



HAL
open science

De l'exclusion à la prise d'autonomie : impact à long terme d'une prise en charge informelle de familles à haut risque

Annick Camille Dumaret, Maurice Titran, Brigitte Dumont

► To cite this version:

Annick Camille Dumaret, Maurice Titran, Brigitte Dumont. De l'exclusion à la prise d'autonomie : impact à long terme d'une prise en charge informelle de familles à haut risque. Ed. De Boeck Université. CULTURE et BIEN-TRAITANCE, Ed. De Boeck Université, pp.173-189, 2005. inserm-00353920

HAL Id: inserm-00353920

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00353920>

Submitted on 23 May 2014

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 « CULTURE et BIENTRAITANCE », sous la dir. H. Desmet et J.P. Pourtois.
Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2005, pp. 173-189.**

**De l'exclusion à la prise d'autonomie :
impact à long terme d'une prise en charge informelle de
familles à haut risque**

A.C. Dumaret (1), M. Titran (2) et B. Dumont† (3)

1. Psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM U.502, CERMES, Site CNRS, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif
2. Pédiatre, médecin directeur du CAMSP de Roubaix, Cedex 36 rue du Nouveau Monde, BP 359, 59056 Roubaix
3. Assistante sociale du CAMSP de Roubaix, Cedex 36 rue du Nouveau Monde, BP 359, 59056 Roubaix

*"C'est ma responsabilité en face d'un visage me regardant comme
absolument étranger... qui constitue le fait originel de la fraternité...
Dans cet accueil du visage... s'instaure l'égalité."
Lévinas, Totalité et infini, p 235.*

Evaluer l'adéquation des outils de travail et des actions entreprises au sein d'une association ou d'un service de soins n'est pas une tâche aisée mais reste une exigence si l'on veut toutefois en améliorer les pratiques. C'est ce que nous avons tenté de faire au CAMSP de Roubaix où a été mis en place, il y a plus de quinze ans, un groupe informel de parents-enfants, professionnels et bénévoles dans le cadre d'une action de santé communautaire. Le travail d'accompagnement mené visait, et vise toujours, à traiter la parentalité défaillante, atténuer la souffrance psychique et la désinsertion sociale. Les familles et leur environnement sont au cœur de ce dispositif qui participe de la prévention, il engage les solidarités de proximité, consolide les liens sociaux et intègre dans ses stratégies d'aide l'ensemble des secteurs du champ sanitaire, social et éducatif.

Que sont devenues ces familles fragilisées par l'engrenage transgénérationnel de la misère et l'accumulation des risques psychosociaux, une fois disparu le support du groupe mis en place au sein de l'institution ? Les principaux objectifs de ces stratégies de santé communautaire - rompre avec l'exclusion sociale et la maltraitance, aider les familles à devenir acteurs de leur vie - ont-ils été atteints ? Comment les parents se sont-ils réappropriés les aides reçues ? Ces questions concernant la santé publique étaient au cœur de nos principales interrogations.

1. Quelques données de la littérature internationale sur les interventions précoces

A la différence de la France, les évaluations des prises en charge médico-sociales et éducatives de familles de milieu défavorisé et à risques multiples, de familles avec enfants prématurés et/ou à petit poids de naissance et de familles à risque psychiatrique sont nombreuses dans les pays anglo-saxons comme l'indique un recensement récent de la littérature scientifique (Dumaret, 2003). Des programmes fournissent aux parents des services pour renforcer leurs compétences et les aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne : promotion de la santé, information sur les besoins du bébé, sur les attitudes parentales, aide psychologique, développement du support social et affectif des membres de la famille élargie, groupes de parents, réseaux locaux d'aide (formation des adultes, planning familial, conseils en économie familiale, etc...). D'autres sont plus tournés en direction des enfants : mode de garde à la journée, activités enfantines d'éveil dans les centres à mi-temps ou à temps plein. Par ailleurs, ces deux modèles d'intervention peuvent se conjuguer.

C'est sous l'influence de la théorie socio-écologique de Bronfenbrenner que l'attention s'est portée sur le rôle fondamental des parents premiers donneurs de soins. Peu à peu l'accent a été mis sur les inter-relations mère-enfant, le renforcement des compétences parentales. A la suite de la diffusion de la théorie de l'attachement, les travaux se sont centrés sur l'amélioration de la communication parent-enfant, puis à l'aide à la parentalité. Ces nouvelles perspectives posaient les parents comme éducateurs et thérapeutes par l'intermédiaire de l'alliance avec les professionnels.

Menées par des professionnels et de durée d'au moins un an, les interventions les plus efficaces sont celles commencées en période prénatale, de durée assez longue, et portent à la fois sur le bien-être des parents et des enfants et les besoins des familles. Parmi les recherches longitudinales, on citera celle de Olds et col. (1986, 1998) dont les effets sont considérables. D'une part, effets significatifs à la naissance : réduction du taux de prématurité, moins d'hospitalisations en urgence et de placements et d'autre part, à long terme : moins de stress au niveau de la parentalité, et de meilleure adaptation et insertion socio-professionnelle chez les mères dont les grossesses ultérieures sont moins nombreuses ; moins de recours aux aides sociales et moins de comportements antisociaux maternels. Ces programmes menés par des professionnels, montrent à des degrés divers les influences positives sur le développement cognitif, scolaire et social des enfants (Garber et col. 1991, Aronen & Kurkela 1996, Ramey & Ramey 1998) et la qualité des relations parents-enfant dont l'attachement sécure (Van Ijzendoorn et col. 1997). Il en est de même de ceux entrepris à des âges un peu plus tardifs, vers trois quatre ans.

