



FRAGILITÉ  
de l'ENFANT et  
de l'ADOLESCENT  
dans une  
SOCIÉTÉ  
en MUTATION  
PROTECTION et  
BIENTRAITANCE

JEUDI | 27 JANVIER 2011 | NANCY

SUPPORT DES INTERVENANTS

# SOMMAIRE

## Atelier 1 : Le rôle essentiel des parents

### Introduction | *Erosion de l'autorité éducative*

Eirick PRAIRAT, *Professeur en sciences de l'Education, Université Nancy 2* 4

### Table ronde | *Comment répondre aux besoins des parents ?*

- **La santé maternelle et infantile : préparation au rôle de parents**  
Marie-Christine COLOMBO, *Médecin-Chef de PMI, Nancy* 11
- **Relais parentaux : un dispositif de prévention précoce à l'usage des parents**  
Catherine BOUGET, *Directrice filière enfance famille région ouest, Croix-Rouge française, Nantes* 13
- **De la parole fécondante à l'acte protecteur**  
**Réflexions multidimensionnelles sur les rôles parentaux**  
Roland-Ramzi GEADAH, *Psychologue et historien, spécialisé dans la recherche interculturelle.*  
*Professeur de philosophie morale et de droit médico-social - Directeur du CICERF* 15

## Atelier 2 : Promotion de la santé

### Introduction | *Promotion de la santé des enfants, des adolescents et de la communauté : perspectives dans le cadre de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS)*

François BAUDIER, *Directeur de l'animation territoriale ARS Franche Comté, Besançon* 16

### Table ronde | *Des actions de fond et des innovations*

- **L'école : un lieu privilégié d'éducation à la santé**  
Jeanine POMMIER, *Enseignant-chercheur en promotion de la santé,*  
*École des Hautes Etudes de Santé Publique, Rennes* 17
- **Vision globale des élus de terrain sur la santé de l'enfant et de l'adolescent (Ateliers Santé Ville)**  
Michèle BLANC-PARDIGON, *Élue de Salon-de-Provence, Pédiatre* 20
- **Pauvreté et nutrition chez le jeune enfant**  
Benjamin CAVALLI, *Direction de l'action sociale, Croix-Rouge française* 23

## Atelier 3 : Préparés pour l'avenir ? En risque d'échec ?

### Introduction | *Les dimensions de la précarité, un état des lieux*

François-Xavier SCHWEYER, *Professeur de sociologie à l'École des Hautes Études de Santé Publique,*  
*chercheur au CMH Équipe de recherche sur les inégalités sociales ERIS, Rennes*

### Table ronde | *Comment éviter la marginalisation ?*

- **Le regard sur la précarité à travers un réseau de périnatalité**  
Pierre LEQUIEN, *Professeur émérite de pédiatrie, Lille* 26
- **Des lieux d'écoute, d'échanges, de réinsertion ciblés sur les adolescents**  
**Et les jeunes adultes en situation d'exclusion**  
Didier PIARD, *Directeur de l'action sociale, Croix-Rouge française*

## Atelier 4 : Maltraitance et protection de l'enfance en danger

### 1 | **Actualités sur la protection de l'enfance**

**Fabienne QUIRIAU**, Directrice Générale adjointe de la CNAPE  
(Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfance), Paris

### 2 | **Informations préoccupantes et signalement, la place de la cellule**

**Brigitte SAMSON**, Pédiatre, Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Val de Marne,  
cellule de signalements et santé des enfants confiés à l'ASE

28

### 3 | **Place du judiciaire dans la protection de la jeunesse**

**Eric BOCCIARELLI-ANCEL**, Vice-Président Juge des enfants au Tribunal  
de Grande Instance de Nancy

32

### 4 | **Accueil des mineurs victimes**

**Dominique FREMY**, Pédopsychiatre, Besançon

34

## Atelier 5 : Délinquance, violence

### 1 | **Qui sont les jeunes délinquants ?**

**Marie CHOQUET**, Psychologue, Directrice de recherche INSERM U669, Paris

### 2 | **Prévenir et combattre la violence en milieu scolaire**

**Hélène ROMANO**, Docteur en psychologie clinique, Paris

36

### 3 | **Prévenir et réinsérer**

#### ▪ **L'acte d'éduquer**

**Philippe DA COSTA**, Directeur du bénévolat et de la jeunesse, Croix-Rouge française

38

#### ▪ **La mesure de réparation dans le cadre pénal : une réponse judiciaire pas comme les autres pour les enfants auteurs de délits**

**Rosette SWITSCHARTSCHIK**, Éducatrice

40

## Atelier 6 : Enfants et adolescents migrants

### 1 | **L'enfant de familles migrantes, notion d'interculturalité**

**Taieb FERRADJI**, Psychiatre, Docteur en sciences humaines, Paris

### 2 | **Vulnérabilité des enfants et des adolescents de parents migrants**

**Ferdinand EZEMBE**, Docteur en psychologie, Directeur d'Afrique Conseil association  
de psychologues africains

41

### 3 | **Prise en charge des mineurs étrangers isolés : accueil et avenir, reconstitution familiale**

**Sophie SAVOURNIN**, Directrice du lieu d'accueil et d'orientation  
de la Croix-Rouge française

42

## Séance plénière : Handicaps, vulnérabilité et ressources : Pour une prise en charge plus cohérente

**Brigitte CHABROL**, Professeur de Pédiatrie, Marseille

44

**Jérôme COLONNA**, Président de l'URAPEI, Marseille

46

## Atelier 1 : Le rôle essentiel des parents

### Introduction | *Erosion de l'autorité éducative – Lectures plurielles*

**Eirick PRAIRAT**, Professeur en sciences de l'Education, Université Nancy 2

---

Il y a moins une crise, à proprement parler, qu'une érosion de l'autorité éducative. Les deux premières sections de ce texte s'attachent à préciser l'idée d'autorité éducative. Qu'est-ce qui spécifie ce type de relation ? Qu'est-ce qui distingue l'autorité de la persuasion, de la contrainte ? C'est aussi l'occasion de réfuter les thèses critiques, d'inspiration psychologique ou pédagogique, qui entendent purifier l'acte éducatif de toute forme d'autorité. Ces approches, qui assimilent souvent l'autorité à une forme de coercition ou à un simple rapport de domination, minorent l'enjeu anthropologique qui est au cœur du procès éducatif. Si l'autorité est nécessaire c'est tout simplement parce que l'on ne s'autorise jamais seul à être contemporain du monde.

Dans la troisième et dernière section, nous risquons trois lectures (sociologique, philosophique et anthropologique) pour comprendre ce phénomène d'érosion. La lecture sociologique met en avant le déclin de la légitimité des institutions éducatives. Or, si celle-ci vient à faiblir, c'est le crédit de ses représentants, de ceux-là mêmes qui parlent en son nom qui tend à s'estomper. L'érosion de l'autorité est d'abord affaire d'institution. La lecture philosophique montre comment le projet de la modernité, adossé aux valeurs de liberté et d'égalité, vient télescoper les anciennes formes d'autorité qui structuraient les espaces traditionnels d'éducation. Enfin, la lecture anthropologique montre le privilège accordé par nos sociétés au présent et à l'immédiat et comment celui-ci sape des rapports d'autorité noués dans le temps long de la continuité et de la durée.

### L'autorité éducative

#### La contrainte et la persuasion

La distinction que font les latins entre *potestas* et *auctoritas* permet une première précision. La *potestas* est le pouvoir fondé sur la fonction, le grade ou le statut. C'est le pouvoir légal, accordé par les instances supérieures de la société (militaires, judiciaires, scolaires, ...), pour prendre des décisions et commander dans un domaine donné en recourant à la contrainte, le cas échéant. Le professeur est investi d'une *potestas*, c'est-à-dire d'un pouvoir légalement reconnu pour exercer sa tâche d'enseignement ; il a notamment le droit de sanctionner un élève si le besoin s'en fait sentir. L'*auctoritas* n'est pas l'objet d'une attribution officielle. On n'investit pas quelqu'un d'une *auctoritas* car elle est de l'ordre de l'influence, de l'ascendant, du crédit. Elle n'est pas fondée sur la puissance légale de contraindre mais sur l'attestation d'une forme de supériorité. L'autorité, au sens d'*auctoritas*, est l'art d'obtenir l'adhésion sans recours à la menace ou à la contrainte. Elle recommande plus qu'elle ne commande.

Notons que ces deux formes d'autorité - *potestas* et *auctoritas*- ne s'impliquent pas nécessairement. On peut avoir de l'influence sans avoir un statut ou une fonction légalement reconnue. A l'inverse, on peut être investi d'une autorité légale et être dépourvu de toute forme d'*auctoritas*. Cela étant, elles ne s'excluent pas nécessairement et on peut très bien imaginer qu'avoir l'autorité et avoir de l'autorité peuvent en certaines circonstances, et fort heureusement, se conjuguer. Si l'autorité, au sens d'*auctoritas*, permet d'obtenir le consentement sans le recours à la force, est-ce à dire qu'elle l'obtient par les moyens de la raison ? Si l'autorité ne contraint pas, peut-on dire qu'elle persuade ? L'autorité, note Hannah Arendt, « est incompatible avec la persuasion qui présuppose l'égalité et opère par un processus d'argumentation. (...). Face à l'ordre égalitaire de la persuasion se tient l'ordre autoritaire, qui est toujours hiérarchique. S'il faut vraiment définir l'autorité, alors ce doit être en l'opposant à la fois à la contrainte par force et à la persuasion par arguments...» (1). L'autorité n'est ni contrainte, ni persuasion, elle est influence. Dès lors une nouvelle question se pose : qu'est-ce qui distingue l'influence éducative -l'autorité- de l'influence manipulatrice ? Qu'est-ce qui distingue l'éducation d'un simple conditionnement ?

## Caractéristiques

On peut accepter la suggestion d'Alain Renaut selon laquelle « il n'est pas d'éducation sans la possibilité d'une compréhension, au moins finale, par l'élève, de ce qu'il acquiert ou de ce qu'il a acquis et du fait qu'on le lui a fait acquérir » (2). Il est vrai que l'éducation exige, *a minima*, la possibilité d'une auto compréhension *a posteriori* de ce que l'on a voulu faire de nous. Nous voudrions insister, de notre côté, sur le procès éducatif pour mettre clairement en évidence la différence entre l'autorité et le conditionnement. Rappelons qu'il n'y a pas d'éducation sans initiative, sans proposition ou suggestion. Refuser de proposer et d'influencer, c'est tout simplement refuser d'éduquer. Cela signifie qu'il n'y a d'accès à l'humanité que dans un mouvement en réponse et non dans un élan premier. Mais pour que cette capacité à répondre soit, elle-même, donnée (sauf à présupposer, hypothèse étonnante qu'elle soit déjà là), l'influence éducative (ou autorité) requiert quatre caractéristiques.

Tout d'abord, c'est une influence libératrice. Le mot « autorité » vient du latin *auctor* qui est lui-même dérivé du verbe *augere* (augmenter). L'autorité fait croître, grandir. Comme l'écrit justement Gérard Guillot, elle a « pour fonction première d'autoriser : autoriser à exister, à grandir, à apprendre, à se tromper, à être reconnu et respecté dans sa dignité humaine, à créer, à aimer ... » (3). En ce sens, elle est un concept méta-éducatif car elle traverse l'ensemble des activités afférentes au champ de l'éducation. Dans son second discours, Rousseau note à propos de l'autorité paternelle qu'elle « regarde plus à l'avantage de celui qui obéit qu'à l'utilité de celui qui commande » (4). Cela est vrai de toute autorité éducative en général.

Seconde caractéristique, c'est une action indirecte, elle ne s'épuise pas dans sa transitivité. Elle est moins « une action sur » qu'une activité qui vise à susciter, en l'autre, une activité. Elle n'est pas une volonté qui s'oppose et s'impose à une autre volonté pour la soumettre, mais une volonté qui s'allie à une volonté naissante pour l'aider à vouloir. Aussi se déploie-t-elle dans une relative durée en proposant des étayages et des médiations car l'accès à l'autonomie et à la responsabilité se fait toujours de manière progressive et graduée. C'est aussi une influence temporaire, elle a un terme, telle est sa troisième caractéristique. Alors que l'influence manipulatrice ne cesse de réaffirmer l'asymétrie originelle pour se perpétuer, l'influence éducative travaille à sa propre éclipse. C'est parce qu'elle entend faire advenir un *alter ego* qu'elle est circonscrite dans le temps.

Enfin, elle présuppose la reconnaissance. D'où cette formule souvent citée d'Hannah Arendt : « L'autorité implique une obéissance dans laquelle les hommes gardent leur liberté » (5) car l'autorité n'a pas son fondement dans un acte de soumission ou d'abandon mais, tout au contraire, dans un acte de reconnaissance. « L'autorité, écrit Gadamer, repose sur la reconnaissance (...), sur un acte de raison même qui, consciente de ses limites, accorde à d'autres une plus grande perspicacité » (6). Telle est la faiblesse et la grandeur de l'autorité : être une influence qui pour se déployer comme influence requiert d'être reconnue par celui-là même qui en sera le bénéficiaire. Il n'y a d'autorité que légitime, comme le dit Kojève : « l'Autorité et la « reconnaissance » de l'Autorité ne font qu'un » (7).

## De l'Autorité du monde (8)

Mais de quelle Autorité, l'autorité éducative se réclame-t-elle ? Qu'est-ce qui autorise l'autorité éducative à se donner comme telle ? L'éducation appelle l'autorité, dit-on souvent, il faut en fait retourner la proposition et dire que c'est parce qu'il y a de l'Autorité qu'il y a de l'éducation. Le monde est toujours déjà là, la culture nous précède et nous enveloppe de toutes parts. Il y a une précédence du monde, une antécédence de la culture. L'éducateur est celui qui permet au nouveau venu d'être de ce monde, il l'accueille et l'introduit dans l'ordre symbolique de l'humain ; pour reprendre la belle expression de Locke, il « ouvre doucement la scène du monde » (9). S'il faut insister sur un mot, c'est sur l'adverbe doucement. L'autorité rend le monde plus accessible en le rendant plus léger, la culture plus proche en la rendant plus lisible.

« L'enseignant, en sa pauvre autorité, écrit Marcel Gauchet, n'est jamais qu'un représentant de cette autorité sans visage... Il est en position de médiateur vis à vis d'elle... Il vous protège en ce quelle peut avoir d'écrasant, il la rend familière, accessible, argumentable, discutable. Il fonctionne comme un avocat des nouveaux venus auprès de cette source intraitable ; il leur ménage des accès et des transactions particulières avec elle » (10). L'autorité est tâche d'intercession, travail de médiation au sens de *Vermittlung* ; car sans elle, le monde écraserait le nouveau venu et la culture loin d'être une source signifiante pour penser son rapport à soi, aux autres et au monde, deviendrait bruit et non-sens. On n'entre



jamais seul dans le monde. Ce que les détracteurs modernes de l'autorité oublient, de Gérard Mendel à Jean Houssaye, c'est cette vérité anthropologique.

A sans cesse rabattre la relation d'autorité sur sa dimension psychologique, à la critiquer à partir du présupposé que toute influence est *a priori* négative, ils en oublient une donnée éducative majeure : on ne s'autorise jamais seul à être contemporain du monde. Il faut sur ce point insister et redire que la relation d'autorité n'est pas simple relation duelle, mais relation triangulaire. Toute relation d'autorité présuppose une référence idéale commune (le monde, la société, un champ de savoir, une pratique, ...), avec en plus « la conscience que chacun se trouve à distance différente de cette valeur, distance qu'une aide peut atténuer » (11). Dès que ce tiers valorisé et visé tend à s'étioler, c'est l'autorité elle-même qui vacille et menace de s'effondrer. D'où l'on voit que l'autorité magistrale n'est qu'une variante, une forme particulière d'autorité éducative.

## **La figure éducative de l'autorité**

Nous allons maintenant préciser la figure de l'autorité éducative, dessiner ses contours tout en mettant en lumière les ressorts (la double dialectique) qui structurent le rapport d'autorité.

### **Entre compétence et référence**

Si l'estime est variable, on peut estimer Paul plus que Jacques et un peu moins que Sophie ; le respect, lui, ne relève pas d'une économie affective à géométrie variable. L'homme respectueux respecte autant Paul que Jacques et Jacques que Sophie. Il ignore les gradations et les graduations, « les moins que » et « les plus que » ; d'un mot il ne fait pas de distinction. L'estime, remarque Vladimir Jankélévitch, « ne va pas à quelqu'un mais à quelque chose en quelqu'un » (le mérite, le courage, l'intelligence, ...) alors que le respect s'adresse à la personne (12). L'estime se rapporte aux capacités du sujet, le respect à la dignité de la personne, c'est-à-dire à ce qui est indépendant des mérites et des talents. En ce sens, l'autorité n'exclut nullement le respect, nous pourrions même dire qu'elle l'exige à titre de condition de possibilité car il n'y a de libre reconnaissance d'une autorité que sur fond d'un respect réciproque. Tel est le paradoxe éducatif de la dissymétrie et de la réciprocité.

Quelle est donc la figure concrète de l'autorité éducative ? L'autorité de l'éducateur n'est pas celle de l'arbitre qui tire son crédit de sa posture d'indépendance. L'éducateur, contrairement à l'arbitre, est intéressé par le résultat. Son autorité n'est pas celle du leader car il y a dans celle-ci quelque chose qui est de l'ordre de l'emprise. Elle ressemble à celle de l'expert car celui-ci tient son prestige de sa compétence technique ou de son savoir, mais à la différence de l'autorité de l'expert, celle du professeur ou de l'éducateur est à la fois une invitation et une aide pour entrer dans la culture et venir inscrire sa marque dans le monde. Aussi, prend-elle la forme de la référence.

Elle est ce à quoi le nouveau venu se réfère pour pouvoir se situer et s'orienter ; ce n'est pas l'autorité du modèle qui, par sa perfection, appelle la copie et l'imitation et engage finalement à s'effacer mais celle d'une instance qui, à terme, renvoie le sujet à lui-même. Il en est ainsi de ce que l'on appelle un ouvrage de référence, il est un ouvrage dans lequel nous puisons des idées, des intuitions et des orientations mais qui ne nous fait jamais faire l'économie d'une pensée personnelle. La référence est la nécessaire sortie hors de soi, le détour qui permet de se construire. Nous pourrions parler, avec René Girard, de « médiation externe » pour souligner que l'éducateur et l'éduqué n'évoluent pas dans un même plan d'immanence.

### **Etre un adulte**

Cette première description met l'accent sur le mouvement d'émancipation, minorant l'autre facette, celle de l'interdiction. Or, il n'y a pas d'autorisation sans interdiction. Il appartient donc à l'éducateur de signaler les difficultés et les dangers, de refuser les dérives, de reposer le cadre ou encore d'empêcher les régressions. Il lui appartient d'être un adulte. Il ne faut pas définir ici l'adulte dans sa positivité mais comme visée et valeur. L'adulte en tant que valeur ne s'oppose ni à l'enfance ni à l'adolescence, mais à l'infantile qui est un ensemble de traits typiques qui amarre l'enfance au monde de la puériculture (13).

L'infantile refuse de voir les choses telles qu'elles sont et refuse de distinguer ce qu'il sait et ce qu'il croit. Il se plaît à prendre ses désirs pour des réalités, tel est son rapport au monde. Il est incapable de s'abstraire du présent et par conséquent ne veut jamais les moyens des fins qu'il se donne. Il veut sans vouloir, il est velléitaire car il se laisse engluer dans l'immédiateté, tel est son rapport au temps. L'infantile est égocentrique, fermé à la rencontre car celle-ci enferme toujours une part d'aléa et de risque, tel son rapport frileux à l'altérité. L'infantile ne sait pas choisir ou plutôt ne veut pas choisir car choisir c'est renoncer (à ce que l'on n'a pas choisi) puis assumer (ce que l'on a choisi). L'infantile est indécis, irrésolu, tel est son rapport à lui-même. Enfin, il appréhende le pouvoir tantôt sur le mode de la révolte, tantôt sur le mode de la sacralisation, tel est son rapport immature au pouvoir.

