistantes maternelles les plus chevronnées, est singulière.

2. LES CONNAISSANCES PERSONNELLES DU HANDICAP (13/22)

Les familles d'accueil développent un discours sur les handicaps en s'appuyant sur leurs propres expériences. La référence à une formation apportée dans le cadre de leur profession est quasi inexistante. Les références sont d'un autre ordre.

2.1. L'expérience professionnelle

Il s'agit à partir de sa propre expérience d'accueil d'enfants en difficulté (n = 3) de se construire une **pratique adaptative à ces situations** : « Les carences affectives, c'est le plus difficile » « Pour moi un enfant ce n'est pas un objet, je veux qu'il ait tout, qu'il se développe bien, qu'il s'équilibre, on est plus tolérant avec un enfant handicapé. » Ces trois familles se présentent comme des professionnels de l'accueil des enfants en difficulté, à l'instar de familles d'accueil spécialisées.

Ailleurs (n = 8), il s'agit d'utiliser une expérience professionnelle antérieure.

Ces familles d'accueil s'appuient sur des expériences personnelles d'animation de gîtes d'enfants, d'accueil bénévole d'enfants malades hospitalisés, de direction de personnel (dite de relations humaines), d'engagement bénévole auprès du quart-monde, de professions paramédicales ou de l'Éducation nationale, de soins aux personnes âgées.

Ces expériences donnent une sécurité de base à la famille d'accueil plus qu'une pratique. Il s'agit souvent d'une référence à une expérience de réflexion sur les relations humaines dans un cadre extra familial associatif ou professionnel.

2.2. L'expérience personnelle intrafamiliale (n = 5)

Elle nous a été livrée spontanément par certaines familles d'accueil au cours des entretiens. On touche ici aux motivations personnelles pour s'occuper d'enfants en difficulté.

Soit il s'agit « de déjouer des répétitions » d'histoires familiales difficiles. « Ce n'est pas mon père ni ma mère qui m'a élevé. » « J'ai eu des problèmes d'enfance très importants. » « Moi, je suis orpheline de père, mon mari orphelin de mère. »

Soit il s'agit de s'appuyer sur une expérience de handicap ; c'est a priori possible de s'occuper de ce type d'enfant puisque « Ma sœur s'est occupée d'un enfant handicapé, je l'ai déjà gardé. » « Ma mère s'occupe d'enfants handicapés donc je sais comment m'occuper de ces enfants-là. » « La copine de mon fils me passe des cours de psychologie, elle a eu les mêmes problèmes quand elle était petite. »

Deux ordres d'appui personnel : des appuis dans le cadre de leur formation professionnelle (soit par expérience, soit par formation antérieure), des appuis s'étayant sur une expérience affective personnelle et/ou une expérience identique de ce type d'accueil.

3. LES CAPACITÉS PERSONNELLES À ÉLEVER DES ENFANTS

L'ensemble des ces 22 assistant(e)s maternel(le)s sont tous mères ou pères de famille et ont donc développé pour leurs propres enfants des stratégies parentales.

Dix d'entre elles n'y font pas référence directement comme modèle ou support de leur action auprès de l'enfant en difficulté ; soit elles s'appuient

sur leur professionnalisme antérieur, soit nous le verrons plus tard se laissent guider par les professionnels environnants.

Les douze autres y font référence et s'appuient sur cette expérience parentale comme un modèle identique à proposer à l'enfant (n = 7), soit comme modèle de référence permettant de mesurer les différences. « Quand même on a élevé nos trois enfants, là on se dit c'est autre chose. » « Nous l'avons éduqué, avec la même naïveté que j'ai élevé mes enfants, c'est là qu'on a vu qu'il avait les mêmes réactions que les autres enfants. » « On le sait parce que nos filles sont passées par là. » « Je n'ai jamais laissé mes enfants seuls ni le jour ni la nuit ; alors un enfant qui n'est pas à moi, je ne le laisse pas. »

Si c'est toujours sur leur savoir « être parents » que ces familles d'accueil s'appuient, ce n'est qu'une fois sur deux qu'ils pensent que leur savoir-faire peut « être utilisable ».

4. ASSISTANTES MATERNELLES OU FAMILLES D'ACCUEIL

L'accueil de ces enfants est avant tout une affaire d'adultes et en majorité de couples (19/22), exceptionnellement une affaire de femmes après avoir élevé ses propres enfants. Dans le discours, le conjoint et les enfants sont toujours pris en considération et l'on peut parler d'accueil familial dans quinze situations. Selon les cas, l'enfant handicapé sera accueilli comme un petit dernier ou comme un pair en favorisant les rencontres entre enfants ; cela suppose l'accord des enfants de la famille d'accueil pour le placement. Dans cinq cas, les enfants naturels de la famille d'accueil sont particulièrement protégés soit en différenciant les âges, soit en attendant leur départ avant d'accepter un accueil d'un enfant en difficulté.

Les valeurs soutenant généralement cet accueil s'articulent sur les capacités personnelles des assistantes maternelles à élever un enfant dans un cadre élargi, celui de la famille.

b. Les soutiens par les autres professionnels

La présence d'autres professionnels auprès de l'enfant se justifie par les soins et l'accompagnement nécessaires, conséquence du handicap.

Nous les avons classés en deux grandes catégories :

- les professionnels institutionnels accompagnent officiellement l'enfant. Il s'agit d'intervenants de l'Aide sociale à l'enfance (éducateurs, inspecteurs et administratifs de l'ASE) et des intervenants médicaux, paramédicaux et éducatifs : instituts médico-éducatifs, instituts de rééducation pour onze des familles ; professionnels médicaux : pédopsychiatres publics ou médecins hospitaliers pour onze autres.
- les professionnels non institutionnels sont apparus au fur et à mesure des entretiens : il s'agit en général des médecins généralistes de famille, des rééducateurs proches du lieu d'habitation de la famille.

1. LE SOUTIEN PAR L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE)

Pour chaque situation il existe un référent de l'Aide sociale à l'enfance chargé de suivre l'accueil. A une exception près les situations ne sont plus suivies par l'éducateur à l'origine du placement ; la durée du plus long accueil est de quatorze ans et le plus récent date d'à peine six mois.

Les avis par rapport au soutien de l'ASE sont nuancés, voire prudents. Cette institution est l'employeur des familles d'accueil.

Dans très peu d'entretiens il n'est fait mention de l'inspecteur responsable de l'accueil. Dans deux cas, il a été fait appel à lui en cas de conflit et son intervention a été jugée bénéfique et apaisante.

L'administration est évoquée comme lointaine mais accessible par téléphone. Son efficacité n'est pas remise en doute intrinsèquement mais la lourdeur des règlements empêche « que le travail dans le quotidien puisse se réaliser avec souplesse ».

Les éducateurs sont vécus et reconnus comme les maillons nécessaires de proximité pour assurer le bon fonctionnement de l'accueil.

La réalité des fonctionnements est plus nuancée :

- . quatre familles d'accueil se sentent réellement soutenues par les éducateurs ;
- . pour les autres, si ce soutien existe, c'est aux familles d'accueil de le solliciter ; il est possible alors d'obtenir réponses, aide, conseils, en insistant (6/22) ;
- . douze familles ne se sentent absolument pas soutenues. L'absence de disponibilité de l'éducateur est souvent reprochée (7/12) : impossibilité à le contacter, le joindre. Plus grave, un sentiment de défiance entre cinq familles d'accueil et les éducateurs s'est développé : ces premières ne se sentent absolument pas reconnues dans leur compétence à accueillir l'enfant.

Les reproches les plus fréquents portent sur la préparation de l'accueil : préparation à propos des problèmes de l'enfant mais aussi, il nous semble, surtout sur le rythme d'accueil.

« J'estime qu'on aurait dû me prévenir de ces problèmes, c'est un manque de confiance. On ne reconnaissait pas ma capacité d'assistante

maternelle. On avait peur que je dise non, que je panique. Quand on sait, on réagit mieux. »

A l'écoute des assistantes maternelles, il n'existe pas dans l'absolu de bonnes préparations mais de moins mauvaises. Seule l'expérience concrète permet de prendre la mesure des **désavantages engendrés par les incapacités de l'enfant**. Une information sur les incapacités, si elle est nécessaire, reste tout à fait insuffisante pour rassurer les familles d'accueil. Un accueil très progressif est souvent demandé afin de favoriser l'adaptation réciproque de la famille avec l'enfant.

Le sentiment d'être soutenu par l'ASE est indépendant (statistiquement) du type de handicap (organique ou troubles du caractère et du comportement).

La majorité des assistantes maternelles se plaignent d'un manque de relation soutenue avec les éducateurs référents, interprété parfois comme une non-reconnaissance de leurs missions et de leurs compétences.

2. LA SÉCURITÉ ET LE SOUTIEN MÉDICAL DES FAMILLES D'ACCUEIL

L'accueil d'un enfant handicapé est à l'origine d'inquiétude, d'absence de repères éducatifs mais aussi nécessite la mise en place d'un accompagnement médical (pédiatrique ou/et psychiatrique) selon les cas. Le sentiment global vis-à-vis de cet accompagnement est mitigé ; douze familles se sentent mal ou peu soutenues : dans une grande solitude (n = 4), sans soutien (n = 6), ou en conflit (n = 2).

Les dix autres trouvent un appui suffisant pour répondre à leur questionnement. Le soutien, les familles d'accueil le trouvent auprès de professionnels médicaux mis en place par l'Aide sociale à l'enfance avec plus ou

moins de concertation selon les cas, mais aussi et en même temps auprès de professionnels de proximité, médecins de famille, rééducateurs, auxquels elles ont déjà fait appel pour leurs propres besoins familiaux.

C'est dans l'existence d'un réseau entre institutionnels et libéraux que réside la réponse à la sécurité médicale de ces familles (sept fois sur dix).

Nous avons différencié les appuis médicaux selon qu'il s'agissait du soutien d'une maladie où la composante somatique était prépondérante, ou d'incapacité à prédominance psychiatrique ou comportementale nécessitant le recours au service de pédopsychiatrie.

- Certaines familles ont besoin d'une sécurité médicale de type organique (n = 12)

Si l'enfant est en institution (six familles) la sécurité n'existe pas cinq fois sur six. A l'inverse s'il est au domicile d'accueil, parfois intégré scolairement, cette sécurité existe chaque fois (six fois sur six). Elle est apportée par les praticiens de proximité (médecins généralistes, orthophonistes, kinésithérapeutes) dans un circuit familial parfois parallèle qui est maîtrisé, choisi, reconnu par la famille d'accueil.

- Certaines familles ont besoin d'une sécurité, d'appui psychiatrique pour l'enfant (n = 10)

Globalement cette sécurité n'existe pas sept fois sur dix, que l'enfant soit en institution ou non. On n'observe pas de circuits parallèles fiables venant compenser ce manque de soutien psychologique. Les familles restent très solitaires en charge des troubles du caractère, de la psychose ou des difficultés sexuelles des enfants accueillis. Elles revendiquent pour certaines, cet accès aux soins. Pour les trois situations sécurisées, on observe un travail au long cours apporté par la pédopsychiatre, et pour deux d'entre elles un choix de l'équipe effectué par les parents d'accueil.

A l'évidence l'institutionnalisation des enfants dans le circuit spécialisé ne permet pas de rassurer les familles d'accueil sur l'évolution et la prise en charge de la maladie organique. Quant au soutien pédopsychiatrique, il paraît chroniquement absent.

3. LE SOUTIEN PAR LES ÉQUIPES INSTITUTIONNALISÉES DE L'ÉDUCATION SPÉCIALE

Méthodologiquement nous avons choisi pour moitié des situations où l'enfant est suivi dans un établissement de l'éducation spéciale (8 en institut médico-éducatif, 3 en institut de rééducation).

Le conflit (6/11) est aussi fréquent que le sentiment d'être soutenu par l'institution (5/11), qu'il s'agisse d'IR ou d'IME. Le reproche le plus fréquent est l'absence de concertation « On compte pour du beurre, on ne nous demande pas notre avis », ainsi que la non prise en compte de la vie de l'enfant hors de l'établissement. Tout se passe comme si l'enfant menait deux vies : l'une dans l'établissement et l'autre extérieure sans lien entre les deux. Certaines familles se contentent de cet état de fait et acceptent ce clivage induit ou non par l'établissement selon leurs dires.

Soutien éducatif et soins par les institutions de l'éducation spéciale sont vécus de façon contrastée selon que les familles d'accueil sont considérées ou non comme partenaire à part entière.

4. SYNTHÈSE DES SOUTIENS PROFESSIONNELS AUX FAMILLES D'ACCUEIL

Les familles d'accueil vont disposer ou s'appuyer selon leurs dires d'une plus ou moins grande aide éducative, médicale et sociale, pour s'occuper de cet enfant en difficulté.

- Sept familles se sentent suffisamment soutenues dans les deux registres socio-éducatif et médical, même si vis-à-vis de l'ASE trois regrettent d'être obligées de faire les demandes pour obtenir les aides dont elles ont besoin.
- Six familles se sentent insuffisamment soutenues dans les deux registres et ne peuvent compenser au point de vue médical par un réseau de proximité.
- L'absence de soutien socio-éducatif est prédominante pour le reste des familles (huit sur neuf). Ce manque s'accompagne d'un soutien médical institutionnel suffisant dans six cas et insuffisant dans trois cas mais compensé par un réseau de proximité. Ces familles vivent l'accueil dans une grande solitude, livrées à elles-mêmes, coupées de l'ASE et souvent de l'institution.

	Soutiens socio-éducatifs	Soutiens médicaux
n = 7	+	+
n = 6	-	-
n = 6	- institutionnel et proximité	+
n = 3	- proximité seul	+
	(+) : n = 7 (-) : n = 15	(+) : n = 16 (-) : n = 6

B. Les relations à la famille naturelle

Le discours est nuancé, rarement accusateur ; il est simplement descriptif des carences sociales et psychologiques des familles, même si la relation directe entre les troubles de l'enfant et les carences familiales leurs semblent évidentes et justifient finalement leur mission.

S'il existe un handicap d'origine organique, le discours est plus conciliant. Les incapacités de l'enfant (auxquelles ces familles d'accueil sont elles-mêmes confrontées) pourraient être à l'origine du placement. L'impossibilité à élever cet enfant se comprend alors plus facilement.

La question des relations avec la famille naturelle est très rarement argumentée par les familles d'accueil dans le cadre de la nécessité de maintenir des liens familiaux (sept fois sur vingt-deux). A l'évidence cette notion n'est pas comprise, voire même est vécue comme néfaste pour neuf des vingt-deux familles.

Les liaisons directes familles d'accueil, familles naturelles, sont controversées. Neuf sur vingt-deux les trouvent nécessaires, sept sur vingt-deux les trouvent néfastes pour eux et souhaitent qu'elles transitent par l'ASE, ou au moins qu'il existe un tiers.

La question se pose en fait dans ces termes : « Qui a besoin de la famille naturelle : l'enfant, la famille d'accueil ? » L'organisation des rencontres pose souvent problème (imprévisibilité de la famille naturelle, impact négatif à court terme pour l'enfant). Ces rencontres risquent de mettre à mal le travail de fourmi de la famille d'accueil. Les enfants réagissent souvent très fort et finalement il paraît préférable, pour ces familles d'accueil, de sauvegarder le présent et de ne pas favoriser ces rencontres.

Cinq familles, au contraire, trouvent nécessaire pour elles-mêmes et l'enfant que ces rencontres puissent se réaliser, même si elles doivent être médiatisées dans certains cas par l'Aide sociale à l'enfance.

« Je lui ai expliqué à la maman que je n'allais pas lui voler son enfant, que si j'en avais voulu un cinquième, je l'aurais fait moi-même. Que je n'étais là que pour m'occuper de sa fille et que j'essayais d'avoir un meilleur contact avec elle. Il y avait un risque vital. »

« On essaye toujours d'être clair par rapport à cela, ce ne sont pas nos enfants, ils ont une famille avec laquelle tous avaient des relations. Eux (les enfants) voudraient bien démolir cela, qu'on leur dise vous êtes comme nos enfants ou bien ils essayent de démolir la relation que nous avons avec nos propres enfants.

C. La question de l'attachement

Elle est centrale dans tous les accueils sociaux d'enfants qu'ils soient ou non handicapés ou avec des difficultés graves. Petit ou grand, si la décision a été posée d'un accueil personnalisé chez une assistante maternelle c'est qu'il a été jugé préférable pour l'enfant de vivre dans un foyer de substitution plutôt que dans une collectivité sociale.

L'attachement est un mouvement qui unit dans les deux sens l'enfant et sa famille d'accueil.

a. L'attachement de l'enfant à sa famille d'accueil

Le discours des assistantes maternelles sur ce lien d'attachement laisse supposer qu'il s'agit là d'une question essentielle pour elles. Cet enfant vaut-il ou non les adopter comme famille substitutive ? Seize sur vingt-deux pensent que l'enfant leur est tout à fait attaché et un certain nombre de petits signes leur permettent de l'affirmer.

« Il (jeune adulte) ne voulait pas me décevoir, il a beaucoup de cœur, s'il a envie de nous appeler papa ou maman ou tatie ou nounou, c'est selon

son humeur, mais pour son patron c'est mon père, ma mère. Il m'a dit l'autre jour : tu veux être marraine (de son enfant à venir). »

« Il y avait une réelle tendresse entre lui et mon mari. »

« Très affectueuse, elle pose sa tête sur mon épaule. Elle aime qu'on soit derrière elle. Elle ne fait que dire : Tatie je ne veux pas partir » mais aussi pour la même famille « Ici c'est moi qui commande, je lui ai montré que j'étais la plus forte. »

« Elle adore rester avec nous le soir ; par le regard elle fait passer tout (enfant polyhandicapée). » « Elle se plaisait bien avec nous. »

Cinq autres sont plus mitigées, l'enfant semblant refuser de s'attacher du fait d'expériences de séparations antérieures.

« Dans un premier temps, il n'arrivait pas à exprimer une demande affective. On ne pouvait pas le toucher, même aujourd'hui c'est ambivalent, il veut un contact mais dans la violence. »

« Ils ont quitté leur ancienne famille sans un cri, sans une larme. Ils sont contents d'aller chez papa mais ça s'arrête là. »

b. L'attachement de la famille d'accueil à l'enfant

C'est à la fois l'aboutissement du travail des assistantes maternelles et leur technicité, ce qui donne en général à l'écoute de leur discours cette impression si humaine, si chaleureuse, que nous avons ressentie généralement tout au long des vingt-deux interviews.

Dix-huit d'entre elles se disent attachées à cet enfant qui leur est confié. Cet attachement se construit à coup de petites attentions qui font de ces professionnelles des expertes de la relation, face à des enfants souvent cassés affectivement, du moins toujours fragiles.

« Si on a pu tenir le coup, c'est parce qu'on l'a beaucoup entouré dans cette période-là. »

« Elle était gentille, c'était une bonne gamine : on lui a tiré des lignes électriques sur la terrasse pour qu'elle écoute de la musique et qu'elle danse. »

« Je lui ai dit : c'est très bien tout ce que tu sais faire. Quand on aime quelqu'un on passe un tas de trucs. »

« Ce n'est pas notre enfant mais on la considérait comme l'un des nôtres. »

Certaines assistantes maternelles expérimentées connaissent bien le processus d'attachement/séparation pour avoir accueilli de nombreux enfants.

« On est arrivé à glisser une distance entre les enfants et nous, qu'ils ne nous prennent pas pour des parents relais mais qu'ils puissent s'approprier la maison. Pour qu'ils ne nous investissent pas outre mesure on accepte que cet investissement se fasse sur la maison elle-même et on a beaucoup réfléchi notre maison. » (Accueil d'adolescents).

« Le départ est probable en août pour l'adoption. Depuis que l'éducatrice lui a expliqué, il est moins agressif. Il faut qu'il soit prévenu. Les enfants en général ne sont pas d'accord mais après on les voit évoluer, c'est merveilleux. Carrément ils nous font la gueule. On les sent se détacher et

partir vers la famille d'adoption. En même temps, ça fait mal et en même temps on sait que c'est ça et que c'est bien. Ils ne sont pas bien pendant toute cette semaine-là. »

La nécessité de s'attacher à l'enfant pour lui apporter ce dont il a besoin, tout en sachant très bien qu'il ne s'agira que d'un accueil temporaire influe la gestion de la position parentale de ces assistantes maternelles. Vivant le quotidien ensemble, **tout l'art de la famille d'accueil est de gérer cette apparente contradiction d'une proximité affective et matérielle nécessaire et d'une distanciation suffisante pour préserver une future séparation.**

« Il voulait faire un cadeau à sa mère pour la fête des mères. Je lui ai dit : c'est normal, c'est la fête des mères. Je lui ai dit : tu ne peux pas être mon fils. Toi tes parents sont là. Si tu veux, on peut dire que tu es mon fils pour les week-ends. »

« C'est bien de préparer longtemps à l'avance le départ de l'enfant pour lui et pour nous ; de pouvoir les revoir, prendre des nouvelles, montrer un intérêt. Nous, on leur fait un album photos pour qu'ils puissent se raccrocher à quelque chose. »

« On s'en occupe vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Quand les enfants sont à nous, on peut en disposer comme on veut. »

« Quand ils ne sont pas à nous, il faut demander conseil à l'ASE. Ce sont les enfants de la maison, il n'y a pas de différence. Il faut que quelqu'un s'en occupe, on n'a pas le choix. »

La question de la dénomination par l'enfant de l'assistante maternelle paraît être une question annexe, résultant plus de la position réciproque de

l'enfant et des parents d'accueil que d'une règle absolue qui édicterait l'appellation adéquate : maman, papa, tatie, nounou...