Parmi les facteurs de réussite, plusieurs études mentionnent la relation positive entre les intervenants, acteurs des programmes et les parents, relation basée sur la confiance réciproque et le respect des valeurs et de la culture des familles. L'efficacité reste toutefois limitée dans le temps. En effet, face à des situations d'adversité familiale, de pauvreté persistante et de cumul de dysfonctionnements transgénérationnels dont on connaît les effets néfastes quant aux pathologies parentales et au développement des enfants (Sameroff & Seifer 1983, Rutter & Quinton 1984, Blanz et col. 1991, Shaw & Vondra 1993), un accompagnement médico-socio-éducatif de plusieurs mois voire de quelques années est sûrement insuffisant (Olds & Kitzman 1990, Chaffin et col. 2001). Le travail sur le support social et la parentalité reste primordial, notamment dans le cas de parents présentant des limitations intellectuelles (Tymchuk 1990, Feldman 1994, Ethier et col. 1999).

Pour consolider l'émergence des compétences des parents et des enfants, les premières interventions doivent être poursuivies par des stratégies de travail en réseau et sur le long terme avec l'école, les services sociaux, de santé et de justice. Ceci rejoint le courant des travaux amorcé depuis plus de dix ans en France sur la bienveillance des familles par les professionnels de la santé et du social (Gabel et col. 2000).

2. Le contexte institutionnel de l'accompagnement des familles

2.1. Des familles souffrantes, disqualifiées, à vulnérabilités multiples

Ces familles très vulnérabilisées par l'accumulation de problèmes économiques, de problèmes de santé physique et mentale vivent de nombreux stress (Potekov & Titran 1996). Les parents ont connu déjà dès leur enfance les hospitalisations de leurs propres parents (tuberculose, hospitalisations psychiatriques), des placements et séparations, puis, à l'âge adulte, des services sociaux, pédiatriques, la Justice et parfois des services de psychiatrie. Ils ont gardé le souvenir d'une incompréhension de leurs propres besoins par les professionnels mais ont également du mal à comprendre et répondre aux besoins de leurs enfants. Certains font preuve de discontinuité dans les soins à donner, d'autres ne peuvent les assumer en raison de déficiences intellectuelles, de handicaps psychiques graves et d'absence d'aide et de soutien dans l'entourage. De façon générale, les dépressions parentales restent masquées et c'est dans un tel contexte que se succèdent souvent les naissances.

Leur savoir-faire se réfère à des expériences passées douloureusement vécues et rarement parlées ou accompagnées. Ils ont parfois intégré la problématique de la répétition du malheur et de la résignation ; ils ont renoncé à demander de l'aide face à la parcellarisation des différents services et à l'image qui leur est renvoyée d'eux mêmes, échecs répétitifs (scolarité, travail), incompétence parentale. Au sentiment d'incompétence s'ajoute celui de l'impuissance (Boisvert et Trudelle, 2002). La culture de ces familles n'est-elle pas difficilement accessible aux travailleurs sociaux qui ont leurs propres normes évaluatives, notamment en ce qui concerne ce qui est bien pour le développement des enfants ? Les professionnels ont-ils les moyens d'exploiter tous leurs talents humains pour réaliser leur mission ?

Ces familles sont à soutenir pour éviter le dysfonctionnement de la relation mère-enfant et pour tenter de prévenir maltraitances et placements.

2.2. Les références de l'équipe

Le travail du CAMSP consiste en premier lieu à aider ces familles sans repères dans le temps et dans l'espace à (re)trouver confiance dans les professionnels (Dumont 1999, Titran, à paraître). Ceci implique aussi la croyance du professionnel et de toute l'équipe en la possibilité pour toute personne de prendre en main l'amélioration de sa santé. Ensuite, un projet pour l'enfant sera impulsé en accord avec les parents et les autres partenaires sociaux (centre social, école maternelle, PMI).

Dans le cas de l'alcoolisme maternel actif, il est difficile pour les parents d'assurer la régularité nécessaire dans les rendez-vous médicaux et paramédicaux pour elles-mêmes et pour leurs enfants, même s'ils en expriment le désir. C'est en réfléchissant aux raisons de cet absentéisme, que l'équipe a progressivement découvert d'une part, l'inadéquation des réponses apportées par les parents aux besoins réels des enfants (alimentation, jeux, éveil social...) et, d'autre part, les problèmes importants de santé dont souffraient les familles (alimentation défaillante, hygiène,

problèmes dentaires, poly-dépendances...).

L'hypothèse de travail est la suivante : le fait que des parents - ayant longtemps expérimenté des passages de vie difficile - puissent désormais les négocier autrement grâce à la solidarité et l'accès aux soins (avec des stratégies adaptées) devrait, peu à peu, permettre d'infléchir, voire d'inverser les trajectoires d'exclusion en permettant à chacun de retrouver son identité personnelle et sociale ainsi que sa dignité grâce à ses compétences.

