



*Etude-action : les professionnels de la petite enfance,
"Acteurs Cachés" de la prévention*

RAPPORT DE SYNTHÈSE

D. Fontaine, JF. Vallette

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*, AIDES-Alcool**

Juin 2004

Cette étude-action a été financée dans le cadre du Programme Régional de Santé « Alcool » par la DRASS (Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale) et l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).

* ORS Rhône-Alpes, 9 Quai Jean Moulin, 69001 Lyon – 04 72 07 46 20 – courrier@ors-rhone-alpes.org

** Aides Alcool, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon – 04 72 41 76 98 – aidesalcool@wanadoo.fr

REMERCIEMENTS

L'ORS Rhône-Alpes et Aides Alcool remercient toutes les personnes et tous les organismes qui ont contribué à la réalisation de cette étude-action, et notamment :

- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, qui ont financé cette étude-action.
- Le Conseil Général du Rhône, la Ville de Lyon, la Ville de Villeurbanne, le Service Infirmier en faveur des Elèves de l'Inspection d'Académie de la Drôme, l'ADES de la Drôme, l'Ecole de Service Social du Sud-Est, l'Ecole Rockefeller d'auxiliaires et puéricultrices, qui ont facilité cette étude-action grâce à leur implication.
- Les membres du Comité de Pilotage : Mmes Brion C., Bunoz M.H., Dr Guillaud-Bataille S., Miachon C., Dr Petre M., MM. Mellier D., Dr Settelen D.
- Les 42 personnes ayant accepté de répondre à nos questions lors de l'étude qualitative.
- Les personnes ayant participé au groupe focal : Mmes Bargaud M., Dr Bagot C., Dr Delagarde A., Douarinou M.H., Gonnot J., Lassara L., Loustalniau S., Maisonnnet A.C., Moreton F., Peillier C., Robert A., Smaoui J., Zemmit S.
- M. Jeannin J.P. (ARCOM-Formation), pour son animation des réunions du groupe focal, et M. Pereira de Araujo G., pour son travail bibliographique.

Ce rapport est téléchargeable sur le site Internet www.ors-rhone-alpes.org

RESUME

La prévention des conduites à risque est, de façon « visible », spontanément confiée à des organismes dont le rôle est, principalement, de réaliser des animations auprès de différents publics, et notamment les jeunes. Cette étude-action part de **l'hypothèse** qu'il existe d'autres formes de prévention et que d'autres acteurs, tels que **les professionnels de la petite enfance**, peuvent jouer un rôle préventif essentiel, même s'il est peu visible et socialement peu reconnu (d'où le terme « acteurs cachés »).

Les **objectifs** de l'étude-action étaient de :

- Mettre en évidence l'importance des professionnel(le)s de la petite enfance dans la prévention des conduites à risque.
- Analyser leur perception de leur rôle préventif, leurs pratiques actuelles et les évolutions possibles.
- Identifier des pistes d'action prioritaires pour développer leur sensibilité à ce rôle préventif et leurs pratiques et les médiatiser pour impulser un travail concret.

Cette étude-action a été réalisée par deux associations, l'Observatoire Régional de la Santé et Aides-Alcool, grâce à un cofinancement de la DRASS et du FNPEIS (URCAM). Trois phases ont été réalisées de septembre 2002 à mai 2004 :

1. **Revue bibliographique** sur la petite enfance, le lien entre souffrance psychique, traumatisme et conduites à risque, et sur les professionnels de la petite enfance.
2. **Enquête qualitative** par entretiens auprès de 42 professionnel(le)s de la petite enfance de première ligne (professionnel(le)s des lieux d'accueil individuel ou collectif, enseignants d'école maternelle, professionnel(le)s de santé en PMI et en santé scolaire) ou en appui à ceux-ci (formateurs, employeurs, encadrants, psychologues).
3. Elaboration de propositions par un **groupe focal** d'une dizaine de ces professionnel(le)s qui s'est réuni quatre fois avec l'aide d'un animateur.