Cette position est analysée par les familles d'accueil. Sept d'entre elles évoquent la possibilité de se faire appeler maman ou papa sans aucune arrière-pensée de « rapt affectif » vis-à-vis de la famille naturelle. « Moi je ne me dis pas maman (de cet enfant-là), c'est elle qui m'appelle maman. »

« De temps en temps, il m'appelle maman ; il demande beaucoup les bras. »

« Ces mots papa maman ils ont besoin de les dire. Vous l'appellez ; hop elle sourit. La première fois que je l'ai vue, elle m'a dit prends-moi, avec son sourire, et j'ai dit : on y arrivera. » (enfant polyhandicapée).

« Sans mettre un enfant au monde j'arrive à créer un cordon ombilical. On fusionne complètement, se relâcher c'est dur. Un enfant qui se développe bien c'est un enfant qui a de l'affection. »

Le lien nous paraît plus distant avec l'enfant pour quatre familles. Une famille ne juge pas nécessaire que ce lien s'établisse pour l'enfant adolescent qu'ils accueillent, ailleurs le cadre du placement n'est pas assez bien construit pour permettre de développer cette affection de l'enfant vers la famille d'accueil. Cette prudence renvoie au cadre institutionnel de l'accueil, garant de l'engagement interne de la famille d'accueil dans la relation avec l'enfant « Ce n'est pas la peine de s'engager dans un début d'attachement si les choses (le cadre) ne sont pas nettes. » Voir aussi en annexe III : problématique de l'attachement - extraits de discours.

L'attachement réciproque famille d'accueil-enfant sera possible :

1) Si l'enfant lui-même est porteur de cet attachement : c'est lui-même qui l'initie le plus souvent.

2) Pour la famille d'accueil, s'il peut exister en parallèle d'autres figures d'attachement (la famille naturelle). L'existence d'une famille naturelle dans la tête de l'enfant et de la famille d'accueil permet de maîtriser les risques pour l'enfant de se tromper de figure d'attachement. Ainsi en disant maman il se fera du bien sans que l'assistante maternelle soit obligée sans arrêt de rectifier. Le risque sinon est de s'accaparer l'enfant et, dans ce cas, de le surprotéger.

3) Le cadre administratif est le garant de l'accueil. Sa bonne organisation permet de réguler cette distance. Pour certains éducateurs, il s'agit de programmer la durée de l'accueil, pour d'autres d'adjoindre automatiquement un autre enfant moins en difficulté pour faire comprendre au premier qu'il n'est pas seul au monde et se prémunir soi-même de trop d'investissement.

L'attachement réciproque famille d'accueil/enfant sera d'autant plus compromis :

- que l'enfant le refuse ;
- que le cadre de l'accueil n'est pas clair et que les missions et objectifs ne sont pas bien définis : particulièrement que l'arrêt du placement risque de ne pas être préparé ni pour l'enfant, ni pour l'assistante maternelle.

Conclusion

La pratique des familles d'accueil s'étaye avant tout sur leurs propres expériences parentales. Les motivations à s'occuper d'un enfant handicapé varient : l'habitude familiale d'accueil d'un tel type d'enfant, une histoire personnelle vis-à-vis du handicap, un challenge par rapport à d'autres accueils plus faciles, le hasard des places disponibles. Cependant la gestion des difficultés ou du quotidien s'appuie sur leurs qualités parentales acquises auprès de leurs propres enfants encore présents ou déjà établis ailleurs. Ces accueils sont le plus souvent l'affaire du couple alors qu'un seul des adultes est agréé assistant(e) maternel(le).

D'une façon générale les assistantes maternelles se plaignent, d'un manque de liberté dans la gestion du placement de l'enfant. Les services sociaux d'une part, les services de soins d'autre part sont vécus le plus souvent, à des niveaux différents, comme peu soutenant ou mal adaptés. Les critiques formulées clairement ou plus discrètement portent essentiellement sur les lourdeurs administratives inadéquates, antagonistes de la nécessaire liberté pour prendre les décisions dans le quotidien par rapport à l'enfant. S'il est reconnu que les grandes options (scolarisation, orientation, soins spécialisés) doivent être traitées en commun, en s'appuyant sur un partage des connaissances, les assistantes maternelles regrettent toutes de ne pas avoir dans le quotidien « les coudées franches » pour élever cet enfant aussi bien sur le plan éducatif que sur le plan des soins.

◦ Ces limites ressenties par les familles d'accueil aboutissent à trois grands types d'accueil :

- *Les accueils familiaux stricts*

La famille d'accueil se permet d'intervenir auprès de l'enfant uniquement au sein de la maison. Elle est alors maître de la situation d'autant plus que tout le travail extérieur semble lui échapper. Certaines revendiquent cet état de fait, la plupart le subissent, dans une incompréhension de cette incohérence autour de l'enfant.

L'existence d'un service de soins organisés, de type IME, favorise manifestement cette situation dès lors que l'institution ne rencontre pas ou très rarement la famille d'accueil mais traite uniquement avec l'ASE.

Le type de handicap intervient également : plus l'origine en sera organique et non sociale, plus l'investissement dans le quotidien sera important et moins l'extériorité sera valorisée.

- *Les accueils solitaires*

La famille d'accueil assume toute la prise en charge en dehors des services sociaux, lesquels, présents dans l'absolu, ne se manifestent pas ou très peu. Si la liberté d'action semble totale, en fait l'absence de partenaires plonge l'assistante maternelle dans un abîme de questions quant à l'avenir de la prise en charge, avec le risque d'une part d'un surinvestissement, d'autre part de mise en place de relais occultes : à l'instar de certaines familles naturelles d'enfant handicapé en quête de soutien, consultant les médecines parallèles ou s'appuyant sur des personnes de leur environnement pas forcément très compétentes. Pour l'enfant à l'évidence le handicap reste fixé, non évolutif. Tout se passe comme si « on » attendait que la famille « craque » ou qu'une instance extérieure vienne dénoncer cet état de fait : l'école en général, elle-même isolée sans soutien, mettra fin

prématurément à l'intégration et proposera une orientation dans le cadre de l'éducation spéciale. Cet accueil solitaire au début se transformera, *de facto*, en accueil familial strict, dès lors que l'enfant sera admis en établissement et si celui-ci n'a pas institué un partenariat avec la famille.

- Les accueils partenariats

Les missions de chacun sont bien établies et sont le fait d'une concertation soit élaborée au moment du placement, soit au fur et à mesure de l'accueil. L'équilibre entre les responsabilités est bien établi, la famille d'accueil repérant ses propres limites d'intervention et les limites des autres partenaires sociaux ou médicaux.

. La place des autres intervenants

Selon qu'il s'agit d'un problème à dominante somatique ou sociale, la place occupée par le travailleur social sera plus ou moins importante. Sa mission éducative, il l'assumera d'autant plus aisément que la situation peut s'assimiler à un accueil social banal et qu'il nécessite une action à mener auprès des familles naturelles.

Cette dernière mission « chasse gardée » des travailleurs sociaux, est reconnue par les assistantes maternelles comme importante même si toutes ne sont pas d'accord sur la nécessité ou non pour elles d'y intervenir en direct. Toutes, par contre, réclament qu'un travail auprès de la famille naturelle de l'enfant puisse se faire pour les préserver d'intrusions trop brutales, mais aussi pour permettre à l'enfant de ne pas l'oublier. C'est à ce prix-là et seulement que les familles d'accueil se permettront d'investir

l'enfant sans arrière-pensée et lui permettront en retour de les investir pleinement.

La mission éducative est donc première et valorisée. S'il s'agit d'un enfant présentant des problèmes éducatifs réactionnels, le risque de rivalité avec la mission de l'éducateur de l'ASE est grand ; par contre, s'il s'agit d'un enfant malade ou d'un handicap d'origine somatique la mission éducative, méconnue par l'éducateur de l'ASE en général, est toute confiée à la famille d'accueil qui se sent valorisée mais se retrouve parfois trop seule.

Cette rivalité possible avec l'éducateur apparaît souvent au début des placements mais très rapidement sera déjouée avec le changement d'éducateur. La continuité des accueils est plus souvent maintenue par les assistantes maternelles que par les éducateurs qui changent très souvent de circonscription ou transmettent le dossier dès lors que la famille naturelle déménage.

Selon la prégnance des soins, les familles d'accueil vont devoir se former auprès d'équipes spécialisées (mucoviscidose, maladie hémorragique, diabète...). Leur interlocuteur principal, si la vie de l'enfant risque d'être en danger, sera alors l'équipe de soins compétente, l'éducateur de l'ASE passant au second plan.

Dans quelques situations, on observe un partenariat efficace entre familles d'accueil, services de soins, travailleurs sociaux. Il s'agit le plus souvent de troubles graves du caractère ou de difficultés de personnalité pour lesquels une stratégie concernant les soins et l'éducation s'organise remarquablement bien, malgré les difficultés apparentes. Pour les handicaps d'origine somatique, souvent les familles d'accueil restent isolées, s'appuyant plus ou moins sur les équipes soignantes ambulatoires qui considèrent ces familles comme les familles naturelles.

2. Les besoins des travailleurs sociaux

Les entretiens avec les éducateurs se sont déroulés « à l'aveugle » des entretiens menés auprès des assistantes maternelles. L'accueil réservé à cette étude a été franchement favorable et les travailleurs sociaux ont été, nous semble-t-il, intéressés et à l'aise pour s'exprimer.

Le guide d'entretien aborde tout d'abord la situation en cours, son organisation et sa spécificité pour terminer sur des questions plus générales concernant les processus d'attachement et la singularité de ces accueils.

L'analyse du discours reprend la même démarche et explore :

- A - La singularité de cet accueil
- B - Les risques
- C - Les moyens spécifiques pour lutter contre ces risques
- D - Les missions du travailleur social
- E - Les appuis et les sécurités des travailleurs sociaux
- F - Le recrutement des assistantes maternelles

A. La singularité des accueils : des placements précieux

Les éducateurs vont surtout parler d'eux-mêmes, des modifications des pratiques causées par l'existence du handicap surajouté.

Ils s'expriment peu sur les assistantes maternelles elles-mêmes. Cependant pour neuf d'entre eux les accueils sont bien spécifiques : ils semblent plus difficiles à assumer par les assistantes maternelles du fait des troubles et nécessiteront à un moment « de souffler ». Il est nécessaire de le « dire d'emblée » et de le « prévoir ». Il est clair pour deux d'entre eux que le risque d'un lien d'attachement (trop fort) devrait faire choisir des assistantes maternelles « les plus performantes possibles » ; elles devraient être plus professionnelles que les autres, bénéficier de davantage de soutien. Hélas, dans ce domaine « les réponses données restent encore trop administratives. »

Les éducateurs sont plus prolixes sur leurs missions spécifiques. Deux seulement ne veulent pas faire de différence ; et huit insistent sur sa composante sociale, complexifiée par l'existence du handicap ou des difficultés surajoutées. « Ce sont d'abord des enfants handicapés dans la relation avec leurs parents. »

Dix éducateurs le différencient radicalement d'un accueil social. La différence porte d'abord sur « la lourdeur » des situations en termes d'attention, d'écoute, de sollicitude à apporter à la situation (n = 6) qui est vécue comme plus complexe. Cette complexité est exprimée :

1. rarement à propos de l'enfant lui-même (n = 2) où il est dit qu'il est « plus difficile de travailler avec l'enfant » (à cause de son handicap) et en même temps « qu'il faudrait mieux le connaître » (pour être plus adéquat) ;

2. plus souvent à propos de la multiplicité des intervenants (n = 6). Elle impose un partage des responsabilités avec une nécessaire délégation aux équipes médicales. Il s'agit de « rester dans l'ombre », d'accepter que « ça échappe », de réduire son rôle à une « simple coordination » : le risque étant pour l'un d'entre eux « d'oublier les parents naturels dans les prises de décisions ». Cette complexité impose « d'innover », de construire « des projets spécifiques », « plus courts pour éviter l'épuisement ». Elle permet ainsi de « se rencontrer plus souvent et d'être moins seul », de mettre systématiquement en place « une famille relais ». Une éducatrice regrette, pour un enfant présentant un risque vital, d'être toute seule pour gérer ce problème « c'est un placement assez exceptionnel ; il y a toujours cette échéance de mort, ce travail sur l'avenir, il ne faut pas le faire seul ».

B. Le risque de cet accueil : le surinvestissement

Le risque majeur évoqué par les éducateurs concerne l'attachement à l'enfant. La majorité des travailleurs sociaux évoquent (n = 20) ce risque d'attachement trop important (sous-entendu nocif), mais la plupart ne l'évalue pas comme tel pour la situation dont ils s'occupent (n = 17), dès lors qu'un certain nombre de moyens ont été mis en place.

Il s'agit là plus d'une préoccupation permanente que d'une réalité objectivée par eux-mêmes (sauf dans cinq cas). Les difficultés d'un enfant ont pour corollaire, dans les représentations des travailleurs sociaux, « un risque de collage ».

Les mécanismes de cet hyperinvestissement sont explicités par certains : surinvestissement par nécessité de plus d'attention pour comprendre les problèmes, mise en échec d'un « besoin de réparation ».

Ce surinvestissement risque d'entraîner « un essoufflement », un « épuisement », au long cours (déjà relevé dans sept situations) ou potentiel dans trois autres. Ce risque d'essoufflement doit être prévenu pour éviter un arrêt de placement ou un dysfonctionnement relationnel.

Plus rarement d'autres risques moins spécifiques sont évoqués concernant ces accueils : dérapage de la famille d'accueil provoqué par les troubles de l'enfant ; impossibilité inhérente à la famille d'accueil de travailler en partenariat alors que l'existence de plusieurs équipes autour de l'enfant s'impose, échec d'une procédure d'adoption du fait des troubles de l'enfant, lequel légalement, par ailleurs, serait adoptable.

C. Les moyens spécifiques pour lutter contre ces risques

- Des « soutiens accrus » paraissent nécessaires et sont un des moyens pour permettre le bon fonctionnement de ces situations : soutien venant de l'éducateur lui-même qui se devrait « d'être plus disponible » soit au téléphone, soit dans la famille d'accueil, pour éviter que s'installe un processus d'enfermement familial, certains éducateurs réservent ce soutien aux équipes soignantes.

Matériellement, les « familles relais » sont envisagées par certains comme une nécessité d'emblée, pour d'autres elles sont à mettre en place une fois les processus d'attachement réalisés avec l'enfant et alors de façon très progressive. Dix familles bénéficient d'une famille relais et, pour une autre, elle est envisagée.

- Pour lutter contre le « déni du handicap », sept éducateurs relèvent la nécessité de rappeler régulièrement l'existence du handicap comme origine des difficultés de l'accueil : certains évoquent la possibilité d'un placement

en institution pour rompre cet attachement trop fort et l'institution est alors utilisée comme moyen préventif à un épuisement.

Commentaires

La majorité des éducateurs s'entendent pour différencier cet accueil d'un accueil à cause sociale plus classique. Si le risque majeur réside dans le surinvestissement en direction de l'enfant, son origine est diversement analysée : besoin de plus d'attention à une situation complexe, nécessité d'une réparation, inhérente à tout placement, et mise en échec par le génie de la maladie. Même si, dans la réalité, cet obstacle au moment de l'entretien est maîtrisé ou dépassé, dans la majorité des cas, cette préoccupation reste centrale et contrôlée par le travailleur social qui organise sa stratégie autour de ce thème.

Dans l'absolu, un surcroît d'attention, une plus grande disponibilité aux assistantes maternelles paraissent nécessaires mais dans la réalité non réalisables (du fait de la surcharge de travail des éducateurs). L'assistance par une famille relais est souvent prônée et réalisée (une fois sur deux). Le recours à l'institutionnalisation de l'enfant dans l'avenir paraît être un bon moyen de lutter contre l'épuisement potentiel de ces familles, conséquence du surinvestissement et du manque de résultats en termes de réparation du handicap.

D. Les missions du travailleur social

a. Par rapport à la tutelle

Trois travailleurs sociaux se situent radicalement comme soutiens des assistantes maternelles vis-à-vis de la tutelle et intermédiaires pour faire reconnaître ce travail « C'est l'éducateur ASE qui a négocié l'indemnité de sujétion avec l'inspectrice : on a tout intérêt à faire remonter le travail des assistantes maternelles », « C'est moi qui l'ai poussée à faire la demande (indemnité de sujétion). »

L'articulation hiérarchique, travail de terrain-tutelle, est évoquée six fois comme une pratique nécessaire, voire utile : « On essaie d'être au carrefour du projet, on ne le met pas en place seul mais on en est le principal artisan », le même éducateur relève des incohérences. « C'est un rôle ambigu puisque nous participons (aussi) aux agréments, aux groupes d'accompagnement des assistantes maternelles. » L'un d'entre eux se positionne très clairement : « Je m'intéresse peu à l'indemnité de sujétion et au financement de l'assistante maternelle car je pense qu'il faut qu'on s'écarte de cela, qu'il faut parler d'autres choses. Toutes les démarches administratives et financières ne me regardent pas puisque je ne suis pas l'employeur. Je suis un travailleur social comme les familles d'accueil. Moi j'évalue la difficulté d'un placement. L'inspecteur évalue le taux d'indemnité de sujétion. Plus on est en retrait de cela, plus la relation sera saine... On a plusieurs casquettes, on recrute les assistantes maternelles. »

Cette articulation hiérarchique paraît garantir des places différentes mais est aussi utilisée comme vecteur d'un travail d'équipe à l'intérieur du secteur social : les décisions sont prises collégalement après une analyse et une discussion en groupe. « Je n'apprécie pas tout seul, j'ai l'inspecteur, a priori aussi mon équipe pour pouvoir réfléchir à la pertinence ou pas à tel moment d'un partenariat. L'inspecteur c'est le cadre à partir de la loi. Dans

certaines situations c'est lui la référence de l'enfant, c'est l'inspecteur en tant que tuteur qui est leur père symbolique. » Le même de regretter : « Les éducateurs souvent se succèdent les uns aux autres. » Cette articulation, voire même l'existence de la tutelle, n'est pas évoquée par sept éducateurs et paraît se confondre pour cinq d'entre eux ; les décisions ou propositions étant exprimées à la première personne du pluriel dans une indifférenciation des rôles. La question de la hiérarchisation travailleurs sociaux/assistantes maternelles paraît ici active (n = 11), ce qui rend sûrement difficile le travail de soutien personnalisé aux assistantes maternelles.

Tous ces résultats sont indépendants du type de handicap : relationnel ou somatique.

b. Par rapport à la famille d'accueil

Il existe, dans certains cas, un véritable travail de partenariat où la complémentarité des missions semble reconnue : « J'ai demandé à l'assistante maternelle de tenir un cahier et d'y noter au jour le jour ce qui, selon elle, pourrait nous intéresser lorsque nous en parlerions en équipe... Elle avait besoin d'être confirmée dans ce qu'elle faisait, qu'on lui dise que ce qu'elle faisait c'était bien. Elle venait me voir à mon bureau. L'assistante maternelle est quelqu'un de professionnel qui engage sa famille, son intimité, et mérite le respect, je ne souhaite pas être en liens hiérarchiques avec elle. Je tente à chaque fois le partenariat, c'est une collègue. »

- L'aide éducative, le soutien des relations affectives assistante maternelle/enfant font partie des missions prises en compte par le travailleur social en cas de problèmes relationnels de l'enfant, plus rarement s'il s'agit d'un problème somatique. Dans ces cas-là, l'attention de l'éducateur se

portera plus sur le travail de liaison entre famille naturelle/famille d'accueil/enfant. Ce travail, il le maîtrise mieux, et se sent plus efficace que dans le soutien direct à l'enfant handicapé.

Globalement les modalités de soutien de l'assistante maternelle sont variées et semblent bien dépendre du déroulement de chaque situation avec en moyenne une rencontre par trimestre (ou par semestre) pour cinq éducateurs, plus souvent mais pour une durée limitée dans le temps afin de régler un problème particulier pour trois éducateurs, plus rarement pour d'autres. Ce rythme de rencontres est soit fixé d'emblée, soit laissé à la demande des assistantes maternelles : elles sollicitent plus au moins souvent ce type de rencontres. Le téléphone du fait de l'éloignement reste l'instrument privilégié de communication.

La mission principale des éducateurs reste : la coordination entre les assistantes maternelles, les professionnels médicaux ou les institutions.

c. Par rapport à la famille naturelle

Les travailleurs sociaux semblent très à l'aise et au clair avec cette mission, il s'agit de gérer à la fois les rapports parent naturel/enfant, famille naturelle/famille d'accueil, de préciser la place des autres membres de la famille (grands-parents, frères et sœurs). Cette gestion des liens prend parfois le devant du travail : « Je suis plus relié à la famille biologique qu'à la famille d'accueil. » Le travailleur social doit faire tampon dans certaines situations entre famille d'accueil et famille naturelle et, pour d'autres, faciliter les rencontres tout en restant très présent dans ce travail.

d. Par rapport aux équipes de soins

La question des soins, spécificité de ces accueils, est abordée facilement (et ne semble pas poser questions) sauf pour deux éducateurs qui regrettent les difficultés rencontrées avec des établissements de l'éducation spéciale qui ne les consultent pas ou peu, ainsi qu'un autre amené à gérer les conflits de non-reconnaissance de l'assistante maternelle par un établissement.

