



**HAL**  
open science

# Accompagnement des intervenants médico-psycho-sociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants

Annick Camille Dumaret

► **To cite this version:**

Annick Camille Dumaret. Accompagnement des intervenants médico-psycho-sociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants. *Pratiques Psychologiques*, 2004, 10, pp.51-63. halshs-00353178

**HAL Id: halshs-00353178**

**<https://shs.hal.science/halshs-00353178>**

Submitted on 14 Jan 2009

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Paru dans *Partiques Psychologiques*, 2004, 10, 1, 51-63.

**Accompagnement des intervenants médico-psycho-sociaux et  
collaboration des parents et des familles d'accueil dans  
l'éducation des enfants.**

**Annick-Camille Dumaret**

Psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM U. 502  
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société, site CNRS, 7 rue Guy  
Môquet, 94801 Villejuif Cedex  
Tel : 01.49.58.35.91, Fax : 01.49.58.34.38  
E-mail : [dumaret@vjf.cnrs.fr](mailto:dumaret@vjf.cnrs.fr)

Titre anglais: early intervention and parenthood support in rearing practices: the  
collaboration between birth parents and foster families.

Key-words : foster families, early intervention, parental support, looked after  
children, parents-carers relationships

**SUMMARY:**

Care-taking practices have evolved in an attempt to ensure continuity in the  
child's relationships, to intensify cooperation with his natural and foster families  
and to improve social and educational support to them. Family situations with  
children in care who received early intervention (therapeutic, social and medical  
support, parenthood support) were studied. Interviews of these parents still show  
the ambivalence of their speech and the impact of early intervention in their  
adjustment to the placement situation. Cooperation is not a usual state and needs  
permanent support.

**mots clés :** enfants placés, familles d'accueil, prévention médico-psycho-sociale,  
parentalité, relations parents-familles d'accueil.

**Résumé en français:**

"Les pratiques du placement familial ont évolué dans le but d'assurer la continuité  
dans la vie de l'enfant, d'intensifier la collaboration entre ses parents et sa famille  
d'accueil et d'améliorer le support social et éducatif aux deux familles. Des  
familles présentant des troubles de la parentalité et des relations parents-enfants  
qui ont reçu des soins thérapeutiques et/ou un accompagnement médico-psycho-  
social ont été étudiées plusieurs années après ces aides. Les entretiens avec les  
parents, les assistantes maternelles et des référents sociaux montrent l'ambivalence  
des discours des familles et l'impact de la prévention précoce dans l'ajustement

des deux familles face au placement. La coopération n'est pas un état naturel et nécessite un étayage permanent.

« La problématique du placement concerne l'attachement et la perte, le partage entre deux familles... L'association de ces facteurs engendre un système de tensions interactives qui se manifestent tout au long du placement de façon permanente ou intermittente, mais toujours violentes, explosives » (Myriam David 1989).

Le cadre de l'accueil familial est source de rivalités, comme l'ont très souvent évoqué cliniciens et praticiens du placement. Dans cet accueil mettant en scène une vie familiale, la famille d'accueil va pratiquer certaines fonctions parentales de la vie quotidienne mais un tel exercice engendre rapidement des interactions complexes et conflictuelles entre l'enfant et ses deux familles. En effet, une partie des droits parentaux de la première famille, la famille naturelle, a été limitée (la garde de l'enfant) et la seconde famille sélectionnée pour un travail spécifique, la famille d'accueil, va remédier aux défaillances de la première par une action de suppléance familiale. Aussi, un étayage est-il nécessaire pour aider l'enfant à grandir dans le cadre d'une relation stable lui permettant de supporter la séparation, et aider ses deux familles dans le développement de leurs compétences, aussi différentes soient-elles. Dans le cadre de la pensée autour du lien, la mise en place d'un soutien et d'un accompagnement par les intervenants institutionnels est indispensable afin que se mette en place une mutuelle « bienveillance » envers ces deux familles. C'est à ce prix que chacun pourra se sentir suffisamment en confiance et s'ouvrir à une possible construction du lien ou de possibles transformations des liens.

Nous ferons référence ici aux témoignages de personnes concernées par le placement, les premiers recueillis il y a dix ans, les autres très récents. Ceux qui introduisent l'article, des témoignages d'adultes « anciens placés », montrent la difficulté à vivre entre deux familles et le rôle de chacune dans la construction de l'identité. Le discours actuel de parents ayant des enfants et adolescents placés et des familles d'accueil qui les élèvent, reflète en partie la façon dont ils sont aidés et dont ils se sont réappropriés les soins reçus au cours du temps. Ces témoignages soulignent toujours, quelle que soit l'époque, l'ambivalence des situations de placement. La proportion importante de ceux qui ont accepté de participer à ces recherches est liée au désir de se faire entendre, non seulement de faire part de leur souffrance mais aussi de montrer les efforts accomplis dans l'éducation des enfants. On peut déceler dans ces discours des traces d'un travail psychique et d'une capacité d'élaboration pour un certain nombre d'entre eux.