L'adulte comme valeur s'oppose à ces formes d'attachement et d'aliénation. Aussi l'autorité éducative ressemble-t-elle peut être à ce que Mireille Cifali appelle « la séduction de l'être », une séduction qui ne joue ni sur l'emprise, ni sur la rouerie (14) car elle est une forme de liberté en acte. Il reste que l'image de croissance achevée et d'équilibre que donnait l'adulte d'hier s'est partiellement déconstruite, l'adultité n'est peut être plus « l'âge de l'évidence » selon la belle formule de Jean-Pierre Boutinet (15). L'adulte post-moderne ne renvoie plus à l'image de stabilité et d'assurance de son prédécesseur, le socle psychosociologique à partir duquel il énonçait une parole normative et d'autorité s'est fragilisé.

## **Crise ou érosion ?**

Faut-il parler d'une crise de l'autorité dans nos sociétés et plus particulièrement d'une crise de l'autorité éducative ? Dans son acception la plus commune, l'idée de crise se définit comme une situation aiguë, un point de cristallisation, ayant souvent des conséquences durables. Tout moment critique est suivi d'une période critique qui, comme l'adjectif l'indique, appelle des choix, des décisions (*Krisis*). Il est préférable, nous semble-t-il, de parler d'érosion. Emprunté à la géomorphologie, le terme d'érosion enferme l'idée d'une dégradation qui est aussi une transformation. Il introduit également l'idée d'une temporalité plus lente. Il y a dans le concept d'érosion une dimension moins éruptive qui rend, *in fine*, mieux compte de l'évolution et de la transformation des rapports d'autorité dans le champ de l'éducation. Nous proposons dans cette dernière partie trois lectures pour comprendre l'érosion de l'autorité éducative : une lecture sociologique qui origine le processus dans le déclin des institutions, une lecture philosophique qui met l'accent sur les difficultés à transmettre à l'heure du succès démocratique et une lecture que l'on peut qualifier d'anthropologique dans la mesure où elle souligne le triomphe de l'instant et de l'immédiateté dans nos sociétés. Si ces lectures ne sont pas exclusives les unes des autres, elles appellent, en revanche, des réponses sensiblement différentes.

## **Une lecture sociologique : perte de confiance ou perte de sens ?**

Elle consiste à montrer que l'affaiblissement de l'autorité des maîtres est une conséquence, elle découle de la perte de crédit que connaît aujourd'hui l'institution scolaire, comme instance de promotion. Il n'y a pas si longtemps l'obtention du baccalauréat ouvrait la porte des études supérieures et permettait, presque à coup sûr, l'accès à un emploi moyen ou supérieur. La promesse d'emploi que faisait l'école d'hier (promesse par procuration car c'est le marché du travail qui crée les emplois), l'école actuelle a plus de difficulté à la faire. Il y a un affaiblissement de la valeur instrumentale de l'école qui produit un décalage entre les contraintes -ce qui est exigé- et ce qu'il est parfois raisonnable d'espérer en terme socio-professionnel. L'enseignant chahuté y est au titre de représentant d'une institution qui déçoit. « Bien souvent, notent Marie Duru-Bellat et François Dubet, les jeunes ont le sentiment d'avoir été trompés par le système scolaire et cette déception n'est pas sans effet sur l'école elle-même » (16).

Cette perte de confiance est ressentie, de manière particulièrement aiguë, par les familles les plus modestes qui, en un siècle, ont inversé leur rapport à l'école. A la charnière du 19-20<sup>ème</sup>, au moment où l'école républicaine prend son essor, les classes sociales les plus paupérisées sont dans un rapport d'espérance vis-à-vis de l'institution. Elles attendent, pour leur enfant, un accès à la culture et une inscription dans des positions sociales plus valorisées. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, il y a une sorte de désenchantement à l'endroit de l'école. Comment en effet comprendre qu'un nombre significatif d'écoles, et notamment d'écoles maternelles, aient pu brûler, en novembre 2005, lors de la crise des banlieues ? La théorie de l'accessibilité (l'accès facile) ne saurait, à elle seule, rendre compte de l'ampleur du phénomène.

L'érosion de l'autorité professorale doit être lue à la lumière de la perte de crédit que connaissent les institutions républicaines en général et l'école en particulier. D'où la dénonciation des politiques éducatives qui se contentent de miser sur le talent didactique ou le charisme des maîtres alors qu'il conviendrait de réaffirmer le projet politique de l'institution scolaire en garantissant enfin une véritable égalité des chances. Réponse partielle qui appelle un projet politique plus global, car toute compétition, aussi équitable soit-elle, engendre par définition des vaincus qu'il faudra bien prendre en charge si l'on ne veut pas que l'amertume et le ressentiment de la défaite ne viennent à nouveau gonfler la rancœur de l'humiliation.

On peut poursuivre l'analyse en se demandant si cette perte de confiance, si cette inquiétude à l'endroit de l'école, au-delà de la question de la promesse, n'est pas liée, plus fondamentalement, à un message devenu inaudible. Et si l'école était en train de perdre « le sens exprimable de ce qu'elle est ». Car si le maître ne peut poser son autorité que soutenue par une institution, porteuse d'une garantie et d'un message, on comprend aisément que lorsque le message se brouille, il se retrouve comme au-dessus d'un vide qui vient disqualifier toute forme d'autorité. Il s'agit alors moins de réactiver la dimension instrumentale de l'école que de revitaliser le sens de l'institution scolaire.

### Une lecture philosophique : le télescopage axiologique

Elle a notamment été développée par des auteurs tels que Guy Coq ou encore Alain Renaut (17). La crise de l'autorité résulte ici de la pénétration des valeurs constitutives de l'idéal démocratique (la liberté et l'égalité) au sein des sphères prépolitiques (la famille et l'école). Il faut entendre l'idée de sphère prépolitique en un sens arendtien, c'est-à-dire comme lieu propédeutique marqué par des relations dissymétriques en raison même de leur vocation formatrice (18). Si l'école traditionnelle entendait former à un métier et donner à chacun une place dans une société stable et hiérarchisée, l'école moderne vise à faire advenir un sujet responsable qui saura s'orienter au sein d'une communauté d'égaux, en perpétuel mouvement.

« Je veux lui donner un rang qu'il ne puisse perdre, un rang qui l'honore dans tous les temps ; je veux l'élever à l'état d'homme ». Emile en sortant des mains de son précepteur ne sera ni magistrat, ni soldat ; ni prêtre, ni professeur ; il sera avant tout un homme car « avant la vocation des parents, la nature l'appelle à la vocation humaine ». Mais il faut bien comprendre que la liberté et l'égalité revendiquées par Rousseau ne sont plus seulement constitutives d'un horizon mais sont devenues -ou tendent à devenir- les modalités même de l'exercice éducatif. L'avancée des valeurs démocratiques engendre de fait un effacement des rapports d'altérité et par là même un affaiblissement des relations traditionnelles d'autorité. D'où une première réponse : celle qui consiste à penser une limite au processus démocratique au sein même de la société démocratique. « Pour que dure la société démocratique, pour qu'elle ne conduise pas à un étouffement des libertés, tout ne saurait être démocratique. Car la démocratie est avant tout un mode de gestion de la sphère du pouvoir politique, mais elle ne saurait être étendue à l'ensemble des sphères du social, et notamment au système éducatif sans risquer de ruiner les conditions de la liberté. Il y a quelque chose de non démocratique dans l'éducation dont une démocratie a besoin pour subsister » (19).

Si cette perspective a le mérite de la clarté, on peut légitimement douter de sa faisabilité. Dans une société gagnée par « la passion de l'égalité », il paraît illusoire de penser que l'on pourra durablement sanctuariser un îlot de tradition et ainsi garantir le modèle autoritaire qui hier encore prévalait. D'où une seconde perspective placée sous le signe du compromis : comment être hospitalier aux valeurs de la modernité tout en garantissant la nécessaire dissymétrie statutaire et fonctionnelle qui est la condition de possibilité de tout travail éducatif ? « D'un côté, note Alain Renaut, nous ne pouvons plus exclure l'enfant du statut de semblable qui est, par définition, celui de l'individu démocratique comme *alter ego*, et en conséquence, nous instaurons, avec lui de plus en plus, dans l'école comme dans la famille, des relations qui, de fait se développent sur des bases d'égalité(...) mais, d'un autre côté, ce régime de similitude est impraticable jusqu'au bout, ne serait-ce que parce qu'il apparaît difficilement compatible avec l'idée même d'éducation et avec une relation à l'enfant qui, comme relation éducative, se fonde sur la supériorité de l'éducateur vis à vis de l'éduqué » (20).

Notre école est donc mise au défi d'inventer un mode de régulation plus conforme aux aspirations démocratiques sans pour autant estomper la particularité du lieu scolaire. Vrai défi, car il s'agit *in fine* d'articuler des modalités hétérogènes et *a priori* peu compatibles : la discipline et le droit. La discipline s'appuie sur des places et des statuts, et code des conduites et des comportements. Elle fonctionne à la dissymétrie car elle est sous-tendue par l'utopie éducative de la mise en forme. Le droit, lui, est un ensemble de règles impersonnelles qui pose des interdits et fixe des limites. Il présuppose l'égalité des personnes car il est animé par l'utopie politique de la communauté d'égaux. Il s'agit de bricoler, à nouveaux frais, une



régulation qui assure une sorte d'égalité morale entre éducateurs et éduqués tout en préservant la dissymétrie symbolique constitutive de la relation éducative, telle est une des orientations les plus originales et les plus crédibles pour tenter de dissiper « l'aporie de l'égalité » qui travaille l'école contemporaine.

## Une lecture anthropologique : l'omniprésence du présent

D'un point de vue anthropologique, la crise de l'autorité est liée à l'importance qu'a pris le présent dans les sociétés post-modernes. Nous sommes dans des sociétés où le temps -investi, habité, valorisé- s'est rétréci à la dimension du présent. Omniprésence du présent, nous sommes coincés entre un passé qui n'est pas oublié, mais qui ne nous parle guère, et un avenir vidé des grandes espérances séculières qui ont longtemps structuré la modernité. Passé lointain, avenir incertain, l'homme post-moderne vit dans un temps désorienté, coupé de toute source et de tout projet. Ce sacre du présent fragilise l'autorité des éducateurs et des maîtres. Car si l'espace est la matrice du pouvoir, le temps est celle de l'autorité. « Le fondement métaphysique de l'autorité c'est le Temps, entendu comme temps humain et historique, écrit Myriam Revault d'Allonnes (21) ». Le Temps fait autorité.

Le vivre-ensemble requiert non seulement un espace commun de co-présence mais aussi une « durée publique » qui relie les hommes, en enchaînant les générations. Si l'éducateur ou le *magister* font autorité, c'est parce qu'ils viennent de plus loin ; c'est leur antériorité, leur antécédence qui fonde leur autorité. A proprement parler, ils ne sont pas au-dessus mais en avance. C'est ce que rappelle, d'une certaine manière, le Dictionnaire pédagogique de Ferdinand Buisson lorsqu'il recommande au maître de ne jamais oublier que son autorité « n'est pas une prérogative inhérente à sa personne » mais qu'elle résulte de « la nature des choses, de la supériorité d'âge, d'intelligence, d'expérience et de sagesse qu'a sur l'enfant l'adulte doué d'une certaine culture » (22). En ce sens, elle n'est pas une autorité déléguée par les parents, comme l'avait déjà remarqué Hannah Arendt, mais une autorité inscrite dans l'ordre de succession des places qui garantit le fil de la continuité générationnelle.

La « crise » de l'autorité apparaît comme le revers d'une crise plus profonde qui touche à la question de la transmission et de sa possibilité. Car lorsque le présent devient l'ultime référence, lorsque le présent et ce qui l'accompagne (la mode, la consommation, la publicité) s'imposent aussi fortement, la culture des pères cède le pas devant le culte des pairs et la transmission tend à s'effacer devant l'imitation. Tyrannie du conformisme et de la *mimesis*. La crise de l'autorité nous fait comprendre que l'éducateur n'est pas seulement en charge des nouveaux-venus mais qu'il a aussi à répondre du monde, car il est détenteur de savoirs et de savoir-faire dont la non-transmission mettrait en péril l'avenir du monde. L'enjeu pour les éducateurs n'est pas de s'engager dans une tâche de restauration (« jamais on ne retrouve les paradigmes perdus ») mais dans un travail quotidien de ré-institution (de l'autorité), travail qui passe par une fidélité en acte à quelques grands principes éducatifs (la cohérence, la constance, le souci de la justice, ...). Lorsqu'il n'y a plus de dévolution *a priori* à l'adulte d'une position légitime et reconnue du seul fait de son adultité, il est alors juste de dire que l'autorité se conquiert.

## Notes

(1) ARENDT H. *La crise de la culture*, Paris : Gallimard coll. « Folio », 1995, p.123.

(2) RENAUT A. *La fin de l'autorité*, Paris : Flammarion, 2004, p.36.

On retrouve cette idée dans l'article de Michel Le Du Le Du *Le concept d'enseignement : une analyse logique*, Le Télémaque n°30, pp.65-66.

(3) GUILLOT G. *L'autorité en éducation. Sortir de la crise*, Paris : ESF Editeur, 2006, p. 15.

(4) ROUSSEAU J.-J. *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris Editions sociales, 1983, p.159.

Dans un texte de 1923, intitulé *La théorie de l'éducation*, Lucien Laberthonnière distingue deux formes d'autorité en les référant à la fin qu'elles poursuivent (p.23) : « Il y a l'autorité qui use du pouvoir et du savoir-faire dont elle dispose pour subordonner les autres à ses fins particulières et qui ne cherche qu'à s'emparer d'eux pour les mettre à profit. Celle-là est asservissante. Il y a l'autorité qui use du pouvoir et du savoir-faire dont elle dispose pour se subordonner elle-même en un sens à ceux qui lui sont soumis et qui, liant son sort à leur sort, poursuit une fin commune : celle-là est libératrice ». C'est de cette autorité tournée vers l'autre et pour l'autre que Dominique Folscheid a pu dire qu'elle est un « service », *Encyclopédie philosophique universelle*, les notions, I, p.224.

(5) ARENDT H. *Op. Cit.*, p.140.

(6) GADAMER H.-G. *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris : Editions du Seuil, 1996, p. 300-301.

- (7) KOJEVE A. *La notion d'autorité*, Paris : Gallimard coll. « Bibliothèque des idées », 2004, p.97.
- (8) La notion de monde telle qu'elle est ici évoquée renvoie à la conception arendtienne. Le monde n'est pas la nature. Un monde sans hommes est une contradiction dans les termes. A l'inverse, on peut dire que dès qu'il y a des hommes, il y a un monde. Car pour qu'il y ait monde, il faut « des productions humaines », « des objets fabriqués de main d'homme », des créations. Et chaque chose (objets, créations, productions) renvoie, d'une manière ou d'une autre, à toutes les autres choses dans la mesure où elles médiatisent les relations humaines. Voir la *Condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann/Lévy coll. Agora, 1994, p.92.
- Eduquer, c'est initier au secret de ces « renvois ».
- (9) LOCKE J. *Quelques pensées sur l'éducation*, Paris : Librairie Vrin, 1992, paragraphe 94.
- (10) GAUCHER M. « Démocratie, éducation, philosophie » in Blais M.-C., Gaucher M., Ottavi D. *Pour une philosophie politique de l'éducation*, Paris : Bayard, 2002, p.37.
- (11) JOLIBERT B. « L'autorité et ce qu'elle n'est pas » in Lombard J. *L'école et l'autorité*, Paris : L'Harmattan coll. Education et Philosophie, 2003, p.45.
- (12) JANKELEVITCH V. *Traité des vertus, les vertus de l'amour*, Paris : Bordas, 1970, p.784.
- (13) REBOUL O. *La philosophie de l'éducation*, Paris : PUF coll. Que-sais-je ?, 1992, p. 167-171.
- (14) CIFALI M. *Le lien éducatif : contre-jour éducatif*, Paris : PUF, 1994, p. 201-202.
- (15) BOUTINET J.-P. « Adulte » in Champy P., Etévé C. *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*, Paris : Nathan, 1994, p.43.
- (16) DURU-BELLAT M., DUBET F. « Déclassement : quand l'ascenseur social descend » in La république des idées *La nouvelle critique sociale*, Paris : Seuil/Le monde, 2006, p 50.
- (17) Si on pense bien sûr aux travaux d'Alain Renaut sur ce point, il serait injuste d'oublier les ouvrages de Guy Coq notamment *Démocratie, Religion, Education* paru chez Mame en 1993 (chapitres 1 et 7) et *La démocratie rend-elle l'éducation impossible ?* aux éditions Parole et Silence en 1999.
- (18) ARENDT H. *La crise de la culture*, Paris : Gallimard coll. « Folio », 1995, p.122. On peut aussi se reporter à la *Condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann/Lévy coll. Agora, 1994, chapitre II.
- (19) COQ G. *La démocratie rend-elle l'éducation impossible ?*, Saint-Maur : Parole et Silence, 1999, p.33.
- (20) RENAUT A. *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*, Paris : Bayard/Calmann-Lévy, 2002, p.27.
- (21) REVAULT-D'ALLONNES M., *Le pouvoir des commencements : Essai sur l'autorité*, Paris : Seuil coll. La couleur des idées, 2006, p.150.
- (22) BUISSON F. *Dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire*, Paris : Librairie Hachette, 1<sup>ère</sup> partie, I, p.146

## Bibliographie

- ARENDT H. *Condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann/Lévy coll. Agora, 1994.
- ARENDT H. *La crise de la culture*, Paris : Gallimard coll. « Folio », 1995.
- DURU-BELLAT M., DUBET F. *Déclassement : quand l'ascenseur social descend* in La république des idées *La nouvelle critique sociale*, Paris : Seuil/Le monde, 2006, pp.47-62.
- CIFALI M. *Le lien éducatif : contre-jour éducatif*, Paris : PUF, 1994.
- COQ G. *Démocratie, Religion, Education*, Paris : Editions Mame, 1993.
- COQ G. *La démocratie rend-elle l'éducation impossible ?*, Saint-Maur : Parole et Silence, 1999.
- GADAMER H.-G. *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris : Editions du Seuil, 1996, p. 300-301.
- GAUCHER M. « Démocratie, éducation, philosophie » in Blais M.-C., Gaucher M., Ottavi D., *Pour une philosophie politique de l'éducation*, Paris : Bayard, 2002.
- GUILLOT G. *L'autorité en éducation. Sortir de la crise*, Paris : ESF Editeur, 2006.
- HOUSSAYE J. *Autorité ou éducation*, Paris : ESF, 1995.
- KOJEVE A. *La notion d'autorité*, Paris : Gallimard coll. « Bibliothèque des idées », 2004.
- LOCKE J. *Quelques pensées sur l'éducation*, Paris : Librairie Vrin, 1992.
- LOMBARD J. et al., *L'école et l'autorité*, Paris : L'Harmattan coll. « Education et Philosophie », 2003.
- MENDEL G., *Pour décoloniser l'enfant*, Paris : Petite bibliothèque Payot, 1979.
- PRAIRAT E. *La sanction, Petites méditations à l'usage des éducateurs*, Paris : L'Harmattan, 1997.
- PRAIRAT E. « Autorité et respect en éducation », *Le Portique* n°11, 2003, p.213-222.
- RENAUT A. *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*, Paris : Bayard/Calmann-Lévy, 2002.
- RENAUT A., *La fin de l'autorité*, Paris : Flammarion, 2004.
- REVAULT-D'ALLONNES M. *Le pouvoir des commencements : Essai sur l'autorité*, Paris : Seuil coll. La couleur des idées, 2006.
- REBOUL O. *La philosophie de l'éducation*, Paris : PUF coll. Que-sais-je ?, 1992.
- RICOEUR P. « Les paradoxes de l'autorité » in *Quelle place pour la morale ?*, Paris : Desclée de Brower, 1996.