L'équipe est pluridisciplinaire et travaille dans la continuité depuis de nombreuses années, en partenariat avec les équipes sociales et médicales (pouponnières, placements familiaux, PMI, SSE, crèches, écoles), celles de la justice et des services d'hygiène mentale adulte.

2.3. Une intervention informelle de longue durée : le groupe du mardi

Au sein du CAMSP, tous les mardis depuis plus de quinze ans fonctionne un groupe auquel participent parents-enfants, bénévoles et professionnels (note 1). Ce groupe du mardi s'adresse en exclusivité à *"des familles qui ne se sentent incluses ni dans l'action médicale, ni dans l'action sociale, ni dans l'action pédagogique, ni dans l'action éducative, ni dans l'action culturelle"* (Dumont 2000). C'est un *"groupe informel qui se fait sur un mode convivial ; il est un lieu d'échange, d'expression, de connaissance et de reconnaissance de l'autre"* (Titran 1993). Il a pour objectif principal *"l'évaluation des compétences et l'estime réciproque"*. Cette dynamique interactive va permettre à chacun, enfants- parents, professionnels, d'émerger à leurs compétences optimisées. La finalité du groupe consiste ainsi à restaurer une identité sociale, une image de soi "suffisamment bonne" et à valoriser les compétences parentales par de petits actes ordinaires (Titran 1994).

Il fonctionne un après midi par semaine (1 h ½), tout au long de l'année, même pendant les vacances scolaires, un système de voiturage est prévu pour des parents ne pouvant utiliser les transports en commun. Chaque parent vient à son rythme avec son ou ses enfants (de moins de six ans). Parallèlement au groupe, les enfants peuvent être suivis en rééducations individuelles, orthophonie, psychomotricité... Professionnels et bénévoles qui accompagnent ces familles sont toujours les mêmes, côté parents: pédiatre, assistante sociale, conseillère en économie familiale, kinésithérapeute, diététicienne, côté enfants: rééducateurs, institutrice spécialisée, éducatrice de jeunes enfants. Dans son fonctionnement, il est très tolérant vis à vis des comportements des parents, sauf en cas de violence. C'est aussi un lieu de retrouvailles pour des parents dont les enfants sont placés par décision judiciaire.

Des activités de la vie quotidienne s'organisent avec un partage de temps et de savoir, la rencontre avec d'autres parents ayant vécu des problèmes identiques (exclusion, violences, maltraitances) crée une dynamique d'entraide, qui ne va jamais de soi spontanément. En effet, il faudra un temps suffisant que l'on ne peut déterminer à l'avance pour que les parents, qui arrivent au groupe dans la crainte du jugement d'autrui et la peur, s'apprivoisent, se supportent et s'épaulent. Au sein du groupe, l'écoute et l'observation des interactions mère-enfant permettent aux professionnels d'identifier ce dont les familles ont besoin. Par son enveloppe structurante et bienveillante, le groupe offre aux familles la possibilité de fonctionner avec des repères dans le temps et dans l'espace. Les activités manuelles libèrent peu à peu la parole qui va circuler dans le groupe où chacun peut être valorisé ; un repas en commun est organisé mensuellement avec ces familles qui peuvent bénéficier par ailleurs d'une semaine de vacances en maison familiale (pendant trois années de suite). Une réunion de synthèse a lieu à la fin de chaque séance de groupe, réunissant professionnels et bénévoles pour faire le point sur l'évolution de l'enfant ; elle représente un espace de régulation des interactions observées lors de la séance.

3. La recherche : matériel et méthode, déontologie

C'est à la demande du directeur du CAMSP, désireux d'évaluer l'efficacité des stratégies d'accompagnement mises en place au cours du groupe du mardi que cette étude a été mise en place en 1999 (note 2). Le chercheur, quant à lui, s'intéressait à la réversibilité des effets à long terme des carences socio-familiales graves en fonction de modifications environnementales (changement complet de milieu comme dans le cas de certains placements ou partiel comme dans le cas d'interventions thérapeutiques. L'étude s'insérait dans une démarche d'évaluation de prises en charge précoces par plusieurs institutions de soins (Lefebvre & Spekenbrink 1998, Dumaret & Jardin 2001, Titran & Dumaret 2003).

L'objectif de ce travail était d'analyser l'insertion et les capacités d'adaptation des familles, la parentalité et l'évolution des enfants sur les plans intellectuel, scolaire et comportemental. Mettre à jour la représentation que les parents se sont faite de l'aide nous a semblé également utile pour apprendre ce dont ils ont bénéficié le plus (Dumaret 2003).

Vingt quatre familles ont été rigoureusement sélectionnées. Les critères étaient les suivants :

- 1) Les parents ont participé aux activités du groupe (activités manuelles, organisation et préparation de sorties culturelles...) entre 1989 et 1995, pendant une durée d'un an et plus ;
- 2) L'enfant a été pris en charge tôt, parfois dès avant la naissance au cours de suivi d'un aîné, la limite supérieure étant de quatre ans et demi (âge de sortie du CAMSP : six ans) ;
- 3) L'évaluation a été réalisée cinq à dix ans après que les familles (les parents accompagnés de leurs enfants) aient quitté le groupe de support de l'institution.