### **Evolution de l'accompagnement des familles à vulnérabilités multiples**

Le placement familial (PF) est une tradition ancienne que les pouvoirs publics ont organisée. Sous l'impulsion de la pédopsychiatrie (Soulé et Noël 1971, Appell 1982, David 1989, etc.), les pratiques de soins se sont modifiées depuis de très nombreuses années. L'accent a été mis sur les prises en charge thérapeutiques et éducatives, l'objectif étant d'accompagner l'enfant accueilli dans la continuité des

liens, au sens de continuité psychique, de faciliter la communication entre l'enfant et ses deux familles, famille d'origine et famille d'accueil (FA). Les vécus souvent contradictoires de ces deux familles, comme l'a montré Myriam David, leurs inter-relations et les retentissements sur l'enfant placé nécessitent des soins spécifiques, notamment dans le cas de la maladie mentale des parents (Berger 1992, Rottman 2001). Ces soutiens aux placements devenaient importants eu égard à l'augmentation de situations familiales de plus en plus perturbées prises en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Par ailleurs, les nouvelles connaissances sur les interactions mère-enfant, l'attachement, etc., ont permis la diversification des soins envers des familles à risque psychosocial et psychiatrique peu enclines à demander de l'aide pour leurs souffrances et leurs difficultés relationnelles avec leurs enfants (Stoléru et Morales-Huet 1989, Lamour et Barraco 1990). Ultérieurement, les travaux se sont centrés sur l'aide à la parentalité et la bientraitance (Durning 1995, Houzel 1999, Gabel, Jésus et Manciaux 2001). Concept relativement nouveau qui a suivi les modifications du contexte social et culturel, la bientraitance va au-delà de la protection physique et de la satisfaction des besoins fondamentaux des enfants, notamment des enfants qui vivent hors de leur milieu d'origine. Elle concerne aussi les parents, leur place et leurs droits, et les professionnels qui les encadrent.

Peu à peu, un nouveau regard s'est posé sur les familles frappées par des discontinuités et des ruptures, longtemps stigmatisées et ayant intériorisé les difficultés transgénérationnelles, familles qualifiées d'incompétentes mais aussi de résignées (Boisvert et Trudelle, 2002). Le but recherché était la restauration des liens de confiance avec les professionnels, l'émergence des compétences parentales et le (re)développement de leurs responsabilités éducatives dans le respect des valeurs et de la culture des familles. Dans cette optique, certaines équipes ont fait le choix de rencontrer les parents en tant qu'individus souffrants avant de les aborder en tant que parents défaillants ou déficients, maltraitants ou malades mentaux. L'une de ces équipes soignantes avait demandé aux parents suivis ce qui les avait marqués dans le fonctionnement de l'association : *« C'était ce qui s'était faufilé dans les interstices de nos actions, ce qui avait été ressenti comme de la convivialité, de la chaleur : le fait d'être considéré comme une personne, comme une amie éventuellement et pas forcément comme un patient, comme quelqu'un de psychologiquement gravement malade »* (Oxley 1993). C'est l'abord des personnes par leurs ressources, par leur partie « saine » et non par leurs carences ou leur pathologie qui est ainsi privilégiée.

## **1. Le discours d'anciens placés sur les relations entre les familles d'accueil et leurs parents**

Au cours d'une recherche sur le devenir adulte d'anciens placés, nous avons décrit avec Marthe Coppel (1995) l'évolution d'un placement familial sanitaire, destiné à protéger les enfants de la tuberculose de leurs parents, en placement familial spécialisé (PFS) pour les enfants de familles en grandes difficultés psychosociales. A l'issue de ces modifications, les équipes d'encadrement

(psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux) se sont développées pour les enfants, leurs parents et les familles d'accueil. Nous avons analysé ces répercussions sur les relations parents-enfants et la façon dont les jeunes majoritairement placés entre 1967 et 1977 se sont construits (identification, socialisation). Parmi ceux qui étaient sortis des placements depuis plus de 5 ans et qui avaient vécu plus de 5 ans en FA, nous avons pu interviewer, il y a dix ans, quarante cinq jeunes adultes âgés de 23 à 39 ans.

Tous ces anciens placés reconnaissent que le fait d'avoir vécu dans une famille d'accueil leur a offert les conditions nécessaires à leur développement. Aujourd'hui, la plupart ont le sentiment d'avoir été éduqués. Le cadre de vie familial, les règles de la vie quotidienne, même si elles ont donné lieu à des conflits, sont apparus comme une protection, un élément structurant, un repère : *« J'avais pas beaucoup de liberté, mais dans un sens ce n'était peut-être pas plus mal » ; J'ai été suivi, j'étais dans une famille homogène. Je serais resté chez ma mère, je ne sais pas ce que ça aurait pu donner. »* Néanmoins, certaines de leurs réflexions témoignent aussi de la souffrance à laquelle chacun d'entre eux a été confronté, liée à la difficulté de vivre partagé entre deux familles : *« A 12 ans avec ma sœur, on est venu réhabiter avec ma mère... là aussi, il a eu une autre cassure parce qu'on ne connaissait plus personne, j'avais perdu mes amis là-bas. Bien sûr on était content de rentrer, d'être avec maman, mais dans un sens, on aurait préféré rester là-bas carrément ».*