## Atelier 1 : Le rôle essentiel des parents (suite)

### Table ronde | Comment répondre aux besoins des parents ?

#### ▪ La santé maternelle et infantile : préparation au rôle de parents

**Marie-Christine COLOMBO**, Médecin-Chef de PMI, Nancy

---

#### Introduction

Le rôle de parent n'est pas une donnée universelle, générale, indépendante du contexte et que l'on puisse donc objectiver scientifiquement. C'est une donnée anthropologique, culturelle, sociale et sociétale. *Elisabeth Badinter* nous rappelle combien l'instinct maternel ne relève pas, dans l'espèce humaine, d'un fait biologique mais d'un construit social et *Geneviève Delaisi de Parseval* a définitivement battu en brèche les affirmations péremptoires dans le domaine de la puériculture. Elle leur donne le coup de grâce en insinuant finement que la puériculture, dont les préceptes changent périodiquement du tout au tout, aurait été inventée spécifiquement pour disqualifier les grands-mères. Soins médicaux et soins parentaux, il s'agit bien de deux ordres, de deux registres qu'il n'est pas opportun de traiter sur un même plan mais qu'il convient d'articuler avec subtilité.

Dès lors, pour les acteurs de la protection maternelle et infantile, prétendre préparer les parents à leur rôle, si l'on admet toutes ses réserves, relèverait d'une double impasse : celle qui consiste à valider le présupposé d'un savoir général dans ce domaine et celle qui consiste à ne pas le démentir et y puiser une légitimité non méritée.

La demande sociale est très forte et de plus en plus médecins, pédiatres ou pédopsychiatres écrivent à ce propos dans les colonnes des magazines : n'est ce pas alors le signe justement d'un besoin généré par la fragilité, la vulnérabilité ressentie ou réelle, le signe aussi des nombreuses défaillances et carences parentales réelles auxquelles il conviendrait de répondre, voire de remédier ?

Les alertes dans ce domaine s'intensifient : le récent rapport de *JM Bockel* évoque la parentalité en des termes ne laissant guère de place au doute. « *L'Etat, face à une parentalité en berne, en échec ou en difficulté, doit assurer la formation des parents en généralisant les écoles de parents, en développant le « coaching parental »... il ne s'agit ni plus ni moins du rétablissement d'une « parentalité républicaine* ». Il est vrai que ce rapport vise à proposer des pistes de prévention de la délinquance. La parentalité relèverait-elle essentiellement de comportements plus ou moins adéquats ?

#### Trois idées clefs pour un soutien prévenant à la parentalité

Comment alors se situer avec justesse et professionnalisme face à de futurs parents ou parents de jeunes enfants, sans a priori jugeant et dévalorisant, dans un cadre « bien-traitant ? » *Danielle Rapoport* souligne fortement la symbolique du trait d'union entre les deux termes.

La politique de protection de la santé maternelle et infantile de première ligne offre un cadre légal pour aborder la prévention selon **une approche globale** à l'échelle individuelle et à l'échelle de la population. Services de PMI autant que praticiens libéraux ou salariés - faut-il rappeler ici que l'acronyme « PMI » désigne une politique publique partagée entre l'Etat, la sécurité sociale et les conseils généraux – réunissant tous les acteurs de cette politique dans un lien de proximité avec les enfants, les familles, les adolescents. Ensemble nous avons, depuis longtemps vérifié en pratique ce en quoi l'attention préventive individualisée des professionnels de santé vient en soutien des futurs parents et parents dans leur propre attention au développement et au bien-être de leur enfant.

La condition en est que ce soin préventif ait su garder **les trois dimensions du soin médical** tel que le définit *Frédéric Worms* : l'aspect technique, l'aspect relationnel et l'aspect politique en étant un relais dans la

prise en compte des inégalités sociales et des situations de vulnérabilités extrêmes. Malheureusement, il faut bien admettre que les deux dernières dimensions ont de moins en moins de place dans des systèmes d'organisation des soins qui confondent efficacité et rentabilité. Le plan périnatalité 2005/2007 pensait corriger les aspects déshumanisants de l'organisation très technique du soin périnatal par une dose d'humanité. Sur le fond, il a consacré le caractère détachable de cette dimension : « sécurité et qualité » du côté des établissements et de ce qui se comptabilise en actes et concentre les deniers publics, « humanité et proximité » c'est à dire le relationnel et l'accès aux soins du côté des services de PMI notamment. Cette dissociation et cette spécialisation sont au détriment d'une idée complète de la relation de soin, de sa dimension éthique et pour ce qui nous préoccupe à l'encontre d'une réelle reconnaissance des enjeux de la fonction parentale et donc d'un soutien à celle-ci par l'ensemble du système.

Le troisième point **est que la logique du soin médical n'est pas celle du soin parental**. S'il est important de les distinguer, il faut aussi d'emblée dire que ces deux logiques s'ouvrent l'une à l'autre « de l'intérieur » selon les termes de *F Worms*. **Le soin parental** qui naît en réponse aux besoins organiques d'un nourrisson est constitutif de l'existence même des êtres humains ; en vertu du principe selon lequel tout soin est un soin « adressé », le soin parental conduit à l'individualisation à la fois du nourrisson et du parent. C'est une relation doublement individualisante qui conduit à ce que se constitue un « soi » comme objet de soin adressé c'est à dire, secondairement, comme sujet de soin possible. Le soin est ici prioritairement une nécessité relationnelle vitale qui au tout début ne peut se dissocier des actes concrets du soin corporel. **Le soin médical** n'est jamais seulement le soin d'un individu global pour lui-même. Il est aussi effort pour guérir, pour prévenir, pour aller mieux. Il est par essence dissociatif. Le lien qui s'établit se noue sur une base cognitive, technique et sur une compétence. Il s'agit d'une relation « entre » et non, comme dans le cas précédent, d'une relation « à ». Chacune de ces logiques construit sa propre éthique et contient ses propres dérives. **Leur articulation** est essentielle : sans les confondre, nous prenons appui sur le soin parental pour dispenser un soin médical et inversement le soin médical dans ses trois dimensions vient en soutien du soin parental en le confortant.

### **Pour conclure :**

C'est toute une vision de la politique de santé qu'il conviendrait de revisiter afin de repositionner sa finalité première : permettre que l'enfant, objet de soin puisse devenir un jour sujet de soin c'est à dire parent lui-même. Il s'agit bien aussi de promotion de la santé au sens de porter vers l'avant, vers l'avenir l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants dans leur capacité d'y contribuer. Tous les efforts des services départementaux de PMI découlent de ce principe.

### **Bibliographie**

Elisabeth Badinter, « le conflit, la femme et la mère » Flammarion 2010

Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand, « l'art d'accommoder les bébés », Odile Jacob, 1998

Jean-Marie Bockel, rapport sur la prévention de la délinquance des jeunes, novembre 2010

Frédéric Worms, « Le moment du soin : à quoi tenons-nous ? » Puf, mai 2010

Danielle Rapoport à l'occasion des journées d'étude bien-traitance à Paris, mai 2010: « les temps de la naissance : neuf mois avant, neuf mois après, quelle continuité ? »

## Atelier 1 : Le rôle essentiel des parents (suite)

### Table ronde | Comment répondre aux besoins des parents ?

#### ■ Relais parentaux : un dispositif de prévention précoce à l'usage des parents

**Catherine BOUGET**, *Directrice filière enfance famille région ouest, Croix-Rouge française, Nantes*

---

« Ne faudrait-il pas rechercher des lieux où, par moments, des parents auraient la possibilité de dire « je n'en peux plus » sans que leur cri s'inscrive dans les registres officiels de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la justice » tel était le plaidoyer de Madame Verena THORN, éducatrice spécialisée des services de l'ASE des Hauts de Seine dans les années quatre-vingt.

La réflexion sur la création d'une structure alternative aux rouages institutionnels traditionnels était engagée. Une véritable maison nommée « La Passerelle » pour accueillir des enfants pendant un court laps de temps lorsque leurs parents seraient dans l'incapacité de s'en occuper, allait voir le jour à Gennevilliers en 1985.

Le concept sera repris et travaillé par le Conseil général de Loire Atlantique, dans les années quatre vingt dix, une réflexion sur la mise en œuvre d'actions collectives de prévention précoce, engagée.

Forte de son expérience d'accueil immédiat, des enfants du centre maternel St Luc, 24h/24h, au sein de son service de crèche interne, lorsque leurs mères se trouvaient en difficulté dans la prise en charge continue de leur enfant, la Croix-Rouge française se voit confier la réalisation d'un projet de relais parental en 1997.

Le relais parental de Nantes « La courte échelle » ouvrira en juin 2000 et celui de St Nazaire en décembre 2008.

Le Relais parental est un établissement social qui accompagne les situations de crise de la parentalité et d'isolement social. Il permet aux parents d'être soutenus et accompagnés, dans leur place de parents, de confier leurs enfants à la garde d'adultes professionnels dans un cadre sécurisant et proche de leur lieu de vie, pour une période allant de quelques heures par jour, à plusieurs jours sans dépasser trois semaines en continu.

Le relais parental vient en appui à une détresse passagère des familles en permettant bien souvent de renégocier les liens entre parents et enfants ou de compenser la perte des solidarités de proximité. Il s'inscrit dans la construction permanente d'une démarche de prévention précoce.

Le relais parental propose son offre de service dans des locaux à l'allure de grande maison familiale. Les enfants sont accueillis comme « à la maison » sans être à la maison. Le fonctionnement du relais parental permet à l'enfant accueilli, de conserver le lien avec ses habitudes de vie (accueil crèche, maintien des activités scolaires et extra scolaires).

Le Relais Parental peut accueillir l'enfant dans l'urgence, quand la relation père/mère/enfant est en danger, que la fonction de parent ne peut plus être assurée. La demande d'urgence qui est faite est une demande immédiate pour que la tension de la crise cesse en intensité : quand ce n'est plus supportable.

Au Relais Parental, la prise en compte de la crise et des tensions qu'elle engendre passe par la grande vigilance des professionnels à préserver tout ce qui peut l'être et à permettre que l'enfant demeure le moins possible le symptôme de la crise.

Bien souvent ce premier contact établi avec la structure du Relais Parental permet au(x) parent(s) de s'apaiser et de préparer l'enfant à une entrée immédiate ou différée au relais.

A partir d'une situation de crise gérée dans l'accueil des parents et par l'adaptation progressive de l'enfant au Relais Parental, commence alors un « compagnonnage » fructueux avec les parents, leur permettant progressivement d'anticiper les demandes de séjour de leur enfant au Relais Parental et de prévenir les résurgences de nouvelles tensions ou de savoir y faire face. Les parents expriment alors leur satisfaction d'avoir le temps de « souffler, de respirer », sans inquiétude ni culpabilité.

Dans sa réponse à l'isolement social, le relais parental accueille l'enfant lorsqu'un parent doit faire face à une hospitalisation, à des démarches d'insertion, de formation ou de stage. Il compense alors la perte des solidarités de proximité.



D'une capacité d'accueil de 12 enfants, filles et garçons, de 0 à 10 ans (12 ans pour les fratries accueillies), le relais parental fonctionne 24h/24 tous les jours de l'année avec une équipe pluridisciplinaire de professionnels : Educateur spécialisé, infirmière puéricultrice, psychologue, auxiliaires de puériculture, aide médico psychologique, maîtresse de maison.

Contrairement à la décision de placement, ce sont ici les parents eux-mêmes qui demandent l'accueil de leur enfant. Ils établissent un lien de confiance avec le relais parental et les professionnels. L'accueil se fait de manière souple pour quelques heures, quelques jours, quelques semaines, de façon continue ou discontinuée, de jour et / ou de nuit.

La vie s'organise autour d'un modèle familial, autour notamment de la Maîtresse de maison : les repas sont pris en commun, des temps de convivialité et de jeux sont aménagés.

Les parents, mère, père, ou les deux ensemble, en contact direct avec la structure et le personnel encadrant, sont responsabilisés dans la prise en charge de leur enfant. Le lien direct entre l'établissement et les parents permet de les impliquer complètement dans le séjour, de « travailler » ensemble, de les soutenir dans leur parentalité.

Ils sont invités à s'investir personnellement dans le suivi de leur enfant. Les enfants partagent des moments privilégiés (aide aux devoirs, toilette...) avec leurs parents, moments définis à l'avance entre les parents et le personnel encadrant, selon les histoires spécifiques de chaque famille.

Le contact entre l'enfant et sa famille n'est jamais rompu.

Le relais parental demande aux parents de participer, financièrement ou parfois par service rendu, à l'accueil de leur enfant. Il ne s'agit pas d'un prix, mais bien d'une réflexion menée, avec le personnel d'encadrement, autour de la contrepartie à laquelle l'accueil de leur enfant donne lieu.

Le relais parental est ainsi autant un lieu d'accueil des enfants que d'aide à la parentalité, pour des parents isolés et en perte de repères.

Dans nos cités de moins en moins solidaires, où le tissu familial originel est mince, les parents en difficulté ne bénéficient plus d'appuis « naturels » susceptibles, comme c'était le cas autrefois, de suppléer en cas de défaillance temporaire.

Maladie, crise familiale, licenciement, éloignement familial, difficulté psychologique passagère ou besoin d'une « pause » : les parents isolés rencontrent de nombreuses difficultés, dont leurs enfants vivent les conséquences.

Les solutions sont encore aujourd'hui trop souvent inadaptées, entre le maintien de l'enfant dans sa famille, qui peut mener à une crise familiale aigue aux conséquences dramatiques, ou le placement dans une institution ou une famille, rupture toujours douloureuse pour l'enfant.

Le relais parental répond aux besoins de ces familles vulnérables, les soulageant temporairement de la garde de leur enfant, sans couper les liens familiaux. Il s'inscrit dans une démarche de prévention précoce, de protection de l'enfance et de soutien à la parentalité. Il contribue à restaurer la dynamique intra familiale et l'hospitalité sociale.

## Atelier 1 : Le rôle essentiel des parents (suite)

### Table ronde | Comment répondre aux besoins des parents ?

#### ▪ De la parole fécondante à l'acte protecteur Réflexions multidimensionnelles sur les rôles parentaux

**Roland-Ramzi GEADAH**, *Psychologue et historien, spécialisé dans la recherche interculturelle. Professeur de philosophie morale et de droit médico-social - Directeur du CICERF*

---

On le sait, l'idée de «parenté» recèle des points de vue anthropologique et social une logique de structure, de règle, puis d'alliance, de solidarité et de cohésion entre personnes descendant d'un même ancêtre ou prises dans le mouvement d'un réseau matrimonial. Sa traduction en terme d'engendrement débouche sur une *transmission* tant biologique que spirituelle et matérielle incarnée par la succession, l'(af)iliation et, plus précisément, le devoir de protection et d'éducation. Cet héritage par excellence d'un Verbe fondateur de l'ordre socioculturel résume d'ailleurs - tel que le sous-tend l'étymologie du terme – les fonctions symboliques et réelles du père, instituant le sujet dans la *dette* envers les générations précédentes.

Par le fait même, on est institué père, mère, fils ou fille de quelqu'un *par une parole publique, prononcée en public dans un cérémonial public*. Mettre un enfant au monde revient ainsi à le pré-inscrire dans le registre du désir inconscient et conscient, tant des auteurs de ses jours que de leurs prédécesseurs et des groupes d'appartenance juridique et culturelle. Paroles et stimulations sensorielles, images imitatoires susceptibles de se transformer en modèles identificatoires et savoirs à inculquer accompagnent en fait l'apprentissage des rôles sociaux et constituent un devoir parental de présentation du nourrisson au monde, et - simultanément - de *présentation modulée et progressive du monde à l'enfant*.

Cela ne va certes pas sans une certaine *violence* faite aux désirs individuels, souvent aiguisée par d'éventuelles souffrances et déceptions que toute éducation saine suppose *a minima*. L'exercice raisonnable de la parenté dans un cadre réceptif ouvert à divers apports et à une certaine discussion en garantit normalement la mesure, tout en formant les esprits à la contestation légitime, mesurée et créative. Ce qui appelle chez les parents une *confiance* en soi puisée dans celle qu'ils accordent aux institutions politiques, spirituelles et sociales, assortie d'une capacité de résistance à l'agressivité, aux tentatives de séduction et aux tendances à la démission.

Ce ne sont d'ailleurs pas les idées et les initiatives qui manquent pour soutenir les approches psychopédagogiques face aux (graves) difficultés rencontrées par les éducateurs, plus particulièrement à certains âges et dans diverses circonstances. Cependant, des conceptions sociopolitiques, philosophiques et juridiques occidentales plutôt récentes (dont notamment les «droits de l'enfant»), des formes d'incitation à un meilleur décryptage des manifestations de souffrances chez les mineurs, des formulations discutables (tels le « discernement », la « démocratie » au sein de la famille, « l'intérêt supérieur de l'enfant »...) et des avancées de la psychologie clinique ne peuvent – par la seule intentionnalité qui les meuvent – constituer le socle d'une protection ou d'une garantie d'épanouissement. Il convient de les examiner et de les affiner, d'autant plus que d'aucuns tendent à les extraire du contexte qui leur donne sens ou surtout à les séparer d'une approche *morale* basique et, partant, à dénigrer l'*autorité* indispensable à toute protection réelle.

\*\*\*\*\*

De telles perspectives amènent naturellement l'intervenant à poser des jalons *pluridisciplinaires* (historico-anthropologiques, sociologiques, psychologiques, juridiques et moraux) pour une compréhension, une réflexion et un éventuel accompagnement plus approfondis en matière de rôle et de fonction parentaux.

## Atelier 2 : Promotion de la santé

### Introduction | *Promotion de la santé des enfants, des adolescents et de la communauté : perspectives dans le cadre de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS)*

**François BAUDIER**, *Directeur de l'animation territoriale ARS Franche Comté, Besançon*

---

L'installation des Agences régionales de santé (ARS) est récente (avril 2009). Pourtant, elle résulte d'un processus de régionalisation de la santé relativement ancien qui s'est amorcé dans les années 1980 et s'est amplifié avec les Conférences et les programmes régionaux de santé.

Les dispositifs prévus par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) sont nombreux. Ils visent à favoriser la démocratie sanitaire, la participation des élus, des usagers et de la population aux orientations et aux actions promues par l'Agence.

Au sein de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), plusieurs commissions spécialisées (prévention, soins, médico-social, usagers) permettent de prendre en compte la santé des enfants et des adolescents. De plus, deux commissions de coordination ont vocation à mettre en cohérence les politiques publiques, notamment avec la santé scolaire et universitaire ainsi qu'avec la PMI.