Comme on le voit, il s'agit d'une étude prospective dans le passé : la population évaluée aujourd'hui a été soigneusement sélectionnée dans le passé. Cette population représente la moitié des familles venues au groupe, les autres n'étant restées que quelques mois ou semaines.

Les données recueillies sont de deux types : aux nombreuses données institutionnelles (tous les comptes rendus de synthèse du groupe du mardi effectués à la fin de chaque séance et ceux inclus dans les dossiers des enfants placés), s'ajoutent les informations fournies par les référents sociaux des institutions (Aide sociale à l'enfance ASE, Tutelles, institutions médicales) et surtout les entretiens semi-directifs avec les familles: les parents (deux rencontres) puis l'enfant (une rencontre). Ainsi, la situation actuelle des familles a-t-elle été analysée à partir de deux approches, l'une quantitative avec des évaluations standardisées (subtests de niveau intellectuel pour les mères et les enfants, comportements et situation socio-scolaire des enfants, santé des parents) et l'autre plus qualitative sur l'histoire familiale, les représentations des aides reçues, le rôle parental.

Les parents ont été contactés par le directeur du CAMSP qui sollicitait leur participation à la recherche. L'approche de ces familles vivant dans des situations extrêmement précaires a été difficile (localisation géographique compliquée en fonction des changements de noms de famille, absence ou détérioration des boîtes à lettres, déplacements multipliés, rendez-vous manqués ou oubliés, sans compter les démarches administratives pour rencontrer les référents des tutelles, ceux de l'ASE...). Pour plusieurs familles, l'assistante sociale qui avait participé au groupe du mardi, ou le directeur se sont rendus au domicile avec le chercheur devant les interviewer et leur ont redéfini le but de la recherche. Quelques rencontres ont eu lieu au CAMSP pour les parents les plus autonomes ou encore en lien avec le service, par l'intermédiaire de l'association ESPER (note 3), mais la plupart des familles ont accepté que l'entretien ait lieu à domicile.

Ces parents, essentiellement des mères mais aussi quelques pères, ont tous accepté que les

entretiens soient enregistrés au magnétophone. Non seulement la confidentialité leur avait été garantie mais également l'anonymat total de leurs propos. Ceux qui n'ont plus le droit de garde (enfants pris en charge par l'ASE) ont donné leur autorisation parentale de consulter les dossiers institutionnels et de rencontrer les enfants. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de refus de la part des familles.

Parmi les hypothèses formulées, nous mentionnerons l'importance du suivi précoce des familles dans la réduction de la maltraitance chez les parents et dans la réduction des échecs scolaires chez les enfants (les plus jeunes des fratries). De plus, nous pensons que la qualité des inter-relations qui se sont créées dans le groupe au fil du temps entre parents et intervenants est à l'origine la rupture avec l'exclusion sociale, et que le regard des professionnels aura amené les parents à d'autres processus de compréhension.

4. Résultats

Etant donné que l'ensemble du matériel n'est pas totalement recueilli (quatre familles et plusieurs enfants doivent encore être interviewés) et que les thèmes analysés sont nombreux, nous nous centrerons dans cet article sur des résultats préliminaires concernant les parents. Nous avons opté pour une analyse descriptive et compréhensive des résultats, la taille de l'échantillon étudié se prêtant plus à une étude qualitative que quantitative.

4.1. Description de la population venue au groupe informel

Parmi les 20 mères, huit avaient été placées dans leur enfance. Lors de l'admission et pendant la participation au groupe, les mesures judiciaires concernaient 70 % des familles, incluant 45 % de placements d'enfants hors de la famille. Aucune mère ne possédait de diplôme lors de la venue au groupe, la plupart avaient quitté l'école à 15-16 ans et le choix du premier conjoint avait souvent été fait en miroir par rapport aux difficultés personnelles ou familiales.

Toutes ces familles étaient en difficultés avec l'alcool, facteur de risque présent déjà dans la génération des grands-parents, à une exception près (une mère abandonnée avant l'âge de deux ans, confiée à une famille d'accueil dont le père était alcoolique). Cette dépendance est associée souvent, en plus du tabagisme, avec :

- 1) une pathologie psychiatrique pas toujours bien définie pour 12 mères (pathologies dépressive et borderline, errance et graves carences, déficience intellectuelle), et des abus sexuels subis par cinq mères dans leur enfance ou adolescence.
- 2) d'autres facteurs de risque pour le développement de l'enfant (violences conjugales, maltraitements...). Dans l'échantillon étudié, on note que dans le cas d'abus sexuels, les abuseurs sont ou étaient alcooliques.

Ainsi, les environnements familiaux, surtout du côté maternel mais aussi du côté paternel, comportent de nombreux facteurs de risque, présents dans au moins deux générations (grands-parents et parents), comme la dépendance à l'alcool dans neuf familles, et les abus sexuels dans cinq situations familiales (dans l'une trois générations sont impliquées). Avant la participation au groupe, ou au cours des mois qui ont suivi, dans 11 familles, on relève des abus sexuels chez les enfants.