En ce qui concerne les visites des parents, plusieurs situations se distinguent, en fonction des modifications du PF. Sans véritable accompagnement, dans les cas de rencontres rares et irrégulières, ces jeunes étaient confrontés à une alternative sans compromis : le modèle de la FA. S'ils réfutaient ce modèle et si les parents étaient trop dévalorisés, ils choisissaient de s'identifier en miroir aux interlocuteurs de leur génération, leurs pairs, frères et sœurs. Grâce à la présence d'autres adultes (les équipes d'accompagnement), quand les rencontres avec les parents sont devenues plus régulières, les modèles d'identification se sont diversifiés. Devenus adultes, leur choix s'est prioritairement porté sur l'une des deux familles : 18 d'entre eux ont une relation prioritaire avec la famille d'accueil et 13 autres avec leur famille (parents ou fratrie). Ainsi, s'ils entretiennent des relations régulières avec le(s) parent(s) ou la fratrie, ils n'ont plus de relations avec la FA ou des liens très épisodiques, et inversement. Quatre jeunes ont maintenu des relations fréquentes avec leurs deux familles, deux sont retournés chez leurs parents à l'adolescence et les deux autres ont quitté leur FA après la majorité. Ces différents choix sont liés non seulement à l'âge auquel ils ont quitté leur FA mais aussi aux relations entretenues avec leurs parents avant le placement. Les enfants qui avaient déjà été placés avant leur arrivée en PF avaient eu des contacts rares ou irréguliers avec leurs parents pendant leur placement. De même que pour les difficultés d'attachement antérieures au placement, le manque de relations parents/enfant pendant le séjour en placement reste visible et se confirme à l'âge adulte. Les 10 adultes qui, au moment de l'enquête, avaient très peu de liens avec l'une ou l'autre des familles, avaient tous vécu des ruptures de liens familiaux

avant d'être accueillis en PF. Ceci montrait la faible réversibilité à très long terme d'un d'attachement familial non réalisé dans l'enfance ou l'adolescence (Dumaret et Coppel-Batsch 1996).

Le regard que les familles nourricières portaient sur les parents, les propos tenus à leur sujet ont joué un rôle important dans l'image que ces anciens placés se sont construite d'eux-mêmes. Une appréciation plutôt neutre ou positive les confortait narcissiquement. A l'opposé des attitudes critiques, des paroles négatives étaient vécues douloureusement et renforçait leur sentiment de rejet et de dévalorisation personnelle : *« Notre mère, elle l'a démontée sur toutes les coutures... vous êtes comme elle, tous fous ! On était très nerveux (...), c'est vrai mais on perd confiance et on finit par se dire que c'est nous qui allons pas bien. »*

La rupture des liens familiaux évoquée par certains de ces adultes montre la nécessité du travail d'accompagnement auprès des parents et des soins psychologiques aux enfants placés pour les aider à s'autonomiser. La diversification des membres des équipes d'encadrement a, par ailleurs, permis à ces jeunes de pouvoir faire des choix identificatoires en côtoyant des générations différentes. Nombre des critiques émises avaient déjà été prises en compte en pratique grâce au cheminement de la pensée des professionnels, dans cette période historique charnière de la conception de l'enfance et de ses droits (1965-1985) : ruptures brutales mal préparées, venue intempestive des parents ou disparition inopinée, faible encadrement des nourrices, nécessité d'être à l'écoute de chacun..., autant de thèmes abordés depuis lors de la formation des assistantes maternelles. L'évolution de ces accueils a continué, avec la préoccupation d'une meilleure prise en compte des parents, comme le montre la loi du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans les rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance : meilleure information des droits et des devoirs des parents, accord requis pour le placement, participation aux décisions.

## **2. Parents et familles d'accueil aujourd'hui**

C'est dans le cadre d'un travail évaluatif sur le devenir de familles ayant bénéficié de prises en charge précoces que nous les avons rencontrées (note 1). L'objectif de ces soins et accompagnements est de lutter contre la maltraitance, de traiter la parentalité défaillante et de favoriser le développement des potentialités de l'enfant. Leurs modalités étaient variées : soins psychiques précoces parents-bébés (Dumaret et Jardin, 2001), rencontres régulières parents-professionnels et bénévoles et guidance parentale dans le cadre d'un travail en santé communautaire pour aider les familles à sortir de l'exclusion (Titran et Dumaret 2003), consultations de soutien à la parentalité, médiations, présence de bénévoles aidant les parents ou les enfants (Lefebvre et Speekenbrink 1998). Les prises en charge avaient commencé en général avant que l'enfant n'ait trois ans et duré en moyenne de deux à six ans. Par ailleurs, nous avons également étudié des situations d'enfants placés dont les parents n'ont pas eu de tels suivis antérieurs.

Par rapport aux premiers accompagnements, le relais a souvent été pris ultérieurement par d'autres équipes soignantes (psychiatrie infantile, hygiène mentale adulte, consultations de soutien à la parentalité et médiation) ou sociales dans le cadre d'un travail en réseau. Aujourd'hui, les suivis de ces familles ont lieu dans le cadre de PFS ou par des équipes de l'ASE. En référence au cadre théorique proposé par D. Houzel (1999) pour repérer les axes de la parentalité, précisons que les parents sont amputés au quotidien de la pratique et de l'exercice de cette parentalité (note 2). C'est l'équipe qui va soutenir la famille d'accueil (mise à distance...), aider les parents à réaménager leurs relations avec leurs enfants et à développer chez eux une certaine forme d'expérience de la parentalité.