Le Projet régional de santé sera élaboré dans chaque ARS au cours des prochains mois. Il comporte un plan stratégique et trois schémas (prévention, soins, médico-social). Cinq grands domaines feront l'objet de priorités. Elles seront au nombre d'une quinzaine par région. L'une d'entre elles concerne " la périnatalité et la petite enfance". D'autres abordent la santé des jeunes ("santé mentale" autour de la question du suicide) ou "maladies chroniques" pour les enfants ou les adolescents ayant des affections de longue durée. Les deux derniers sujets sont "handicap et vieillissement" et "risques sanitaires"

La définition de territoires de santé et surtout de proximité a pour objet de déployer une offre au plus près de la population. L'objectif est de répondre au mieux aux besoins des usagers. Dans cette perspective, l'organisation des professionnels en maisons, pôles, centres et réseaux de santé, peut être une réponse adaptée, surtout dans la perspective de nouveaux modes de rémunération (paiement du temps de coordination, développement de l'éducation thérapeutique, forfait...)

Enfin, les Contrats locaux de santé sont des outils privilégiés d'engagement contractuel entre des collectivités territoriales et les ARS. Ils permettent de prendre des initiatives en zones urbaines (cohérentes par exemple avec les ateliers santé ville) comme en zone rurale (notamment avec la Mutualité sociale agricole). Ces contrats vont aider à amplifier certains projets, notamment "les villes actives" du Programme national nutrition santé.

Au total, un cadre et des outils nouveaux existent. L'enjeu est maintenant d'impulser une véritable dynamique, afin d'améliorer la santé des enfants et des adolescents mais aussi de réduire les inégalités sociales et territoriales.

## Atelier 2 : Promotion de la santé (suite)

### Table ronde | *Des actions de fond et des innovations*

#### ▪ **L'école : un lieu privilégié d'éducation à la santé**

**Jeanine POMMIER**, *Enseignant-chercheur en promotion de la santé,  
École des Hautes Etudes de Santé Publique, Rennes*

---

De nombreuses données attestent des liens étroits existant entre la santé et l'éducation. D'une part, il est clair qu'une mauvaise santé est un obstacle à l'apprentissage. D'autre part, il existe un lien fort entre le niveau d'éducation et l'état de santé. Ces liens sont d'un grand intérêt à l'échelon international tant du côté de la santé publique que de celui de l'éducation. Cet intérêt n'est pas nouveau même s'il s'est exprimé de façon variable au cours de l'histoire.

Le premier lieu d'éducation à la santé est la famille. De nombreuses données bibliographiques le soulignent. Néanmoins ces données montrent aussi le rôle du système éducatif. L'école est reconnue comme un lieu privilégié, mais non unique, d'éducation et de promotion de la santé en raison des interactions importantes entre la santé et la réussite scolaire mais aussi parce qu'elle permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge. Par ailleurs, l'approche par milieux de vie est devenue de plus en plus populaire et a été largement soutenue par les instances internationales et les chercheurs (Charte d'Ottawa, déclaration de Sundsvall).

En France, les textes officiels soulignent que « *La santé des élèves constitue un enjeu d'importance pour l'école : son incidence sur les apprentissages et la réussite scolaire, sur l'éducation au respect de soi et des autres, sur la formation du futur citoyen et du futur adulte, son rôle en matière de réduction des inégalités et de prévention de toutes les formes de violence, sont essentiels* ». Dans la mouvance de la loi d'orientation qui place l'élève au centre du dispositif éducatif, l'éducation à la santé est inscrite explicitement parmi les missions de la communauté éducative. Le rapport annexé à la loi formule plusieurs objectifs de santé : favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé, améliorer l'intégration scolaire et sociale des enfants et des adolescents handicapés, organiser des activités transversales, inscrire l'action de santé scolaire dans le projet d'établissement et ouvrir l'école à de nouveaux partenariats. L'année 1991 est pivot dans cette évolution. Tous les personnels de santé scolaire sont désormais gérés par l'Éducation nationale.

En 2001 les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ainsi que les missions dévolues aux médecins et aux infirmières de l'Éducation nationale notamment dans le domaine de l'éducation à la santé sont redéfinies. Il est affirmé que la mission de promotion de la santé en faveur des élèves concerne **tous** les personnels membres de la communauté éducative (les professionnels de santé lui apportant leurs compétences spécifiques). La mission de l'École dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves. La nouvelle circulaire vise à préciser d'une part des objectifs de santé : prendre soin de la santé au sens de « *travailler pour la santé plutôt que contre la maladie* », ce qui n'exclue pas de dépister précocement des déficiences ou des pathologies, d'aider les familles à accéder aux soins requis pour leurs enfants, d'aider à l'intégration des enfants et adolescents atteints de handicap ou de troubles de la santé, de prendre en charge des élèves dans le cadre de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitement. D'autre part, elle met l'accent sur des objectifs et des stratégies d'éducation : l'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global, se dérouler tout au long de la scolarité des élèves depuis la maternelle jusqu'à la fin de la scolarité. Les parents doivent être informés des actions entreprises et y être associés individuellement. Il est capital de faire de l'élève un acteur de sa prévention en l'aidant à faire des choix par rapport aux risques et pour cela il convient d'animer des échanges avec des groupes d'élèves afin de mieux cerner leurs préoccupations et de répondre à leurs attentes.

En Europe, le réseau SHE (Schools for Health in Europe) compte 48 membres. En juin 2009 il a publié la résolution de Vilnius pour améliorer l'école par la santé. Ainsi dans l'introduction de cette résolution il y a une déclaration des jeunes qui nous donne un éclairage complémentaire :

*« Nous voulons que les personnels scolaires dirigeants, enseignants et les élèves s'emploient à construire une société meilleure et en meilleure santé tournée vers le présent et l'avenir. Nous voulons un environnement scolaire plus vert. Nous voulons coopérer avec les élèves des autres pays en organisant plus de rencontres avec des scientifiques et des personnalités politiques pour débattre de nos problèmes. Nous voulons plus d'activités pratiques et d'apprentissage concernant la promotion de la santé et la possibilité de consulter des experts en situation de stress.*

*Nous pensons qu'en suivant l'approche holistique, nous serons à même de régler nos problèmes de santé, notamment ceux qui concernent les troubles de l'alimentation et le manque de repos, dans l'intérêt même de la société, voire du pays. C'est en menant une vie active, en aidant les pauvres, en croyant en ce que nous faisons, en créant un environnement d'apprentissage meilleur et plus convivial, en coopération avec les enseignants, que nous vivrons plus heureux et en meilleure santé. Nous pouvons et nous devons nous efforcer d'adopter par nous-mêmes un mode de vie sain. Nous montrerons ainsi ce qu'est le plaisir d'être en bonne santé, de mener une vie active dans un esprit positif. Nous devons aussi convaincre nos parents d'agir et de prendre une part active aux activités de promotion de la santé ».*

Le développement de la santé des enfants et adolescents ainsi que son amélioration ne peuvent se limiter à une action sur l'offre en matière de structures de santé et d'accès aux soins. Compte tenu de la complexité des déterminants en cause, compte tenu de leurs interactions multiples, il y a nécessité de considérer, notamment, l'organisation de la vie familiale, le contexte social et culturel, il y a nécessité de travailler sur les conditions de vie et d'accueil des enfants et adolescents dans les institutions. La santé se construit aussi en prenant en compte tout ce qui influence cette période de la vie : non seulement les facteurs biologiques et génétiques des évolutions physiques, mais aussi les changements dans le statut social de l'enfant et de l'adolescent d'aujourd'hui, ou encore les modalités qui règlent désormais, en fonction de son âge, les relations entre l'individu et son environnement, etc.

Comme le montrent toutes les études internationales, mener à bien cette tâche éducative reste difficile. Bien des dispositifs sont inefficaces et certaines approches ont même des effets négatifs et accroissent les inégalités sociales et de santé. Les travaux disponibles convergent sur le fait que les éléments clés de l'efficacité sont l'implication, la formation et l'accompagnement des acteurs, la durée de l'action, le soutien institutionnel ainsi que le développement d'une approche globale centrée sur le développement des compétences personnelles, sociales et civiques des enfants. La diversité et la complexité des facteurs à prendre en compte ne peuvent que conduire à mettre en œuvre une approche globale.

Deux principes de mise en œuvre se dégagent :

- 1) La nécessité d'une action éducative précoce est une affirmation très partagée comme l'indique l'extrait suivant du livre intitulé « *Comportements à risque et santé, agir en milieu scolaire* » : « *Une bonne compréhension des phases de développement et des défis qui y sont associés permet d'identifier les besoins particuliers liés à la santé, au bien-être. Tout au long de leur trajectoire développementale, les enfants et adolescents doivent faire face à de multiples situations, possibilités, contraintes et pressions extérieures susceptibles d'influencer leurs décisions face à un cheminement personnel et social. Ils seront également exposés à des risques et à des difficultés pouvant affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative* ».
- Plutôt que de se focaliser sur les dangers et les problèmes, il est proposé d'intervenir en amont de ces manifestations et d'agir sur un ensemble de facteurs clés, dits de « protection », qui influencent les choix des jeunes et les problèmes qui les touchent. Il convient donc de soutenir des actions qui favorisent les aptitudes et les compétences des jeunes et qui leur permette de se développer dans des environnements harmonieux<sup>1</sup>. Enfin, l'une des contributions fondamentales de la théorie du développement dans la compréhension de la prévention des conduites à risque chez les jeunes a été l'identification de l'enfance et de la pré-adolescence comme périodes critiques pour l'acquisition de comportements à risque. D'où l'importance d'agir tôt.



- 2) Dès lors que santé et scolarité sont indissociables, on voit s'opérer actuellement en France et dans tous les pays de Communauté Européenne, un élargissement des missions des acteurs de la santé et des acteurs de l'éducation. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de spécialistes, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants - au premier rang desquels les parents - et notamment des enseignants. Les experts quant à eux, notamment ceux issus du secteur sanitaire, sont au service du projet éducatif porté par les parents et les enseignants. Développer l'éducation à la santé, c'est d'abord former les enseignants pour leur permettre de mieux identifier le rôle de l'école dans ce domaine dont la finalité est l'émancipation de tous. C'est aussi, par un accompagnement efficace, aider les équipes éducatives et soignantes à travailler collectivement à l'échelle des établissements scolaires. C'est enfin, notamment via l'action des collectivités locales et du secteur associatif, offrir aux parents la possibilité d'être soutenus dans leur action éducative.

\*\*\*\*\*

<sup>1</sup> Ces environnements harmonieux sont générés par des actions sur l'environnement physique ou social comme la mise en place d'un code de vie à l'école interdisant la violence et l'intimidation ou encore l'aménagement d'une cour où l'activité physique est favorisée...

## Atelier 2 : Promotion de la santé (suite)

### Table ronde | *Des actions de fond et des innovations*

#### ▪ **Vision globale des élus de terrain sur la santé de l'enfant et de l'adolescent (Ateliers Santé Ville)**

**Michèle BLANC-PARDIGON**, *Élue de Salon-de-Provence, Pédiatre*

---

#### Pour mémoire :

*La ville de Salon-de-Provence s'est dotée d'un Atelier Santé Ville en 2002 afin d'inscrire la santé comme priorité forte de la politique locale. Le PLSP a été construit sur la base de priorités déterminées grâce à la réalisation en 2003-2004, d'un diagnostic de santé partagé avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs locaux.*

*La contribution des institutions et associations a été essentielle dans la réalisation de ce plan, qui se doit également de prendre en compte la participation des habitants. La mise en œuvre du PLSP est planifiée sur 4 ans.*

*Depuis 2009, les priorités ont été remises à jour à partir d'une démarche de réactualisation du diagnostic. Le plan d'action présenté dans ce document s'inscrit donc dans une programmation 2009-2012.*

#### **5 axes thématiques prioritaires :**

##### **Axe 1 : Analyse et suivi de la situation sanitaire et sociale locale**

**Constats :** Difficultés à recueillir exploiter et diffuser les données existantes. Analyse de la situation sanitaire et sociale partielle. Manque un outil de diffusion de l'information.

**Objectifs :** Développer un observatoire local de la santé et du social

- Développer un réseau de structures alimentant des outils de recueil et de traitement de données objectives
- Développer la connaissance des publics et des problématiques socio-sanitaires
- Développer des espaces de communication et de concertation entre les professionnels de terrain, les décideurs et les habitants.

**Action 1 :** Coordination de l'observatoire local santé social

**Action 2 :** Production et diffusion d'outil d'information et de communication

**Publics :** Professionnels de terrain, institutions, associations, services municipaux, habitants (associations, collectifs...).

##### **Axe 2 : Accès à la prévention et aux soins des personnes isolées en souffrance psychique**

**Constats :** Cloisonnement des secteurs sociaux et médicaux, de l'action institutionnelle et associative. Connaissance partielle des situations, des dispositifs d'aides et de soutiens. Difficultés d'accès aux soins de santé primaires et aggravation de problèmes somatiques bénins (notamment les soins bucco-dentaires). Difficultés sur le maintien des soins face à des ruptures d'hébergement.

**Objectifs :** Rompre l'isolement, favoriser l'insertion sociale et les prises en charges

- Favoriser le rapprochement et la collaboration des professionnels des domaines sanitaires et sociaux et du public en structurant un réseau « santé mentale-précarité »
- Développer des actions collectives de prévention, d'éducation à la santé, accès aux soins
- Accompagner et soutenir l'émergence de dispositifs inter-institutionnels visant à améliorer l'accompagnement sanitaire et social du public.

**Action 1 :** Coordination et animation du Réseau «Santé Mentale Précarité »

**Action 2 :** Formation pluripartenariale niveau II : Souffrance psychique, santé mentale, accès aux soins

**Action 3 :** Clarifier les procédures d'urgence psychiatrique

**Action 4 :** Ateliers « santé nutrition »

**Action 5 :** Accès et continuité des soins bucco-dentaires chez les populations précarisées

**Action 6 :** Mise en place d'un dispositif de concertation interprofessionnel

**Action 7 :** Formalisation du partenariat autour du projet Maison Relais

**Action 8 :** Réflexion sur la mise en place de « lits halte soins santé »

**Publics :** Adultes isolés, bénéficiaires du RSA, AAH, public de l'accueil d'urgence et du CHRS, résidents des foyers Adoma.

Professionnels de santé, du travail social, socio-éducatif et socio-culturels amenés à prendre en charge ce public.

### **Axe 3 : Hygiène de vie et prévention des conduites à risques**

**Constats :** Des problèmes de surpoids et de caries dentaires qui progressent chez les 4 ans. Les inégalités de santé persistent toujours sur le territoire. Un dépistage gratuit avec remboursement des soins bucco-dentaires de 6-18 ans qui ne mobilise que 20% de la population. Des situations de mal-être qui se manifestent à l'entrée du collège. Un recours important à la contraception d'urgence et aux IVG chez les adolescents en parcours d'insertion professionnelle.

**Objectifs :** Juguler l'augmentation du taux d'enfants en surpoids et du taux de caries dentaires et Prévenir les conduites à risques des adolescents

- Coordonner et développer les actions d'éducation à la santé (scolaires, péri scolaires et extra scolaires)
- Mettre en œuvre sur l'ensemble des collèges des programmes de développement des facteurs de solidité et de protection
- Améliorer l'information sur l'utilisation des moyens de contraception et les pratiques de contraception.

**Action 1 :** Action de Santé Communautaire Petite Enfance et Familles

**Action 2 :** Formation-action : Sensibilisation des acteurs de proximité au développement d'actions d'éducation à la santé et d'accès aux soins

**Action 3 :** Améliorer le relais vers le dépistage et la prise en charge de soins bucco-dentaires chez les enfants

**Action 4 :** Prévention du mal-être chez les adolescents

**Action 5 :** Améliorer les pratiques de contraception des adolescents

**Publics :** Enfants, adolescents, parents, notamment sur les quartiers prioritaires.

## **Axe 4 : Troubles précoces de l'apprentissage et du comportement**

**Constats** : Difficultés d'accès aux soins des enfants présentant des troubles et difficultés d'apprentissages et troubles du comportement. Des retards du langage à 4 ans toujours importants sur la commune et particulièrement sur le quartier des Canourgues. Les risques de troubles de l'apprentissage et du comportement à 6 ans sont en recul mais toujours prévalent sur les quartiers prioritaires. Importance de travailler sur la mobilisation des parents.

**Objectifs** : Développer des modalités de prise en charge et d'un suivi plus régulier des enfants repérés à risques de troubles d'apprentissage et du comportement

- Coordonner les acteurs autour de la continuité repérage, diagnostic et prises en charge
- Accompagner les familles dans les démarches de diagnostic, de prises en charge spécialisées et de suivi.

**Action 1** : Développement d'une action d'accompagnement des parents, de repérage et d'orientation des enfants présentant des problématiques spécifiques

**Action 2** : Formation pluripartenariale des professionnels de la petite enfance

**Action 3** : Soutien au développement d'une action initiée par le PRE : Atelier d'éveil ludique public maternelle

**Publics** : Enfants de 0 à 6 ans et leurs parents.

## **Axe 5 : Améliorer les prises en charge des addictions**

**Constats** : Manque de coordination pour permettre des prises en charge décloisonnées, liées aux polyconsommations. Difficultés pour intervenir sur les usagers précoces. Problème de la continuité des soins des patients sans domicile ayant des soins réguliers et suivis.

**Objectifs** : Améliorer la coordination des dispositifs de soins et de prévention des addictions

- Favoriser l'impulsion d'un réseau en addictologie en développant le partenariat et la collaboration entre les acteurs
- Améliorer la prise en charge résidentielle des usagers dans le parcours de soin
- Assurer le repérage et l'intervention précoce des "primo-usagers".

**Action 1** : Formation des professionnels des addictions à une culture commune autour des prises en charge

**Action 2** : Assurer une continuité de soins notamment chez les personnes en rupture de logement

**Action 3** : Mise en place d'un dispositif de consultation de proximité des usagers précoces

**Action 4** : Développement d'une consultation alcoologie au sein du Centre de Détention pour préparer et coordonner la sortie des détenus

**Publics** : Consommateurs de tabac, alcool, produits illicites, médicaments souffrant d'addictions et/ou susceptibles de basculer dans une consommation excessive. Personnes en grande difficulté, éloignées du soin, en rupture d'hébergement.

## Atelier 2 : Promotion de la santé (suite)

### Table ronde | *Des actions de fond et des innovations*

#### ▪ **Pauvreté et nutrition chez le jeune enfant**

**Benjamin CAVALLI**, *Direction de l'action sociale, Croix-Rouge française*

---

### 1. Besoin social

En France, on estime que chaque année 100 000 enfants naissent sous le seuil de pauvreté et ne bénéficient donc pas d'une alimentation appropriée.

Face à cette situation, les pouvoirs publics ont décidé de faire de la lutte contre les inégalités sociales en matière d'alimentation un enjeu majeur du prochain Programme national nutrition santé en cours d'élaboration.

### 2. Le Projet

Plusieurs partenaires institutionnels, industriels et associatifs, conscients de leur engagement sociétal, souhaitent mettre en œuvre, à l'échelle nationale, un projet de santé publique visant à favoriser l'accès à une alimentation équilibrée et de qualité à des enfants en bas âge (0-2ans) issus de familles en situation de pauvreté.

A terme, l'objectif est de permettre chaque année à 80 000 enfants de bénéficier du projet.

Ce projet se décline en 3 volets :

- **Accompagnement** : Des outils de sensibilisation et des actions d'accompagnement innovantes seront mis en œuvre afin d'aider les parents à améliorer les modes d'alimentation des enfants.
- **Accès aux produits (chèques)** : Des chèques dédiés à l'achat de produits d'alimentation infantile, ainsi que de fruits et légumes, seront offerts aux familles bénéficiant du projet.
- **Savoirs et Connaissance** : Des études seront conduites pour évaluer l'efficacité du projet et pour mieux connaître la situation nutritionnelle des enfants issus de familles en situation de pauvreté.