4.2. Les représentations des soins et de l'accompagnement

Toutes ces familles ont gardé des souvenirs vivaces des rencontres du mardi mais le discours de

plusieurs reste vague quant au contexte familial difficile de l'époque (violence, errance, alcoolisme...) que certains ont préféré ne pas évoquer. Aujourd'hui, de nombreuses mères disent avoir été à l'initiative de cette aide : c'est essentiellement pour l'enfant qu'elles sont venues, disent-elles car elles étaient inquiètes par rapport à ce bébé souvent malade ou ce petit enfant qui se développait mal. Dans plusieurs situations, les prises en charge ont eu lieu dans la continuité du travail déjà commencé avec les aînés.

Tous ces parents évoquent le climat convivial des rencontres, non seulement on s'occupait de leur enfant mais aussi d'eux. Les activités manuelles contribuent au partage des compétences individuelles - il y a les mères qui savent broder et celles qui savent donner le biberon et calmer le bébé - et à la construction sociale de l'identité, elles renforcent cette notion d'entraide (fabrication de jouets en peluche dont la vente permet des sorties...). Dans ce cadre, remarques et conseils des uns et des autres sont acceptés. Par ailleurs, la transmission des savoir-faire se fait aussi entre familles et soignants, le médecin va affiner son expertise pédiatrique en écoutant la mère parler de ses conditions de vie et difficultés quotidiennes.

Ces parents ont perçu le regard bienveillant des professionnels et des bénévoles, ce regard porté a été chaleureux, ils se sont sentis comme des parents possédant des compétences et non comme des parents indigents, maltraitants ou malades mentaux. Les enfants ont également perçu ce regard porté par les adultes sur leurs parents.

Face aux prises en charge, le discours des parents est plutôt élogieux face à l'équipe de bénévoles et de professionnels, même par rapport à l'assistante sociale du groupe, dont la fonction était mal perçue au début car rappelant des situations de placement. Toutefois, une mère, de personnalité borderline et paranoïaque, tient encore des propos ambivalents. Elle reproche aux professionnels, notamment au médecin, d'avoir fait un signalement (concernant une autre famille que la sienne) à la suite de ce qui s'était passé lors d'une séance de groupe.

Aide reçue selon les parents pour eux-mêmes

La capacité des mères à parler de leur passé difficile, de leurs parents, de certains traumatismes (décès d'enfants en bas âge...) peut être mis en relation avec ces accompagnements et avec la rencontre avec d'autres parents ayant souffert comme eux. Dans ce lieu enveloppant, les mères ont redécouvert et exprimé des émotions et sentiments enfouis depuis longtemps, elles se permettent de rire, de jouer ensemble. La présence au groupe de bénévoles d'un certain âge offre aux familles une figure maternelle gratifiante et fait redécouvrir les différences entre générations. La majorité des mères ont le sentiment d'avoir eu une part active dans la protection de leur enfant, ce qui renforce l'image maternelle qu'elles se sont construites d'elles-mêmes. Les mères se sont rendu compte qu'elles pouvaient s'organiser avec leurs enfants, d'autres retrouvaient des compétences de la vie quotidienne, celles transmises autrefois au sein de la famille (couture, cuisine). Avec la revalorisation progressive des parents dans leurs compétences parentales, les réponses aux besoins des enfants sont devenues plus adéquates. Le passage par le groupe a permis à certaines mères d'entreprendre une cure de sevrage, sachant qu'elles bénéficiaient du regard encourageant des autres parents, à d'autres de faire la démarche pour elles ou pour leur enfant d'aller consulter un psychologue ou un psychiatre.

Les parents se sont peu à peu ouverts au monde extérieur (sorties familiales, organisation de leurs propres vacances, un père apprend à conduire, des mères suivent une formation professionnelle, d'autres ont obtenu un emploi salarié pour la première fois). La redécouverte d'une certaine forme de solidarité, construite à partir d'échanges matériels et relationnels nés dans ce cadre de vie quotidienne et banale, va se poursuivre hors du groupe même encore actuellement : plusieurs

mères participent à des réseaux d'aide, aide auprès de femmes en danger avec l'alcool (association ESPER), ou dans des associations culturelles et caritatives (par exemple, Amitié Partage, Ludopital).

Dans ces familles, comme toute séparation, l'arrêt de la participation au groupe, généralement lié à l'âge de l'enfant, a été évoquée comme une période pénible pour ces parents, certains restant plus démunis que d'autres, comme les mères présentant d'importants problèmes de santé mentale ou de grandes difficultés cognitives ; elles ont continué à venir seules quelques mois au groupe du mardi.

Constat parental d'un meilleur développement chez les enfants

Les mères et les pères parlent aussi des bénéfices directs envers leur enfant (motricité, langage, socialisation, apprentissages scolaires...). Ceux qui ont suivis des rééducations souvent jusqu'à l'âge de six ans et parfois plus, sont devenus plus ouverts, certains troubles (langage, parole, problèmes de motricité, socialisation...) se sont estompés ou ont disparu.

Au cours de la recherche, nous avons noté que, lorsque les parents venaient régulièrement au groupe, le pourcentage d'absence aux séances individuelles de rééducations des enfants avait fortement diminué. Les effets sur les apprentissages scolaires ont été repérés non seulement par les parents mais aussi par quelques assistantes maternelles également interviewées. Il en est de même quant à l'amélioration des relations parents-enfants (séparation-individuation, accès à l'autonomie). L'arrivée d'une nouvelle naissance a donné lieu à une mise en relation plus aisée et rapide de l'équipe soignante avec cet enfant suivi plus tôt et à titre préventif ; en général et comparativement aux autres de la fratrie, cet enfant va mieux.