## **2.1. Matériel et méthode**

Vingt et une situations familiales ont été étudiées. Le matériel a été recueilli à partir d'entretiens semi-directifs menés par la même personne auprès des parents (19 mères et 6 pères), des assistantes maternelles (16, dont la moitié par téléphone). Par ailleurs, des informations complémentaires nous ont été données par les référents des PFS, des équipes sociales de l'ASE et de certaines institutions (IME, tutelles). Les mères ont en moyenne 43 ans (31-54 ans) et les assistantes maternelles 49 ans (40-58 ans). Ces dernières sont plus nombreuses à vivre en couple que les mères des enfants. La proportion de familles biparentales et monoparentales est identique parmi les familles ayant des enfants placés. Mentionnons que, même si les frontières ne sont pas toujours nettes, près de la moitié des mères présentent une structure psychotique, les autres des carences sévères et difficultés psychosociales graves, des états limites, deux mères sont très déficientes sur le plan cognitif. Ces différences seront mentionnées dans certaines situations spécifiques. Signalons aussi l'effet de « désirabilité sociale » présent dans les discours de plusieurs parents et assistantes maternelles, connaissant bien les fonctionnements institutionnels et le langage des équipes.

Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif des situations familiales prises en charge par l'ASE (placements judiciaires uniquement), il nous a paru cependant intéressant d'analyser, dans une démarche compréhensive (le sujet dans ses relations aux autres) les attitudes et rapports entre ces familles dans l'éducation des enfants. Nous avons cherché à mettre à jour les représentations de leur rôle (rôle parental et rôle de suppléance), et à repérer les contradictions et ambivalences dans le discours de ces protagonistes. Par ailleurs, nous tenterons de mettre en évidence l'importance des suivis thérapeutiques précoces, des accompagnements réalisés par les équipes sociales et le travail de médiation mené par certaines équipes. Pour ces familles à vulnérabilités multiples qui sont souvent dans l'agir et la violence, de telles prises en charge permettent, en les aidant à exprimer leur vécu et leurs difficultés, de faire émerger de la parole et du symbolique. Elles aident à passer de la rivalité « agie » à la rivalité « parlée ».

## **2.2. Souvenir des soins et des accompagnements**

Les parents se souviennent de l'aide reçue autrefois. Quelques mères qui présentent des pathologies importantes, disent avoir été à l'origine de la demande



de soins ou du placement : « *Je les ai sauvés de la violence de leur père* » ; « *L'éducatrice m'avait proposé de la placer. Finalement avec mon mari, on a accepté. C'était dur mais je n'avais pas le choix, j'aurais pas pu m'en occuper* » dit cette mère en parlant de sa maladie et du traitement qui la faisait dormir. Avec le recul du temps, ce sentiment d'avoir pris une part active dans la protection de leur enfant fait certainement partie de l'image maternelle qu'elles ont d'elles-mêmes : « *J'avais peur avec ma dépression, elle était toute petite, j'ai préféré la mettre en sécurité* » ; « *Je l'ai pas abandonné, j'ai été obligée de le placer, c'est pas pareil... Oui, ça a été douloureux, mais dans un sens c'était pour son bien.* »

Quel que soit le type de prise en charge, les parents se rappellent avoir rencontré leur enfant dans les lieux avec lesquels nous avons travaillé.

Pour certains enfants placés, ce lieu était parfois le seul permettant des rencontres ; dans d'autres situations, une bénévole accompagnait la mère (ou parfois l'enfant) lors de visites médiatisées et la soutenait dans son rôle parental. Ces rencontres, qui confrontaient les mères aux assistantes maternelles, ravivaient la blessure narcissique de la séparation et leur renvoyaient l'image de « mauvaise mère. » Néanmoins, certaines ont parlé du bénéfice de ces rencontres, qui introduisaient un « tiers » dans la relation. On peut ainsi mettre en parallèle le discours d'une mère : « *Elles [les médecins] faisaient un peu la médiation entre moi et ma fille, c'était aussi une manière pour moi d'avoir mes repères et de pouvoir prendre de la distance par rapport à Mme [l'assistante maternelle] qui voulait malgré tout se substituer à mon rôle de mère* », et celui de l'assistante maternelle qui élève sa fille : « *Ca m'a aidé à prendre du recul vis-à-vis de moi, à me séparer un peu de Myriam : elle avait un papa et une maman, il fallait que le lien se fasse...* » Une autre assistante maternelle dira que ces rencontres « *ça nous a permis de connaître les enfants avec les parents... Il y avait une confiance, le père avait du mal à me parler. C'est un Africain, mais il parlait à mon mari, c'était bien pour les parents et moi, je faisais un peu partie de la famille.* »

En rupture de liens sociaux à l'époque, les parents ayant participé à des rencontres régulières avec des professionnels et des bénévoles se souviennent des activités réalisées dans ce cadre communautaire avec un net plaisir. La tâche des bénévoles a aussi été évoquée dans le cadre de relations qui se passaient bien entre parents, enfant et famille d'accueil : « *Si, pour prendre le train, je me souviens vaguement... C'est la présence d'une personne féminine qui m'aidait à aller au restaurant avec ma fille. Oui, ça a été plus facile pour moi de la voir.* » Une mère très démunie et toujours suivie en psychiatrie, a reçu pendant plusieurs années l'aide d'une bénévole dans le cadre de visites médiatisées. Ainsi accompagnée, elle allait chercher sa fille chez la FA et passait l'après midi avec elle : « *J'avais du mal à me déplacer, elle me forçait...* » Ces aides, menées dans le cadre d'activités quotidiennes et parallèlement aux autres soins, ont participé au maintien des liens parents-enfants ; ce travail de médiation ne pouvait se faire directement au sein des services de l'ASE.