### 3. Principes directeurs

- Le projet est **ouvert à tout nouveau partenaire** désireux d'y participer (après l'expérimentation pour les industriels)
- Le programme s'inscrit dans le **cadre des politiques publique de santé publique** en matière de nutrition : intégration du projet au PNNS 3 en cours.
- Le programme vise à développer ou à maintenir l'autonomie des personnes en favorisant **l'accès au droit commun**.
- Le financement du projet s'appuie sur un **modèle économique innovant** dont l'objectif est de pouvoir pérenniser le programme dans le temps.



#### 4. Le projet et la démarche de promotion de la santé

Notre action s'inscrit totalement dans la promotion des critères de promotion de la santé décrits par l'OMS et a pour objectif de lutter pour la réduction des inégalités de santé en matière d'alimentation en agissant sur les leviers suivants :

- Accroissement du pouvoir d'achat alimentaire des populations défavorisées en leur permettant d'accéder à des produits adaptés aux besoins des enfants en bas âges à des prix réduits grâce au dispositif de chèques de réduction.
- Prise en compte des environnements physiques et sociaux des personnes en adoptant une démarche globale de santé.
- Développement des logiques de santé communautaire auprès des individus et des groupes via entre autre la participation des familles à l'élaboration du programme.
- Développer les savoirs, ressources et compétences de ces populations leur permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de leurs cadres et modes de vie. Ce point pourrait se concrétiser dans le cadre des actions menées pour la promotion et le soutien à l'allaitement via la mise en place de groupe de mères.
- Réorientation des services pour qu'ils prennent mieux en compte les besoins des populations qu'ils servent. Il s'agira donc de favoriser les collaborations entre les acteurs du sanitaire, sociaux, éducatifs, de façon à améliorer la circulation des connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge.

#### 5. Fonctionnement du dispositif

##### Identification des publics

Deux circuits de ciblage des familles sont envisagés afin de pouvoir toucher les personnes concernées par le programme.

- Circuit Caf : Les fichiers Caf permettront identifier les familles ayant un ou des enfants entre 0 et 2 ans dont le revenu sera situé en dessous du seuil de pauvreté (60% revenu médian).
- Structures locales : les structures impliquées sur les territoires, acteurs de la petite enfance (PMI, crèche, ...), de santé (maternité, pédiatres, médecins généralistes), sociaux (CCCAS, Centre social, délégation Croix-Rouge, ...), pourront également identifier des personnes à partir d'une évaluation de la situation de la famille.

##### Services proposés par le programme

Le premier contact avec les familles interviendra dès la période de grossesse, afin de permettre une information pertinente sur l'allaitement et plus largement sur la nutrition de la mère et de l'enfant. Les familles pourront ensuite bénéficier d'actions d'accompagnement individuelles et/ou collectives.

##### Accompagnement

Ces actions d'accompagnement seront mises en œuvre et animés par les structures locales, dont les associations de lutte contre l'exclusion (Croix-Rouge française, Secours Catholique), les structures de la petite enfance (notamment les PMI) et de soutien à la parentalité, ainsi que les pédiatres libéraux, les médecins généralistes et les sages femmes.

Afin de pouvoir proposer un accompagnement de qualité dont l'objectif est d'aider les familles à améliorer leurs pratiques alimentaires, il semble essentiel que le projet puisse concentrer des moyens sur deux grands axes.

D'une part, des outils d'informations et de sensibilisation vont être élaborés pour permettre de faire passer les messages de santé publique validés dans le cadre du PNNS.

Enjeux :

- Forme : Elaborer des outils permettant de rendre accessible ces messages à des personnes ne maîtrisant pas la langue française.
- Fond : Essayer de prendre en compte la dimension socio-anthropologique de la nutrition, condition nécessaire pour que les messages et les actions d'accompagnement puissent être adaptés à la situation particulière de chaque famille.

D'autre part, il semble important de participer à la valorisation d'actions existantes, mais aussi à l'émergence de nouvelles actions portées par les partenaires au niveau local en attribuant du financement par le biais d'appels à projet.

### Chèques

Les familles recevront également une dotation de chèques dédiés qui leur permettront de se fournir en produits d'alimentation infantile de qualité dans les supermarchés de leur choix. Cette réduction tarifaire sera obtenue par un abandon de marge de la part de l'industriel.

Ce volet chèque sera géré en grande partie et pour le compte de la plateforme par Chèque Déjeuner (Adéquation).

## **6. Expérimentation**

Le déploiement de ce programme se fait actuellement au niveau de 3 sites tests : Paris XIII, Nantes et Nancy.

Dans chacun de ces sites pilotes, les partenaires s'engagent à construire un dispositif assurant la promotion d'une alimentation infantile équilibrée auprès des familles modestes notamment à travers la mise en place d'actions d'accompagnement.

## Atelier 3 : Préparés pour l'avenir ? En risque d'échec ?

### Table ronde | *Comment éviter la marginalisation ?*

#### ▪ **Le regard sur la précarité à travers un réseau de périnatalité**

**Pierre LEQUIEN**, *Professeur émérite de pédiatrie, Lille*

---

Précarité et réseau ne sont certes pas des néologismes. Ils méritent pourtant d'être définis : parce que la précarité est un concept qui évolue au rythme de la Société, parce que les réseaux de périnatalité sont suffisamment récents pour n'être pas connus de tous.

La *précarité* est un état, incertain, révocable, qui n'offre aucune garantie de durée. Est en situation de précarité celui qui n'a aucune certitude de retrouver dans un avenir proche une situation considérée comme "acceptable" (B. Blondel). L'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens de santé avait défini cinq catégories de personnes en situation de précarité : les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les titulaires d'un contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16 à 25 ans exclus du système scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. Dix-huit ans plus tard, on peut considérer que le concept de précarité s'est étendu "vers le bas" et s'applique progressivement à des populations dont le sort est plus proche de la pauvreté, en situation d'exclusion sociale où l'état de santé peut être altéré et le recours aux soins insuffisant. Quand on réduit le regard sur la périnatalité et qu'il s'agit des femmes enceintes, D. Mahieu Caputo, à partir de son expérience de la banlieue nord de Paris, envisageait deux sortes de précarité, conjoncturelle et plus durable. La précarité conjoncturelle est celle liée à une immigration très récente, de moins d'un an ; l'irrégularité du suivi est ici la conséquence du statut administratif de ces femmes et la solution réside essentiellement dans la régularisation du statut administratif. L'autre précarité est celle de femmes de nationalité française, en proie à difficultés d'ordre psychosocial : exclusion, isolement, pratiques addictives, troubles psychologiques qui les éloignent des maternités et du soin : la protection sociale n'apporte pas ici à elle seule la solution. Dans tous les cas, la précarité a été reconnue de longue date comme facteur de risque élevé de prématurité et de retard de croissance intra-utérin, tous deux, isolés ou associés causes majeures de morbidité et de mortalité néonatale.

Les *réseaux* de soins périnataux sont un principe d'organisation qui a été inscrit dans les décrets sur la Périnatalité d'octobre 1998. Ils avaient l'ambition de mettre un terme à un système centré sur des maternités indifférentes les unes aux autres. Deux principes président au fonctionnement en réseau : les maternités se voient attribuer un niveau de prérogative, de I à III, en fonction des prestations offertes, notamment sur le plan pédiatrique et plus précisément néonatalogique, et l'activité fait l'objet d'une évaluation à la fois qualitative et quantitative. Il est ainsi possible d'analyser les parcours de soins des femmes enceintes, alors que les ressources disponibles – hôpitaux, centres de santé, PMI, médecins libéraux, associations - sont clairement identifiés et que leur activité est recensée. Au total, l'unité de valeur du réseau n'est plus la santé de la femme prise en charge dans une structure de naissance donnée, mais dans l'ensemble du territoire de santé où s'inscrit de réseau. Il serait abusif d'attribuer aux seuls réseaux le seul mérite de l'identification de la précarité et de ses conséquences pendant la période périnatale. Ils constituent néanmoins un outil d'observation et d'analyse indispensables à l'élaboration de politiques spécifiques.

Quels enseignements se sont-ils dégagés au cours des dernières années ?

S'il existe fréquemment un retard à la prise en charge de la grossesse, il n'est pas imputable à des souhaits différents des femmes enceintes en situation de précarité : de revenu, de logement puis d'isolement. Il s'explique par la difficulté d'accès aux soins, par méconnaissance, par indifférence ou par refus. L'obstacle financier n'est pas négligeable dans la mesure où la gratuité des soins n'est un droit, en dehors des examens "obligatoires", qu'à partir de la 24<sup>ème</sup> semaine de la grossesse, autrement dit bien au-delà de la période d'identification de la majorité des risques accessibles à la prévention. Or le taux de femmes en situation précaire ne disposant pas de mutuelle est particulièrement élevé. Et pourtant, la première consultation s'adresse souvent au secteur privé où la crainte d'être stigmatisée est moindre, considéré en outre comme moins dangereux en cas de situation irrégulière.

La consultation tardive prive nombre de ces femmes d'un dispositif mis en place grâce à l'action militante de Françoise Molénat, pédopsychiatre à Montpellier, à savoir l'entretien dit du quatrième mois, et dont une finalité essentielle est précisément l'identification des situations psychosociales périlleuses. On ne saurait par ailleurs sous-estimer "l'insuffisance" de connaissance, voire d'implication des soignants.

Même une fois engagé, le suivi est soumis à des aléas qui relèvent d'explications complexes, au rang desquelles la méconnaissance des droits et la perte de l'habitude de la contrainte des rendez-vous à heure et date précises, la surveillance biologique et échographique se voit ainsi compromise.

Une autre caractéristique de ces femmes est le recours fréquent aux Urgences hospitalières dans deux contextes diamétralement opposés : soit qu'il s'agisse de motifs de consultation qui ne relèvent pas réellement de ce type de service, soit au contraire que la consultation soit tardive pour une urgence authentique. Dans le premier cas, le résultat en est l'encombrement d'Urgences dont on connaît les difficultés habituelles. Dans le deuxième, la longueur de l'attente peut être dangereuse.

Cette population pose-t-elle des problèmes spécifiques ? Trois au moins peuvent être identifiés : les carences alimentaires, les aléas de l'hébergement et les carences affectives quand elles ne se doublent pas de violences.

Au vu des caractéristiques de cette population, il apparaît ainsi que la médecine libérale pas plus que l'hôpital public ne sont en mesure de répondre à eux seuls aux besoins spécifiques de cette population, et moins encore quand l'hôpital est soumis à des impératifs croissants de "productivité" peu compatibles avec le temps réclamé par ces femmes. Les services de Protection maternelle et Infantile sont aptes à jouer, dans des départements privilégiés, un rôle important. Les associations, les organisations non gouvernementales sont les partenaires indispensables en ce domaine.

Au total, l'impact périnatal de la précarité ne peut être réduit que par une action globale, non seulement de l'ensemble des acteurs médicaux mais aussi des acteurs sociaux et des institutions : les réseaux sont sinon le seul dispositif mais le dispositif privilégié qui permettent le décroisement et la coordination de l'action médico-sociale.

\*\*\*\*\*

<sup>i</sup> Les réflexions préalables à l'élaboration de ce texte s'appuient sur une expérience personnelle de coordonateur du Réseau Périnatal de la Métropole lilloise (1 100 000 habitants, 22 000 naissances annuelles) et sur le travail remarquable de Dominique Mahieu-Caputo, professeur de Gynécologie-Obstétrique à l'APHP, rapporté aux 39èmes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale à Angers en octobre 2009 et publié dans le livre des Journées, édité par Arnette. D. Mahieu-Caputo est décédée en décembre 2009 à l'âge de 43 ans. Il lui est ici rendu hommage.

## Atelier 4 : Maltraitance et protection de l'enfance en danger

### 2 | Informations préoccupantes et signalement, la place de la cellule

**Brigitte SAMSON**, Pédiatre, Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Val de Marne, cellule de signalements et santé des enfants confiés à l'ASE

---

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance confirme le rôle central du Président du Conseil Général, renforce la prévention, vise à améliorer la détection et la protection des mineurs en danger. Pour cela, elle a prévu la mise en place dans chaque département d'une cellule centralisée de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (CRIP).

**La Cellule de Signalement du 94** est composée d'une équipe pluridisciplinaire : une responsable (attachée territoriale), un responsable adjoint (conseiller socio-éducatif), une pédiatre à mi-temps et cinq collaboratrices administratives.

La cellule est un des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), service départemental dont la mission première, obligatoire, est la prévention et la protection de l'enfance.

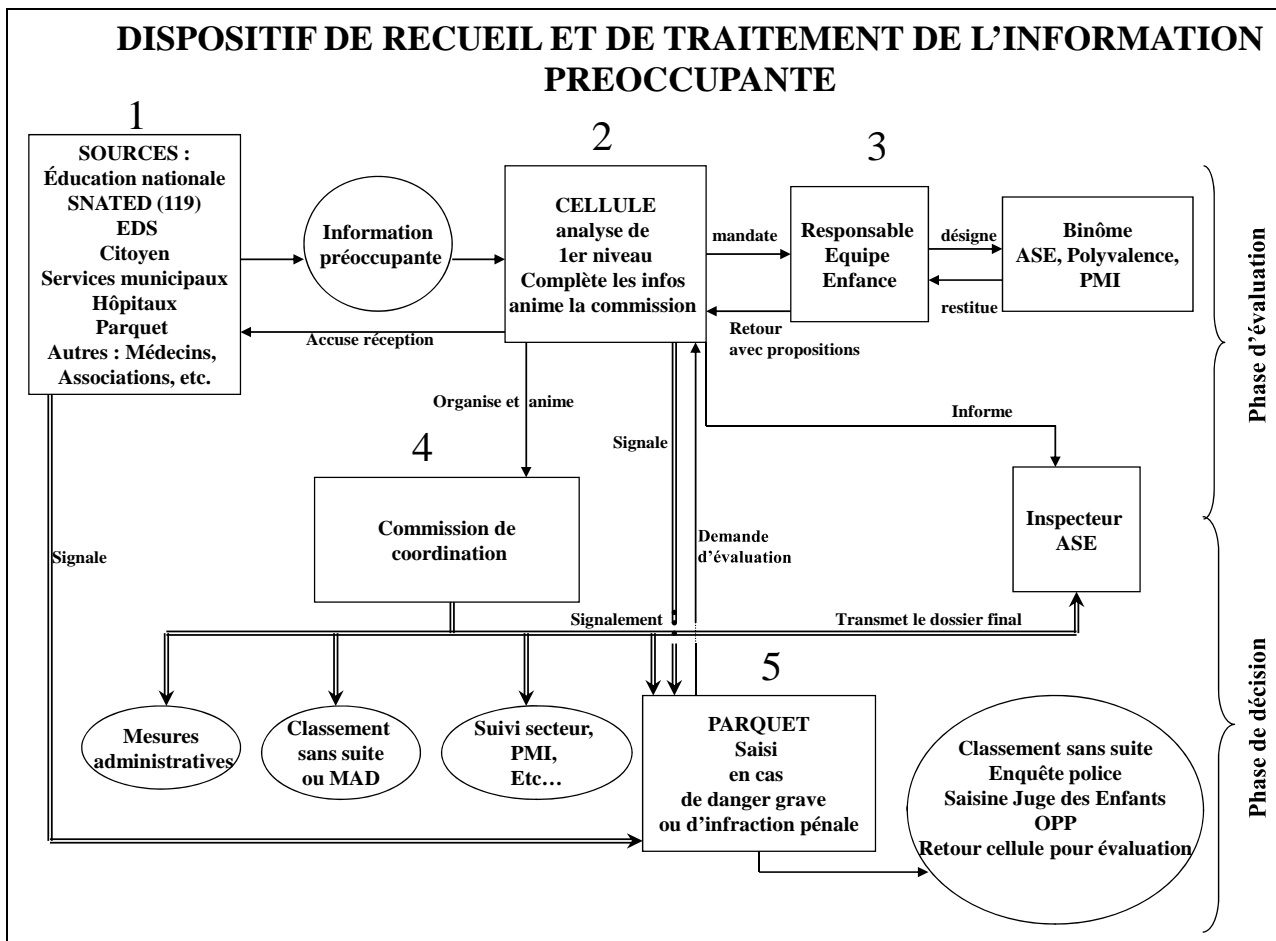
La cellule vise à rationaliser et à sécuriser le circuit de prise en charge des situations d'enfants susceptibles d'être en danger, le département étant désigné comme chef de file de ce circuit. Il est important de définir ce qu'est une information préoccupante.

On entend par information préoccupante tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner. Selon l'origine de l'information, les difficultés d'ordre familial peuvent être de nature et d'intensité très différentes.

Dans notre département, nous ne considérons pas comme information préoccupante les situations pour lesquelles les parents sont explicitement demandeurs d'aide et de soutien. Ces familles sont adressées à l'inspecteur ASE du secteur concerné, qui décidera des suites à donner.

Les informations préoccupantes sont envoyées à la cellule par des professionnels divers, dont certains sont les interlocuteurs privilégiés de la cellule. L'Education Nationale se trouve en première ligne pour le repérage des enfants en danger. Un pourcentage important d'informations arrive également par les espaces départementaux des solidarités (EDS), relais sociaux au plus près des familles.

Enfin, le Parquet des mineurs adresse aussi un grand nombre de demandes d'évaluation à la cellule, soit après signalement adressé directement au Parquet, soit après enquête de police faisant suite principalement à un signalement ou à un dépôt de plainte.



Ceci ne concerne, pour le département du Val de Marne, que les situations d'enfants qui ne sont pas connues de l'ASE. Pour les familles déjà prises en charge par l'ASE, avec une mesure administrative ou judiciaire, l'information est transmise, pour suite à donner, à l'inspecteur ASE du secteur concerné.

Les évaluations sont toujours menées par un binôme de professionnels, appartenant aux trois services présents dans les espaces départementaux des solidarités (EDS) : l'ASE, le service social de polyvalence et la PMI. Les évaluateurs sont déterminés en fonction de l'âge des enfants, des problématiques signalées et de la connaissance antérieure de la famille par certains services. Au cours de l'évaluation, après la rencontre des parents et des enfants, une enquête périphérique est menée auprès des institutions qui connaissent l'enfant concerné. En cas d'hospitalisation de l'enfant, l'observation et l'évaluation conduites à l'hôpital complètent celles faites par l'EDS.

La loi réserve le terme de **signalement** à la saisine du Procureur de la République. Le signalement peut donc être défini comme un acte professionnel écrit, présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire.



La saisine de l'autorité judiciaire par le Président du Conseil Général n'est possible, sauf urgence, qu'à des conditions précises :

<b>L'enfant est considéré comme un enfant en danger, au titre de l'Article 375 du Code Civil</b>	Et <b>le mineur a fait l'objet d'actions dans le cadre administratif qui n'ont pas amélioré la situation</b>
	<b>Ou</b> non adhésion de la famille aux mesures proposées <b>Ou</b> impossibilité de la famille de collaborer avec le service <b>Ou</b> impossibilité d'évaluer du fait de la famille

### **La question de l'évaluation est centrale**

Comment définir ? Comment repérer ? Les enfants en danger, les enfants en risque de danger... La marge est étroite entre les deux catégories d'enfants. Comment éviter que des situations à risque se transforment en danger avéré ?

Dans le département du Val de Marne, l'évaluation s'effectue sous 48 heures dans les situations de mise en danger grave de l'intégrité physique ou psychologique notamment pour les enfants de moins de trois ans.

Dans les autres situations, au regard des premiers éléments recueillis par l'information préoccupante, le délai d'évaluation est fixé à un mois renouvelable au maximum jusqu'à 4 mois.