4.3. Situation actuelle des familles

Le devenir des familles a été réévalué en moyenne six ans et demi après la sortie du groupe. Les parents sont venus au groupe en moyenne 32 mois avec leur(s) enfant(s) ; ce sont les familles présentant d'importants problèmes de santé mentale qui ont le plus mobilisé les équipes. Lors de l'enquête, les mères sont âgées de 40 ans en moyenne et elles ont eu en moyenne plus de 4 enfants. On dénombre autant de familles monoparentales que de familles biparentales, dans cinq familles, les mères vivent toujours avec les pères de leurs derniers enfants.

Nous avons classé ces familles tenant compte de plusieurs variables (classement indépendant par trois personnes) : 1) la situation familiale (autorité parentale, familles qui élèvent les enfants, type de liens et régularité avec les enfants ou les aînés placés, suivi socio-éducatif) et socio-relationnelle des parents (aides au sein de la famille élargie, personnes ressources ou présence d'amis) ; 2) les sources de revenus et la situation professionnelle des parents (travail, prestations sociales et familiales, allocations d'aide) ; 3) les comportements des parents face à l'alcool, la santé et le niveau intellectuel estimé des mères (suivi psychiatrique...).

Trois types de familles se dégagent de ces confrontations qui permettent de faire ressortir des ressemblances et des oppositions en fonction des variables retenues pour l'analyse: des familles devenues autonomes dont les situations se sont nettement améliorées (A) ; des familles stabilisées dont les situations présentent une légère amélioration par rapport au passé (S) ; des situations inchangées malgré les soins et les aides (I).

Dans les deux premiers groupes (dix situations autonomes A et sept améliorées ou stabilisées S), la disparition du facteur de risque maternel "alcool" - six sur sept - a entraîné la rupture conjugale avec le père ou le partenaire alcoolique, l'arrêt de l'endettement (sauf un cas dans le groupe S) et

l'amélioration de l'état de santé psychique de plusieurs mères (arrêt de traitement psychiatrique). Un seul père a arrêté alcool et tabac, a repassé des diplômes et acquis une meilleure qualification professionnelle. Plusieurs mères ont retrouvé un concubin participant à la vie familiale et l'éducation des enfants.

Dans la plupart de ces situations, les ressources ne sont plus basées uniquement sur les aides sociales : la moitié des familles A vivent de revenus salariaux, les autres du RMI, c'est l'AAH qui domine pour les familles S. Les relations familiales avec la parentèle sont plus apaisées et les parents peuvent compter sur l'entourage familial ou amical, les personnes ressources étant plus nombreuses dans les familles A où les conjoints sont très aidants et où l'isolement social a fortement régressé (seules trois mères A sur dix vivent encore assez isolément vs quatre sur sept familles S). A la fin de l'accompagnement du mardi, les situations ayant évolué positivement, les mesures d'AEMO avaient cessé, toutes pour les familles A et deux sur sept pour les familles B ; les mères ont généralement renoué des relations avec leurs aînés (ex-placés).

Les parents (A) élèvent tous leurs enfants mineurs au domicile familial (familles biparentales en majorité) ; la majorité des parents (S) ont des enfants toujours pris en charge par l'ASE, placés en famille d'accueil ou en institutions. La parentalité, construite dans la continuité du quotidien, est bien assumée dans la grande majorité des cas : les parents sont attentifs à leur bien-être, cherchent à les protéger (par rapport au père, quartiers peu sûrs et dégradés, racket à l'école, deux demandes d'aide éducative pour les adolescents). Ils se préoccupent de leur scolarité, même s'ils ne peuvent aider directement aux devoirs (ils vont voir les enseignants), la plupart ont acquis une certaine confiance dans l'avenir et font des projets pour leurs enfants. Cependant, ils craignent l'adolescence, certains s'efforcent de se maîtriser (les mères signalent qu'elles préfèrent fumer ou crier plutôt que frapper) ; la plupart ont du mal à poser des limites et à dire "non" à leurs enfants, à moins qu'ils ne craignent une résurgence de leur propre violence qu'ils essaient de contenir.

Dans les deux groupes A et S, on note la disparition de la maltraitance et des négligences graves, même s'il subsiste encore quelques violences verbales de la part de certains parents (mères présentant toujours des handicaps psychiques). Si le risque " Alcool " a pu être endigué, il n'en est pas de même des " abus sexuels " (ceux-ci ont pu être repérés plus tôt grâce au groupe) : des mères n'ont pas toujours pu les prévenir d'où la mise en place de nouvelles AEMO (trois familles). Toutefois, elles ont accepté les soins "psy" plus rapidement pour les jeunes enfants que pour les aînés ayant vécu des traumatismes identiques.

Les parents qui n'élèvent pas leur(s) enfant(s) les voient relativement régulièrement et certains ont un droit d'hébergement, qu'ils n'utilisent pas (problème de logement, fatigue...). Quelques familles ont établi des liens de confiance avec un référent du placement.