### **3. Aménagement des relations entre les parents de l'enfant et sa famille d'accueil**

A la lecture des entretiens, surtout ceux des mères, des assistantes maternelles et de référentes des PF ou de l'ASE, quelques profils se dessinent dans les liens entre ces deux familles. Ils sont rarement tranchés, les discours sont souvent ambivalents et les situations peuvent varier au cours du temps, en fonction d'événements familiaux nouveaux (changement dans la composition du couple parental, nouvelle naissance...) ou d'événements extérieurs à la famille (modification de l'équipe d'accompagnement).

### **3.1. Le chacun pour soi**

Ainsi, il arrive qu'il n'y ait pas vraiment de relations entre le(s) parent(s) et la FA, comme le dit ce père : « *Vous savez, y'a pas vraiment un grand contact avec la famille d'accueil. Moi, c'est quand je vais voir mon fils, c'est une belle région, y'a sa nourrice qui l'amène au centre, on se dit bonjour, au revoir... Je pense qu'ils sont très gentils aussi. Parce que quand même moi j'interroge mon fils sur tout, ça va.* »

Quand on vit dans des cultures ou des univers si différents, pourquoi échanger ? C'est le cas d'une mère très démunie intellectuellement : « *Elle n'a aucune conversation, elle ne sait pas lire l'heure, on a peu de choses à se dire quand elle vient voir ses filles. D'ailleurs, elles ne voudraient pas vivre avec leur mère, elle est sale, elle ne sait pas faire à manger, personne ne l'aide...* ». Les derniers mots prononcés permettaient à l'assistante maternelle de dire qu'elle aussi avait reçu très peu d'aide de la part de l'ASE, les relations entretenues avec la référente étant trimestrielles. C'est également le cas de parents marqués par leur passé de carences ou par la maladie mentale. « *Je savais que tout se passait bien pour mon fils, alors...* » ; « *Puisque la DASS voulait la prendre, alors elle paie tout... Avec eux, c'est bonjour, bonsoir, ils ont pris un peu ma fille. Quand elle était petite, ça m'a fait très mal, j'étais sous perfusion* » cette mère ajoute un peu plus loin dans l'entretien : « *Ils l'élèvent bien, ils s'en occupent bien.* » Bien qu'elle ait un droit d'hébergement, cette mère très passive n'a jamais su s'organiser pour recevoir sa fille un week-end, mais quand elle va la voir, elle lui fait de nombreux cadeaux « *C'est ma princesse.* » L'entretien sera essentiellement centré sur son histoire douloureusement ressentie (son placement, son désir de retrouver son dossier DASS, ses premiers enfants confiés...), et sur ses préoccupations actuelles « *C'est mon enfance que je veux consulter, juste un besoin de savoir ce qui s'est passé pour me sentir mieux dans ma peau, mais je veux pas renouer* » et sur sa santé : « *j'ai de l'asthme, une boule derrière l'oreille, des problèmes en gynécologie...* » Elle rencontre aujourd'hui sa fille tous les deux mois : « *C'est long... Je suis habituée maintenant, j'ai appris à ne pas lui montrer mes sentiments.* » Ces parents qui ne parlent que d'eux, encore immatures, ne semblent pas avoir encore acquis la capacité d'être parents et de pouvoir identifier les besoins de l'enfant réel présent dans ces rencontres (Mouhot 1999).

### **3.2. Les rivalités entre familles**

Sous-jacents dans les discours de part et d'autre, les climats de rivalité sont liés à la non reconnaissance de la réalité de chacun des acteurs et de leurs droits : « *Je*

*suis considérée comme moins que rien » ; « La tata, c'est pas la mère, j'acceptais pas quand elle la punissait. » ; « Pourquoi ils l'ont mis dans une école privée ? Y a quand même mon rôle de père. »*

Les rivalités apparaissent fréquemment au début du placement. Pour les parents présentant des structures psychiques très perturbées, le placement a été présenté dans le cadre d'accompagnements thérapeutiques ou de guidance parentale comme un soin et non une sanction. Certaines rivalités s'atténuent avec le temps et une meilleure connaissance de l'équipe du placement : *« Au début, j'ai pas eu de très bons rapports avec eux. Maintenant, ils m'informent, ça se passe bien, ils me soutiennent. Mais avant, on n'avait pas la communication, et moi aussi... j'étais mal. »* De plus, cette mère s'est rendu compte que son enfant pouvait avoir un rôle perturbateur dans les relations : *« On a eu des moments où, y avait pas d'entente avec eux [le PF] et avec les tatas. Mais y a aussi des moments où les enfants inventaient un petit peu... »* Des parents conscients de leur état de santé fragile évitent les conflits ouverts, ils délèguent le soin d'élever leur enfant à la FA dont ils reconnaissent les compétences : *« Je voulais le reprendre mais je me suis laissée attendrir par la nourrice... Finalement, je crois que cela aurait été difficile... Je suis faible avec lui... La nourrice, quand il faut dire non, elle dit non. »* Ce garçon valorise la FA : *« Il est intelligent, il a l'allure des gens de qualité, mais quand sa mère l'emmène en vacances, c'est pas elle qui s'en occupe »* note l'assistante maternelle qui mentionne sa bonne intégration dans sa propre famille.