Le plus fréquemment, il s'agit de collecter les informations connues par au moins deux personnes ou au moins deux institutions afin d'apprécier la réalité du danger encouru par l'enfant, la capacité d'adhésion de la famille à un projet d'aide et de faire des propositions de protection immédiate ou de prévention.

Quels outils pour l'évaluation ?

- ✓ Il existe des guides destinés aux professionnels
- ✓ Des référentiels d'évaluation diagnostique des situations familiales sont encore en phase d'expérimentation

### **Quel rôle pour le médecin de la cellule ?**

Il nous semble très important qu'un médecin, si possible un pédiatre, soit membre permanent, à part entière, de la cellule, même s'il n'est pas indispensable qu'il soit présent à temps plein, cela dépend du nombre d'informations préoccupantes reçues. Voici, selon notre expérience, le rôle qu'il doit jouer :

- ✓ Être l'interlocuteur principal du corps médical et des professionnels paramédicaux et décoder les informations médicales, mieux évaluer certaines situations, comme des retards de développement somatiques ou psychoaffectifs, des défauts de soin, des situations de handicap...
- ✓ Porter un regard clinique sur les informations préoccupantes et ne pas oublier le corps de l'enfant
- ✓ Ne pas oublier l'évaluation des aspects santé et développement de l'enfant
- ✓ Face aux difficultés que peuvent ressentir certains professionnels de santé à signaler leurs inquiétudes pour des enfants, le médecin de la cellule peut être le premier interlocuteur à qui ces médecins peuvent demander conseil et recevoir de l'aide pour la rédaction, si nécessaire, d'une information préoccupante ou d'un signalement
- ✓ C'est aussi l'occasion de rappeler l'obligation de signalement et la levée du secret professionnel.

L'article 226-14 du Code Pénal précise que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. Cela concerne en particulier toutes les situations de maltraitance sur mineur. Ce qui peut rassurer également les médecins est de leur rappeler que le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a apporté des précisions et en a étendu le champ : le secret partagé, limité à ce qui est strictement indispensable, est autorisé entre professionnels soumis au secret professionnel, dans le cadre de la protection de l'enfance.

De notre expérience, la mise en place d'une cellule centralisée de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes, telle que prévue par la loi, est une aide pour mieux appréhender la situation des enfants concernés dans toute leur complexité, avec leur mosaïque. Une évaluation de son efficacité, dans le respect de l'éthique, pourra permettre de progresser dans la protection des enfants, tout en respectant le droit des familles.

## Atelier 4 : Maltraitance et protection de l'enfance en danger (suite)

### 3 | Place du judiciaire dans la protection de la jeunesse

**Eric BOCCIARELLI-ANCEL**, *Vice-Président Juge des enfants au Tribunal de Grande Instance de Nancy*

---

#### **I - Bref rappel historique**

Le pater familias romain avait le droit de vie et de mort sur ses enfants. L'enfant n'avait aucun statut propre et aucune règle de droit ne permettait à des autorités extérieures à la famille d'intervenir dans le champ domestique.

Maintenu sous l'Ancien Régime et dans le code civil napoléonien, le droit de correction qui permettait aux pères de faire interner leurs enfants, n'a été abrogé qu'en 1935.

Alors que la protection administrative des enfants est issue d'une longue tradition d'origine religieuse et caritative ainsi que de la constitution progressive d'une administration permettant de les prendre en charge, la protection judiciaire prend sa source dans la volonté de l'Etat de contrôler le droit de correction et de sanctionner un usage abusif de la puissance paternelle, puis de relayer lui-même les carences de l'autorité parentale engendrant des situations de déviance.

Si le XVIIIème siècle change le regard des adultes sur l'enfant, il faut attendre le milieu du XIXème siècle pour voir apparaître des lois édictant des normes protectrices de l'enfance (lois sur le travail des enfants, sur l'école publique obligatoire ...).

Les progrès réalisés en matière de santé publique ainsi que l'avènement de la psychiatrie juvénile et de la psychanalyse vont modifier durablement la perception des enfants.

L'enfant objet, celui qui ne parle pas, est progressivement devenu un enfant sujet, parlant et agissant, qui se cherche à partir de l'autre.

La signature de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant le 20 novembre 1989 est l'aboutissement au niveau international de la nécessité de protéger l'enfant et au-delà, de lui reconnaître des droits.

#### **II - Le système français de protection de l'enfance**

##### **1) Les premiers protecteurs de l'enfant sont ses père et mère, investis de l'autorité parentale pour le protéger.**

Article 371-1 du code civil : «L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.»

##### **2) La protection administrative, issue du décret du 07 janvier 1953 et transférée aux Départements depuis les lois de décentralisation.**

Si les père et mère, ou l'un d'eux, sont «confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de leurs enfants mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social» (article L222-1 du code de l'action sociale et des familles), ils peuvent prétendre à bénéficier de certaines prestations dispensées par les services sociaux départementaux (aides financières ou matérielles, soutien éducatif à domicile, soutien psychologique, prise en charge physique de leur enfant, accueil mère-enfant...).

Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'avec l'accord de la famille.

La loi du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne un caractère central à l'intervention administrative et fait du président du Conseil Général le pivot de la protection de l'enfance, notamment pour le recueil des informations préoccupantes.

### **3) La protection judiciaire**

Article 375 du code civil : «Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge des enfants peut se saisir d'office à titre exceptionnel...»

C'est une intervention subsidiaire à la protection administrative (soit les actions de nature administrative n'ont pas permis de remédier à la situation, soit la famille refuse ou est dans l'incapacité de collaborer avec le service de l'aide sociale à l'enfance, soit celui-ci est dans l'impossibilité d'évaluer la situation).

Une intervention autoritaire de l'Etat ne peut être justifiée que par une situation grave.

### **III - Le danger, seuil d'intervention du juge des enfants**

- une notion «floue» à apprécier en fonction des circonstances
- la qualification du danger par le juge doit reposer sur des faits précis (exemples de manifestations d'ordre matériel, physique ou psychologique).

### **IV - Des intervenants spécialisés**

- de nombreux magistrats et juridictions interviennent directement ou indirectement à propos de l'autorité parentale et de la protection de l'enfant
- un cas particulier : le mineur délinquant (mineur parmi les plus vulnérables justifiant des mesures spéciales de protection selon la CIDE) (le rôle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse).

### **V - Quel avenir pour la protection judiciaire?... la place qui sera accordée aux garanties**

- la justice, institution indépendante, garante des droits et libertés individuelles, doit seule pouvoir porter atteinte à l'autorité parentale
- dans l'esprit de la C.I.D.E., l'autorité judiciaire doit veiller à ce qu'il n'y ait pas dilution de l'intérêt de l'enfant dans celui de la famille
- les garanties procédurales : le principe du contradictoire, la représentation et l'assistance de l'enfant en justice, l'audition du mineur, l'accès au dossier...
- débat.

## Atelier 4 : Maltraitance et protection de l'enfance en danger (suite)

### 4 | Accueil des mineurs victimes

**Dominique FREMY**, *Pédopsychiatre, Besançon*

---

A Besançon, l'accueil des mineurs victimes de violence a fait l'objet d'un partenariat conventionné entre le CHU et le Centre Hospitalier de Novillars, établissement de santé mentale.

La prise en charge des urgences somatiques ainsi que l'examen médico-légal des mineurs victimes sont réalisés au CHU et coordonnés par le service de médecine légale.

La prise en charge psychologique des mineurs victimes a lieu en pédopsychiatrie dans une unité spécialement dédiée à ce travail : l'unité de victimologie et de thérapie familiale située à Besançon. Les mineurs qui viennent consulter dans cette unité sont pour la plupart victimes de violences sexuelles, mais ont pu également être exposés à toutes les formes de maltraitance : physique ou psychologique, ou encore témoins de violences conjugales. La consultation est souvent motivée par le désarroi des parents lorsque l'enfant révèle les faits de violence dont il a été victime, sachant que ces faits ont eu lieu le plus souvent dans sa propre famille.

Les parents sont reçus seuls en première intention afin que l'enfant ne soit pas perturbé ou contaminé par leur état émotionnel, ce qui aurait pour effet d'aggraver son sentiment d'insécurité.

Cette première consultation permet d'affirmer les principes de la thérapie qui reposent sur la prise en compte de la dynamique familiale et sur la nécessité d'offrir à l'enfant un espace de parole confidentiel.

Le partenariat avec la justice est clairement énoncé au cours de ce premier entretien de même que la rédaction d'un rapport qui sera transmis à la cellule de signalement du Conseil Général, dans le cadre de ses missions de protection de l'enfance. Des conseils sont donnés aux parents afin d'éviter certains passages à l'acte particulièrement néfastes aux victimes tels que l'organisation de confrontations sauvages avec leur agresseur.

L'attitude des parents vis-à-vis du mineur victime est un indicateur précieux qui conditionne les orientations de travail en fonction du crédit qu'ils apportent aux révélations de leur enfant.

Le second entretien est consacré à l'enfant victime afin d'évaluer son état psychologique, de consigner dans un certificat médical la symptomatologie post-traumatique qu'il présente et d'identifier ses ressources dans sa famille et dans son quotidien.

L'approche clinique individuelle comporte une dimension criminologique et s'applique à comprendre et à dénouer les liens d'emprise exercés par l'auteur sur la victime : il s'agit d'éviter chez la victime l'installation d'un syndrome dissociatif ou de troubles de la personnalité. Il s'agit également d'aider la victime à s'extraire d'une relation de dépendance vis-à-vis de son entourage.

La thérapie proposée ultérieurement s'intéresse aux différents sous systèmes familiaux : celui du couple parental, celui de la fratrie, et en explore toutes les déclinaisons jugées utiles selon la singularité de la situation. La durée de la thérapie s'adapte à la durée de la procédure judiciaire et accompagne ses étapes parfois douloureuses (auditions, confrontations, expertise, procès).

Nos outils avec la famille et le mineur victime consistent à mettre en évidence, grâce à la rédaction de leur génogramme, des traumatismes qui ont pu affecter les générations antérieures et qui sont réactualisés par le dévoilement des faits.

Chaque famille est prise en charge par un binôme de thérapeutes qui comporte un clinicien (psychologue ou pédopsychiatre).

La psychothérapie veille à soulager l'enfant d'une symptomatologie post-traumatique polymorphe qui comporte des troubles du sommeil, des troubles de l'attention de la concentration, des difficultés relationnelles et une tristesse de l'humeur souvent dissimulée à l'entourage.

Le retentissement des faits sur le contexte familial fait l'objet d'une attention particulière car il modifie complètement le paysage relationnel antérieur et peut isoler le mineur victime.

Lorsque l'auteur des violences sexuelles est également mineur, il est constructif de mettre en place des liens entre professionnels qui assurent la prise en charge de ce mineur auteur et celle du mineur victime, pour une meilleure compréhension du processus de victimisation et plus tard pour envisager des actions de réparation. L'intervention d'un tiers judiciaire ou administratif reste indispensable.

L'Unité de Victimologie travaille en partenariat étroit avec différentes associations : celle qui désigne les administrateurs ad hoc, l'Association d'Aide aux Victimes d'Infraction, ainsi que le Barreau des Avocats de Besançon.

Un projet de création d'un réseau de familles d'accueil spécialisées dans la prise en charge des mineurs victimes d'agression sexuelle est en cours avec comme partenaires : l'ASE et le Placement Familial de la Croix-Rouge à Besançon.



## Atelier 5 : Délinquance, violence

### 2 | *Prévenir et combattre la violence en milieu scolaire*

**Hélène ROMANO**, Docteur en psychologie clinique, Paris

---

L'institution scolaire est régulièrement confrontée à la question de la violence : de la maternelle au lycée elle concerne les élèves entre eux, la violence entre élèves, familles et enseignants mais également la violence de l'institution à l'égard des élèves comme des professionnels. Violences matérielles, violences physiques, violences sexuelles, « jeux dangereux », school bullying : les manifestations de cette violence sont multiples. Repérées pour certaines, elles sont le plus souvent banalisées, voire déniées et conduisent à d'autres violences.

Porteurs d'importants enjeux politiques et sociaux, le phénomène des violences en institution scolaire a pris depuis plusieurs années une dimension nouvelle sans que l'on sache toujours faire la part entre ce qui relève d'une réelle augmentation des faits ou d'une mutation du rapport à la violence à l'école moins supportée, mieux signalée mieux prise en compte, sous l'effet d'une médiatisation plus importante et d'un sentiment d'insécurité de plus en plus intense. De la violence à l'école, à la violence *de* l'institution scolaire, les confusions peuvent rapidement se faire, alors que les processus en jeu sont bien distincts.

Définir la violence scolaire c'est prendre en considération ses multiples expressions possibles : la violence à l'école ne peut pas être réservée aux seuls faits d'agressions graves et nécessite d'envisager l'ensemble de ces petites violences du quotidien individuelles et institutionnelles qui, si elles ne sont pas toujours pénalisables, deviennent de véritables violences susceptibles de blesser profondément les sujets qui en sont victimes et d'altérer durablement le fonctionnement institutionnel des établissements. Le risque est cependant de conduire à un glissement de la notion de violence et de souffrance psychique à celui de mesure du degré de conformité sociale. Mesure qui donne aussi lieu à une interprétation en termes d'adaptation et d'inadaptation de l'élève. Mais notion qui a du succès car elle a un aspect pragmatique et utilitaire : repérer les comportements antisociaux.

Parler de la violence scolaire c'est aussi envisager la souffrance, celle des élèves (qui se sentent incompris, malmenés, méprisés) et qui en viennent à s'agresser eux-mêmes ou à blesser leurs pairs ; celle de leurs familles (inquiets quant à l'avenir de leur enfant ; dépassés par une logique et une culture scolaire qu'ils ne comprennent pas toujours, insécurisant dans leur fonction d'étayage parental) ; celles d'enseignants et de professionnels (qui se sentent dénigrés, dépossédés de leur métier et vivent une profonde crise d'identité) ; celles d'une institution (soumise aux exigences sociales et stigmatisée comme principale responsable de tous les maux de notre société moderne) ; celles des liens inter-relationnels et institutionnels mis à mal et dont la déliaison vient majorer les troubles individuels.

La violence scolaire n'est pas exclusivement la violence *de* l'école ou la violence à l'école. C'est un processus transactionnel et intersubjectif lié aux spécificités individuelles de chacun et aux variations contextuelles, situationnelles et socio-culturelles. Cette violence plurielle peut être comprise comme un symptôme de la souffrance individuelle et collective au sens où l'accent qui y est porté constitue un ultime recours pour dire que la situation scolaire est devenue insupportable au même titre que la situation individuelle est source de souffrances intolérables. La violence scolaire n'est pas une fatalité, une tragédie inéluctable, elle est issue d'un processus plurifactoriel qui s'enracine dans l'histoire de l'école, dans celle des élèves et de leurs familles, dans celle de la société tout entière. Au-delà de toutes les difficultés qu'elle révèle, la violence scolaire représente un véritable défi, un impératif à penser et à construire une culture commune ; à passer d'un rapport de force à une mise en sens propre à restaurer les capacités d'élaboration de chacun, pour que chaque élève, comme chaque adulte, puisse continuer d'être et soit respecté dans toute sa singularité.

## Quelques références bibliographiques

Circulaire n°2006-125 du 16.08.2006 sur la prévention et la lutte contre les violences en milieu scolaire

Baubet T, Le Roch K., Bitar D., Moro M.R & al. *Soigner malgré tout*. vol1 & 2. Grenoble, éd. la pensée sauvage ; 2003.

Bergeret J. *La violence fondamentale*. Paris : Dunod ; 1984.

Caron J.C. *A l'école de la violence, châtiments et sévices dans l'institution scolaires au XIX<sup>e</sup> siècle*. Aubier ; 1999.

Charlot B, Emin J.C., *Violences à l'école, état des savoirs*. Paris : Armand Colin, 1997

Croissandeau J.-M. Rapport de l'inspection générale du ministère de l'éducation nationale sur les jeux du foulard, mars 2002.

Cullingford, Morrison, Bullying as a formative influence : the relationship between the expérience of school and criminality, *British Educational Research Journal*, 21, 5, 547-560.

Debardieux E., (Dir), *La violence en milieu scolaire*, trois tomes, 1996, 1999, 2001, Paris, ESF Editeur

Miller A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Aubier, 2002

Romano H. Prise en charge des enfants et des adolescents victimes d'événements traumatiques. *Stress et Trauma* 2006 (4) : 239-246

Romano H Conduites dangereuses et « jeux » dangereux à l'école, *Psychiatrie de l'enfant*, LII, 1, 2009 :247-263.

Romano H. Enfants et adolescents face aux jeux dangereux, revue Diversité CNDP, n°160 :88-93

Romano H. Comprendre les pratiques dangereuses à l'école Revue de santé scolaire et universitaire 2010, n°3 : 8-13

Romano H, Baubet T, Moro MR. Expressions du jeu traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, 2008, 166 : 702-710.

Smith P., Sharp S., *School bullying*, 1994, London, Routledge.

## Atelier 5 : Délinquance, violence

### 3 | *Prévenir et réinsérer*

#### ▪ L'acte d'éduquer

**Philippe DA COSTA**, *Directeur du bénévolat et de la jeunesse, Croix-Rouge française*

---

#### Introduction

Nous nous interrogeons souvent sur les responsabilités des enseignants, des parents, des éducateurs, tellement il semble clair qu'une société où la fonction de socialisation est mal assurée, est vouée à des difficultés importantes. La violence des jeunes nous interpelle comme un échec éducatif ou un appel à une autre formation. Sans doute que la question essentielle concerne la crise des finalités, du projet, et du sens. Depuis les années 80-90 le sentiment d'exclusion ou d'être aux portes de la vie traverse très largement une grande partie de la jeunesse. La question centrale est : « Quelle sera ma place, quelle peut être ma place dans la vie ? »

Sans que l'on s'en rende compte, le verbe transmettre s'est substitué à former ou éduquer. Que signifie ce glissement ? Parler de formation ou d'éducation renvoie actuellement à l'idée d'un formatage, d'un résultat auquel on veut arriver et qui est connu d'avance. Une situation dont on ne veut plus dans notre société. En revanche, dans la transmission, il y a l'idée d'un passage de relais, d'une confiance, de quelque chose qui reconnaît la liberté de celui qui reçoit.

Mais quelle que soit la façon dont on le nomme, c'est l'acte d'éduquer qui est mis en cause quand la société constate que sa jeunesse ne va pas bien.

#### De la relation éducative

##### Un postulat : Le principe d'éducabilité

Or l'éducation n'est pas un apport facultatif dans la construction de la personne. Le jeune ne peut se développer, grandir qu'à travers des rapports sociaux introduits par l'acte éducatif : l'adolescent et l'adulte se découvrent, évoluent et se structurent à travers une interaction, une médiation.

Éduquer, c'est permettre à un enfant de prendre conscience de ses potentialités et d'accéder à l'autonomie. Cette mission induit un accompagnement sur un itinéraire conduisant l'enfant d'un état de dépendance à un état de liberté. Cette pédagogie de la réussite est d'abord fondée sur la confiance réciproque qui implique la capacité à ne pas infantiliser les jeunes.

Pour les penseurs de l'éducation nouvelle comme A. FERRIÈRE, l'adulte est là pour favoriser la bonne volonté de l'enfant, au nom des valeurs : amour, vérité et bien. Ainsi, l'éducateur, en fidélité au courant de l'éducation active, doit partir de l'enfant, de l'adolescent qu'il a devant lui et non de celui qu'il aurait aimé avoir en face de lui.

Par des identifications successives, l'enfant progresse et trouve sa propre personnalité.