On retrouve un vrai partenariat dans six situations entre l'équipe de soins et l'Aide sociale à l'enfance mais elle exclut les assistantes maternelles « Je rencontre l'IME pour voir quel projet ils ont. Ils ne prendront jamais de décisions sans demander l'avis de l'ASE. » « Je reprends avec elle (l'assistante maternelle) les décisions prises en réunions (auxquelles elle est absente). » Cette « bonne » coopération avec les services de soins concerne, cinq fois sur six, des enfants présentant un trouble relationnel.

A l'inverse, la gestion des soins est confiée totalement à l'assistante maternelle dans huit situations ; trois enfants sont en institution, les liens sont directs : « J'ai un rôle de coordination par rapport à l'établissement. Avant chaque vacances je passe à l'improviste, je travaille plus avec le secrétariat. » « Quand il y a un établissement qui sert d'intermédiaire entre l'enfant et l'assistante maternelle, l'éducateur ASE n'a pas la même implication ni la même façon de travailler. L'assistante maternelle a des réponses rapides à ses questions, par l'établissement. » Cinq de ces huit enfants ne sont pas en institution et les liens avec les services médicaux s'effectuent directement avec l'assistante maternelle. De façon intermédiaire, trois éducateurs gardent des contacts réguliers avec les services de soins.

Enfin, cinq éducateurs gèrent eux-mêmes l'organisation des soins, en se partageant le travail avec la PMI chargée du suivi médical de l'enfant

(deux cas), ou réorganisent les soins s'il y a problème avec un établissement : il s'agit là toujours d'enfants présentant un handicap somatique.

Le partenariat travailleurs sociaux/équipes de soins est possible s'il existe un trouble relationnel. La délégation est beaucoup plus fréquente aux assistantes maternelles si le handicap est somatique, sinon les soins restent sous la responsabilité de l'ASE qui contrôle.

e. Place de l'éducateur vis-à-vis de l'enfant

La mission éducative vis-à-vis de l'enfant est diversement conçue. Cinq travailleurs sociaux conçoivent que l'éducateur principal est l'assistante maternelle : eux-mêmes se contentent alors de simples contacts. Il s'agit toujours d'enfants présentant des problèmes somatiques : ils font confiance à l'assistante maternelle.

A l'inverse, neuf autres continuent d'exercer une mission éducative directement auprès de l'enfant. Ils servent de tiers auprès de six d'entre eux présentant des troubles relationnels, d'informateurs pour trois autres présentant des problèmes somatiques. Ils jouent ici le rôle de tiers direct.

Six éducateurs ne parlent pas de cette mission soit qu'ils se situent uniquement comme coordinateurs (trois situations), soit qu'ils se situent comme tiers éducatif soutiens de l'assistante maternelle dans ses actions auprès de l'enfant (trois cas).

Commentaires

L'exposé de ces vingt-deux pratiques nous permet de retrouver un ensemble très diversifié tenant compte à l'évidence de la personnalité de chacun des éducateurs : certains restent très isolés, en lien direct avec l'assistante maternelle, d'autres s'appuient plus sur les équipes ASE constituées.

Le type de handicap semble infléchir ces pratiques. S'il s'agit de troubles relationnels, les éducateurs vont garder un rôle éducatif. Ils se reconnaissent aptes à l'accomplir, prenant appui ou non sur l'équipe de soins psychiatriques. S'il s'agit d'un handicap somatique, la délégation éducative aux assistantes maternelles est plus massive. Il en est de même pour les soins ambulatoires à condition d'être sécurisé par les compétences de l'assistante maternelle, sinon l'éducateur fera preuve d'autorité et installera son propre contrôle de soins.

L'existence d'une institution auprès de l'enfant semble les rassurer particulièrement pour les handicaps somatiques où l'éducateur s'appuie sur la compétence médicale des équipes.

D'une façon générale, on note du fait de la complexité des situations, une prise de distance vis-à-vis des préoccupations des assistantes maternelles, ainsi que des enfants tant les problèmes de coordination sont prégnants ; dans six cas cependant on assiste à un véritable partenariat éducateurs/assistantes maternelles.

E. Les appuis et les sécurités pour mener à bien leur mission

L'étude du contenu des entretiens permet de repérer les appuis des éducateurs utilisés pour réaliser leur mission.

A propos de l'interdisciplinarité, pour huit d'entre eux le partenariat avec tous les intervenants professionnels libéraux ou d'institution médico-sociale est nécessaire. L'équipe dans son complet sert alors d'appui à l'éducateur ASE pour mener à bien son projet.

A l'inverse pour dix autres les appuis ne sont qu'intra ASE, l'éducateur fait jouer son équipe sociale ou la PMI, voire même l'inspecteur.

Trois éducateurs ne s'appuient pas sur les autres professionnels et un seul est allé chercher un contrôle neutre par un pédopsychiatre.

La place des assistantes maternelles est là aussi variable. En effet, l'assistante maternelle est considérée explicitement comme un appui pour douze d'entre eux.

Elle est vécue comme le pivot de la prise en charge, reconnue comme telle et partenaire à part entière dans sept situations. « Au contact de Madame L. (assistante maternelle), j'ai mieux compris la situation de l'enfant. » « L'assistante maternelle a pu m'expliquer ce qu'était le handicap de l'enfant, ce qu'on pouvait envisager pour l'avenir. Elle prenait totalement en charge cet enfant et les soins nécessaires. Elle apportait à cet enfant une stimulation maximale. Donc l'assistante maternelle, c'est l'éducateur de cet enfant. Elle est très au clair, elle sait qu'elle va développer au maximum les compétences de l'enfant. Elle coordonne et fait le lien. Elle est centrale. » « C'est quelqu'un qui assume beaucoup, à qui je fais confiance. »

Pour cinq autres éducateurs, les assistantes maternelles sont un intermédiaire permettant que s'humanisent des décisions qui leur échappent : « C'est leur attention qui a permis qu'il soit hospitalisé. Monsieur et Madame M. ont travaillé sur le problème de santé avec lui. » « L'équipe médicale extérieure, c'est Madame M. qui gère ça avec un médecin de PMI. »

Enfin dix éducateurs ne nomment pas les assistantes maternelles comme un appui pour la prise en charge.

A la question de la nécessité d'un soutien personnel pour l'éducateur de l'ASE, les seules réponses (n = 2) font référence au dossier. Enfin, l'enfant lui non plus ne paraît pas un appui direct pour le travail sauf pour un éducateur pour qui il est très clair : « Le premier intéressé est l'enfant qui permet de moduler les décisions. » « Au niveau de l'attachement, c'est l'enfant qui indique les places, si les adultes le lui permettent. »

F. Le recrutement des assistantes maternelles et la particularité de ces accueils

Beaucoup d'éducateurs insistent sur la difficulté de recrutement des familles. « Je venais juste de rencontrer une famille d'accueil qui avait l'air intéressante, je les sentais très attentifs à ce que je disais des enfants. Ce sont des gens qui avaient une expérience, qui étaient clairs. Un couple très uni, assez fort pour gérer un peu plus qu'une prise en charge sociale. Ce qui prime, c'est la disponibilité et la capacité de ces gens à faire face. » Un autre insiste sur la nécessité de la solidité de ces familles « Trouver une personne très chaleureuse qui puisse analyser et pas toujours réagir dans l'affectif, une personne plus à même de s'investir personnellement auprès

de C., ce que n'a pas pu faire Madame H. Une capacité de chaleur, d'écoute, de tolérance, et en même temps un cadre. On a pensé qu'elle pouvait tout faire. » Ces compétences ne sont pas toujours possibles à réunir puisque pour l'une d'entre elles il fallait trouver un accueil pour une fratrie de quatre et, pour l'autre, un lieu proche à la fois de l'hôpital du fait des soins, et du domicile du papa. Tous sont d'accord pour dire qu'il faut des familles solides. **Celles qui ont fait leurs preuves sont prises d'assaut.**

Pour les travailleurs sociaux, ces situations en général paraissent particulières par les stratégies à développer et les innovations à créer autour des handicaps surtout physiques. Le travail pluridisciplinaire est difficile à concrétiser, pour certains, avec les médicaux ainsi que les relais à mettre en place avec les familles d'accueil. Le travail en partenariat est essentiel.

« Dans cette situation, tous les partenaires ont envie de travailler ensemble. Je n'ai jamais senti de gens qui ne se trouvent pas à leur place, pas satisfaits. Malgré la complexité et le nombre d'intervenants ça se passe bien parce que tout le monde est partie prenante. Il ne faut oublier personne, cela demande un gros travail. Il y a plus d'une dizaine de personnes qui interviennent. »

Un certain nombre reconnaît que cela demande plus de temps et une attention particulière. « Il ne faut pas se loucher quand il y a autant de trucs, il faut être cohérents. Dans les maisons d'enfants on connaît. Dans les IME, on est paumé. C'est un monde clos, un peu hors du temps. J'ai beaucoup de mal à travailler avec les IME, il y a des territoires qui se chevauchent en termes de compétences. »

Les éducateurs reconnaissent et regrettent de ne pas en savoir davantage sur les handicaps en général, les pratiques et les prises en charge des enfants handicapés. A partir de ces constatations, ils émettent un certain nombre de souhaits qui concernent la formation sur les handicaps, un

soutien pour eux-mêmes lors de difficultés face aux maladies et face à la complexité, la multiplicité des problèmes à gérer.

Quelques-uns d'entre eux souhaiteraient une systématisation de ces accueils qui de toute façon sont de longue durée avec :

- une sélection des assistantes maternelles en termes de formation, de proximité, de nombre...
- une cellule pluriprofessionnelle de personnes sensibilisées aux handicaps en soutien de l'Aide sociale à l'enfance, ce qui permettrait des passages plus faciles en institution, ainsi qu'une aide à l'intégration.

Synthèse concernant le discours des éducateurs

Globalement on retrouve un consensus des travailleurs sociaux autour de la complexité et de la spécificité de ces accueils. Concernant leur responsabilité dans le bon fonctionnement de l'accueil, ils élaborent des stratégies et des sécurités pour maîtriser cette complexité. Ils doivent gérer à la fois : les risques de trop d'investissement de la part de l'assistante maternelle, la nécessité de soins, la nécessité d'un abord pluri-institutionnel, le traitement également de l'accueil social.

L'hyperinvestissement

D'une façon générale, la plupart des éducateurs craignent « trop d'investissement, trop d'enthousiasme » vis-à-vis de l'enfant du fait de son handicap somatique ou de sa difficulté relationnelle. A priori ce risque existe pour tous. Il devient le point central autour duquel s'articulent les différentes pratiques. Réellement, ce surinvestissement ils le constatent seulement dans un tiers des cas soit qu'il ait été déjoué, soit qu'il ne soit en fait qu'hypothétique. Un ensemble de stratégies va alors se développer pour lutter ou prévenir ce surcroît d'attachement.

- La première et la plus sécurisante pour l'éducateur ASE est de s'assurer que l'assistante maternelle est « hypercompétente ». La confiance peut alors s'installer, se fondant soit sur une expérience ancienne reconnue, soit sur une mise à l'épreuve de la réalité au fur et à mesure du placement. Dans la majorité des situations, assistante maternelle et éducateur ASE n'ont pas démarré le placement ensemble, ce qui rend tout à fait relative sa sécurité, suppose une vigilance et une évaluation des capacités de l'assistante maternelle à ne pas se laisser dépasser par les difficultés de l'enfant. Ce besoin de sécurité permet de comprendre qu'il soit si difficile aux travailleurs

sociaux de trouver des assistantes maternelles pour enfants en difficulté dès lors qu'une de leurs missions réside dans leur propre réassurance.

- La deuxième, non-exclusive de la première, consiste à maintenir une vigilance active vis-à-vis de cet attachement.

• Certains, certaines vont prendre la mesure des progrès de l'enfant et conforter les assistantes maternelles dans leur travail, pointant régulièrement ses infimes progrès comme témoin du bon fonctionnement de l'accueil et de la qualité du travail accompli. Ces éducateurs restent cependant à l'écoute des besoins. Pour eux le premier éducateur de l'enfant c'est l'assistante maternelle.

• D'autres, peut-être moins avertis, vont lutter contre et imposer une partition de l'attachement soit sous forme d'une famille relais mise en place d'emblée, soit en utilisant un établissement comme lieu tiers d'attachement de l'enfant.

La peur d'un essoufflement de l'assistante maternelle fait privilégier cette solution à une prise en compte et une évolution possible des représentations. Tout se passe comme si l'éducateur ASE ne pouvait situer l'assistante maternelle que dans une perspective d'hyperinvestissement chronique alors que nous savons actuellement que si toute confrontation au handicap amène à cette position, à l'épreuve du temps elle peut être dépassée. Cette absence de réelle anticipation sur le devenir possible de la relation à l'enfant est à mettre sur le compte probablement d'un manque d'informations sur le déroulement des prises en charge concernant les enfants handicapés et/ou leur impossibilité à gérer dans la durée ces situations : le *turn over* étant trop rapide.

Les solutions préconisées engendrent elles-mêmes leurs problèmes : si elles paraissent motivées, il n'en reste pas moins que la question du fonctionnement assistante relais-assistante principale n'est pas résolue, le

recours à l'établissement pose la question de leurs relations avec les assistantes maternelles plus ou moins relayées par les éducateurs. Si certains éducateurs conscients de cet état de fait vont parfaitement se situer en tiers, voire même en soutien vis-à-vis des assistantes maternelles, d'autres vont trop rapidement s'appuyer sur des compétences supposées des institutions pour gérer cet attachement. Ils délèguent peut-être trop hâtivement aux assistantes maternelles un travail de liaison vis-à-vis d'un placement en établissement dont elles n'ont parfois pas compris le sens et la nécessité.

3. Les besoins des équipes de soins

Onze enfants sont accueillis dans des institutions de l'éducation spéciale (huit IME et trois instituts de rééducation). Les onze autres sont suivis pour leurs soins par des professionnels travaillant en ambulatoire (kinésithérapeute, orthophoniste, médecin hospitalier et/ou médecin généraliste).

Les onze premières équipes ont été rencontrées sur le lieu de travail, et ont accepté de témoigner ; pour les autres, nous les avons contactées par téléphone, après accord des assistantes maternelles.

- Le guide d'entretien aborde les particularités de ces accueils, les rapports avec les autres partenaires, la question de l'attachement des familles d'accueil.

- L'analyse du discours reprend la même démarche et explore :

A - La singularité des accueils

B - Le fonctionnement des accueils

C - L'attachement : un problème non résolu

D - Familles d'accueil/familles thérapeutiques

A. La singularité des accueils

a. Des besoins identiques

Les institutions de l'éducation spéciale définissent leurs missions en termes d'éducation et de soins. Elles refusent de se substituer aux accueils sociaux et s'en prémunissent dès l'admission en s'assurant qu'il existe une famille d'accueil pour l'enfant.

Elles revendiquent, par ailleurs, « un partenariat naturel » avec des parents, une famille entourant l'enfant « s'il n'y a pas de famille, c'est la famille d'accueil ».

La présence d'une famille (naturelle et/ou d'accueil), éventuellement un lieu social d'accueil est une condition exigée avant toute admission. Elle permet à la fois de répondre aux besoins sociaux de l'enfant en complémentarité de l'accueil en établissement (internat ou semi-internat), mais aussi et surtout constitue le cadre symbolique permettant de différencier les champs sociaux, médicaux et pédagogiques. **De ce fait la famille d'accueil devient un des partenaires structurels du projet.**

Pour mémoire nous rappellerons que d'une façon générale trois partenaires sont nécessaires à l'élaboration d'un projet d'admission en établissement :

- une équipe de professionnels en amont du placement : elle élabore le dossier technique d'admission ;
- la Commission départementale de l'éducation spéciale : elle statue sur l'adéquation des troubles de l'enfant à l'agrément de l'établissement ;
- une famille ou un responsable légal de l'enfant : il est demandeur du placement. L'Aide sociale à l'enfance constitue ce troisième partenaire

lorsque les familles sont considérées comme défaillantes. Elle-même se doit de demander l'accord aux familles naturelles pour tous les soins prodigués.

b. Des enfants surhandicapés

Pour les IME, peut-être plus que pour les instituts de rééducation habitués aux problèmes sociaux surajoutés, les enfants placés en famille d'accueil sont différents de la population ordinairement accueillie. Aux incapacités justifiant les soins, se surajoutent des désavantages secondaires liés à des carences éducatives et affectives majeures : « Ce sont des jeunes ballottés qui, où que vous les mettiez se trouvent plus ou moins bien,... ils se laissent ballotter avec une certaine indifférence. Ils ne s'investissent nulle part, sont très insécurisés, très angoissés. » « On est un peu déstabilisé nous-mêmes dans nos repères habituels. »

« C'était un enfant perdu. Il demandait toujours où il allait passer le week-end. Chez lui, dans sa famille d'accueil. Il n'était pas moteur de son projet complètement désorganisé. » « Ma crainte (pour l'enfant) étant la multiplication de personnes et les ruptures. » « J'ai su l'histoire de ses différents placements, c'était complexe, on y a passé plus d'une heure. »

Il ne s'agit plus pour l'institution de prendre en charge uniquement les incapacités (capacités) de l'enfant, mais aussi de traiter un handicap affectif et éducatif surajouté, ne provenant pas nécessairement d'un handicap somatique initial. **Il y a là un changement de registre particulièrement sensible pour les institutions spécialisées dans les handicaps somatiques.**

c. Des montages institutionnels complexes

La présence d'une famille d'accueil auprès de l'enfant, si elle est reconnue nécessaire par l'institution, pose la question de sa place au sein du projet institutionnel.

A la fois parents (garants d'un toit, d'une éducation, d'un apport affectif...) ils ne sont pas vraiment des parents, mais des professionnels rémunérés pour un travail.

« Les familles d'accueil sont des professionnels, mais en même temps sont des familles, c'est peut-être un peu source de confusion de savoir si on s'adresse à elles en tant que professionnels ou en tant que familles. Par exemple, est-ce qu'on les invite aux réunions de synthèse ? »

L'ambiguïté est permanente et nous n'avons trouvé dans nos rencontres aucune équipe réellement au clair avec cette question. **Comment se situer en tant qu'institution face à des professionnels-familles ?**

Aucun des accueils en institution de cette recherche n'est un placement effectué directement par le juge des enfants. Tous sont des mesures thérapeutiques négociées entre l'instance de tutelle et les établissements. Les responsables légaux, l'ASE ou les services gérant les AEMO sont pour les institutions les interlocuteurs décisionnaires du placement. Il n'existe donc pas pour les assistantes maternelles, cette liberté de retirer l'enfant comme pour des parents biologiques. L'institution, si elle ne veut pas cliver éducatif/affectif/thérapeutique et responsabilité est « condamnée » à **nouer un partenariat avec le couple assistante maternelle/ éducateur référent**. Cela suppose l'existence d'une dyade effective, ce qui n'est pas le cas de tous les accueils. « Il n'y a jamais de continuité pour ces enfants, ni au niveau de l'ASE, ni au niveau des assistantes maternelles, ni au niveau du suivi médical. » « Les assistantes maternelles sont obligées de faire

référence à une institution, une administration. Quoiqu'il arrive, on est obligé de se concerter. » « L'ASE c'est un repère légal, technique par moment mais qui n'exclut pas un travail à deux avec l'assistante maternelle. »

« D'une façon générale, l'enfant de l'ASE est passe-partout, tout le monde s'en occupe, mais personne n'en est responsable. » « Il y avait un micmac entre l'ASE, la PMI, la place du centre. »

B. Le fonctionnement des accueils

a. Les décisions : elles échappent aux assistantes maternelles

L'admission de l'enfant en établissement est organisée le plus souvent par une équipe médico-psychologique en amont du placement – l'ASE – parfois la famille naturelle.

Cette décision semble échapper complètement aux assistantes maternelles en charge de l'enfant. « L'enfant a été présenté conjointement par l'ASE, l'éducatrice qui le suivait et l'équipe médico-psychologique. »

« C'est après avoir accepté la prise en charge, qu'il y a eu contact avec l'adolescent et avec la famille d'accueil. »

« L'éducatrice (sociale) a fait les présentations entre l'assistante maternelle et nous. » « Dans un deuxième temps, on a donné rendez-vous à la famille d'accueil qui est venue présenter l'enfant. » « L'enfant faisait l'objet d'une mesure d'AEMO et c'est l'éducatrice (sociale), qui nous l'a présenté, c'est l'éducatrice qui nous avait contactés par téléphone et peut-être par courrier au sujet de l'éventuelle orientation de cet enfant dans notre établissement. »

« Monsieur et Madame C. (assistants maternels) ont dû vivre le placement à l'IME de B. comme un échec de leur part : Là-bas on fera mieux. »

L'admission réalisée, les fonctionnements avec l'ASE et les assistantes maternelles vont se diversifier, selon les styles des établissements mais aussi selon la présentation de la situation : délégation totale ou partielle de l'éducateur aux assistantes maternelles.