Lorsque le placement est resté quelque chose d'insupportable, des parents ont peu d'interactions avec leur enfant, les deux familles se discréditent, mettant l'enfant en difficulté dans ses loyautés. La famille d'accueil est souvent décrite comme raptieuse, et la famille d'origine comme incompétente. Illustrant cette situation, Safia vit depuis l'âge de deux ans dans une FA sans enfant, elle a une maladie génétique rare qui oblige à un régime alimentaire très strict. Pendant longtemps, la FA n'a pas fait confiance à la mère qui ne mesurait pas les enjeux de ce régime. La mère, qui élève un fils aîné sans difficulté, regrette que l'assistante maternelle dresse sa fille contre elle : *« Maintenant, ma fille n'a pas de mentalité, elle n'est ni arabe, ni française. »* La présence d'une bénéficiaire lors des rencontres mère-enfant a permis que celles-ci se passent mieux, et que la mère puisse parler de ses difficultés hors de tout cadre institutionnel. Si elle ne réclame plus le retour définitif de sa fille et demande à la voir régulièrement le week-end, elle craint toujours l'avenir et l'affaiblissement du lien mère-fille, crainte justifiée par l'attitude de retrait de sa fille à son égard : *« Comment venir chez moi plus grande, elle n'est jamais venue longtemps. »* Ces difficultés - avoir un lien parental sans l'expérimenter suffisamment souvent - ne sont pas spécifiques aux seuls parents dont les enfants sont placés ; on peut les mettre en parallèle avec celles des parents séparés qui voient peu leurs enfants.

Il arrive aussi que les rivalités entre les deux familles s'amplifient avec le temps, ce que nous avons noté dans le cas où les deux parents présentent des troubles mentaux graves. Ainsi, tout en reconnaissant qu'elle ne peut être aussi attentive envers sa fille, la mère de Myriam jalouse beaucoup la FA, décrite comme accaparante, ce que l'équipe du PF ne conteste pas : *« Elle a plein de filles, alors*

*pourquoi elle veut la mienne ? Je ne veux pas qu'elle s'identifie à elle. Je veux qu'elle grandisse avec sa personnalité, avec ses racines* ». L'assistante maternelle connaît bien les griefs qui lui sont faits : « *Déjà petite, j'étais très attachée à cette enfant, c'est ce qu'on me reproche toujours aujourd'hui* », et rajoute : « *Elle ne regrette pas de ne pas être élevée par ses parents, sa vie c'est chez nous. Elle est tellement comme notre fille...* » Ces parents (comme ceux du groupe suivant, 3.3.) ont du mal à penser la vie de leur enfant ou de leur adolescent, différenciée de la leur.

Par ailleurs, dans des situations où l'enfant, après avoir vécu des maltraitances, est arrivé très petit, l'irrégularité des rencontres parents-enfant a pu renforcer le lien s'est renforcé avec la FA, ce qui renvoie plus fortement à ces parents une image d'incompétence et à la crainte de l'accaparement de l'enfant par ceux qui l'élèvent. Ce lien d'interdépendance de l'enfant avec sa FA crée des relations d'emprise et explique en partie la difficulté de ces enfants à accepter le « tiers physique ou symbolique », comme le décrit H. Rottman (2001). Il risque d'une part d'empêcher l'enfant de s'autonomiser et de grandir et d'autre part de mettre en danger la FA dans son couple ou dans ses relations avec ses enfants. Si les soins thérapeutiques reçus dans le cadre du PF, du PFS ou dans des lieux spécifiques comme les CMP permettent aux jeunes de se protéger et de trouver les bonnes distances entre leurs familles, les accompagnements des FA les aident à se dégager peu à peu de ces relations fusionnelles avec l'enfant.

### **3.3. Des institutions mauvais objets**

Les rivalités n'ont pas nécessairement lieu entre les deux familles, obligées de fonctionner ensemble et de collaborer. Des conflits peuvent avoir lieu contre les institutions quand il y a des modifications au sein des équipes sociales (instabilité des figures référentes, changement du type de placement comme le passage de famille d'accueil à un foyer...). Il est peut-être plus facile pour la famille d'exprimer des critiques et des rancœurs à l'encontre de l'ASE ou du placement familial que directement à l'encontre des personnes. C'est parfois une façon de faire valoir sa qualité parentale auprès de son enfant, cela évite aussi de se remettre en question : « *Ils font de l'ingérence dans ma vie, ça va faire dix ans, il serait temps que je les récupère* » ; « *Le placement familial, ils me font croire qu'ils m'aident mais en fait pas du tout, ils aident mes enfants.* » L'entrave à la parentalité est particulièrement ressentie dans le cas des visites médiatisées : « *C'est pas en deux heures une fois par mois qu'on peut apprendre à se connaître* » ; « *On n'a pas le quotidien.* » Le travail effectué avec les équipes de l'ASE ou de la Justice est difficile du fait de leur structure psychique ; ils se sentent persécutés par le système social, comme l'explique un père, sans cesse obligé de se contenir : « *J'en ai appris devant les tribunaux. Je suis obligé de me refermer sur moi-même, de telle façon à avoir que des rapports favorables, pas de querelles. Oui, il faut surveiller ses gestes.* » Les conflits reportés sur l'institution par des pères ayant une structure paranoïaque ou présentant un état limite évitent que les FA ne restent le seul mauvais objet ; il y a lieu de penser que ce résultat est le fruit du suivi thérapeutique des familles et de l'accompagnement du PF.

### **3.4. La coopération, un état plus ou moins naturel**

Dans les situations de partage des rôles entre les deux familles, grâce aux accompagnements ou aux suivis psychologiques, la séparation est devenue plus supportable avec le temps et les parents n'ont pas désinvesti leur enfant. Un minimum d'alliance s'est créé entre les deux familles, traversé parfois par des avancées et des reculs dans la confiance mutuelle. Chacune des deux a pris conscience des limites de ses compétences, elles sont plus ouvertes à la négociation. Les FA se savent soutenues par l'équipe de l'ASE ou du PF qu'elles peuvent faire intervenir en cas de difficulté, comme cette femme perturbée par les cauchemars que faisait un garçon après les rencontres avec sa mère ou cette assistante maternelle dont le domicile était souvent investi par la mère de l'enfant.