#### Vers une pédagogie de la réussite

La relation éducative doit permettre une auto-éducation, une forme d'éducation par les pairs. Elle nécessite une attitude d'accueil, de stimulation et d'encouragement. Laisser choisir le jeune ne doit pas se traduire par un abandon de l'action. L'adulte, au contraire, est là pour lui donner les moyens de choisir et de réaliser ses projets. Il l'aide à persévérer et à achever ce qu'il a commencé afin qu'il aboutisse et réussisse. Il

l'accompagne dans une démarche d'autonomie, en favorisant la découverte de soi et l'acceptation de l'autre comme différent. L'écoute, l'empathie et le respect sont indispensables à l'éducateur.

Cette ambition doit avoir pour épine dorsale la volonté de développer l'autonomie des jeunes. L'action éducative doit être construite pour renforcer les capacités des jeunes à être les acteurs de leur vie. Cette ambition vise à rendre les jeunes des citoyens :

**Autonomes**, capables de faire des choix et de gérer leur vie sur le plan personnel et sur le plan social.

**Solidaires**, capables d'agir avec les autres et pour eux, de partager leurs préoccupations

**Responsables**, capables d'assumer leurs propres actes, de tenir leurs engagements et d'achever ce qu'ils entreprennent ;

**Engagés**, capables de s'affirmer par rapport à des valeurs, une cause ou un idéal et d'agir en conséquence.

## **Etre éducateur, c'est croire, espérer, aimer**

Dans un passé encore récent l'essentiel, en matière d'éducation, était de faire quelque chose avec les enfants. Aujourd'hui, l'essentiel est de leur apprendre à tisser des liens.

**La relation éducative est un accompagnement vers l'autonomie**, de la petite enfance jusqu'à l'état adulte. C'est un véritable itinéraire qui n'est pas forcément linéaire. Etymologiquement, éduquer « *educere* » signifie « sortir hors de ».

Par la relation éducative, il s'agit d'aider l'enfant à prendre conscience que le monde a une emprise sur lui, que les lois qui l'organisent agissent sur lui. C'est le rôle de l'éducateur d'être le porteur de cette loi. L'enfant acquiert alors une capacité d'action sur le monde s'il choisit d'être acteur de sa vie, de la vie. L'aider à quitter le monde de la toute puissance, c'est l'aider à agir.

**Il est important que l'enfant sache que c'est la loi qui garantit le plaisir de vivre ensemble** et que l'association de la loi et du plaisir est essentielle, sinon il s'enferme dans le plaisir unique de la transgresser. Il lui faut apprendre et expérimenter que les règles de vie se négocient en référence à la loi. C'est de cette façon qu'il sera possible de l'aider à s'inscrire dans le temps. L'art d'éduquer, tient de cet équilibre fragile entre le non et le oui. L'éducateur est avant tout un funambule.

**La relation éducative est marquée par trois interdits majeurs.** L'interdit de la fusion tout d'abord, qui pousse l'éducateur à trouver la bonne distance entre « je suis suffisamment proche pour ne pas être indifférent, et je suis suffisamment lointain pour préserver la liberté ». L'interdit de la violence ensuite, quelle qu'elle soit, physique, morale ou psychologique. La seule façon de s'en prémunir est la négociation. Et enfin l'interdit du mensonge qui est le dernier.

Ces trois interdits sont fondamentaux dans toute relation et décrivent exactement la posture de l'éducateur. Il est auprès de l'enfant, l'image de la non fusion, de la vérité, et de la non-violence. L'adulte est bien un passeur entre l'enfance et la société pour ouvrir à la découverte du sens des responsabilités et de l'engagement sur des valeurs du vivre ensemble.

Ainsi, la relation éducative appelle trois attitudes de l'éducateur :

**Croire**, « je crois en toi » ; **Espérer**, « j'espère en toi » ; **Aimer**, « je t'aime comme tu es et non comme je souhaiterais que tu sois ».

## Atelier 5 : Délinquance, violence

### 3 | *Prévenir et réinsérer*

- **La mesure de réparation dans le cadre pénal : une réponse judiciaire pas comme les autres pour les enfants auteurs de délits**

**Rosette SWITSCHARTSCHIK**, *Éducatrice*

---

La mesure de réparation s'inscrit dans une démarche de prise de conscience de l'acte délictuel commis et la capacité pour l'auteur de répondre de son délit par une action positive vis-à-vis de la victime (réparation directe) ou au profit de la collectivité (réparation indirecte).

C'est une mesure pénale, une sanction mais pas une sanction répressive.

A travers quelques récits de mise en œuvre de mesures de réparation, je tenterai de faire comprendre le sens du travail engagé avec le jeune et sa famille et le plaisir que j'éprouve à mettre en mouvement une démarche originale qui s'appuie sur un rapport aux autres possible, qui ne relève pas de la loi du talion, du rejet, de la peur : un pari d'humanité qui se construit à plusieurs.

## Atelier 6 : Enfants et adolescents migrants

### 2 | *Vulnérabilité des enfants et des adolescents de parents migrants*

**Ferdinand EZEMBE**, *Docteur en psychologie, Directeur d'Afrique Conseil association de psychologues africains*

---

La communication est basée sur l'expérience en Zone Urbaine Sensible d'un psychologue, ces territoires se caractérisent par une hétérogénéité culturelle avec d'une part une forte présence de populations migrantes donc les représentations socioculturelles et les modes de vies différents de celle des acteurs sociaux, d'autre part, des équipes composées de professionnels de différentes spécialités : enseignants, éducateurs, animateurs, travailleurs sociaux, psychologues, pédopsychiatres, intervenants sportifs et culturels... qui sont aussi culturellement hétérogènes du point de vue des philosophies de leur institutions. Cette double contrainte pose la question de l'adéquation entre les ambitions des acteurs, l'analyse qu'ils font de la situation des familles et des enfants donc ils ont la charge, et la manière dont les familles perçoivent les éventuels bénéfices de ce qui leur est proposé et comment les bonnes intentions peuvent augmenter la vulnérabilité des familles.

#### *Vulnérabilité psychologique !*

« la transplantation entraîne des difficultés relationnelles avec le monde extérieur de la société d'accueil, mais elle entraîne aussi des perturbations manifestes dans le fonctionnement familial proprement dit.<sup>1</sup> » Pour survivre la famille migrante se défend contre le monde extérieur qui lui est souvent hostile, cela implique alors la mise en œuvre de mécanismes de défense qui malheureusement ne facilitent pas les relations interpersonnelles entraînant un état de tension permanent qui n'est rien d'autre que l'expression d'une souffrance, celle-ci peut être d'autant plus grande si les parents migrants sont condamnés par les structures de la société d'accueil alors qu'ils pensent agir pour le bien de leurs enfants.

En tant que psychologue, notre pratique s'inspire de l'interculturalité, Généralement nous avons à faire à des populations vulnérables (du fait des parcours migratoires ou des conditions socio-économiques ou des deux en même temps) qu'à des personnes traumatisées (en faible nombre cependant). Ces personnes avant la rencontre avec des travailleurs sociaux possèdent des capacités d'adaptation à leur environnement, il s'agit pour nous de reconnaître et valoriser leur capacités « *Au lieu d'étudier les faiblesses, les carences, et les moyens de les compenser, nous commençons par rechercher les forces, et comment les utiliser* » A titre d'exemple dans une culture où l'individu s'épanouit dans la densité de relations sociales qu'il établit, la demande croissante d'autonomie peut paraître oppressante voire, déstabilisante pour une famille. Nous travaillons à identifier les réseaux et lieux de socialisation qui existent, plutôt que de l'éloigner d'un supposé communautarisme. Nous rencontrons aussi des catégories sociales victimes de différences, plutôt que de mettre en avant la victimisation (certes nécessaire pour reconnaître le trauma), nous cherchons les facteurs de protection de l'individu. Quelle signification collective est donnée par sa communauté culturelle à un événement traumatique ? On sait par ailleurs que « *dans certaines cultures, la présence d'un système de croyance chez un enfant à risque est identifié comme une source de protection contre la psychopathologie à l'âge adulte* ». Dans ce contexte la fréquentation assidue d'une famille à une pratique religieuse peut devenir un facteur de protection que de vulnérabilité.

#### Porter un autre regard résilience et culture

Il est important que les parents deviennent des partenaires et pas seulement des bénéficiaires d'une politique faite malgré eux souvent sans eux. Il est aussi primordial comme le dit le Dr Manciaux, que « *le développement de la résilience passe pour les professionnels par un autre regard sur la réalité, en vue d'un meilleur usage des stratégies d'intervention. Il amène à abandonner tout déterminisme transgénérationnel automatique et tout perfectionnisme afin que la personne, la famille, cherchent, dégagent et se construisent un chemin de vie* ». Il s'agit d'un regard de positivité.

\*\*\*\*\*

<sup>1</sup> J.-C. Scotto, M. Antoni, « L'indispensable aventure de l'adolescence: du conflit intergénérationnel aux risques de la création en milieu transplanté », *Migrants formation*, N°78, Septembre 1989.



## Atelier 6 : Enfants et adolescents migrants (suite)

### 3 | **Prise en charge des mineurs étrangers isolés : accueil et avenir, reconstitution familiale**

**Sophie SAVOURNIN**, Directrice du lieu d'accueil et d'orientation de la Croix-Rouge française

---

#### Les mineurs étrangers isolés : Quelle définition ?

Un Mineur étranger isolé est une personne âgée de moins de 18 ans de nationalité étrangère se présentant ou étant déjà présente sur le territoire Français et non accompagnée d'un représentant légal (père, mère ou tuteur).

Angéline Etienne a établi une typologie des MIE. Elle définit plusieurs catégories :

- les exilés,
- les mandatés,
- les exploités,
- les fugeurs,
- les errants.

Elle précise que la frontière entre ces profils est perméable.

#### Le LAO

Depuis son ouverture en 2002, le LAO de Taverny a accueilli plus de 800 mineurs étrangers isolés arrêtés à l'aéroport Roissy Charles de Gaulle.

Notre accueil consiste tout d'abord à répondre aux besoins essentiels des mineurs (être logé, habillé, nourri) dans une situation d'urgence et face aux risques qu'ils encourent de se retrouver à la rue ou d'être contrôlés par des réseaux dont l'objectif est de les faire travailler.

Notre deuxième objectif est d'aboutir à un "diagnostic de situation" complet, prenant en compte les différents facteurs liés à la problématique spécifique de ces mineurs étrangers isolés, à savoir :

- L'analyse et la reconstitution du parcours migratoire, les motifs et les conditions particulières qui entourent le départ du pays d'origine,
- L'analyse de la situation administrative et juridique notamment au regard du droit du séjour,
- L'évaluation du degré d'isolement ainsi que l'analyse de la situation familiale,
- L'évaluation des besoins spécifiques de chaque jeune en termes d'accompagnement éducatif ainsi que celle des capacités d'adaptation et d'autonomie dans un contexte culturel à priori étranger,
- L'évaluation de sa vulnérabilité psychologique,
- L'évaluation de son état de santé physique,
- L'évaluation de son parcours scolaire antérieur, de ses capacités d'apprentissage et de sa capacité à soutenir un projet d'insertion scolaire ou professionnelle.

C'est à partir de ce socle d'observations, que s'initie la construction d'un projet d'avenir individualisé qui aboutit à une proposition d'orientation qui sera validée (ou pas) par le juge des enfants ordonnateur du placement.

- Organiser un rapprochement familial en France ou à l'étranger,
- Le placement en structure éducative,
- Le retour au pays.

En plus de ces objectifs « réels », le LAO doit poser comme postulat de ses intentions différents objectifs posés en amont qui se déclinent tout au long de la prise en charge des jeunes accueillis et qui répondent à la problématique de ces jeunes :

- le LAO doit offrir un cadre suffisamment sécurisant pour l'adolescent qui doit rester libre de s'en servir ou non
- le LAO doit permettre un temps de repos ou d'élaboration psychique selon le travail que l'adolescent est en capacité de soutenir
- le LAO se veut comme un espace et un temps qui replace, resitue l'adolescent dans une historicité, une continuité d'existence
- le LAO doit aider l'adolescent à élaborer la perte et la séparation avec l'origine et ses objets familiers
- le LAO doit soutenir l'adolescent dans sa position de sujet et le faire sortir d'une position passive pour qu'il puisse maîtriser autant que possible l'attente plutôt que la subir

## CONCLUSION

Depuis la fin des années 90 la question du traitement réservé en France aux mineurs isolés étrangers fait régulièrement la une des médias, que ces enfants soient présentés avec le visage émouvant de l'enfant victime de la traite, ou sous l'aspect moins sympathique du mineur auteur de délits (les anciens pilleurs d'horodateurs) ou profiteur du système de protection de l'enfance.

Ainsi, la façon dont cette question a trouvé sa place dans la législation illustre comment ceux qui font la loi répondent aux préoccupations contradictoires de protéger les personnes vulnérables et de se protéger d'elles (c'est-à-dire d'éviter de favoriser l'immigration clandestine avec la fameuse notion de « l'appel d'air »).

- La protection de l'enfance : Loi du 22 février 2007 et son art 1
- Les lois sur l'immigration : La loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration et à la nationalité qui réduit l'accès de droit à la nationalité française.
- La loi du 24 juillet 2006 qui permet aux MIE d'obtenir un titre de séjour pour des motifs de vie privée et familiale.

En fait le cas des MIE illustre un modèle d'action publique face à la vulnérabilité qui permet de faire tenir ensemble attitude compassionnelle et pratiques répressives, les MIE étant « classés » des deux cotés d'une frontière morale qui sépare les victimes de souffrances légitimes dont on plaindra le sort et ceux dont la détresse est perçue comme feinte et donc illégitime.

Au final, établir le tracé entre les souffrances qui mériteront aide et compassion et les autres, ne peut se faire qu'au niveau individuel et donc au cas par cas face à la variété des parcours, des motivations, des projets, des mérites individuels. Cette individualisation du traitement insécurise les mineurs accueillis ainsi que les équipes éducatives qui les accueillent.

## **Séance plénière : Handicaps, vulnérabilité et ressources : Pour une prise en charge plus cohérente**

**Brigitte CHABROL**, *Professeur de Pédiatrie, Marseille*

---

D'après la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le terme de handicap est défini ainsi : "Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant".

Le taux de prévalence des handicaps de l'enfant n'a pas diminué durant les dernières décades en France comme à l'étranger, la proportion d'enfants déficients est proche de 2% tous handicaps confondus. Ce taux se situe ainsi autour de 8 enfants pour 1000 naissances pour les handicaps neurosensoriels sévères (trisomie 21, retards mentaux sévères, paralysie cérébrales, surdités sévères, autismes, autres psychoses.). Il est de 3 pour 1000 pour les déficiences motrices, comme pour les déficiences intellectuelles sévères ; de 2,5 pour 1000 pour les troubles psychiatriques (autisme et psychose), et de 1,5 pour 1000 pour les déficiences sensorielles sévères. Par ailleurs plus de 1% des enfants sont atteints d'autres anomalies responsables de handicaps (troubles mentaux, maladies somatiques, malformations). Ce taux est beaucoup plus élevé chez les enfants nés prématurément (<32 SA) où il est montré que 3 à 9 % de ces enfants seront porteurs d'une Cerebral Palsy, 15 à 20 % présenteront un retard mental modéré ou profond et 3 à 4 % seront porteurs d'une déficience visuelle ou auditive sévère.

La découverte d'un trouble du développement psychomoteur chez un enfant justifie une recherche systématique des différentes causes connues à ce jour. Lorsque le diagnostic est porté, l'annonce du diagnostic et de ses conséquences doit être clairement expliquée selon des règles de bonne pratique. Le diagnostic constitue ainsi un élément essentiel dans le choix du projet de l'enfant handicapé par la connaissance du pronostic, la connaissance des handicaps associés (multihandicap), la connaissance du risque de survenue de complications évolutives responsables de surhandicap. La reconnaissance d'un handicap constitue un événement clé dans la vie d'un enfant et de sa famille. A coté de cette phase et en parallèle doivent donc se dessiner et se préciser de façon très précoce, les mesures d'accompagnement à proposer à l'enfant et à sa famille.

Des moyens existent mais ils sont sous employés en grande partie parce qu'il n'y a pas de coordination et/ou pas d'informations : méconnaissance de l'existence des dispositifs existants tant au plan du diagnostic que de la prise en charge quotidienne, chacun ne connaissant que ses ressources propres.

Les familles n'arrivent pas à se retrouver dans le système tel qu'il est proposé actuellement. Les termes de « parcours du combattant », de « galère », sont très souvent utilisés par l'enfant et ses parents pour décrire le cloisonnement existant entre le secteur libéral, hospitalier et institutionnel. L'absence de logique de coordination entre les différents partenaires peut aboutir pour les enfants à une réelle carence de prise en charge avec des effets très délétères sur leur développement neuromoteur et leur intégration sociale.

Partant de ce constat, en 2007 un réseau intitulé « Handimomes » destiné aux enfants a été financé dans le cadre de la dotation régionale de développement des réseaux ARH-URCAM-PACA 2007.

Il s'adresse aux enfants et adolescents (jusqu'à 20 ans) présentant un handicap moteur associé ou non à un déficit intellectuel, d'origine cérébrale et/ou médullaire, pour lesquels un diagnostic de handicap a déjà été posé, tels que :

- séquelles de traumatismes crâniens,
- « paralysies cérébrales » (IMOC) d'origine développementale ou acquise,
- polyhandicaps, quelle qu'en soit l'origine.

Ce réseau concerne essentiellement les enfants à domicile. Le réseau se donne pour objectifs :

- Favoriser l'accès de tous les enfants et adolescents et handicapés moteurs de la région PACA Ouest aux soins et à la rééducation dont ils ont besoin tout en privilégiant le maintien à domicile, la scolarisation et l'utilisation des structures existantes par l'évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un projet d'action individualisé.
- Améliorer la coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux, libéraux ou hospitaliers.
- Harmoniser les pratiques par la diffusion de référentiels cliniques.
- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées :
  - Recenser les différents acteurs spécialisés dans la prise en charge des handicaps moteurs de l'enfant,
  - Coordonner les soins et la prise en charge par ces professionnels
  - Elaborer des outils communs avec les professionnels du réseau
  - Harmoniser et actualiser les connaissances initiales
  - Réduire les inégalités de prise en charge
  - Informer précocement sur le réseau et l'inclusion, dans le respect du libre choix du patient et du consentement éclairé,
  - Suivre et évaluer les soins dispensés et l'indice de satisfaction, évaluer les besoins grâce à des outils spécifiques.
- Favoriser la collaboration entre les réseaux existants ou à venir, notamment au moment du passage à l'âge adulte.
- Développer les échanges et synergies avec les Maisons du Handicap et l'Education Nationale.
- Former et informer :
  - Former tous les acteurs concernés par le handicap des personnes de 0 à 20 ans participant au réseau
  - Informer les professionnels, les familles, les usagers et leurs représentants.
- Promouvoir la reconnaissance par l'URCAM de l'intervention spécifique de professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge de ces patients
- Recueillir les données à des fins épidémiologiques et permettre aux tutelles d'anticiper les besoins en structures.
- Promouvoir la recherche clinique concernant la prise en charge de la personne handicapée dans sa globalité.

Ce réseau a ainsi pour but de favoriser l'accès au soin, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Il doit permettre d'éviter des ruptures de prise en charge grâce à une meilleure coordination des différents acteurs et à l'organisation d'un véritable pôle d'accompagnement médical et paramédical spécialisé tout au long du parcours de soins des enfants porteurs de handicap et de leur famille.