« La famille d'accueil nous a été présentée comme l'instance compétente pour s'occuper de cet enfant. »

Tous les établissements ont une pratique de partenariat avec les parents des enfants qu'ils accueillent. Ils vont l'appliquer de la même façon aux familles d'accueil.

« La famille d'accueil est considérée comme un équivalent parental, il n'y a pas de différence a priori, dans le mode de rencontre d'une famille d'accueil et de parents. »

« Nous n'invitons pas plus les familles d'accueil que les familles naturelles aux synthèses. »

« Avec les parents d'accueil ont fait comme avec les autres parents, on leur fait un compte rendu de la synthèse, on leur donne les conclusions, on leur demande ce qu'ils en pensent. »

b. L'Aide sociale à l'enfance : un partenaire nécessaire

Essentielle au moment de l'admission, la présence de l'ASE est souhaitée par les établissements, nécessaire même pour assurer tous les temps

familiaux, hors projet institutionnel, soit les deux tiers du temps de l'enfant puisqu'ils sont en général en semi-internat.

« Pour les loisirs et les vacances, on travaille avec l'ASE, puisqu'il y a quand même une question de financement. Le reste c'est nous. »

« Pour les problèmes de week-ends et de vacances, l'éducatrice ASE prend son plein rôle de responsable de l'éducatif en famille d'accueil. »

« Nous ne sommes pas intervenus dans le choix d'une famille d'accueil » (placement social après l'admission dans l'établissement).

« L'ASE nous confie tel enfant pour une prise en charge sur un handicap, le reste elle s'en occupe. »

Pour assurer cette présence, la règle est d'inviter systématiquement les éducateurs référents aux synthèses, selon un rythme annuel le plus souvent, bi ou trisannuel plus rarement. Ces rencontres servent à se tenir au courant de l'évolution de l'enfant, mais aussi de l'évolution des mesures de justice. C'est également souvent avec l'éducateur-référent qu'est établi le planning des week-ends, des vacances, les orientations. Plus exceptionnellement, les équipes d'institution sont invitées et se déplacent aux réunions de l'ASE dites commissions d'aide à la décision.

Le partenariat avec l'ASE peut prendre dans certains cas l'aspect d'un **véritable travail thérapeutique en direction de l'enfant et dépasser ainsi une simple gestion du quotidien**. Les rencontres alors se multiplient lorsqu'il est décidé par exemple de reprendre contact avec la famille naturelle ou de modifier le rythme des rencontres, lors d'une orientation, lors de difficultés entre institution et assistante maternelle.

Ce type de travail suppose une certaine stabilité des éducateurs référents ce qui n'est pas toujours le cas.

« Les changements d'équipes, de personnes, sont très difficiles à supporter. » « Il y a eu quatre travailleurs sociaux différents autour de cet enfant. »

c. La famille d'accueil : un partenaire obligé

« Référents familiaux », « équivalents parentaux », « considérés comme des familles naturelles », les familles d'accueil sont les partenaires obligés des institutions. Toutes s'accordent pour ne pas leur assigner de fonction thérapeutique, au même titre que les parents naturels, sans leur dénier la possibilité d'être efficaces.

Leur mission est à la fois précise et floue, à l'image des missions accordées aux parents en général.

• Dans les institutions, où le projet pour l'enfant semble laisser peu de place au partage, à la concertation avec les parents en général, **le rôle des assistantes maternelles se limite à l'organisation de la garde à domicile, en complémentarité du travail administratif et de responsabilité de l'ASE.** L'enfant semble clivé dans deux mondes : l'institution et l'extra-institutionnel.

« Au niveau du projet, la famille d'accueil n'est qu'une partie, puisqu'il y a l'ASE ; on les informe plus qu'on ne leur demande de donner un avis. »

S'il y a entente, ou tout au moins absence de conflit entre institution et famille d'accueil, les relations se bornent à la gestion du quotidien. S'il y a conflit le rôle de l'assistante maternelle disparaît et le seul interlocuteur

reconnu est alors l'éducateur. « En cas de crise, un troisième partenaire est utile. »

• Dans les institutions où le partenariat avec les familles est utilisé comme un moyen thérapeutique pour faire évoluer l'enfant et non plus comme une nécessaire obligation, le travail des assistantes maternelles est intégré dans le projet de l'enfant et **la famille d'accueil devient interlocutrice de l'institution**. En général, le mode de travail utilisé est le même qu'avec les parents naturels même si, d'une certaine façon, il faudrait procéder autrement.

« Ce sont des référents familiaux, il y a des échanges au titre d'équivalents parentaux... L'assistante maternelle n'est pas une interlocutrice à part entière, il faut amener l'élément de tutelle. »

« Les rencontres se font de façon plus ou moins informelle au cours des accompagnements... L'assistante maternelle s'arrange pour discuter avec les éducateurs environ une fois par semaine... Il y a eu un temps de méfiance où l'assistante maternelle se demandait ce qu'on allait faire de son petit... Puis elle a fait rapidement alliance avec nous. »

Cette alliance, nous ne l'avons vraiment retrouvée que dans trois situations.

Dans quatre autres cas, les relations sont très tendues et il semble que le projet institutionnel pour l'enfant ne convienne pas aux assistantes maternelles. Pour les autres, les difficultés de l'enfant priment et famille d'accueil/ASE/établissement sont en recherche d'un équilibre.

d. Des soins associés : une coordination floue

L'admission dans un établissement marque en général l'arrêt d'une prise en charge antérieure pour recentrer le projet thérapeutique et éducatif dans un seul lieu. Du fait du surhandicap social et affectif de ces enfants, sou-

vent les instituts ne peuvent répondre à tous leurs besoins. Des prises en charge alternées sont proposées sous forme d'hospitalisations de jour en pédopsychiatrie, de séjours en service pédiatrique, au cours desquels des soins complémentaires sont mis en place (psychothérapie, soins psychiatriques pour les plus âgés). Ceci suppose une coordination de plus sous la responsabilité, selon les habitudes de travail, des assistantes maternelles, de l'éducateur référent ou de l'institution.

« Les soins (pédopsychiatriques) se sont continués. Il y a régulièrement des réunions avec l'équipe thérapeutique extérieure pour faire des synthèses, auxquelles était invitée l'éducatrice de l'ASE. » « Très souvent on fait relais avec l'hôpital de jour, dans ce cas on les invite aux synthèses. »

« On a établi un réseau d'accueil médical à l'hôpital pour que les urgences (somatiques) se fassent dans de bonnes conditions. La coordination médicale se fait ici. »

Dans aucune des institutions il n'a été fait mention d'un suivi thérapeutique pendant les vacances ou les week-ends, ce suivi apparemment échappe aux institutions. Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'il existe en général un réseau occulte et parallèle aux institutions qui pallie ce manque.

e. Les familles naturelles : une tentative de travail en commun

Hormis une seule institution, pour laquelle « enfants de l'ASE » est systématiquement synonyme de pupilles, toutes les équipes rencontrées ont le souci de la famille naturelle.

Pour certaines situations, il s'agit dans le projet d'admission de permettre de réintroduire l'enfant à terme chez ses parents. **L'interlocuteur privilégié de l'établissement devient la famille naturelle.**

« On a pensé qu'il fallait réintroduire la place de la maman et reconsidérer ses incursions dans la famille d'accueil : l'enfant le demandait aussi. »

Pour d'autres, ce projet n'est pas envisagé par l'ASE à court terme, **il s'agit alors d'évaluer la juste place à accorder à la famille naturelle** au sein de l'établissement, mais aussi par rapport à l'assistante maternelle. Certaines institutions vont s'appuyer sur des relations suivies famille naturelle/famille d'accueil pour gérer ce problème. En cas de conflit entre ces deux familles, le plus souvent l'institution fait appel à l'ASE pour tenter d'atténuer les effets sur l'enfant. L'éducateur référent est alors confirmé dans son rôle de médiateur auprès des familles naturelles. « On a pris contact plus tard avec la famille naturelle, on a d'abord eu comme interlocuteur l'assistante maternelle. »

« Les parents qui avaient comme handicap une image d'incompétence sont venus sur la structure et on s'est aperçu qu'ils avaient des choses à dire sur l'enfant. »

« Une des missions dans la prise en charge, c'est de soutenir l'adolescent dans l'interrogation de ses origines, de sa place dans la famille naturelle. »

« Le travail d'échange avec la famille naturelle qui a débuté dans la deuxième année, a demandé une médiation et une fonction de décision très importante de la part de l'éducatrice ASE. »

« Les familles naturelles paraissent un peu plus éloignées dans le sens où elles n'ont pas leur enfant à charge à longueur de semaines. On a peut-

être tendance à ne pas travailler suffisamment le lien avec la famille naturelle. Il me semble que l'on a du mal à envisager que des parents, qui sont d'une certaine façon incompetents pour un accueil à plein temps, puissent en même temps garder leur place de parents. »

Commentaires

La prise en charge en institution de l'éducation spéciale des enfants accueillis par une assistante maternelle devrait provoquer une adaptation du fonctionnement même de ces institutions. Tout se passe comme si la situation particulière de l'enfant n'était pas réellement prise en compte et qu'elle doit se mouler au fonctionnement pré-établi. Ces situations sont vécues comme rares, il est vrai, dans chaque institution, même si nous l'avons vu dans l'enquête épidémiologique elles représentaient 17 % des enfants accueillis en institution en 1991.

Cette singularité tient :

- aux troubles mêmes des enfants, multicarencés affectivement, éducativement, auxquels se surajoute ou non un handicap somatique ;
- à la présence à leurs côtés d'une famille d'accueil mi-famille mi-professionnelle d'accueil et de ce fait ni famille/ni professionnelle dont la place reste imprécise ;
- à l'existence d'une responsabilité et d'un financement gérés par une administration : l'ASE avec une rotation fréquente des éducateurs qui gêne la personnalisation des prises en charge ;
- à la nécessité souvent de soins associés compliquant la coordination des actions ;
- à l'existence de familles naturelles défaillantes, dont il faut toutefois tenir compte pour maintenir des liens avec l'enfant.

L'ensemble de ces particularités vient ébranler le fonctionnement des institutions et il est bien difficile pour tous les partenaires de s'y retrouver. On assiste, afin de simplifier les montages, pour les rendre opérationnels, à des délégations de responsabilités, plus ou moins concertées. Le risque est dans la dilution des responsabilités ou dans la reprise en main autoritaire du projet de l'enfant par l'un ou l'autre des partenaires qui se sent spolié ou non reconnu.

C. L'attachement : un problème non résolu

Nous retrouvons un discours nuancé, à l'instar des éducateurs de l'ASE, à propos de modalités d'attachement réciproque enfant/famille d'accueil.

- Dans la réalité, les institutions sont le témoin des difficultés de l'enfant et de sa famille d'accueil à se situer les uns par rapport aux autres. Selon qu'elles ont ou non noué un partenariat, elles peuvent plus ou moins accompagner ce mouvement.

« Ils ont une position saine, simple, ils n'ont pas mis C. en position de choisir, en même temps on sent qu'il y a quelque chose qui se passe entre eux et l'enfant. C'est à nous de lui expliquer qu'il a le droit de dire qu'il est bien en famille d'accueil, comme il a le droit d'aller le mercredi après-midi chez ses parents. »

« Ce qui a été noté les deux premières années, c'était l'intérêt manifeste que portait le couple D. à ce garçon, et lui de sa part témoignait aussi d'un attachement qu'il avait pour cette famille. »

« On encourage les enfants à être bien en famille d'accueil, tout en acceptant qu'ils réclament leur famille naturelle. »

« Le problème c'est que cet enfant ne veut plus aller dans sa famille naturelle. Ce qui est important (pour l'enfant) c'est un repère stable. Ici à M. (institution), il est moins difficile parce que ce n'est pas aussi affectif que dans une famille d'accueil. »

La question de l'attachement ne tient pas la même place s'il s'agit d'un enfant petit ou d'un adolescent. La durée de placement rentre aussi en ligne de compte dans la qualité de cet attachement.

« L'adolescent, en général, interroge sa famille comme si elle était une famille d'accueil, le mode d'approche du problème de l'adolescent est identique dans une famille naturelle et/ou d'accueil. Toutes les demandes sur un plan matériel sont les mêmes. »

« L'attachement à une famille d'accueil dépend de la durée de l'accueil et de l'âge de l'enfant. Quand les enfants sont jeunes, qu'ils sont dans une famille depuis longtemps, l'attachement à cette famille d'accueil n'est pas questionné, il est clair que l'attachement est réciproque et fort. Quand l'enfant est plus grand la question de l'attachement ne se pose pas, il est clair qu'il est accueilli. »

Pour ce médecin d'institut de rééducation, la distinction entre accueil d'un adolescent en voie de s'autonomiser et attachement nécessaire des plus jeunes lui a permis de définir des stratégies d'accompagnement des familles d'accueil.

Pour chaque situation, l'institution est amenée à évaluer l'investissement affectif des assistantes maternelles. Cette évaluation est en général positive.

« Ils sont attentifs au développement de l'enfant, avec un peu plus de recul que des parents. »

« Elle n'est pas demandeuse de choses que ne peut pas faire l'enfant. »

« Rapidement, on s'aperçoit que les familles d'accueil ont des liens très forts avec les enfants dont elles s'occupent et donc on est amené à travailler avec elles dans une sorte de guidance sur le même registre que celui des familles naturelles. »

« Pour ce qui est de l'attachement, je pense qu'il y a un lien qui s'est établi mais c'est tellement paralysé par des rivalités qu'on le perd un peu de vue. »

Plusieurs institutions ont repéré des difficultés réelles entre l'enfant et la famille d'accueil. Il s'agit rarement de difficultés de l'enfant à investir la famille d'accueil mais plus souvent de difficultés à se situer par rapport aux deux familles avec des attitudes classiques de rejet, de l'une par rapport à l'autre ou de clivage.

« Il semble qu'il y ait un enjeu dans lequel F. est enlisé, où se mettent en compétition famille d'accueil et famille naturelle. »

« ... plusieurs fois D. sur le groupe a présenté Monsieur et Madame P. comme son père et sa mère... ; l'institutrice qui n'était pas trop au courant du dossier a vraiment cru qu'ils étaient le père et la mère. »

« Il a un comportement qui nous indique bien que le lien relationnel est instauré. Mais il ne peut pas dire qu'il est bien, puisqu'il met la famille d'accueil en compétition avec sa famille naturelle. »

Certaines enfin repèrent l'impact du handicap sur les attitudes des assistantes maternelles. Il s'agit là d'attitudes bien connues et retrouvées également dans les familles naturelles. « L'assistante maternelle était devenue assez réticente vis-à-vis de toute prise en charge éducative, assez

critique vis-à-vis de l'hôpital de jour et demandait essentiellement une scolarité. » « On n'a pas réussi à travailler sur l'autonomie de l'enfant. Madame D. ayant toujours peur que l'enfant fasse une bêtise. Elle ne voyait que ses mauvais côtés. »

« Plus le handicap est grand, plus la pathologie du lien est visible. Cette pathologie qu'on retrouve chez les parents on la retrouve de façon très semblable chez les assistantes maternelles. »

• Dans l'absolu, et de façon plus générale, la question de la place de l'attachement dans le travail des assistantes maternelles n'a pas été clairement explicitée dans nos rencontres. Les assistantes maternelles sont décrites par certains sur la défensive et ayant peur d'être remises en cause dans leur fonctionnement. « Elles sont souvent tellement sur la défensive que c'est un peu difficile d'aller au fond des choses. »

« Si on approfondit trop, elles sont obligées de se dévoiler, donc d'être critiquées, remises en cause. » « Elles se sentent un peu observées, critiquées, toujours dans une position de rendre des comptes, ça manque de spontanéité. »

« Ce n'est pas toujours facile de travailler avec les familles d'accueil, il y a parfois des conflits, mais comme avec des parents. »

« Ce n'est pas toujours facile de travailler avec une famille d'accueil... ça dépend des enjeux, des motivations, de ce pourquoi la famille est famille d'accueil. »

Cette motivation est questionnée de diverses façons, soit directement, soit indirectement par le biais du paiement. **Comment peut-on travailler dans l'affectif et en être payé ?**

« J'ai toujours trouvé que c'était très ambigu ce rapport à l'argent, et en même temps cette relation affective. On est payé pour faire ça, mais on donne quand même plus que l'argent qu'on reçoit (disent-elles). Il y a à la fois un lien affectif et un rejet. Un certain malaise même dans la façon de parler aux jeunes, souvent un peu négatif. »

« Madame D. se situe bien en professionnelle, payée pour avoir la charge de cet enfant, elle assume au mieux dans une dimension relationnelle. Elle a une mission d'accueil, ça fait partie de son gagne-pain, mais c'est une professionnelle. C'est un engagement mais pas névrotique, elle peut dire stop. Ce n'est pas quelqu'un qui remplit un vide, elle connaît ses limites et celles de sa famille. »

D. Familles d'accueil/familles thérapeutiques

La notion de famille thérapeutique est bien connue des établissements, un seul gère un service de placement familial, deux autres dans le passé ont mis en place un tel réseau.

Les familles thérapeutiques sont synonymes de familles rattachées à l'établissement et font partie intégrante des équipes. Elles ne sont pas considérées comme des acteurs sociaux, mais comme des soignants. Ainsi elles ne correspondent pas aux missions des familles d'accueil ASE.

« Quand il y a des difficultés de type délaissement, on saisit l'ASE ; l'établissement ne gère pas directement de réseau de familles d'accueil. »

« S'il y a eu signalement on fait forcément appel à l'ASE ; c'est elle qui fait la recherche. »

« La famille de placement spécialisé thérapeutique ne rentre pas dans le cadre d'un équivalent parental. Ce sont des partenaires à part entière sur le plan thérapeutique. » « Cela nous est arrivé de payer une famille d'accueil pour un placement à durée déterminée, on a un budget pour ça, on appelle cela des ruptures. » « On a beaucoup de mal à trouver une famille d'accueil pour une situation. On s'est senti un peu seul. On ne peut pas être en même temps l'établissement et le garant d'une famille d'accueil, il nous manque un tiers. »

A l'évidence, les institutions ne souhaitent pas gérer les accueils sociaux au long cours, dans le souci de bien différencier les missions sociales des missions éducatives et thérapeutiques. Pour l'une d'entre elles cet outil est intéressant « parce que le placement se fait sur indication à partir d'un projet individuel. »

LES ÉQUIPES DE SOINS AMBULATOIRES

Spontanément, dans les questionnaires, les familles d'accueil n'évoquent que les praticiens ayant l'aval de l'ASE, dans les entretiens, par contre, apparaît pour tous les enfants présentant des problèmes somatiques (cinq sur onze situations), un médecin généraliste ou un pédiatre référent ; pour ceux présentant des troubles du comportement ou relationnels, l'assistance par un psychiatre n'existe qu'une fois sur deux (trois sur six situations), « compensée » soit par un médecin généraliste ou un rééducateur.

Nous avons contacté, après avis des assistantes maternelles, celui ou celle qui leur paraissait être le meilleur support : soit quatre médecins

généralistes, trois orthophonistes, un kinésithérapeute et trois médecins spécialistes.

Tout comme les équipes de soins des institutions, leur première réaction a été d'assimiler les parents d'accueil aux parents qu'ils ont l'habitude de rencontrer. L'exercice de leur profession libérale n'est pas modifié par ces situations. Il s'agit de nouer une alliance thérapeutique classique entre le praticien/l'enfant/les adultes responsables. Ceci est particulièrement vrai pour les suivis de pédiatrie générale ou les rééducations courantes.

Pour les décisions plus importantes, les médecins sont interpellés par les familles d'accueil sur la nécessité de faire intervenir l'ASE. L'accueil modifie donc les modalités de prise de décisions. Ces dernières se feront d'autant plus rapidement, que l'éducateur référent aura délégué l'organisation des soins à l'assistante maternelle. Ailleurs, il faudra attendre son accord en fonction de sa plus ou moins grande disponibilité (pour un placement en centre spécialisé médical par exemple), voire même après la mise en place d'une rencontre ASE/PMI.

Les rééducations, dans leur contenu, n'ont pas de caractéristique particulière, que l'enfant soit en famille d'accueil ou non. Selon les cas, les assistantes maternelles seront présentes aux séances, ou éloignées si cela s'avère nécessaire.

A la question des attitudes face au handicap et des représentations qui les sous-tendent, certains ont noté une plus grande sollicitude des parents d'accueil.

« Leur responsabilité est engagée, ils font plus attention à ces enfants qu'aux leurs. »

Eux-mêmes portent plus d'attention en général, essaient de se rendre plus disponibles sachant l'existence « d'un risque psycho-affectif », conséquence de la séparation. Certains rééducateurs ont repéré une possibilité de prise de recul des familles d'accueil vis-à-vis des souhaits de réparation de l'enfant, avec moins d'insistance pour une surenchère rééducative que chez les parents standards d'enfant handicapé.

Les rapports des praticiens avec l'ASE sont lointains et assez critiques, particulièrement en ce qui concerne les retards dans les décisions.

« Les contacts sont rares, le plus souvent téléphoniques, pour un carnet à souche, ou un paiement. »

Les praticiens sont nombreux à avoir repéré une gêne des assistantes maternelles, dans leur comportement avec l'enfant : ils l'attribuent à un contrôle de l'accueil par les éducateurs.