Nombre de ces parents peuvent parler de leurs émotions, de leur propre souffrance de ne pas pouvoir élever leur enfant, de la peur de le « *recupérer trop tard* », de leurs difficultés éducatives quand ils ont les enfants en visite à domicile. Les mères malades mentales, aujourd'hui stabilisées, parlent aussi la souffrance de leur enfant. Ces discours témoignent d'une certaine élaboration, en lien avec des soins psychiques ou le travail de médiation qui ont duré plusieurs années pour certains. La plupart de ces familles se rendent compte de la limitation de certaines de leurs capacités, en particulier les mères psychotiques et celles ayant un déficit cognitif important. Ainsi, une mère n'a gardé des liens qu'avec ses plus jeunes enfants, ne pouvant voir en même temps les aînés (également placés) en raison des horaires et de l'éloignement des lieux de rencontre. La présence d'un compagnon rassurant l'a aidée à les recevoir à son domicile très régulièrement, même pour un temps assez court : « *La maman est un peu dépassée par les événements, elle est débordée par ses filles devenues trop grandes... Les enfants se rendent compte qu'il faut la prendre comme elle est, mais ça se passe bien* », mentionne la famille d'accueil.

L'absence de la mère, son rejet de l'enfant ou l'irrégularité des rencontres sont parfois contrebalancés par celles plus régulières des pères, comme celui d'Akim. Le travail du PF auprès de ce père absent au début du placement (incarcération) a permis que celui-ci retrouve une activité professionnelle et un logement. L'amélioration de sa situation le rend plus impliqué dans ses responsabilités éducatives : « *J'ai pas choisi ni pensé qu'un jour j'aurais un enfant placé... Ça me dérangeait pas parce que c'était la situation qui était cause de ça, et chez nous, c'est la famille qui l'aurait pris à la mort de sa mère... Je me sens quand même le père de cet enfant... j'aime bien lui apprendre comment jouer... Tout ce que je fais, c'est pour mon fils, cet enfant, je le voulais.* »

Les projets éducatifs envers les enfants sont clairs pour tous : « *Au début, le père m'a demandé qu'il ne mange pas de porc, c'est tout.* » C'est sur le plan scolaire et sur celui de la politesse que les parents reconnaissent les efforts faits par la FA : « *Je veux qu'il réussisse dans la vie, elle le surveille bien* » ; « *C'est difficile d'être parent, l'éducation, il faut la présence des parents. J'essaie de lui donner ce que je peux, de l'aider le plus possible... Il est bien chez cette famille d'accueil. Maintenant qu'il grandit, il faut être gentil et sévère tous les deux.* » Les parents ne sont pas démissionnaires, certains s'informent de l'évolution et des progrès de

l'enfant ; d'autres tiennent à rappeler tout de ce qu'ils font : « *Je paie tout, les fournitures scolaires, les vacances à l'étranger...Je leur donne toute l'éducation que j'ai pu, ils ne manquent de rien* » comme cette mère qui revendique son rôle parental, ce que note l'assistante maternelle : « *C'est une mère qui défend bien ses droits. Je lui ai toujours laissé sa place, par exemple, l'explication des choses de la vie, c'est elle. Quand sa fille a mal au ventre, je demande à ce que ce soit la mère qui rencontre le médecin...* »

Dans ces situations de collaboration parents et FA, les relations parents-enfant (et/ou enfant-famille d'accueil) se passent généralement plutôt bien et permettent à l'enfant de se construire dans un environnement plus favorable. Les familles ne sont pas dans la délégation totale ou la revendication de tous leurs droits. On est face à une parentalité partielle assumée, avec un certain investissement dans la distance, d'autant mieux assumé que le ou les parents peuvent compter sur un référent stable comme l'explique cette femme : « *C'est un travail qui peut paraître banal, chacun a une place particulière, mais je sors aussi parfois de mon rôle d'éducatrice.* » La mère de Marine passe sa vie entre deux institutions psychiatriques. Après avoir été élevée plusieurs années dans sa famille élargie, Marine a vécu en FA. Les rencontres ont été accompagnées par la référente du placement puis par une bénévole. Après la période houleuse de l'adolescence, les relations mère-fille se sont pacifiées, la jeune fille lui a dit récemment : « *Tu m'as bien éduquée par transmission de pensée* » et la mère ajoute : « *Je pense être une bonne mère.* » Des assistantes maternelles notent parfois la qualité du lien parent-enfant. Ainsi l'une d'elles tient à souligner : « *les filles sont attachées à leur mère, elles l'adorent, elles sont en manque de leur mère, mais elles savent aussi faire la différence entre chez elle et chez nous.* » Cette mère espère toujours le retour de ses filles et la FA est certaine, quant- à elle, qu'elle continuerait à les voir et à aider cette femme avec laquelle elle dit bien s'entendre.

## **En conclusion**

Le discours des parents dont les enfants sont placés et celui des familles d'accueil qui les élèvent montre combien il est nécessaire pour les institutions de penser la complexité des liens et d'aider ces deux familles ensemble dans une véritable alliance thérapeutique pour le bien-être de l'enfant qui sera un jour lui-même parent. L'écoute de ce que ces familles ont vécu peut permettre de mieux évaluer les pratiques et de mieux saisir ce qui a été perçu comme aidant ou non.