La valeur ajoutée attendue du projet, est l'amélioration de la qualité des soins et de vie, une meilleure adéquation des orientations par une action coordonnée au plus près du domicile, une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation en court séjour, une amélioration de l'accueil et de l'accompagnement lors des hospitalisations, un accès facilité aux différentes filières de soins, une interdisciplinarité et une reconnaissance de certaines prestations spécialisées non prises en charge dans le secteur libéral.

## **Séance plénière : Handicaps, vulnérabilité et ressources : Pour une prise en charge plus cohérente**

**Jérôme COLONNA**, *Président de l'URAPEI, Marseille*

---

Faire un témoignage sur le vécu du handicap est difficile, car il faut parler de problèmes personnels qui touchent toute la famille au plus profond d'elle-même.

Avoir un enfant handicapé, et à plus forte raison polyhandicapé, entraîne beaucoup de souffrances que seul l'amour de la famille et notamment de la mère pour cet enfant permet de supporter. Ces souffrances sont souvent aggravées dès la naissance par le comportement maladroit du corps médical, le regard des autres et le rejet de notre société occidentale, dite civilisée, pour tout ce qui est hors norme.

Le corps médical, dans sa grande majorité, et la société toute entière connaissent mal ces problèmes et il faut espérer que des témoignages sur le vécu du handicap pourront faire avancer les choses et aider les jeunes parents.

C'est pour cette raison que j'ai accepté, en accord avec mon épouse, de faire ce témoignage de vieux parents qui ont eu, dans les années 1970, une fille polyhandicapée que nous avons toujours gardée avec nous et qui est décédée il y a deux ans à l'âge de 33 ans.

Quand elle était jeune nous n'avons jamais envisagé de la placer dans un établissement. D'abord il y en avait peu, on ne savait pas combien de temps elle vivrait et on aurait eu l'impression de l'abandonner. Cette façon de voir les choses est un peu égoïste de la part du père qui a mené sa vie professionnelle sans contrainte. Toutes les contraintes étaient pour mon épouse qui a été remarquable, je ne le dirai jamais assez, ainsi que pour ma belle-mère qui s'en est beaucoup occupée. Nous avons pu la garder à la maison dans d'assez bonnes conditions car nous étions bien logés et nous avons eu la chance d'avoir une femme de ménage italienne qui aimait beaucoup notre fille.

Quelques années avant son décès nous avons envisagé de la mettre dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), au moins de façon intermittente, dans la hantise, comme tout parent vieillissant, de savoir ce qu'elle deviendrait après notre disparition. Malheureusement il n'y avait pas d'établissement pour l'accueillir, une MAS était en projet depuis 15 ans et notre fille est décédée l'année où cet établissement a enfin ouvert ses portes.

Aujourd'hui nous sommes persuadés que si nous l'avions placée dans un établissement spécialisé, aussi bien qu'il puisse être, elle n'aurait jamais vécu 33 ans. Nous pensons aussi qu'elle a eu en famille une **qualité de vie** qu'elle n'aurait jamais eue dans un établissement. Nous espérons qu'avec la nouvelle loi d'orientation qui a été votée on aidera au maximum et à tous les niveaux les parents qui veulent garder chez eux leur enfant.

Nous allons voir maintenant comment nous avons vécu :

### **L'annonce du handicap**

**Les rapports avec le corps médical et le monde hospitalier** (notamment les dernières années lors de différentes hospitalisations.)

**Le regard des autres.**

**Le retentissement sur le couple et sur le mode de vie.**

**Le retentissement sur la fratrie.**

**Comment nous avons connu les associations de parents et ce qu'elles nous ont apporté.**

**Et en fonction de notre expérience personnelle, nous formulerons à la fin de chaque chapitre quelques souhaits pour l'avenir.**

### **L'annonce du handicap**

Notre fille est née prématurée, elle n'a pas crié tout de suite et a nécessité une petite réanimation à la naissance ; elle a été immédiatement transférée de la maternité dans un centre pour prématurés puis hospitalisée dans un service de pédiatrie pour un bilan.

On s'est aperçu qu'elle avait des troubles de la sensibilité oculaire et de la déglutition, les médecins n'avaient pas de diagnostic précis ; le chef de service qui n'était pas des plus chaleureux nous a simplement dit que *malheureusement elle vivrait*, qu'il ne pouvait pas dire combien de temps et qu'il faudrait apprendre à la gaver.

Voilà comment s'est passée pour nous l'annonce du handicap. Nous n'avons jamais rencontré l'assistante sociale du service, on ne nous a pas dit qu'il existait des associations de parents qui pourraient nous aider et nous soutenir. Il faut dire aussi qu'en 1970 les centres d'action médico social précoce (CAMPS) n'existaient pas encore (ils ont été créés dans les années 80). Par contre les associations de parents existaient déjà et commençaient à créer des établissements un peu dans toutes les régions (l'UNAPEI existait depuis 1960).

Nous avons quitté l'hôpital avec notre enfant dans son panier, ma femme avait appris à la gaver et arrivés chez nous toute la famille a rapidement appris à la gaver, même la femme de ménage. Mon épouse a eu l'impression que notre départ de l'hôpital était une sorte de soulagement pour l'équipe soignante qui n'avait rien à nous proposer.

Toutefois, nous n'avons pas été traumatisés outre mesure par cette annonce un peu sèche et pas très chaleureuse mais, je pense que si nous avions pu rencontrer, à ce moment-là, d'autres parents dans le même cas cela nous aurait aidés et réconfortés.

Il est classique de dire qu'il n'y a pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle. C'est vrai, mais il y a quand même un certain nombre d'erreurs à éviter, notamment ne pas faire cette annonce entre deux portes comme c'est souvent le cas, il faut le faire si possible devant les deux parents et en présence de l'enfant, il faut prendre un certain temps, être clair, ne rien cacher. Il faudrait une meilleure disponibilité et une meilleure écoute de l'équipe soignante qui doit s'attendre à répondre plusieurs fois aux mêmes questions.

A l'annonce du handicap il y a trois sentiments qui se mêlent : un sentiment de culpabilité, un sentiment de désespoir et un sentiment de révolte. Ces sentiments sont souvent mêlés mais selon la personnalité de chacun il y en a un qui domine et, dans notre cas, chez mon épouse le sentiment de culpabilité était très fort, ce qui est très fréquent chez la mère. Cela vient en partie du fait qu'on a l'habitude de dire que la mère



donne la vie (dans la religion catholique cette expression est classique). En fait il vaudrait mieux dire que la mère transmet la vie avec le capital génétique des deux parents et de tous les grands-parents, ainsi elle se sentirait moins responsable.

On comprend très bien qu'il soit très difficile pour l'équipe soignante de connaître la personnalité profonde de la mère de façon à adapter l'annonce au type de personnalité. L'aide d'un psychologue dans l'équipe est certainement souhaitable.

### **Comment avons-nous vécu les rapports avec corps médical et le monde hospitalier (notamment les dernières années lors de différentes hospitalisations.)**

Dans notre cas les rapports avec le corps médical ont peut être un peu été favorisés par le fait que j'étais médecin cardiologue.

Pour l'annonce du handicap ça n'a rien changé mais par la suite, pour obtenir des rendez vous et avoir des avis spécialisés, cela a été certainement plus facile mais sans plus.

Mon épouse s'est très vite rendu compte que la majorité des médecins et des para médicaux avaient l'impression, du moment que notre fille était polyhandicapée avec des troubles de la sensibilité et sans possibilité de s'exprimer, qu'elle ne souffrait pas ou en tout cas moins que les autres. Ce qui est tout à fait faux et cette sous-évaluation de la douleur chez les polyhandicapés reste encore beaucoup trop fréquente. Pourtant, des travaux remarquables existent sur le sujet, notamment ceux du docteur Collignon qui a mis au point une grille d'évaluation de la douleur chez les polyhandicapés, qui a été validée sur le plan international, mais qui reste mal connue des équipes médicales.

Nous avons constaté rapidement, qu'à part quelques rares spécialistes, la majorité des médecins connaissaient très mal les handicapés et encore moins les polyhandicapés, pour ces derniers je dirais même qu'ils en ont peur ! Cela peut paraître excessif mais pourtant c'est ce que nous avons ressenti. Notre fille, surtout les dernières années, a été hospitalisée assez souvent. Avec mon épouse on se partageait la garde et la nuit ; en cas de problème, quand on appelait l'interne de garde on le sentait mal à l'aise, il n'osait pas prendre de décision, souvent il répondait aux questions de façon un peu sèche ; cette attitude très désagréable pour la famille cachait en fait son embarras.

Je crois qu'on ne peut pas en vouloir aux médecins qui n'ont pas eu de formation sur les handicaps et le polyhandicap.

Quand j'ai fait mes études de médecine dans les années 60 il n'y avait aucune formation sur le handicap ; actuellement, je crois qu'à Marseille il y a 2 heures de cours en 5<sup>ème</sup> année ce qui est très insuffisant et rien sur le polyhandicap qui est pourtant très complexe.

Les dernières années on a constaté une nette évolution dans le comportement des équipes soignantes qui étaient beaucoup plus chaleureuses et à l'écoute. Quand on arrivait à l'hôpital, de l'aide soignante au médecin, tout le monde était plus attentif et soucieux du confort de notre fille.

A la fin, quand elle était au plus mal, tout le corps médical aussi bien libéral qu'hospitalier nous a aidé à la soigner à domicile dans les meilleures conditions et lui assurer une fin de vie la moins inconfortable possible. Nous leurs en sommes très reconnaissants.

En trente ans nous avons constaté une nette évolution dans le bon sens, mais il y a encore beaucoup de progrès à faire, notamment pour sensibiliser les futurs médecins à tous les problèmes du handicap, le polyhandicap ne paraissant pas une spécialité valorisante aux yeux des futurs médecins

## **Le regard des autres**

Les personnes polyhandicapées sont mal connues de la société qui a, vis-à-vis d'elles, un réflexe de peur et de rejet.

Dans les années 70, quand on promenait dans la rue notre enfant polyhandicapé sur un fauteuil roulant, le regard des gens se détournait, on les sentait très gênés, voire offusqués que l'on ose montrer en public « de tels monstres ».

Dans notre cas, mon épouse n'a jamais été gênée par le regard des autres et, sans faire de l'exhibitionnisme, elle l'emmenait avec elle chaque fois que possible et à la maison quand on avait du monde elle avait sa place parmi nous. Cette façon de l'intégrer chaque fois que possible à nos activités a certainement été bénéfique pour tous.

Malheureusement ce n'est pas toujours le cas et encore récemment, à une réunion de parents, nous avons entendu une jeune maman dire « c'est fini je n'amènerai plus avec moi mon enfant pour faire les courses au supermarché car je ne supporte plus le regard des autres, notamment celui de certaines femmes ».

Pour ma part, les premières années j'étais assez gêné mais, grâce à mon épouse, j'ai surmonté cette gêne et, avec le temps, elle s'estompe progressivement.

Ces dernières années on avait constaté une nette amélioration : les regards étaient moins fuyants et certains même commençaient à lui faire des sourires et à lui manifester des signes de bienveillance.

On ne peut pas reprocher cette attitude aux passants dans la rue, même si elle peut faire beaucoup de peine à des parents qui promènent leur enfant. En effet, comment la société pourrait elle admettre et aimer les handicapés si elle ne les voit pas ? On ne peut protéger ou aimer quelqu'un que l'on ne connaît pas. Apprendre à connaître c'est apprendre à aimer.

Même s'il y a eu des progrès ces dernières années, l'acceptation de la différence vis-à-vis des personnes handicapées se fait trop lentement ; on a l'impression que la Société accepte plus facilement la différence dans le domaine des mœurs que dans le domaine du handicap.

Il est important que le regard des autres s'habitue à cette différence et pour cela, sans faire de l'exhibitionnisme, il ne faut pas hésiter, chaque fois que possible, à les montrer et essayer de les faire participer à la vie de la cité.

Il est souhaitable aussi que les nouveaux établissements qui se créent soient près des centres villes et des zones d'activités pour leur permettre de mieux s'intégrer. Il ne faut plus faire des ghettos dorés dans d'immenses parcs à la campagne où ils sont isolés du reste du monde. Il faut prendre l'habitude de les rencontrer au cinéma, dans les théâtres, sur les terrains de sport et dans les supermarchés.

## **Le retentissement sur le couple et sur le mode de vie**

L'arrivée d'un enfant polyhandicapé n'est pas sans conséquence sur le couple. Si pour certains cette épreuve resserre les liens du couple, malheureusement très souvent aussi c'est l'inverse qui se produit, le couple éclate avec le départ du père qui ne peut le supporter.

Cela peut s'expliquer par le fait que le mari passe très rapidement au second plan, après l'enfant handicapé, qui devient la préoccupation première et permanente de la mère.

Par exemple, le plus souvent l'enfant handicapé dort près de la chambre des parents les portes ouvertes entre les deux pièces, de façon qu'à la moindre alerte on puisse intervenir auprès de lui. Cette situation entraîne une perte d'intimité dans le couple qui peut être très préjudiciable et certains hommes qui aiment être un peu maternés se sentent frustrés.

Le couple souffre à des degrés divers, et cela pendant de longues années. Cette souffrance, parfois mieux acceptée par les parents quand ils sont jeunes, devient plus difficile à supporter en vieillissant avec en plus l'angoisse grandissante de savoir ce que va devenir leur enfant handicapé après leur disparition. On comprend très bien qu'un tel enfant n'est pas un héritage qu'on peut faire à un frère ou à une sœur et qu'on n'a pas le droit de leur donner cette lourde charge. C'est pour cette raison qu'après l'avoir gardée très longtemps à domicile nous envisagions son placement dans une Maison d'Accueil Spécialisée.

L'arrivée d'un enfant polyhandicapé modifie également profondément le mode de vie du couple et de toute la famille. Certains voyages en famille sont impossibles, pas question de vacances à l'hôtel ou de repas au restaurant en famille. Pour pouvoir partir un peu il faut faire garder l'enfant et la mère n'a jamais l'esprit tranquille, pire elle a mauvaise conscience de s'accorder quelques jours de détente !

Tout l'amour que les parents portent à leur enfant ne fait qu'augmenter avec les années ; d'un certain côté cet amour aide à supporter certaines souffrances, mais en même temps, plus cet amour devient fort, plus il exacerbe certaines souffrances, quand par exemple on constate une aggravation avec l'apparition de troubles du comportement, des crises d'automutilation, qui finissent par devenir insoutenables. Quand il faut gaver matin et soir un polyhandicapé qui a des troubles graves de la déglutition, qui se laisse plus ou moins faire et qui, en période d'agitation, s'arrache la sonde à plusieurs reprises, la mère doit avoir beaucoup d'amour pour accomplir chaque jour les mêmes gestes en sachant qu'il n'y aura jamais d'amélioration. Pourtant chaque jour elle effectue ces mêmes gestes de survie sans espoir mais toujours avec autant d'amour.

Il peut paraître inhumain et insupportable, qu'une mère, une famille, soient soumises pendant des années, parfois des dizaines d'années à de telles contraintes et à de telles souffrances. C'est pourtant le cas, et pour ces polyhandicapés les plus graves, le rôle de la mère reste primordial.

## **Le retentissement sur la fratrie.**

Toute la fratrie souffre à des degrés divers, et même si les frères et sœurs manifestent peu, ils sont toujours affectés par la différence de leur frère ou de leur sœur.

Notre fille polyhandicapée avait un frère aîné qui avait un an de plus qu'elle et une sœur qui avait neuf ans de moins.

Le frère aîné a toujours été très proche de sa sœur handicapée, il s'est beaucoup occupé d'elle, il savait la faire manger et quand il préparait ses examens il nous proposait souvent de la garder le soir pour nous permettre de sortir. Il était très soucieux de son bien-être et les dernières années quand son état s'est dégradé il en a été très affecté. Il n'a quitté le foyer familial pour fonder son propre foyer qu'après le décès de sa sœur.

La sœur cadette a été beaucoup plus rapidement indépendante, ce qui ne veut pas dire qu'elle était indifférente mais la différence d'âge avec sa sœur handicapée était beaucoup plus importante et il y avait son frère.

Nous pensons que, de toute façon, ils sont toujours affectés, même si les parents se sont beaucoup occupés d'eux et se sont efforcés de ne pas faire de différence.

Arrivés en âge de se marier et de procréer, ils sont inquiets sur les risques encourus d'avoir à leur tour un enfant handicapé et, même s'ils n'osent pas le dire ou en parler, c'est une entrave pour fonder un foyer. D'autant que, même actuellement, un garçon ou une fille hésite beaucoup à fréquenter quelqu'un qui a une sœur ou un frère handicapé. On a peur de rentrer dans une famille où il y a un « anormal », même si on n'ose pas se l'avouer.

Il paraît très important de proposer des consultations en conseil génétique, à toutes les personnes handicapées qui ont des frères et sœurs en âge de procréer.

## **Comment nous avons connu les associations de parents et ce qu'elles nous ont apporté**

Au moment de l'annonce du handicap et lors des hospitalisations que notre fille a eu dans la première année de sa vie, personne ne nous a signalé qu'il existait des associations de parents d'enfants handicapés mentaux. Pourtant, en 1970 il en existait déjà un certain nombre, notamment dans notre région, et L'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales) existait déjà depuis dix ans.

Nous n'avons jamais été mis en contact avec l'assistante sociale du service lors de ses premières hospitalisations. Par contre mon épouse a demandé des renseignements à une assistante sociale qui habitait dans notre immeuble, elle ne nous a pas parlé de l'association de parents qui existait dans notre région et tout ce qu'elle a su dire à mon épouse c'est : « avec ce que gagne votre mari vous n'avez droit à rien. »

Ce n'est que quelques années plus tard que mon épouse, lors d'une « Opération Brioches » dans la rue, a rencontré le Président de la Chrysalide de Martigues qui est ensuite venu nous voir à domicile et nous a expliqué le rôle de l'association ; à partir de ce jour-là nous avons adhéré à l'association puis quelques années plus tard mon épouse est entrée au conseil d'administration ; pour ma part, ce n'est qu'à l'arrêt de mes activités professionnelles que j'ai milité un peu plus activement.

Bien que notre fille n'ait jamais été placée dans un établissement, l'association nous a apporté sur le plan moral un certain réconfort en rencontrant notamment d'autres parents dans la même situation ; lors de rencontres organisées par l'association entre parents et professionnels nous pouvions discuter des différents problèmes rencontrés par chacun en essayant de trouver des solutions ou des conseils. Nous avons toujours le projet de la placer un jour dans une Maison d'Accueil Spécialisé mais comme nous l'avons dit plus haut les délais de réalisation de l'établissement spécialisé ont été si longs (plus de 15 ans avec un véritable parcours du combattant) que notre fille est décédée avant son ouverture.

Nous pensons qu'il est indispensable que les jeunes parents soient mis le plus rapidement possible en rapport avec les associations après, libre à eux de faire ou non appel à leurs services. De toute façon, se rencontrer et discuter avec d'autres parents dans la même situation est toujours un peu réconfortant et l'association apporte des conseils et des soutiens sur le plan technique dont on a toujours besoin et qu'il est plus difficile de trouver quand on reste isolé.

La Croix-Rouge française remercie  
les partenaires suivants pour leur soutien :

la ville de Nancy,  
la Communauté urbaine du Grand Nancy,  
la Mutuelle Prévadiès,  
le Crédit Mutuel,  
la Fondation pour le lien social,  
la Fondation Wyeth,  
le Conseil Général,  
le Palais des Congrès de Nancy



**Croix-Rouge française**  
98 rue Didot  
75694 Paris Cedex 14  
Tél. : 01 44 43 11 00  
Fax : 01 44 43 11 01  
[www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)