« J'ai le sentiment qu'elles sont en porte à faux. »

« Elles semblent toujours un peu sous surveillance. »

« L'enfant appelle maman dans la salle d'attente, et il se fait réprimander dans mon bureau lorsqu'il le fait devant moi. »

Plusieurs ont exprimé le souhait de plus de contacts et d'une implication plus importante des éducateurs référents dans les prises en charge. Ils regrettent leur manque de formation concernant les handicaps et sont disposés à les rencontrer, lors des consultations, pour expliquer les problèmes somatiques (par exemple) afin de rendre plus rapidement adéquates les attitudes des éducateurs vis-à-vis des enfants.

L'ensemble des praticiens reconnaît que l'enfant a développé en général un attachement de bonne qualité à son assistante maternelle, et l'accueil est

évalué positivement compte tenu des difficultés.

« Je suis stupéfait, ça se passe relativement bien ; l'intégration (dans la famille) est bonne. »

« L'enfant sourit, ils ont l'air heureux ensemble. »

Si, d'une façon plus générale, ces situations leurs paraissent complexes et à risque pour l'enfant, dans la réalité, celles qu'ils suivent, se déroulent finalement bien.

« Moi j'estime, (finalement), que ces enfants ont de la chance, d'avoir auprès d'eux ces familles d'accueil. »

La question du professionnalisme des familles d'accueil semble ne pas poser problème, ni le fait d'être payé pour assurer ce travail.

« Cette famille d'accueil, c'est le cas idéal ; c'était pour aider à construire la maison, ça s'est passé avec une harmonie fantastique. »

Plus le praticien est proche de la famille d'accueil (médecin de famille par exemple), plus il lui sera facile de définir sa technicité en termes de parentalité.

« C'est avec l'affectivité qu'elle travaille - le fait qu'elle soit mère. »

« Ils ont un gros cœur - c'est une bonne famille. »

« Est-ce qu'ils sont assez structurés pour structurer quelqu'un, je ne sais pas ; peut-être faudrait-il plus de structuration du côté du papa ? »

Pour d'autres, « l'amour ne suffit pas » ; s'il est nécessaire, il faut aussi des capacités pour éduquer : capacités personnelles mais aussi de couple.

Commentaires

La relation des praticiens libéraux aux familles d'accueil nous est apparue beaucoup plus simple et immédiate que celle repérée dans les institutions.

La singularité de l'accueil est repérée, prise en compte, les risques de surhandicap psychoaffectif pour l'enfant également. Cependant la place de l'assistante maternelle, garante de l'enfant, n'est en aucun cas contestée. La fonction de substitut parental est acceptée, voire valorisée, du fait même des difficultés ou du handicap de l'enfant.

Plusieurs fois les praticiens ont été choisis par les familles d'accueil, à partir de soins apportés aux enfants de l'assistante maternelle. Les ayant côtoyés dans leur rôle de parents, il n'est pas difficile pour ces praticiens de le valoriser et le transposer aux enfants accueillis.

Les témoignages de praticiens libéraux viennent confirmer le rôle de soutien et de repère nécessaires aux familles d'accueil, que nous avons retrouvés dans le discours des assistantes maternelles. Ce soutien efficace, passe fondamentalement, nous semble-t-il, par une reconnaissance, pleine et entière, sans a priori, de leur outil de travail : la parentalité et son corollaire, l'affectivité au service de l'enfant.

4. Synthèse des besoins des professionnels

Au terme de l'analyse des discours propres à chacun des champs d'intervention, il transparaît pour chacun d'eux une logique spécifique.

Le croisement de ces logiques, autour d'un même enfant, amène chaque fois à un fonctionnement singulier, dès lors qu'interviennent d'une part les troubles de l'enfant, d'autre part l'individualité de chaque intervenant.

Nous avons tenté de croiser les différentes logiques, afin d'en comprendre les articulations possibles et les points d'achoppements.

Cette synthèse est organisée en quatre chapitres :

- A. Un malaise
- B. Les besoins de l'enfant
- C. Des nécessaires adaptations
- D. La question de l'attachement

A. Un malaise

A l'écoute de l'ensemble des professionnels en charge des vingt-deux enfants accueillis chez des assistantes maternelles, nous avons ressenti globalement au minimum un **malaise**, souvent de l'**insatisfaction**, vis-à-vis du fonctionnement des projets en cours. L'impression de montages complexes, en perpétuel risque de déséquilibre transparait le plus souvent.

Chacun dans son champ d'action développe des stratégies pour s'y stabiliser et attend des autres champs des solutions qu'il n'arrive pas lui-même à élaborer.

Famille d'accueil, éducateur référent, institution comptent idéalement les uns sur les autres dans le fantasme d'un « autre professionnel » capable de résoudre ou tout au moins de répondre à ces problèmes.

- Pour les familles d'accueil, ces situations sont toutes vécues comme singulières, **radicalement différentes d'un accueil social classique**. Elles se sentent le plus souvent **non reconnues** dans cette différence par les autres partenaires (ASE/soins) et **trop souvent seules** à gérer les difficultés.
- Pour les éducateurs référents, ces accueils sont beaucoup plus compliqués à gérer que les accueils sociaux habituels. Ils en deviennent « **précieux** », « **fragiles** » et doivent être préservés afin de fonctionner dans la durée. Ces travailleurs sociaux **se sentent particulièrement mal préparés** pour les assumer.
- Les services de soins enfin par l'intermédiaire des libéraux proches des familles d'accueil, peuvent sans trop de difficultés assumer des tâches bien ciblées. Les institutions de l'éducation spéciale, qui accompagnent 60 % de ces accueils, par contre sont le plus souvent mal à l'aise. Les en-

fants et leurs nombreux accompagnants (famille d'accueil/éducateur référent/famille naturelle en difficulté) **bousculent l'agencement classique des « projets individualisés » standards.**

L'association d'un handicap somatique et/ou relationnel à un désavantage social modifie pour ces trois types de partenaires leurs repères classiques de fonctionnement.

B. Les besoins de l'enfant

Tout au long des entretiens, quelle que soit la catégorie de professionnels et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer, la préoccupation première et permanente **est restée le bien-être de l'enfant.** Si chacun a pu exprimer, voire revendiquer **des besoins propres**, chaque fois il l'a fait en référence aux **besoins des enfants.**

Pour les professionnels, ces enfants, particulièrement meurtris dans leur système relationnel et blessés parfois dans leur corps, ont besoin, comme tout enfant, d'un **support éducatif et affectif de qualité.** L'existence d'un handicap nécessite de plus, **souvent des supports éducatifs spécialisés, toujours des soins spécifiques et appropriés.**

La rupture avec la famille naturelle doit être prise en compte chaque fois et tous s'accordent enfin pour **revendiquer une coordination de toutes les actions** afin de ne pas provoquer ou accentuer le morcellement de l'enfant.

Si ce credo fait l'unanimité, ses modalités de mise en place sont particulièrement diversifiées et chacun dans son champ d'action et de réflexion

est souvent **à la recherche d'une définition de ses missions**, qui puissent être reconnues et soutenues par les autres.

C. Des nécessaires adaptations

Afin que chacun des enfants accueillis puisse bénéficier de l'ensemble de ces actions, il a été nécessaire pour chaque champ d'intervention **d'adapter son fonctionnement habituel**.

Le handicap (somatique ou relationnel) oblige assistante maternelle et ASE à modifier leurs repères classiques utilisés dans l'accueil social. La composante sociale des difficultés de l'enfant oblige les institutions à en tenir compte dans leur proposition de projet individualisé.

Chacun dans son domaine est amené à innover et inventer de nouvelles stratégies.

• **Pour les familles d'accueil**, les troubles de l'enfant remettent en cause le fondement de leur profession : **le savoir être parents**. De la même façon que les familles d'enfant handicapé, dans un premier temps elles sont amenées pour comprendre le fonctionnement de l'enfant, à **beaucoup l'observer et l'investir plus qu'un autre**. Ce **surinvestissement obligatoire**, pour nouer des liens d'attachement si nécessaires à l'enfant, s'accompagne peu ou prou d'un **mouvement d'enfermement familial**, ou tout au moins d'une attention accrue portée à l'enfant.

Parfois désemparées, toujours questionnées par les comportements inhabituels de ces enfants, les familles d'accueil, ne pouvant plus s'appuyer sur leurs repères habituels, sont amenées à faire appel aux éducateurs référents et aux services de soins censés les accompagner. Ces familles

sont alors **plus demandeuses d'informations et de conseils, plus exigeantes aussi dans la rapidité des réponses.**

De la qualité et de la rapidité des soutiens reçus dépendra le type de fonctionnement des familles d'accueil : **accueil familial strict/accueil solitaire/accueil partenariat.**

Certaines pourront assumer ou tenir compte de la complexité de ces situations :

- si elles se sentent d'emblée reconnues par les éducateurs dans leurs difficultés et soutenues dans le nécessaire surinvestissement de l'enfant ;
- si elles se sentent véritablement accompagnées par les services de soins capables de leur apporter les informations adéquates et adaptées aux difficultés de l'enfant.

Les autres seront tentées de simplifier les données du problème, particulièrement :

- si elles sentent que l'éducateur référent les « soupçonne » de trop d'investissement : elles sont alors dans l'incapacité d'étayer l'enfant et de lui permettre de nouer des liens d'attachement ;
- si les équipes de soins ne les considèrent pas comme partenaire à part entière du projet thérapeutique de l'enfant.

Les risques sont alors nombreux : arrêt de placement, fonctionnement solitaire, clivage entre temps familiaux/temps institutionnels, conflit ouvert avec l'ASE et/ou l'institution...

• Pour l'éducateur référent, l'existence d'un handicap remet en cause le dogme de la déficience parentale à l'origine des troubles de l'enfant.

Sa réparation par un bon environnement éducatif et affectif (famille d'accueil ou lieu d'accueil social) en est le corollaire habituel, même si elle

reste souvent inopérante du fait des séquelles relationnelles persistantes.

L'existence d'un handicap, surtout s'il est somatique, contrarie l'efficacité du « placement-réparateur » des carences socio-éducatives.

Ici, le placement chez une assistante maternelle, s'il est nécessaire, ne sera jamais suffisant à réparer l'ensemble des troubles de l'enfant. Il est alors bien difficile pour l'éducateur d'évaluer l'efficacité de ces placements : cette efficacité, rappelons-le, constitue pour eux le fondement de leur pérennité.

De ce fait, l'éducateur va devoir s'appuyer et trouver des sécurités auprès des familles d'accueil et des spécialistes du handicap.

- Pour les familles d'accueil, ses exigences portent **sur le savoir-faire et l'expérience du handicap**. Un petit nombre de familles d'accueil répond à ces critères et elles sont prises d'assaut.

La hantise d'un essoufflement amène les éducateurs référents à **protéger, à surprotéger** les familles d'accueil d'enfant handicapé et à **élaborer des stratégies anticipatrices pour éviter les ruptures d'accueil** (soutien accru, partition de l'attachement).

- Vis-à-vis des spécialistes des handicaps, il s'agit pour l'éducateur de combler son ignorance face à l'évolution des enfants handicapés. Très naturellement, **il déléguera tout ce domaine aux spécialistes.**

Certains éducateurs vont tenter d'embrasser l'ensemble des problèmes de l'enfant, d'autant plus facilement :

- qu'ils seront en sécurité par rapport à l'assistante maternelle, jugée compétente, fiable, capable de recul face à la diversité des problèmes ;
- qu'ils pourront mettre en place un réseau de soins garant de la sécurité médicale de l'enfant.

D'autres seront tentés de simplifier les données du problème, particulièrement :

- si la famille d'accueil semble trop s'attacher à l'enfant ;
- si l'évolution des troubles de l'enfant est mal maîtrisable par les équipes spécialisées.

Les simplifications consistent en général à la mise en place du clivage de l'attachement afin d'éviter le surinvestissement et/ou une orientation en établissement non concertée avec les familles d'accueil.

• Pour les institutions de l'éducation spéciale, les carences sociales et éducatives majeures de l'enfant sont l'élément nouveau de leur prise en charge. Il s'agit alors de travailler avec de nouveaux paramètres et leurs corollaires : **les nombreux intervenants** (famille d'accueil, éducateur référent, famille naturelle en difficulté).

Les repères classiques, concernant le handicap, et son évolution, son impact sur les représentations parentales sont modifiés. Comment se repérer lors d'une régression ou d'une amélioration entre les effets des soins, de l'éducatif apportés par l'institution et/ou des modifications dans les rapports de l'enfant avec sa famille d'accueil ou sa famille naturelle ?

Comment travailler avec les familles d'accueil alors qu'elles ne sont ni **les parents, ni des professionnels** à part entière ? **Quelle place accorder à l'éducateur référent**, partenaire nécessaire, mais parfois trop souvent changeant ? Enfin, **comment gérer le lien de l'enfant avec sa famille naturelle ?**

Certaines institutions vont tenter d'embrasser l'ensemble des problèmes. Elles le feront d'autant mieux :

- qu'il existe déjà une habitude de travail avec les familles. Que la place des parents est considérée comme essentielle au bon développement de l'enfant et maintenue coûte que coûte malgré l'institutionnalisation de l'enfant ;
- que l'institution est ouverte sur l'extérieur ; ayant déjà développé pour tous les enfants des partenariats avec les équipes de soins en amont des institutions, ainsi qu'avec les autres praticiens en charge de l'enfant (ré-éducateurs, médecins généralistes ou spécialistes).

D'autres seront tentés de simplifier les données du problème, particulièrement :

- si elles sentent que l'admission a pour objectif de « séparer » l'enfant de sa famille d'accueil trop « surinvestissante » ;
- si la famille d'accueil est en opposition avec l'éducateur référent.

Les simplifications consisteront à déconsidérer certains partenaires : ne pas tenir compte de la vie intrafamiliale de l'enfant, ne fonctionner qu'avec l'éducateur référent, faire alliance uniquement avec l'assistante maternelle ou la famille naturelle, voire à fonctionner en autarcie pendant tout le séjour de l'enfant.

Afin que l'accueil de l'enfant soit le plus efficace possible, dans sa dimension éducative et affective, dans le registre de l'éducation spécialisée et des soins, dans le maintien des liens avec la famille naturelle, il est nécessaire que les trois instances gravitant autour de l'enfant soient chacune **dans l'intention de considérer l'ensemble des problèmes à traiter**. Nous venons de voir les conditions que cela requiert pour chacune d'elle :

- **reconnaissance des assistantes maternelles par les éducateurs référents et soutien réel par les équipes de soins ;**
- **mise en sécurité de l'éducateur grâce à la compétence de l'assistante maternelle et à un réseau de soins spécialisés ;**

- une habitude de travail avec les familles pour les institutions et une expérience de partenariat extérieur.

Si l'une ou plusieurs de ces conditions sont absentes, l'accueil de l'enfant comporte un risque de simplification par l'un ou l'autre des partenaires, au détriment d'une ou plusieurs actions nécessaires au développement de l'enfant.

- La non-reconnaissance des assistantes maternelles par les éducateurs référents pourra avoir comme conséquences un repli de la famille sur l'enfant ; une délégation totale sur une institution, une rupture de l'accueil.

- L'absence de soutien réel des familles d'accueil par les équipes de soins pourra avoir comme conséquences :

- . la mise en place d'un circuit de soins parallèles,
- . un enfermement familial accru avec pour réponse une institutionnalisation forcée...

- L'absence de sécurité de l'éducateur référent face à la famille d'accueil pourra avoir comme conséquences :

- . la mise en place d'un clivage de l'attachement (famille relais ou institution) ;
- . un arrêt de l'accueil...

- L'absence d'habitude pour les institutions de travailler avec les familles aura pour conséquence :

- . une non-reconnaissance du travail des familles d'accueil ;
- . un travail uniquement centré avec l'ASE...

L'absence d'existence de partenariat extériorisé pourrait provoquer :

- . un manque de coordination des actions ;
- . une non-reconnaissance des assistantes maternelles...

Tous ces cas de figure, nous les avons rencontrés au cours de cette recherche et il n'existe pas, à l'évidence, une bonne façon de fonctionner, tant les paramètres en jeu sont nombreux.

Afin de réintroduire l'harmonie dans les projets, la coordination des actions semble primordiale. Il s'agit d'une coordination synchronique, par l'intermédiaire de liaisons directes entre des intervenants, qui collaborent tous, à leur place, au bien-être de l'enfant.

Il s'agit aussi d'une coordination diachronique, garante de l'histoire de l'enfant, malgré les différentes ruptures institutionnelles qu'il aura à vivre. Cette prise en compte d'une continuité de l'histoire de l'enfant nous est apparue assez morcelée, chacun en détenant une parcelle, sans qu'il n'y ait véritablement d'instance capable d'une synthèse, si nécessaire à chaque enfant pour qu'il se développe le mieux possible.

D. La question de l'attachement n'est pas résolue

La question de l'attachement à l'enfant handicapé nous est apparue tout au long de cette étude comme essentielle. Elle se pose d'une façon singulière pour chaque situation et nous semble-t-il n'a pas trouvé de réponse peut-être parce qu'elle est, dans ce contexte, double :

- Comment une famille d'accueil noue-t-elle un attachement à l'enfant accueilli ?
- De quel type d'attachement s'agit-il lorsque l'enfant est handicapé ou présente des difficultés ?

Les familles d'accueil, les éducateurs référents, les équipes de soins naviguent sans cesse entre ces deux questions, les confondant souvent l'une à l'autre.

Famille d'accueil et attachement

« La famille d'accueil a pour rôle d'abriter un enfant, de lui prodiguer les soins et l'éducation dont il a besoin ⁷. La mise en place de liens affectifs avec l'enfant est leur principal outil de travail. C'est à partir de ces liens d'attachement qu'elles pourront assurer leur mission éducative et de protection de la santé. »

Le modèle sur lequel les familles d'accueil vont s'étayer fait appel au plus profond de leur intimité : **le savoir être parents**. Cette expérience de parentalité, ils la puisent dans la parentalité de leurs propres parents envers eux, et leur parentalité vis-à-vis de leurs enfants, l'une et l'autre étant toujours reliée d'une façon singulière et en partie inconsciente.

Les processus d'attachement de la famille d'accueil à l'enfant et de l'enfant à la famille d'accueil ne sont pas un épiphénomène, mais au centre du travail de ces professionnels.

Les parents d'accueil savent bien qu'il s'agit là de leur principale technicité, d'autant plus que l'enfant est jeune et l'accueil de longue durée.

Tout se passe comme si, investir l'enfant, se faire investir par lui était central tout en sachant qu'ils ne doivent pas être la seule figure d'attachement. Aussi fort qu'il puisse être, cet attachement est néanmoins constamment dépendant du maintien administratif de l'accueil. Tout au long de cette recherche nous allons assister pour chaque famille d'accueil à sa tentative de résoudre cette véritable quadrature du cercle.

S'imposer plusieurs accueils d'enfants pour diluer les attachements, en définir a priori sa durée, connaître et reconnaître la famille naturelle, faire

⁷. Myriam David, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.

intervenir l'ASE directement auprès de l'enfant... sont chaque fois des moyens pour baliser cet attachement.

Cette maîtrise est nécessaire à la fois à la lutte contre leur propre fantasme de famille idéale réparatrice, mais aussi et surtout nous est-il apparu, pour préserver l'enfant d'un attachement-leurre vis-à-vis d'eux. Ce qui pourrait apparaître comme du rejet, de la mise à distance de l'enfant, ou de l'appropriation dans les premiers temps, des exigences disproportionnées vis-à-vis des autres intervenants ne sont en fait que des tentatives, plus ou moins adroites, pour gérer cette question de la juste distance-proximité de la famille à l'enfant accueilli.

Témoins de ce travail délicat, les professionnels engagés auprès des familles d'accueil se doivent d'analyser ces mouvements, d'en être respectueux et de les accompagner. Ils sont dynamiques dans le temps et le témoin de processus d'adaptation réciproque. Trop anticiper sur leur déroulement risque d'empêcher les familles d'accueil d'accomplir leur mission.

Attachement et handicap

Pour les institutions de l'éducation spéciale et la majorité des éducateurs référents, l'existence d'un handicap s'accompagne d'un risque de dysfonctionnement des liens d'attachement. Certains n'hésitent pas à lui attribuer, a priori, un aspect pathologique, élaborant alors des stratégies de soins d'une parentalité, elle-même handicapée par les troubles de l'enfant.

D'autres moins radicaux connaissent les impasses relationnelles de certaines dyades parents/enfant handicapé et inscrivent dans leur projet de soins de l'enfant une guidance parentale préventive des dysfonctionnements potentiels.

Selon le corpus théorique utilisé, la blessure narcissique parentale est le moteur de ces dysfonctionnements pour certains, pour d'autres il s'agit du développement de dysfonctionnement interactif dont l'origine sont les troubles relationnels de l'enfant.