Les soins précoces ont parfois participé à la mise en place plus rapide d'une collaboration entre ces familles ; ils aident par ailleurs l'enfant à se développer dans un environnement plus sécurisé et à ne pas être au centre des conflits entre ces familles. Certaines prises en charge ont permis à des parents de sortir de l'exclusion, à accepter les soins pour leur enfant et la séparation, d'autres ont participé au maintien d'un lien régulier parent-enfant. Les plus efficaces sont celles où un vrai suivi thérapeutique a été mené auprès des parents et des enfants en parallèle au travail d'accompagnement de la famille d'accueil. Toutefois, ces effets ne peuvent se maintenir que grâce à un étayage permanent et sous le regard bienveillant des équipes sur les deux familles, regard qui facilite

l'assouplissement et la diversification de ces relations. Les ruptures d'accompagnement sont très dommageables, en particulier pour les enfants. Aussi, pour consolider l'émergence des compétences des uns et des autres, la bientraitance doit se poursuivre sur le long terme dans les stratégies de travail en réseau. Ceci devrait pouvoir être possible en décloisonnant les différentes équipes, sociales, éducatives et thérapeutiques, c'est-à-dire en mettant plus de lien entre elles.

### **Notes**

Note 1 : Ces recherches, menées dans le cadre du CERMES INSERM U502, ont été subventionnées par la Fondation de France, la Fondation de Rothschild (convention n°257-8DH17F), la Fondation Grancher, le Centre Français de Protection de l'Enfance, les Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais, la Région Nord Pas-de-Calais et la Fondation Mac Donald.

Note 2 : Le groupe de professionnels de l'enfance dirigé par le Pr. Houzel (1999) a dégagé trois axes de la parentalité, axes permettant d'établir des repères dans l'étude des rôles et du fonctionnement parental :

- a) L'exercice de la parentalité, au sens juridique : le groupe familial est un ensemble structuré en des liens complexes d'appartenance, de filiation et d'alliance, les règles qui régissent cet ensemble impliquent des droits et des devoirs dévolus à chacun des membres.
- b) L'expérience de la parentalité, expérience subjective consciente et inconsciente de ceux chargés de remplir des rôles parentaux ; expérience affective et imaginaire de tout individu impliqué dans un processus de parentification.
- c) La pratique de la parentalité, domaine des soins parentaux là où peuvent s'étudier les interactions comportementales et affectives entre le parent (ou son substitut) et l'enfant.

### **Références bibliographiques**

- Appell, G. 1982. Tentatives d'éradication des états de carence dans une pouponnière. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 4-5, 257-262.
- Berger, M. 1992. Les séparations à but thérapeutique. Privat, Toulouse.
- Boisvert, F., Trudelle, D. 2002. Etre parent en milieu défavorisé: de la compétence au sentiment d'impuissance. *La Revue Internationale de l'Education Familiale*, 6 (2), 87-107.
- Coppel, M., Dumaret, A.C., 1995. Que sont-ils devenus ? Les enfants accueillis à l'Oeuvre Grancher. Analyse d'un placement familial spécialisé. Erès, Toulouse.
- David, M., 1989. Le placement familial, de la pratique à la théorie. ESF, Paris.
- Dumaret, A.C. 2003. Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. *Revue de la littérature étrangère. Archives de Pédiatrie*, 10, 448-461.
- Dumaret, A.C., Coppel-Batsch, M. 1996. Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 34, 2, 613-671.

- Dumaret, A.C., Jardin, F. 2001. Soins précoces parents-enfants : devenir des familles. (collab. Picchi, V., Cohen, L., Ruffin, D.) Rapport de recherche à la Fondation de France et à la Fondation Rothschild. Nov., pp 221.
- Durning, P. 1995. A la lecture des recherches contemporaines : quelques acquis et de nombreuses questions. In *Maltraitance, maintien du lien ?* Fleurus, Paris, pp.29-57.
- Gabel, M., Jésus, F., Manciaux, M. 2001. *Bienveillances, mieux traiter les familles et professionnels.* Fleurus, Paris.
- Houzel, D. (sous la dir.) 1999. *Les enjeux de la parentalité.* Erès, Toulouse.
- Lamour, M., Barraco, M. 1990. Le nourrisson et sa mère psychotique : modes d'approche thérapeutique des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, (6), 385-391.
- Lefebvre, D., Speekenbrink, H. 1998. Alésia 14: accompagner autrement les enfants victimes. Communication aux Journées de la Psychiatrie, 9-11 mars.
- Mouhot, F. 1999. Penser l'enfant séparé. *Devenir*, 11, 1, 7-42.
- Oxley, J. 1993. Professionnels et bénévoles, une coopération possible : Alésia 14. *Enfance Majuscule*, août-sept., 7-9.
- Rottman H. 2001. L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. Impact et traitement en placement familial. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, 178-185.
- Soulé, M., Noël, J. 1971. Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux. *La psychiatrie de l'Enfant*, 14, 2, 577-620.
- Stoléru, S., Moralès-Huet, M. 1989. *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*, Paris, PUF, coll. Le fil rouge.
- Titran, M., Dumaret, A.C. 2003. Familles à vulnérabilités multiples: évaluation d'une action d'accompagnement. *Directions*, mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social, 1, 46-47.