Dans trois situations (I), on ne note pas d'évolution : les facteurs de risque perdurent (alcool, absence de personnes ressource et entourage non aidant...), les problèmes de parentalité persistent. Si dans une fratrie la mère seule vit avec ses enfants (les aînés sont en prison, une fille mineure vit en foyer avec son bébé), dans les autres situations, les enfants sont accueillis dans les structures de l'ASE. On trouve ici surtout des mères intellectuellement très démunies, sous tutelle ou curatelle et une mère borderline ; les pères sont absents, en prison ou décédés d'éthylisme. Les parents ont peu adhéré aux différents processus de soins, ils sont plutôt dans la délégation de leur rôle parental. Dans au moins deux situations, à la sortie du CAMSP, il y a eu rupture dans le travail de partenariat avec les équipes sociales ou mise en place de modalités inadaptées de prise en charge par les équipes.

5. Discussion

Ce groupe informel n'est pas un programme en soi mais l'intervention socio-médico-éducative effectuée est concertée et adaptée aux problématiques familiales en fonction des possibilités des parents et des savoir-faire des professionnels. On peut mettre son fonctionnement en parallèle avec des pédagogies sociales de l'intervention basées sur la complémentarité des savoirs des professionnels et des parents (Bouchard 1999) et des projets de soutien socio-éducatifs (Durning 1998). Sa philosophie est cependant spécifique. A l'origine de ces stratégies de rencontres ayant permis l'estime et la confiance réciproques, on retrouve les notions d'accueil, la "rencontre avec l'Autre" de Levinas, ou l'"Attitude Authentiquement Affective" de Tomkiewicz. C'est dans une disponibilité constante que les soins se sont effectués en lien direct et dans l'inter-relation avec les professionnels.

Les premiers résultats de l'étude montrent, au niveau des parents, les effets bénéfiques apportés par l'ensemble des stratégies d'aide à long terme. Il reste cependant difficile de distinguer le soutien apporté aux parents des prises en charge effectuées auprès des enfants, ce sont les deux types de soin et leurs interactions (bien-être des parents, meilleur développement des enfants) qui ont été conjointement évalués. Pour certains parents, on peut parler d'une véritable réanimation sociale, ce groupe qui ne les juge pas et ne les met pas en échec leur a permis de redécouvrir une certaine estime de soi qui a entraîné le redéploiement de leurs compétences. Non seulement les mères les plus autonomes avec des facultés cognitives les plus protégées, mais aussi quelques mères présentant des difficultés psychiques (sans cumul de facteurs de risque) ont adhéré au processus de soins. Toutefois, le réseau socio-relationnel reste ténu pour nombre de familles et explique l'importance du support socio-médical (pédiatre de famille, assistante sociale du quartier, référent du placement ASE...).

On retrouve ici certaines données de la littérature sur l'intervention précoce effectuée sur une période assez longue par des professionnels et centrés en premier lieu sur la lutte contre l'exclusion et sur le bien-être des familles, l'aide des bénévoles seuls n'étant pas suffisante en cas de négligences graves transgénérationnelles (Barth 1991, Gray 2001). Un des résultats notables, la nette réduction de la maltraitance, va dans le sens de ceux trouvés par Olds et col. (1998), montrant ainsi la diminution des abus et négligences familiales.

Le travail du groupe du mardi correspond à l'une des orientations de la politique familiale annoncée en 1998, celle concernant la création et le renforcement de réseaux d'appui, d'écoute et d'accueil de parents, visant à les accompagner dans leur rôle éducatif. Actuellement, dans la prolongation de l'évaluation de ses activités, le CAMSP travaille à un projet de professionnalisation des personnes devenues autonomes. Ces personnes, nommées selon les pays "experts en expérience", "familles aidantes" deviendraient des partenaires du travail en réseau effectué auprès des familles en difficultés (Lamblin 2002).

Conclusion

Ce travail évaluatif montre quelques uns des effets des prises en charge précoces et de la guidance parentale avec une équipe soignante et des bénévoles qui travaillent dans la continuité et sur une longue durée. Aujourd'hui, la rupture avec l'alcool, réalisée grâce au soutien du groupe, la présence d'un conjoint plutôt aidant, les liens avec la parentèle renoués, la rupture avec l'isolement social concourent à une prise d'autonomie et à l'amélioration des situations socio-familiales. La plupart de ces familles sont sorties de l'exclusion. Des parents ont acquis la capacité à se faire aider (lien avec d'anciens bénévoles, avec la famille élargie, intervenants sociaux...). Cependant, l'action médico-sociale se heurte à des limites liées au cumul des facteurs de risque au niveau de la famille, aux ruptures dans les soins ultérieurs et au manque de travail en

réseau des partenaires institutionnels.