Les familles d'accueil ne sont pas indemnes de ces impasses comme l'ensemble des parents d'enfant handicapé. Le handicap, dans sa dimension d'exigence matérielle, de perte de repères éducatifs et affectifs, de chronicité frappe de plein fouet les familles d'accueil peu préparées. Elles vont y réagir en développant des processus adaptatifs très proches de ceux utilisés habituellement ; ces adaptations nécessaires, inévitables ne sont pas à combattre, puisque conséquence du handicap, mais à soutenir et à accompagner dans leur matérialité. Au moins dans un premier temps est-il difficile d'attribuer les comportements d'adaptation des familles d'accueil à une perte narcissique, alors que le handicap, le plus souvent choisi par ces familles est source de renarcissisation professionnelle, voire individuelle. Son corollaire est une grande exigence vis-à-vis des autres intervenants, une demande de reconnaissance de ce choix, et parfois une certaine intolérance vis-à-vis des multiples embûches, lenteurs administratives et sociales envers le monde des handicapés.

Les familles d'accueil, ayant décidé d'accompagner un enfant en difficulté se trouvent donc confrontées à la mise en place d'une juste distance par rapport à un enfant qui nécessite de par l'existence d'une difficulté, d'un handicap, qu'elles soient plus proches pour être efficaces.

Les professionnels accompagnant ces enfants sont les témoins des processus d'adaptation de chacune des familles. Selon leur représentation du rôle des parents d'accueil, leur corpus théorique par rapport à l'impact du handicap sur les adultes, l'accompagnement se déroulera de façon différente : certains professionnels tenteront de prévenir trop d'attachement,

voire le casseront, dans l'idée qu'il est nuisible à l'enfant, toujours relié à sa famille naturelle, et à risque d'essoufflement à terme pour la famille d'accueil ; d'autres, au contraire, respecteront ce surinvestissement si nécessaire, conscients qu'il est induit par le handicap et momentané.

Conclusion générale : quelques propositions

Cette étude n'a jamais eu la prétention d'être exhaustive de la problématique des accueils d'enfant handicapé chez des assistantes maternelles. Pour ce faire, il aurait fallu rencontrer les familles naturelles, pour recueillir leur avis et surtout rencontrer les enfants premiers intéressés. Le choix méthodologique n'en a pas été ainsi, mais, toutefois, les rencontres avec les familles d'accueil, les éducateurs référents et les équipes de soins de chaque enfant, nous ont apporté une moisson d'informations concernant leurs fonctionnements réciproques et leurs besoins.

Afin d'améliorer ces accueils et à partir des conclusions émises, il nous semble possible de faire quelques propositions :

Pour les assistantes maternelles

◦ Une information-formation concernant les processus adaptatifs des familles face à un handicap devrait leur permettre de mieux comprendre leurs propres réactions face à ces enfants et ainsi de faire la distinction entre les effets du placement et les effets du handicap.

◦ Une attention plus importante devrait être portée à leur demande de prise en charge psychologique des enfants et de guidance parentale, particulièrement lorsqu'il existe un trouble grave de la relation ou des troubles du caractère et du comportement.

Pour les éducateurs de l'ASE

- Une information-formation concernant les processus adaptatifs des familles face à un handicap paraît là aussi nécessaire, afin qu'ils se repèrent mieux dans la question du surinvestissement.

- Une cellule d'aide et de réflexion, spécialisée dans les placements d'enfants handicapés pourrait être mise à leur disposition afin de permettre de mieux se repérer dans les mouvements adaptatifs des familles d'accueil. Elle pourrait réunir des éducateurs chevronnés, des familles d'accueil expertes, des médecins de PMI ainsi que des professionnels de l'éducation spéciale.

Pour les équipes de soins

- En direction des praticiens libéraux ou des spécialistes publics leur fonctionnement en secteur ciblé nous est apparu satisfaisant.

- Pour les institutions de l'éducation spéciale, une réflexion-information-formation sur ces accueils spéciaux et précieux nous paraît nécessaire : cette étude pourrait en être le support par l'intermédiaire de son rapport et de vidéos de formation.

ANNEXES

ANNEXE I

RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE

A propos de 68 accueils

Un questionnaire a été adressé pour chacune des soixante-huit situations. Nous en avons récupéré soixante (88 %), deux ont été renvoyés vierges, les familles d'accueil ne considérant pas l'enfant comme handicapé ou en difficulté (ce qui était justifié après vérification). Pour les huit non-réponses, nous avons obtenu deux vrais refus de participer à cette enquête (concernant six enfants). Pour les deux autres, elles restent inexplicables.

L'ensemble des données de l'analyse concerne cinquante-huit enfants et quarante-huit familles d'accueil.

A. Constitution des familles d'accueil

1. Assistantes maternelles ou couples d'accueil

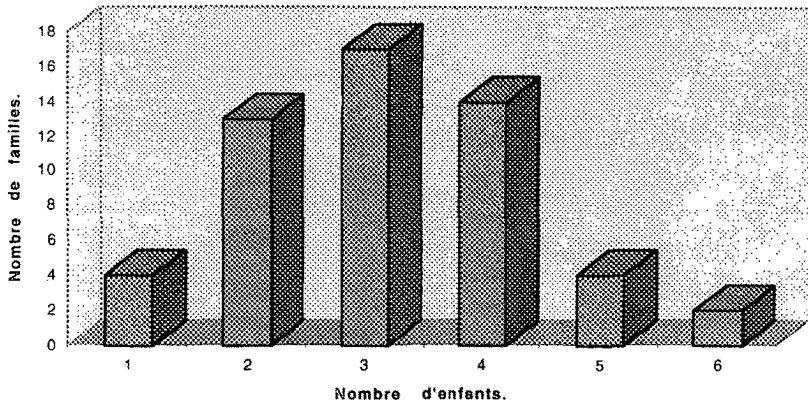
100 % des assistants(es) maternelles vivent en couple. Trois hommes sont agréés, pour les autres accueils il s'agit d'assistantes maternelles.

2. Taille des fratries biologiques (schéma 1)

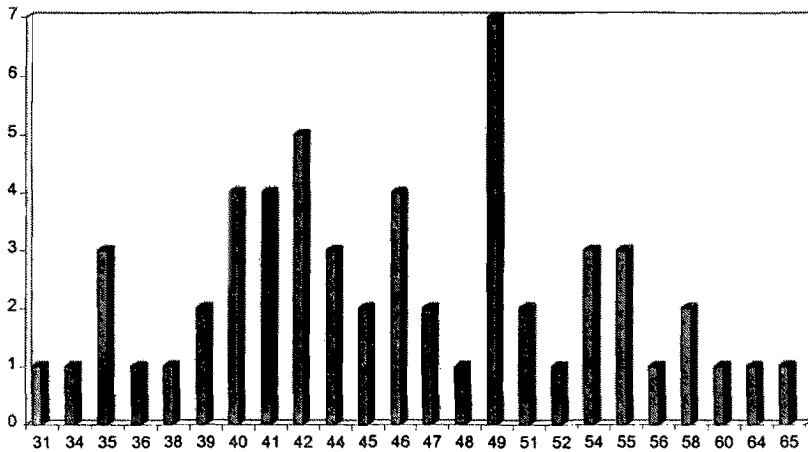
Tous les couples d'accueil sont déjà parents. Ils élèvent ou ont déjà élevé deux enfants (25 %), trois enfants (29 %) ou quatre enfants (27 %) ; rarement les fratries sont plus nombreuses (10 %), ou il n'existe qu'un enfant unique (8 %).

3. Âge des assistantes maternelles (janvier 1994) (schéma 2)

Aux extrêmes les âges se situent entre 29 et 63 ans. L'âge moyen est reparable dans une fourchette entre 35 et 45 ans pour les assistantes maternelles, 37 à 48 ans pour leur époux.



**Schéma 1 : Taille des fratries biologiques
(4 non-réponses)**



**Schéma 2 : Année de naissance des assistantes maternelles
(2 non-réponses)**

4. Nombre d'enfants accueillis (schémas 3, 4, 5)

Un tiers des familles n'accueille qu'un seul enfant, les deux autres tiers accueillent deux ou trois enfants.

Vingt-cinq familles accueillent un seul enfant handicapé et une fois sur trois il est élevé avec au moins un autre enfant accueilli non handicapé.

Vingt familles d'accueil reçoivent deux enfants handicapés et exceptionnellement trois familles en accueillent chacune trois : il s'agit là de familles spécialisées dans ce genre d'accueil (adolescent en rupture).

En général (80 %) les familles élèvent encore un ou plusieurs de leurs enfants en même temps que les enfants accueillis. Leur nombre est variable : dans 27 % des cas il n'en reste qu'un, dans 29 % des cas deux enfants sont encore présents et dans un quart des cas trois enfants ou plus logent encore à la maison.

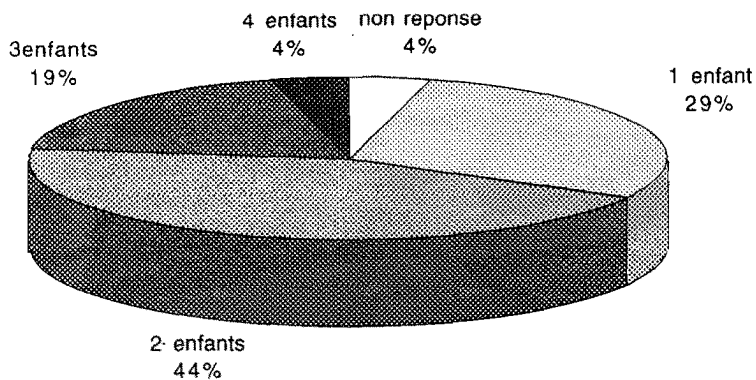


Schéma 3 : Nombre d'enfants accueillis

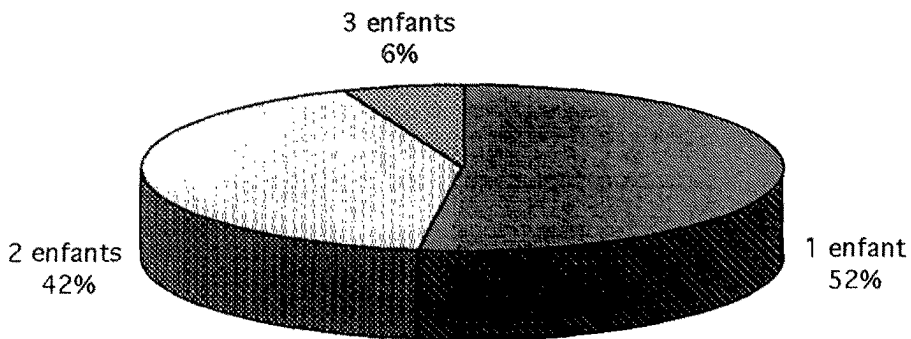


Schéma 4 : Nombre d'enfants handicapés accueillis

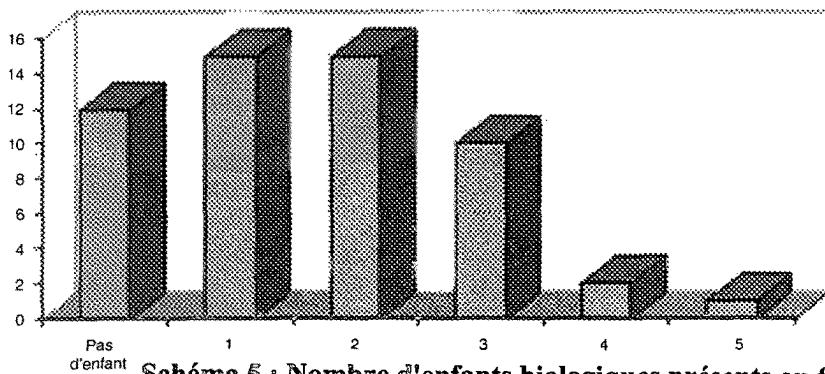


Schéma 5 : Nombre d'enfants biologiques présents au foyer

B. Qualification des enfants accueillis

1. Sexe et âge des enfants

La moyenne d'âge des enfants se situe à dix ans, la médiane à neuf ans. Un quart des enfants a moins de six ans, un autre quart est adolescent ou jeune adulte (supérieur à quinze ans), la moitié se situe entre six et quinze ans. Le sexe ratio est d'une fille pour deux garçons, ceux que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes épidémiologiques sur le handicap.

2. Le type de handicap (schéma 6 et 7)

L'utilisation de la classification internationale des handicaps, dans sa dimension déficience, pose problème à 25 % des assistantes maternelles, qui ne peuvent y répondre. Pour les autres, on observe une difficulté à différencier les déficiences des incapacités. Le score des troubles du langage et de la parole (comme déficience principale) est sûrement surévalué par rapport aux déficiences intellectuelles retrouvées dans l'enquête DRASS 1991 à 75 %. Il s'agit ici plus d'évaluation par les assistantes maternelles de désavantages que de déficiences.

3. L'origine des handicaps (schéma 8)

Elle est inconnue pour près d'un tiers des cas sans que l'on sache s'il s'agit d'une méconnaissance des assistantes maternelles ou bien plutôt une absence réelle d'étiologie.

Pour les autres la répartition est dominée par la trisomie 21 qui représente un peu plus d'un quart des pathologies.

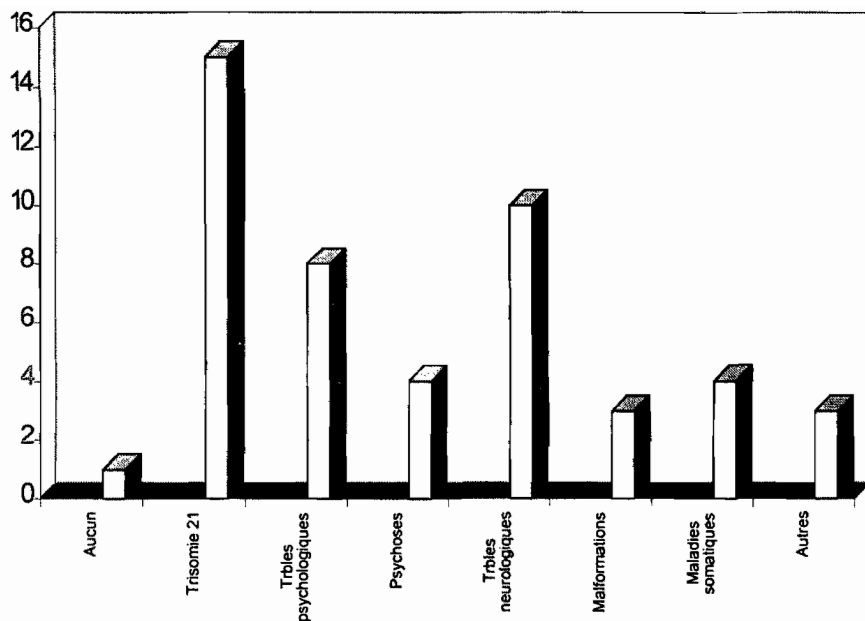


Schéma 6 : Classification des handicaps

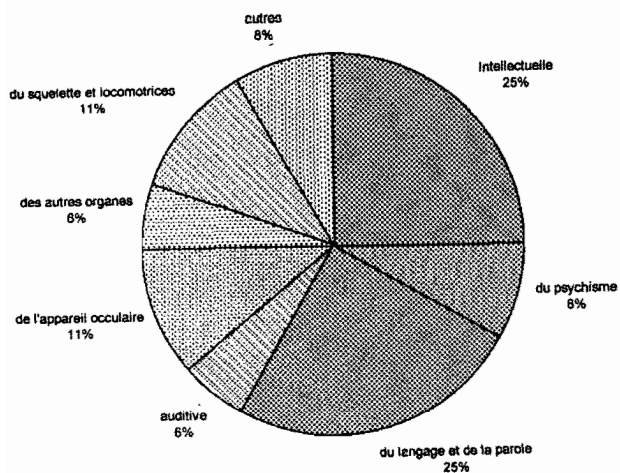


Schéma 7 : Classification des déficiences (14 non-réponses)

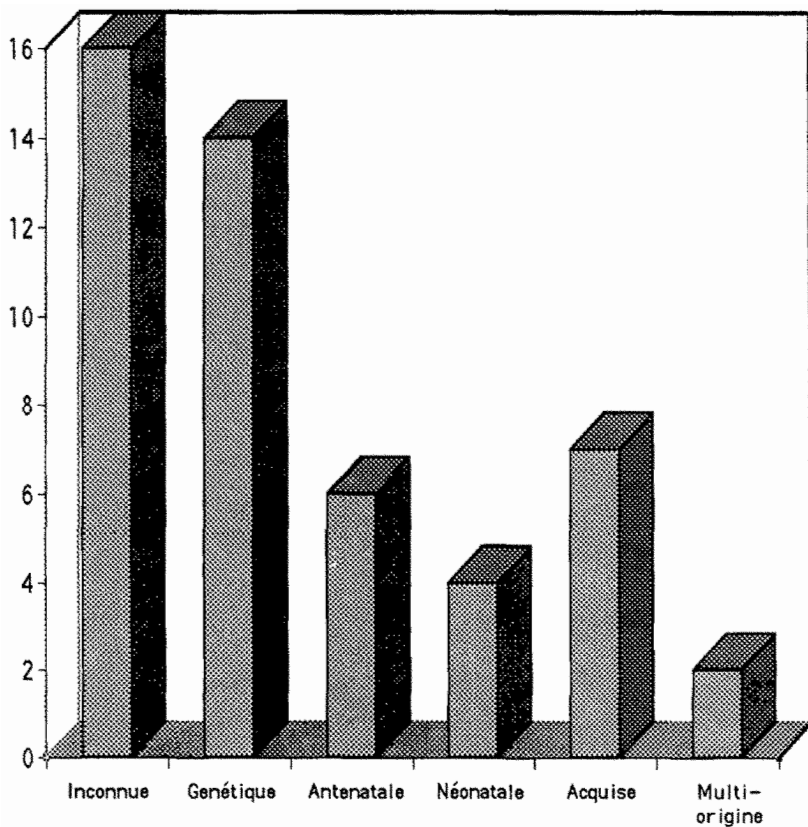


Schéma 8 : Origine du handicap (9 non-réponses)

C. L'accueil de l'enfant handicapé

1. Souhait d'accueillir un enfant handicapé : des familles volontaires (schéma 9)

Les deux tiers des familles ont souhaité accueillir un enfant handicapé. Cette éventualité a été explorée soit au moment de l'agrément, soit à l'occasion d'une opportunité. Les travailleurs sociaux sollicitent alors une famille pour un tel type d'accueil. Dans cette population, 30 % des familles n'avaient pas émis ce souhait.

2. Formations particulières : des familles non formées (schéma 10)

Seulement dix familles sur quarante-huit ont reçu une formation spécifique en rapport avec le handicap. Les trente-huit autres réalisent cet accueil sans autre formation que leur savoir-faire.

3. Préparation de l'accueil : des familles préparées (schéma 11)

Une information relative au handicap de l'enfant accueilli a été apportée dans la majorité des cas. Nous verrons dans les interviews que cette question de l'information et de la préparation de l'accueil est particulièrement importante et jugée insuffisante.

4. Attente vis-à-vis de ces accueils : des familles sereines

Trois quarts des familles ne se disent pas surprises par rapport à l'accueil en cours. Elles s'attendaient en général à des difficultés surajoutées qui sont bien réelles, mais prévisibles au moins dans leur existence sinon dans leur particularité.

5. Détermination de la durée : des accueils indéterminés (schéma 12)

Comme pour la plupart des accueils, la durée est mal ou peu déterminée dans 80 % des cas. Pour onze de ces accueils la durée est plus précise.

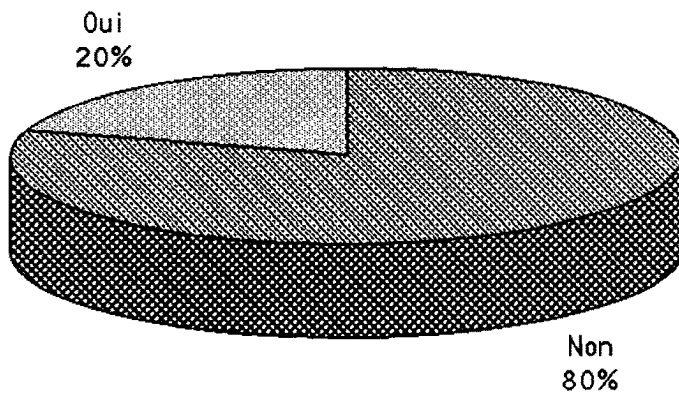


Schéma 9 : Souhait d'accueil d'un enfant handicapé

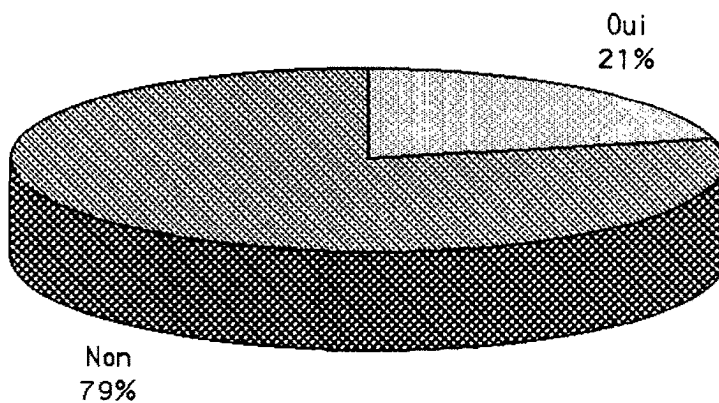


Schéma 10 : Formation particulière à ses accueils

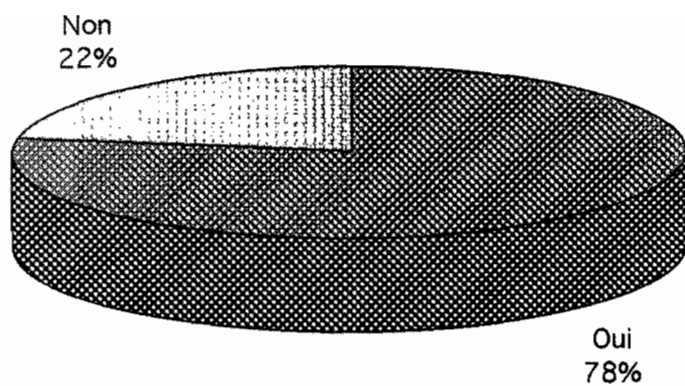


Schéma 11 : Préparation de l'accueil

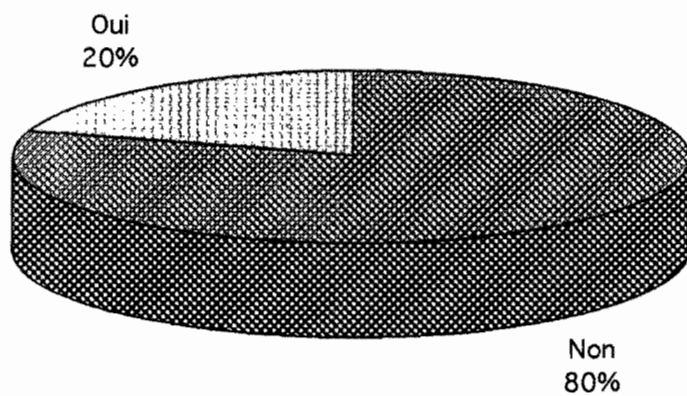


Schéma 12 : Détermination de la durée

6. Le questionnaire de Barrera : indice des besoins, indice de satisfaction

Le questionnaire de Barrera a pour spécificité d'explorer séparément les besoins et les aides réellement reçues au cours de l'année écoulée.

Ces besoins sont classés en plusieurs catégories : besoins matériels, d'assistance et de loisirs d'une part, besoin d'écoute, de conseils et d'information d'autre part. Quarante-neuf questionnaires ont été exploitables.

a) Les besoins globaux et les aides reçues (tableau 1)

Aux deux extrêmes, 14 % des familles n'éprouvent aucun besoin, 6 % en éprouvent de nombreux dans quatre ou cinq des catégories.

De façon plus générale, un quart des familles exprime de forts besoins dans une des catégories, un tiers dans deux catégories et un quart dans trois catégories sur cinq.

Pour les aides effectivement reçues, les réponses sont plus difficiles à analyser, puisqu'elles dépendent des besoins exprimés.

La moitié des familles n'exprime un ressentiment que pour une ou deux catégories seulement. Le taux de satisfaction est plus élevé que l'insatisfaction exprimée qui n'atteint jamais quatre, voire cinq catégories.

b) les différents types de besoins et les aides reçues (tableau 2)

1) Les aides matérielles

Huit familles ont vraiment beaucoup de besoins dans ce domaine. Vingt-six autres disent n'en avoir éprouvé aucun durant cette dernière année.

Pour les aides reçues durant l'année on retrouve un taux d'insatisfaction élevé (53 %) pour un taux de satisfaction faible (10 %).

Ce paradoxe entre besoins faibles et aides importantes signe peut-être le

	Besoins Insatisfaits	Aides Insuffisantes	Aides Suffisantes
0 catégorie	7	15	8
1 catégorie	12	14	14
2 catégorie	16	14	10
3 catégorie	11	6	13
4 catégorie	2	0	4
5 catégorie	1	0	0
Non réponse	9	9	9
	58	58	58

Tableau 1 : Questionnaire de Barrera : réponses globales

	Besoins		Aides reçues	
	Insatisfaits	Satisfaits	Insatisfaits	satisfaits
Matériels	8 16 %	26 53 %	26 53 %	5 10 %
Assistance	17 34 %	14 28 %	10 20 %	18 36 %
Loisirs	27 55 %	9 18 %	11 22 %	20 40 %
Écoute	13 26 %	13 26 %	4 8 %	32 65 %
Informations- conseils	30 61 %	4 8 %	11 22 %	20 40 %

Tableau 2 : Questionnaire de Barrera : réponses par catégories

fait que dans la réalité de leur travail les assistantes maternelles n'éprouvent pas de besoin matériel spécifique, mais un besoin plus difficilement exprimable de reconnaissance peut-être de la part des professionnels.

2) Les assistances par des tiers

A part égale les besoins sont inexistantes (n = 14) ou prévalants (n = 17). Les demandes concernent le partage des tâches par des assistantes relais ou des décharges de week-ends par des lieux d'accueil. Seulement dix familles sont revendiquantes vis-à-vis des aides apportées, dix-huit se disent satisfaites.

3) Les besoins en loisirs

La demande est forte : 55 % des familles éprouvent le besoin intense de plus de vie de famille, de possibilité de sorties. L'accueil d'un enfant en difficulté ou handicapé génère un enfermement familial.

Seulement onze familles regrettent de ne pas obtenir de réponse de la part des professionnels. Vingt autres se satisfont des réponses, elles font jouer en fait leur réseau familial.

4) Les besoins d'écoute

La demande est faible : seulement un tiers des familles souhaiterait une écoute par des professionnels, un autre tiers n'éprouve aucunement ce besoin.

Les réponses apportées semblent satisfaisantes pour les deux tiers des familles, une infime minorité juge très insatisfaisante l'écoute proposée.

5) Les besoins en conseils, en informations

La demande est très importante : deux tiers des familles sont très en demande d'informations, de conseils vis-à-vis de ces accueils. Quatre familles seulement n'éprouvent pas ce besoin.

Onze familles sont très insatisfaites de ce qui leur est apporté ; pour vingt autres l'aide est suffisante.

D. Relation avec les professionnels

1. Nombre d'enfants en établissement de l'éducation spéciale (schéma 13)

Trente-quatre enfants (57 %) sont accueillis en établissement de l'éducation spéciale, 27 en IME et le reste en institut de rééducation. Leur statut dans l'établissement est variable (schéma 14). Six ne rentrent que pour les week-ends et les vacances des établissements. Les autres sont en semi-internat ou externes (n = 24) et sont accueillis tous les soirs au domicile des familles d'accueil. Les situations d'internat à la carte (quelques jours par semaine) sont rares (n = 4). Vingt-quatre enfants (43 %) sont soit au domicile en permanence pour les plus handicapés, soit le plus souvent intégrés scolairement pour les plus jeunes en maternelle ou en primaire. **La majorité des enfants (80 %) vivent la plus grande partie de leur vie (16 heures/24 heures) au domicile et sous la responsabilité des familles d'accueil.**

2. les relations avec les professionnels

2.1. Le secteur social

Les assistantes maternelles notent toutes la présence à leur côté de l'Aide sociale à l'enfance, ou d'éducateurs de service d'AEMO. Elles évoquent, pour la majorité des cas, uniquement l'éducateur, plus exceptionnellement l'inspecteur.

2.2. Le secteur soin

Les réponses sont plus complexes à analyser selon que l'enfant est pris ou non en charge par une institution. En effet, dans ce cas-là, les assistantes maternelles ont à traiter avec une équipe pluridisciplinaire, le plus souvent elles évoquent situation le médecin, soit les éducateurs spécialisés de l'enfant. On note un flou dans l'attribution des institutions de rattachement des professionnels. La PMI est confondue avec l'ASE. Dans certains cas, les psychologues ou les pédopsychiatres sont mal repérés, appartenant indifféremment à l'ASE ou au secteur public.

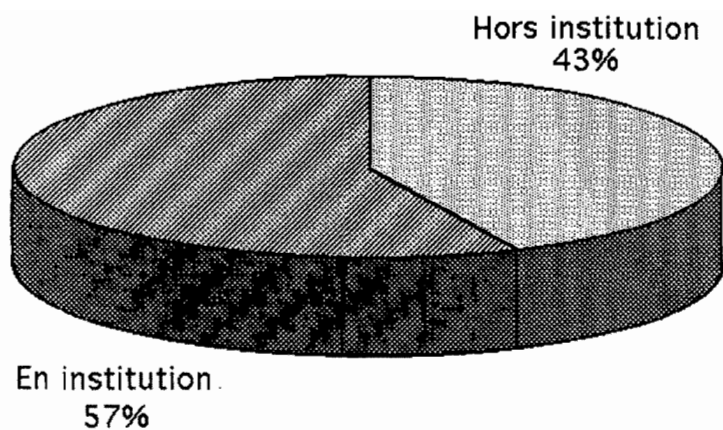


Schéma 13 : Nombre d'enfants en établissement

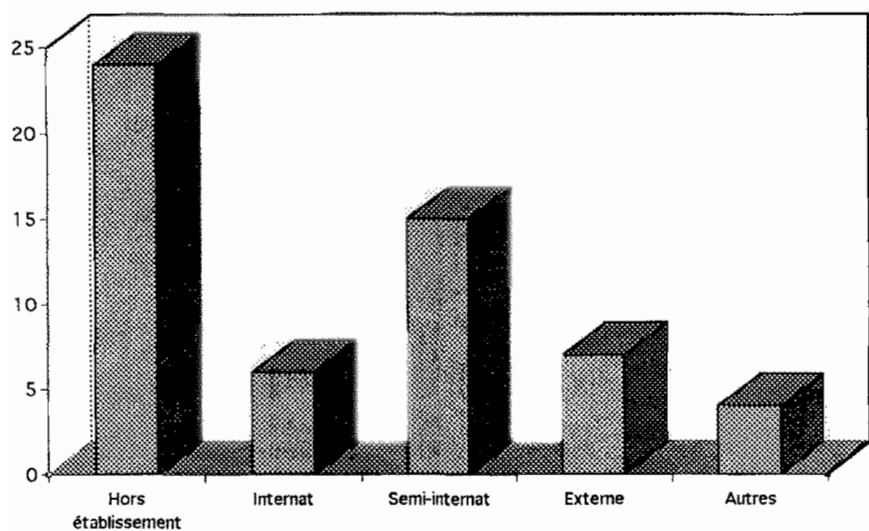


Schéma 14 : Statut de l'enfant

E. Relations avec les familles naturelles

1. Nombre de pupilles (schéma 15)

Dans cet échantillon de cinquante-huit enfants accueillis on retrouve dix-huit enfants pupilles de l'État confiés à des assistantes maternelles. Il s'agit en fait le plus souvent d'enfants trisomiques abandonnés à la naissance. Cette population particulière fera l'objet d'une étude complémentaire.

2. Connaissance de la famille biologique (schéma 16)

Seulement un quart des familles d'accueil ne connaissent pas la famille biologique de l'enfant. Les vingt-cinq autres possèdent des informations la concernant. Dix-sept de ces familles vivent en couple stable, marié (schéma 17), treize mères vivent seules, et huit autres vivent avec un autre homme que le père de l'enfant.

3. Nombre de rencontres par année (schéma 18)

Les informations recueillies montrent une très grande hétérogénéité du rythme de rencontres. Vingt-quatre enfants ne rencontrent jamais leurs parents et à l'inverse six les rencontrent toutes les semaines. Pour les autres la répartition varie de deux fois par mois à deux fois par an.

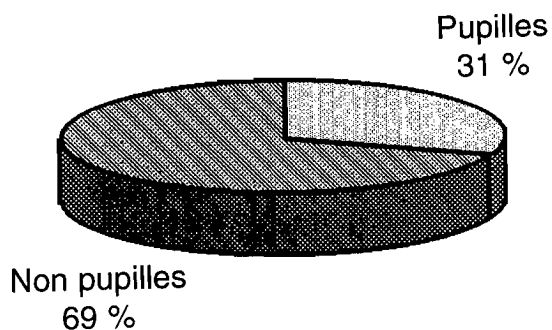


Schéma 15 : Nombre de pupilles

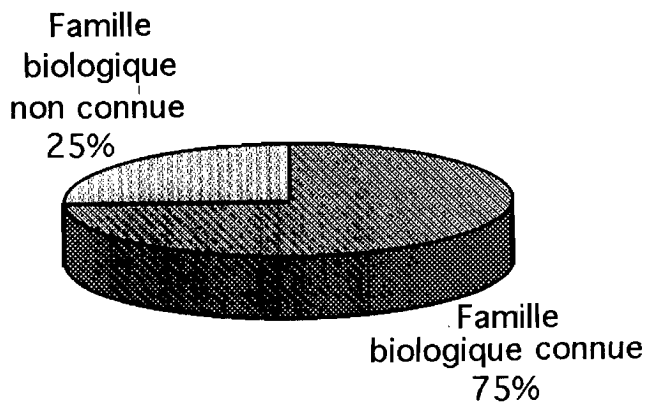


Schéma 16 : Connaissance de la famille biologique

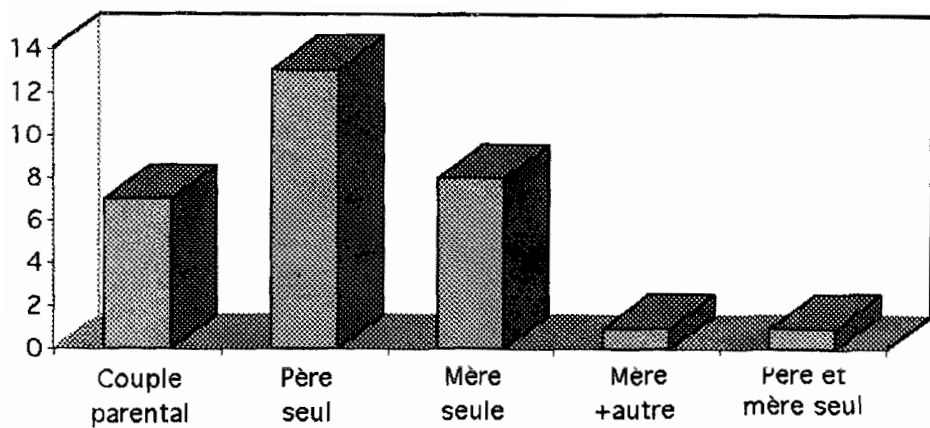


Schéma 17 : Constitution de la famille biologique (10 non-réponses)

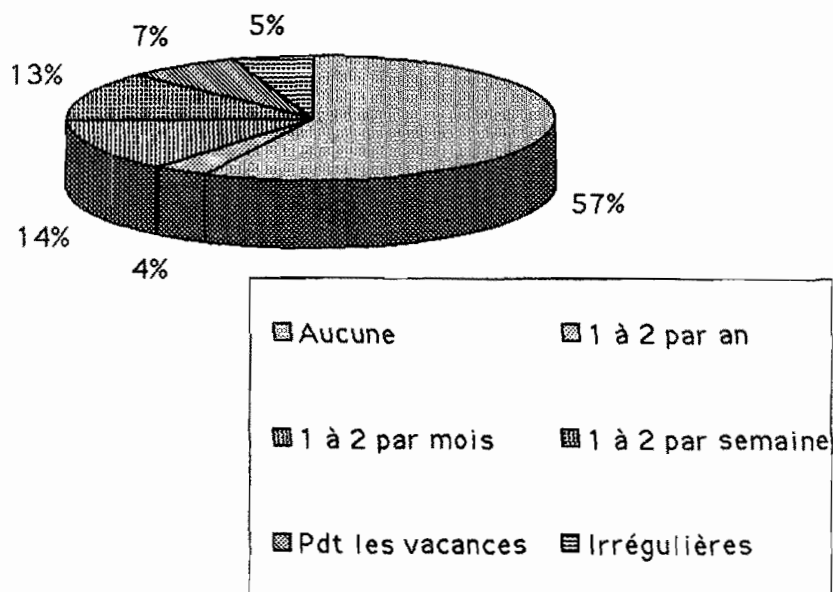


Schéma 18 : Rencontres avec les parents (2 non-réponses)

ANNEXE II

**Échantillonnage-appariement :
constitution de onze paires de situations**

Paires ASE sec 2

	<i>N° de l'enfant</i>	<i>Naiss.</i>	<i>Hand</i>	<i>Troubles</i>	<i>Date acc.</i>	<i>Établ.</i>
1	1	75/02/23	2	Énurésie, tr du comportement	13/05/93	0
2	2	76/11/15	2	Délinquant	25/07/79	IR
3						
4	3	78/05/05	2	Tr du comportement, agressif	01/08/87	0
5	4	75/03/29	2	Tr psy et sexuels	02/09/90	IME
6						
7	5	80/10/21	5	Malformation rénale, retard sco.	03/09/93	0
8	6	75/12/03	5	Malform. Urinaire, retard mental	09/04/93	IME
9						
10	7	82/02/22	2	Tr de la personnalité, encopres	06/09/93	0
11	8	81/11/15	2	Difficile, agressif, épilepsie	01/02/93	IR
12						
13	9	84/07/16	2	Difficultés de comportement	01/02/92	0
14	10	83/08/07	2	Instable, impulsif, se met en dang	21/12/90	IME
15						
16	11	85/12/20	2	Caractériel	24/06/88	0
17	12	86/06/30	2	Instable, agité, agressif	16/02/90	IR
18						
19	13	86/04/29	4	Polyhandicap	01/03/93	0
20	14	87/07/06	4	Handicap moteur	07/09/93	IME
21						
22	15	89/06/17	4	Graves séquelles neurologiques	18/08/89	0
23	16	87/07/16	4	Encéphalopathie, retard mental	19/07/93	IME
24						
25	17	87/11/22	6	Diabète, tr du comportement	30/06/92	0
26	18	91/03/12	6	Mucoviscidose grave	04/08/93	IME
27						
28	19	92/02/25	4	Retard du dév. staturo-pondéral	04/02/93	0
29	20	89/09/30	4	Retard psychomoteur, troubles d	08/02/93	IME
30						
31	21	92/07/01	5	Anus artificiel, nécrose intest.	28/10/92	0
32	22	86/11/06	5	Troubles neurologiques	06/11/93	IME

ANNEXE III

Extraits de discours

Problématique de l'attachement

Extraits de discours

*Monsieur M., assistant maternel de Marc :
lieu d'accueil pour adolescents*

Quand on parle du lieu d'accueil, on parle de la maison... Nous croyons être arrivés à dissocier, à mettre une distance entre les enfants (et nous), pour qu'ils ne nous prennent pas pour des parents relais, mais pour qu'ils puissent s'appuyer, s'approprier la maison. Pour ne pas qu'ils s'investissent outre mesure dans leurs relations avec nous, on accepte que cet investissement se fasse sur la maison. On a réfléchi notre maison : c'est un lieu très élaboré, très riche et très confortable. Ce n'est pas un château mais ça pourrait l'être. C'est un mas ; tout est très voulu à l'intérieur, dans le décor, dans l'ameublement pour que l'enfant prenne la maison et tout ce qui va avec.

Madame T. : éducatrice de l'enfant Marc, onze ans.

La maman était très attachée à son fils, Marc était très attaché à sa maman, et cette période de séparation a été très douloureuse pour cette mère.

Quand je la rencontrais pour lui parler de la prise en charge, il y avait une chose sur laquelle cette mère s'était montrée très réticente, c'était l'aspect médical pour Marc en me disant que ça, c'était à elle - déjà on la dépossédait de son gamin et pour cela il n'en était pas question. C'est au point qu'elle a refusé de signer les autorisations d'opérer ; ça il ne fallait pas y toucher.

La mère refusait d'entendre parler de famille d'accueil ; ça lui était insupportable. Il ne fallait pas le mettre en famille d'accueil tout de suite, c'était quelque chose qui devait mûrir. Il est allé au foyer de l'enfance puis

dans une institution à caractère social et la mère n'adhérait pas au placement. Le placement en famille d'accueil s'est fait parce que Marc l'a demandé.

Q : Il a pu le demander ; mais quel âge avait-il ?

Educ : Il avait onze ans.

Les liens, c'est la réalité, c'est la vie, c'est très bien ; je n'envisage pas de placement sans lien ; je crois que c'est quelque chose de très préoccupant pour les assistantes maternelles. Il n'y a pas très longtemps, deux assistantes maternelles m'ont parlé de cette question. L'une d'elles me disait : « Madame, je pensais être au point, c'est-à-dire que je sais que ce n'est pas mon enfant. Mais je me suis surprise à parler de cet enfant en en parlant comme si c'était mon fils. Qu'en pensez-vous ? Ce n'est pas bien !!! »

Une autre assistante maternelle me disait à propos des très jeunes enfants (sa fille venait d'en avoir un), elle-même gardait un enfant de cinq ans depuis sa naissance (et il y avait un projet d'adoption pour lequel on lui a demandé de prendre position), elle me disait : « c'est dur », elle me disait sa douleur de devoir s'en séparer.

L'attachement il est là ; on a beau écrire là-dessus, en parler, l'assistante maternelle le vit ; ça fait partie de la relation intime, c'est quelque chose qui se passe, c'est bien qu'il y soit, le plus important c'est qu'elles en aient conscience ; et surtout qu'elles aient assez confiance pour en parler.

Sylvain, six ans, polyhandicapé ;

Madame D. assistante maternelle de Sylvain

Madame D. : Il est très attachant, il a un beau visage. On ne dirait pas qu'il a tous ces désavantages quand on le voit, ou alors c'est que je ne le vois plus à force !