Notes

1. Il est intéressant de rappeler historiquement l'aspect précurseur de certaines initiatives privées ou associatives dans le domaine de la prévention et de la protection de l'enfance. Ce groupe du mardi fut créé dix ans avant les suggestions de l'Observatoire de l'enfance en danger de l'ODAS en 1997 : "*Il convient de donner un caractère prioritaire aux politiques de prévention axées sur la mobilisation des solidarités de proximité et la consolidation des liens sociaux*" et les grandes orientations de la politique familiale annoncées en juin 1998 dans le cadre de la Conférence de la famille par le Premier Ministre.
2. Ce programme a bénéficié de l'infrastructure du CERMES. Il a été subventionné par la Fondation de France, les Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais, la Région Nord Pas-de-Calais (programme de santé 2000-01, contrat territorial de santé 2002-03).
3. Grâce à une connaissance antérieure individuelle et en groupe, une association a été créée en 1996: Ecoute Santé Parents Enfants Respect, E.S.P.E.R., venant en aide aux femmes enceintes et aux mères alcoolo-dépendantes. Plusieurs mères du groupe du mardi en sont devenues des bénévoles (voir *Les dossiers de l'obstétrique*, n°257, janv. 1998, p30).

Bibliographie

- Aronen, E., Kurkela, S.A. (1996) Long-term effects of an early home-based intervention. *J Am Acad Child Psy.*, 35, 1665-72.
- Barth, R.P. (1991) An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse & Neglect*, 15, 363-375.
- Blanz B, Schmidt MH, Esser G. (1991) Family adversities and child psychiatric disorder. *J Child Psychol Psyc.*, 32 : 939-50.
- 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.
- Bouchard, J.M. (1999) Famille et savoirs à partager: des intentions à l'action. *Apprentissage et socialisation*, 19, (2), 47-58.
- Chaffin, M., Bonner, B.L., Hill, R.F. (2001) Family preservation and family support programs : child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1269-1289.
- Dumaret, A.C. (2003) Soins médico-sociaux et accompagnement psycho-éducatif. Revue de la littérature étrangère. *Archives de Pédiatrie*, 10, 448-461.

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

Dumaret A.C., Jardin F. (collab. Picchi V., Cohen L., Ruffin D.) (2001, novembre) Soins précoces parents-bébés. Devenir des familles. Rapport de recherche à la Fondation de Rothschild et à la Fondation de France, 197p.

Dumaret A.C., Titran M., Dumont B. (2002, avril) « Soins précoces et prise d'autonomie des familles : tentative d'évaluation ». Colloque International, Fonds Houtman, Bruxelles, *Manifeste pour les enfants. Vers un réseau international d'échanges et de bonnes pratiques*

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

Dumont, B. (1999, mars) Le jeune enfant exclu de la cité. Communication présentée au Congrès National de Roubaix " *La Cause des bébés, le bébé et l'exclusion* ".

Durning, P. (1998) Pour une approche socio-éducative des familles maltraitantes. *Le Groupe Familial*, 158, 88-99.

Ethier, L.S., Biron, C., Boutet, M., rivest C. (1999) Compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles. Etat de la question. *Revue Francophone de la déficience intellectuelle*, 10, 2, 109-124.

Feldman, M.A. (1994) Parenting education for parents with intellectual disabilities. A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 5, 4 299-332.

Gabel, M., Jésus, F., Manciaux, M. (2000) *Bienveillances, mieux traiter les familles et professionnels*. Paris: Fleurus.

Garber H. L., Hodge, J.D., Rynders, J., Dever, R., Velu, R. (1991) The Milwaukee Project: setting the record straight. *Am J Mental Retard.*, 95, 493-525.

Gray, J., Spurway P., McClatchey, M. (2001) Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25, 641-655.

Lamblin, D. (2002, octobre) Mise en place d'un réseau formalisé de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtal dans l'Ile de la Réunion. Communication présentée à la Réunion annuelle de la Société française d'Alcoologie et Addictologie, Paris.

Lefebvre, D., Speekenbrink, H. 1998. Alésia 14: accompagner autrement les enfants victimes. Communication aux Journées de la Psychiatrie, 9-11 mars.

Levinas, E. (1971) *Totalité et infini*. Martinus Nijhoff ed. Version française en Livre de poche.

Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R. & Tatelbaum, R.C. (1986) Preventing child abuse and neglect: randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.

Olds, D.L., Kitzman, H. (1990) Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*, 86, 108-116.

Olds, D.L., Henderson, C.R., Charles, R.J. et al. (1998) Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and anti-social behavior: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 280, 1238-44.

Potekov, T., Titran, M. (1996) *Vies de familles. Un autre regard sur l'exclusion*. Paris: Gallimard.

Ramey, C.T., Ramey, S.L. (1998) Early intervention and early experience. *Am Psychol.*, 53, 109-120.

Rutter, M., Quinton, D. (1984) Parental psychiatric disturbance: effects on children. *Psychol. Med.*, 14, 853-880.

Sameroff, A.J., Seifer R. (1983) Family risk and child competence. *Child Dev.*, 54, 1254-68.

Shaw D.S., Vondra, J.I., Hommerding, K.D., Keenan, K., Dunn, M. (1994) Chronic family adversity and early child behavior problems: A longitudinal study of low income families. *J. Child Psychol Psych.*, 35, 1109-22.

Titran, M. (1993) Témoignage : le groupe du mardi . *Arch. Public Health*, 51, 135-139.

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

Titran, M. (2004, sous presse) Bienveillance parentale et grande précarité. *Pratiques Psychologiques*, n°1.

Tymchuk, A.J. (1990) Parents with mental retardation: A national strategy. *Journal of Disability Policy Studies*, 1, 4, 43-55.

Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F., Duyvesteyn, M.G. (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J. Child Psychol. Psych.*, 36, 225-48.