Q : C'est important de connaître le but du placement ?

Madame D. : Oh oui ! Et de montrer à la maman qu'on est là, qu'on la remplace parce que pour le moment elle ne peut pas ; il faut être en accord avec elle. Elle ne téléphone plus ; au début elle me téléphonait pour demander comment il allait... elle demandait des nouvelles. Quand il est hospitalisé, elle aime beaucoup le savoir. Alors ça on m'avait interdit de prévenir la maman, ça passait par les services sociaux ; seulement si c'est un vendredi, il n'y a plus personne, elle n'est prévenue que le lundi. Alors comme ça, ça ne va pas ! On a convenu que si ça arrive un vendredi, je préviens la maman moi-même - c'est vrai sinon c'est pas normal, d'autant qu'il fait des trucs graves. Imaginez s'il fait un gros pépin le vendredi, et qu'elle n'est prévenue que le lundi...

Q : C'est une dérogation que vous avez obtenue uniquement pour le week-end ?

Madame D. : Oui, l'éducatrice, en semaine s'en occupe.

Ce que je regrette seulement, ce sont les relations avec la mère parce que j'ai toujours estimé qu'il est très important pour les enfants d'avoir de très bonnes relations ; même si les parents sont bizarres : qu'ils boivent, qu'ils... il faut les prendre comme ils sont. Il faut que l'enfant sache qu'on a un lien amical avec les parents, sinon s'ils sentaient qu'on est contre...

Je pense à la petite J., je fais toujours très attention. Je lui dis que sa maman est jolie, je fais très attention de lui parler de sa maman, la chance qu'elle a d'avoir une maman comme ça ; quand elle vient avec une robe, par exemple, la semaine dernière elle l'avait habillée, c'était la première fois. « Ce que tu es jolie, que ta maman t'a bien habillée. » C'est très important qu'elle sente qu'on s'entend bien.

Q : Le lien de l'ASE avec la famille, est-ce une gêne pour vous ?

Madame D : Ce n'est pas une gêne mais je devrais pouvoir communiquer avec la maman... Avec Monsieur B. (éducateur) je le fais... C'est peut-être parce qu'il est handicapé qu'on ne m'autorise pas ? Je trouve que c'est ennuyeux.

Madame M., éducatrice de Sylvain

La première fois que je l'ai vu, c'était au domicile de la maman, un vendredi, quand le relais a été fait entre l'autre éducatrice et moi. De toute façon, pour Sylvain, je pense que je ne représente pas grand-chose ; c'est-à-dire qu'il ne connaît pas du tout mon nom - quand j'arrive, il crie dans les escaliers : « C'est la dame, la dame est là ! » Mais s'il me voit ailleurs que chez sa mère, je ne sais même pas s'il me reconnaît. Quand il a été hospitalisé, je suis allée le voir à l'hôpital, il m'a dit : « Oui, oui » comme il dit souvent, mais je ne crois pas que je représente quelque chose. Je représente quelque chose pour sa mère mais pour lui... il y a tellement de prise en charge, d'adultes qui interviennent...

Il y a une volonté de notre part de ne pas être trop présent ; c'est vrai que pour Sylvain, on est un pion de plus... mais pas qu'il connaît, avec lequel il a des relations affectives, ou des relations de prise en charge.

Au départ, j'ai appliqué la consigne que l'on m'avait donnée, je ne connaissais pas du tout ce travail et encore moins le travail avec un enfant handicapé.

Avec le temps, je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas plus à faire - on n'allait pas intervenir auprès de Sylvain en s'implantant dans sa vie.

J'interviens commé élément de sécurité ; en arrivant chez sa maman, si je constate qu'elle ne pourra pas le supporter pendant un week-end, j'aurais une décision à prendre. C'est dans ce but qu'on me demande, que j'y vais tous les quinze jours et que cette prise en charge est assez serrée.

Cette assistante maternelle est une personne capable de dire j'ai besoin d'une semaine de congés ou maintenant j'ai besoin de trois semaines de congés... voilà !

Je pense que l'éducatrice précédente était en recherche d'une assistante maternelle qui tiennne le coup, c'est tout cela qu'elle a évalué... c'est vrai, on fonctionne beaucoup sur la réputation qu'elles ont et celle-là, elle fait partie des assistantes maternelles qui accueillent les enfants en voie d'adoption - c'est déjà concevoir le métier d'une certaine façon... Ce sont des assistantes maternelles un peu « haut de gamme », dès lors qu'elles accueillent les pupilles, c'est qu'elles sont capables d'avoir un recul affectif tout en s'impliquant...

Q : Et l'arrêt de l'accueil par Madame D., l'avez-vous envisagé ?

Educ : Oh oui, ça on y pense !!! Ce n'est pas pour rien qu'actuellement il y a une maison d'accueil social sur la situation ; ça a été tellement difficile pour les équipes qui étaient là avant moi de trouver une assistante maternelle qui accepte, qu'elle soit compétente, qu'elle puisse travailler en collaboration, qu'elle s'attache sans que ce soit un déchirement chaque fois

qu'il s'en va. Je ne sais pas comment on pourrait, au pied levé, remplacer Madame D., si un jour elle tirait le signal d'alarme. Je crois que la maison d'accueil servirait de relais pendant un certain temps ; nous en sommes conscients de cela, l'inspecteur aussi. Cette maison, c'est un peu notre bouée de sauvetage...

***David, seize ans, troubles du comportement ;
Madame B., assistante maternelle***

C'est très long, on ne fait que tâtonner. On s'est rendu compte que dans une famille d'accueil c'est dès le départ qu'il faut faire ce travail d'équipe et bien notifier la place au foyer, qu'il ne faut pas trop déborder, sinon ce n'est pas trop viable.

Q : Vous parlez de la place de l'enfant ?

Madame B. : Oui, de la place de l'enfant. David, son rêve, il en parlait souvent, c'est d'avoir une famille, d'être adopté dans une vraie famille. Il n'était pas adoptable, il avait sa mère, sa grand-mère, surtout au début du placement elles étaient assez présentes... c'était un enfant accueilli, pas adopté et il était toujours en porte-à-faux là-dessus. Je crois qu'au début, on s'est laissé un peu piéger ; vous savez on avait de bons sentiments : « Tu es comme notre enfant. » Maintenant avec du recul je me dis : « Non, ce n'est pas notre enfant. » « Tu es un enfant accueilli, tu nous as choisis, nous avons eu une année pour nous choisir. » C'est autre chose, mais ce n'est pas la même chose et je crois qu'il ne faut pas tout confondre.

Q : David n'est pas le premier enfant que vous avez accueilli, il a un statut de garde. Avec les autres enfants, avez-vous eu le même sentiment de doute sur la place qu'il rêvait d'avoir ?

Madame B. : Pas autant qu'avec David. David est un garçon intelligent, très en souffrance, d'une sensibilité très fine ; c'est vrai, il faut qu'il soit comme les autres enfants, c'est très important pour lui. Tous les enfants accueillis nous disent : « Je suis ton fils, longtemps » - je lui dis : « Non, tu n'es pas mon fils, je t'aime mais tu n'es pas mon fils. » Maintenant, quitte à choquer certaines assistantes maternelles, je dis que c'est important de renvoyer la place de l'enfant : il y en a qui se font appeler maman, tatie... c'est vrai que quand les enfants sont petits c'est possible... nous recevons des enfants déjà assez grands et je le vois mal... je trouve que c'est très important de le mettre face à la vérité même si c'est traumatique, même si c'est difficile à gérer : c'est important.

Q : Que pensez-vous de ce travail dit de préparation dans cette situation ? Il s'est montré sous un autre jour pendant la phase de préparation, est-ce que pour autant ça ne sert à rien ou est-ce que cela faisait partie d'une étape ?

Madame B. : Je ne pense pas que cela n'a servi à rien. Pour nous, ça a été très important de connaître l'enfant, de l'accompagner un peu. C'est comme un amour, quand un homme et une femme se rencontrent : il y a toujours la période euphorique, puis il y a le vivre ensemble, le quotidien. Il n'empêche, on ne peut faire l'impasse sur cette période-là parce que c'est dans cette période, si vous le voulez, que les meilleurs liens se sont noués ; si on a pu tenir le coup, c'est que finalement on a aimé David dans cette période-là. Déjà les liens étaient tissés ; pour nous on était motivé pour accompagner cet enfant et déjà on l'aimait... Pour les mauvais moments après, on a pu les vivre parce qu'il y avait eu ça.

*Madona, deux ans, retard de développement statur pondéral,
Monsieur B., éducateur*

C'est une enfant qui irait de l'un à l'autre, qui sollicite du regard et dès qu'elle obtenait un sourire elle en voulait encore plus évidemment. On a cherché une assistante maternelle très demanderesse de relations affectives avec un enfant : on l'a trouvée très facilement dans notre stock d'assistantes maternelles. Je dirais parmi les personnes qui souhaitaient accueillir des enfants en situation d'abandon... On a commencé à travailler avec elle parce qu'elle était tout à fait disposée à faire beaucoup de maternage avec l'enfant.

J'ai eu un premier entretien avec la maman, assez long. Cette visite dans le foyer de l'enfance a été la clé de quelque chose ultérieurement. J'ai dit à la maman que je me préoccupais d'elle ; je voulais savoir comment elle vivait, comment elle envisageait cette relation qu'elle allait avoir avec son enfant quelques minutes plus tard. Cette dame a fait durer le temps - l'entretien, au lieu de durer cinq minutes, a duré 35 à 45 minutes. Au bout de tout ce temps, je lui ai dit : « Madame, vous êtes venue ici pour voir votre enfant, si vous ne souhaitez pas le voir, parce que vous essayez de me parler de vous, de choses qui vous préoccupent mais vous laissez de côté votre enfant ; si vraiment ça vous inquiète trop de le rencontrer, vous pouvez repartir, il ne vous en sera pas tenu compte et on remettra un autre rendez-vous pour que vous puissiez rencontrer votre enfant. Ceci dit, étant donné que vous avez fait des va-et-vient en hésitant à nous le laisser et à vous en écarter d'un côté et de l'autre en disant non je veux reprendre mon enfant, vous êtes autorisée aussi à ne pas revoir votre enfant après cet entretien, si vous souhaitez ne pas le revoir. Encore une fois, nous nous occuperons de votre enfant et ferons en sorte qu'il y ait une suite normale auprès de gens qui souhaiteront s'en occuper. Cela dit, j'insiste si vous le souhaitez nous irons voir votre enfant ». Elle m'a dit d'accord.

Je lui ai dit qu'elle verrait aussi l'assistante maternelle. La mère alors m'a fait un grand sourire, elle était très contente, elle m'a dit ce qu'elle souhaiterait que soit une assistante maternelle pour son enfant.

Il y avait là la puéricultrice, l'assistante maternelle, l'enfant, la maman et moi-même. Durant cet entretien, cette maman a donné des conseils à l'assistante maternelle - c'est une professionnelle, qui sait bien s'occuper des enfants. Cette assistante maternelle a eu l'intelligence et la finesse, la simplicité d'accepter effectivement ses conseils et de la remercier en lui disant qu'on ne pouvait pas penser à tout, que c'était intéressant qu'elle reçoive ça d'elle. La maman a donné des gâteaux, elle a parlé à son enfant. Cette rencontre a été comme une autorisation de la maman de cet enfant d'être bien avec l'assistante maternelle ; ça a été la dernière rencontre avec son enfant...

Quand je fais des évaluations de demande d'agrément, j'essaye de comprendre les motivations qui amènent la future famille d'accueil à formuler cette demande. Je remonte souvent à la génération éducative précédente de la personne (postulante) pour essayer de comprendre l'articulation jusqu'à son enfance. Je trouve souvent des liens de cause à effet, normaux, entre une grand-mère qui s'est beaucoup occupée des enfants, une maman assistante maternelle qui a permis de s'occuper d'enfants placés. On trouve souvent des situations comme cela. La plupart des assistantes maternelles ont eu des enfants et continuent de désirer des enfants. Elles se rendent compte qu'elles ne peuvent continuer à faire naître des enfants parce que c'est de la peine, de la fatigue et un engagement de couple... par contre elles peuvent donner à des enfants qui viennent chez eux un temps de façon contractuelle. Le contrat n'est pas à mon sens un empêchement à aimer l'enfant : c'est, je dirais, sous-jacent au contrat. Il n'y a pas toujours l'amour de l'enfant, au sens profond du terme, mais quand il est présent je crois que c'est le plus nécessaire.

***Pierre, deux ans, nécrose intestinale ;
Madame D. : assistante maternelle***

Depuis quelques temps, il nous appelle maman. On a toujours fait attention ; on m'a dit de laisser faire, mais c'est embêtant, juste au moment avant qu'il parte. Comme j'en ai plusieurs, il entend les prénoms, donc il dit Béa comme les autres : je m'appelle Béatrice. Maintenant, quand il est dans sa chambre, qu'il veut sortir, il appelle maman. Je pense qu'il faut lui laisser dire et qu'on lui expliquera quand il partira.

Q : Maman, il l'entend dire par qui ?

Madame D. : Par ma dernière, et j'ai quand même les cinq plus grands qui sont sur Montpellier. Tous les jours il y en a un qui débarque, il les entend.

Q : Pour vous, c'est une imitation au niveau du langage ?

Madame D. : Je ne sais pas... je crois à plus que ça... il demande beaucoup les bras actuellement.

Q : Par rapport à lui, avez-vous envisagé la fin de l'accueil ?

Madame D. : Je le savais au départ, même si on m'avait proposé l'adoption parce qu'on la propose souvent aux assistantes maternelles qui ont eu l'enfant longtemps. J'ai 50 ans, mon mari 55, quand il en aura 20, j'en aurais 70. Pour cet enfant ce n'est pas souhaitable, il vaut mieux qu'il ait des parents jeunes - c'est ce qu'il faut. Je suis là pour le préparer à bien partir.

Q : Comment va-t-il se passer ce départ, comment l'envisagez-vous ?

Madame D. : Je pense que ça va se passer en quinze jours, trois semaines après le conseil de famille. Je vais le prévenir avant et puis ça va se faire doucement. J'en ai eu une qui est déjà partie vers l'âge de deux ans. J'ai demandé que ça se fasse à la maison - un lieu neutre je trouve que c'est affreux. Ils ne sont pas bien, ils ne connaissent pas. Ils ont d'autant plus peur ; alors que là, en présence de l'éducatrice...

Q : Connaissez-vous la maman qui devait adopter ?

Madame D. : Non, je ne la connaissais pas du tout. Si ! Je l'ai vue une fois avant, on a eu une rencontre au service avec l'éducatrice. J'avais fait garder le petit et après il y a eu la rencontre à la maison. C'est très éprouvant pour la maman adoptante et pour l'enfant : en général il n'est pas d'accord. Et après on les voit évoluer. Ils vous font d'abord « la gueule carrément » et à la fin de la semaine on les sent se détacher : c'est merveilleux. Les parents sont contents d'avoir un beau petit, même avec un petit handicap comme ça. Je voudrais être sûre qu'ils soient bien prévenus, je voudrais être sûre qu'on leur dise tout de A jusqu'à Z avant qu'ils ne donnent leur consentement.

***Roger, douze ans, troubles du comportement ;
Monsieur et Madame F. : assistants maternels***

Nous avons deux enfants adoptés, d'origine chilienne, on ne peut pas nier vis-à-vis de Roger que ce ne sont pas des enfants que l'on a mis au monde. Il nous a posé la question, l'année dernière, il venait régulièrement, il avait sa chambre, il avait sa place, on faisait la même chose qu'avec Brigitte.

« Maintenant je suis comme Brigitte, je suis ton fils ». C'était au moment où il ne voulait pas revoir ses parents. Je lui ai dit « Tu ne peux pas être mon fils. » C'est difficile à expliquer par rapport à Brigitte, je lui ai dit qu'elle n'avait plus ses parents, qu'ils ne peuvent plus s'en occuper, ils sont loin et on l'a adoptée. « Toi, tu as des parents qui sont tout près, pour le moment tu ne les vois pas, il se peut que tu les revois mais si tu veux, tu es mon fils pour les week-ends et pour les vacances. » Ça a lui a donné une place à lui, tout en étant différente de celle de Brigitte.

Jean, six ans, retard psychomoteur ;

Madame G., assistante maternelle

Avec la famille naturelle c'est de plus en plus difficile. La maman a de plus en plus de mal à supporter Jean ; ils ne se voient qu'un week-end par mois, et elle essaie même de le couper soit le samedi soit le dimanche. En plus, elle s'éloigne de l'enfant progressivement - comme je lui ai dit : « bientôt, vous irez à Marseille et puis ce sera fini. » J'essaye de la ramener sur Montpellier. C'est vrai que si elle était plus près, je pourrais amener Jean le dimanche matin et le récupérer le dimanche soir.

Il va aussi dans une maison d'accueil social pour les vacances scolaires. Je peux souffler comme ça. Sept jours sur sept, je ne peux pas, c'est trop long. Quand je m'assois sur le fauteuil, après lui avoir donné à manger, le bain et qu'il vient sur moi pour s'endormir - c'est comme ça que j'ai pu lui apprendre à ne pas avoir peur du sommeil -, à l'endormir dans les bras - alors je sais que je vais passer la nuit.

Ces gosses, c'est comme des éponges. Plus il y en aura, plus ils en prennent - quand ils ont confiance, qu'ils savent qu'on les aime, qu'ils sont rassurés alors on peut travailler.

Q : Il faut d'abord commencer par combler un espace de vide affectif ?

Madame G. : J'ai compris, seule, que cette mère n'est jamais allée à la rencontre de son petit garçon et ce manque d'amour depuis la naissance il en souffre, c'est sûr ! Pendant neuf mois elle a attendu un enfant et Jean n'a pas correspondu à ce qu'elle attendait.

Q : Vous l'a t-elle dit à vous ?

Madame G. : Non, c'est moi qui imagine. D'après ce qu'elle dit. Jean, c'est difficile je parle souvent avec cette jeune mère ; elle est magnifique, c'est un tout petit bouchon de 25 ans - elle a des yeux superbes - elle a l'âge de mon aînée- je l'ai un peu prise sous mon aile. Elle-même a beaucoup souffert parce qu'elle a aussi été placée quand elle était jeune. Il y a plein de choses qui remontent chez elle ; c'est assez difficile pour cette jeune mère mais je sais qu'elle n'a pas rencontré cet enfant. Souvent je l'aide, je lui dis de parler à Jean ; de quand il était petit, qu'elle prenne des photos, des albums, qu'elle parle à l'enfant de quand elle le baignait, tout ça...

Les parents, comme ça, ne sont pas jaloux de l'attachement de l'enfant envers moi ou du mien envers lui, puisque eux aussi s'attachent à moi et moi aussi à eux en quelque sorte. Il paraît que ce n'est pas professionnel, mais moi je ne sais pas travailler autrement.

Les racines de l'enfant, c'est quand même les parents, les grands-parents... nous ne sommes qu'une petite radicelle dans les racines. Cette petite radicelle, un jour, va faire que l'enfant pourra porter des fruits. Nous ne sommes pas les racines de l'enfant et il ne faut pas couper les racines. C'est vrai que l'ASE travaille pour que l'enfant retrouve un jour ses parents et fait en sorte que justement ces liens soient là. Les enfants sont capables d'assumer qu'ils ont des parents défaillants.

Une assistante maternelle qui ne veut pas s'attacher à l'enfant et qui dit : « je suis professionnelle, je ne dois pas m'attacher » Je dis non. J'ai même entendu, en formation, quelque chose qui m'a fait très mal, de la part d'une assistante maternelle : « Moi, les enfants que j'accueille, je ne les aime pas. » C'est son droit mais comment travailler sur de la matière vivante sans aimer... je ne crois pas qu'on puisse être vraiment professionnelle sans aimer ; ou alors on veut se protéger et c'est de l'égoïsme, on ne veut pas souffrir alors on ne fait pas ce qu'il faut. Les enfants on ne peut pas les tromper.

Q : S'attacher aux enfants c'est nécessaire pour qu'ils puissent progresser !

Madame G. : Nous souffrons au moment de la séparation, ce n'est pas un problème, nous sommes des adultes. L'enfant aussi va souffrir, il ne faut pas se leurrer, ce sera aussi très difficile.

Q : Comment arriver à moduler l'attachement pour ne pas lui nuire à un moment donné ?

Madame G. : On s'attache à l'enfant normalement et si l'on tisse des liens avec la famille naturelle de l'enfant, on ne prendra jamais une place qui n'est pas la nôtre. J'aime l'enfant, l'enfant m'aime mais je travaille toujours avec la famille naturelle. Là où c'est dangereux, c'est quand l'assistante maternelle prend la place...

Q : La mère, le père, les parents ne sont pas loin, c'est l'un des repères que vous avez par rapport à l'amour que vous portez à l'enfant.

Madame G. : Ils sont nos garde-fous.

Le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), Association Loi 1901, remercie vivement tous les organismes qui, par leur participation financière, lui permettent d'accomplir ses missions de documentation, d'études, de recherches et d'édition, notamment :

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,
- Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Imprimé et édité par le CTNERHI
Dépôt légal : Février 1999

ISBN : 2-87710-117-7
ISSN :1276-356X
CPPAP : 60.119

Le Directeur : Marc MAUDINET