Les **troubles du lien** aux autres sont à la base des conduites à risque. Or ce lien se crée dès les premières semaines de la vie par l'attachement aux parents, et c'est lui qui permet ensuite l'ouverture au monde. Si la petite enfance est une période cruciale de la construction du lien, il n'y a toutefois pas de fatalité : toute souffrance ne conduira pas inéluctablement aux conduites à risque. La résilience dépend de la façon dont la vulnérabilité qui en résulte sera gérée par la personne, son entourage et les professionnels proches. Elle dépend également du climat psychosocial dans lequel évoluera la personne, notamment dans l'enfance et l'adolescence et de la nature des événements de vie plus ou moins traumatisants que celle-ci pourra connaître.

Les professionnel(le)s de la petite enfance jouent **un rôle important dans la prévention** des conduites à risque, même s'ils n'en ont pas toujours conscience. Les professionnel(le)s des lieux d'accueil et de l'enseignement correspondent bien à l'hypothèse de départ, puisque leur rôle préventif est implicite : ils le nomment plutôt « éducation » que « prévention ». Alors que les professionnel(le)s de santé en PMI et santé scolaire sont dans une fonction préventive qui fait explicitement partie de leur mission.

Ce rôle préventif repose sur **la prise en compte des souffrances psychiques précoces**. Cela ne signifie pas vouloir éviter toute souffrance à l'enfant par une éducation qui serait parfaite : cette approche normative aurait l'effet opposé, étant en elle-même source de souffrance. La souffrance due aux événements de la vie (séparations, deuils...) est

inévitables et constitutives de la condition d'être humain. La prévention consiste à éviter que ces souffrances ne se « cristallisent » en traumatisme qui empêche de vivre. Il s'agit de prévention, donc de « bien-traitance » au quotidien, et non de soins pour répondre à des problèmes psychiques importants, qui ne relèvent pas de la compétence de ces professionnelles. Concrètement, cela signifie accueillir au quotidien l'enfant et ses parents dans leur singularité, observer et être à l'écoute de ce qui vient sans être interventionniste, les aider dans leurs difficultés en leur permettant de les nommer et en les accompagnant dans leurs réponses.

Les professionnel(le)s de la petite enfance peuvent essentiellement développer leur fonction de prévention en **communiquant mieux** avec les enfants et leurs parents. Pour y parvenir, cinq axes d'action prioritaires ont été identifiés :

1. **Instaurer un climat préventif**, observer, accepter ce qui vient, être proche mais professionnel. Il y a toujours beaucoup d'émotions autour des petits enfants. Dans ce contexte, instaurer ce « climat » passe par des valeurs, une proximité affective combinée à un cadre structurant et une méthodologie professionnelle permettant d'assurer la continuité avec la vie familiale et l'articulation entre la singularité individuelle et la gestion d'un groupe.
2. Pour les professionnel(le)s, **sortir de la solitude face aux difficultés**. Ils ne peuvent être en situation d'aide que s'ils sont eux-mêmes aidés dans leurs difficultés par un encadrement, un soutien, des formations. Un travail de réseau permet également de trouver les relais pertinents vers d'autres professionnels.
3. **Instaurer le partenariat avec les parents**. Les professionnel(le)s sont plus souvent en difficulté avec les parents qu'avec les enfants. Avec eux aussi il s'agit de poser un cadre permettant à chacun de remplir sa fonction sans rivalité ni dévalorisation. L'appui à la fonction parentale passe par la valorisation du lien parents-enfant, qui reste primordial, et par l'accompagnement dans les situations difficiles.
4. Créer, développer et entretenir **un cadre de travail préventif**. Les professionnel(le)s de la petite enfance ne pourront améliorer leur communication avec les parents et les enfants que si elles sont dans un cadre et une organisation du travail qui le permette : aménagement des locaux, personnel suffisant, temps de réunion en équipe, meilleure formation, accompagnement dans cette dimension préventive par des groupes d'analyse de la pratique, une supervision.
5. **Transformer l'image** que les décideurs ont **du travail avec la petite enfance**. Ce travail est souvent dévalorisé, on considère qu'il suffit aux femmes d'utiliser leurs compétences maternelles « naturelles » pour « garder » des enfants. Or ces métiers sont en pleine évolution. Aujourd'hui leur mission est d'accompagner les enfants dans leur développement et les adultes dans leur fonction parentale, à une étape importante de la vie qui conditionne l'avenir. Ce qui nécessite des savoirs et attitudes professionnels. La reconnaissance de cette fonction préventive peut être un moyen de valoriser le caractère professionnel des métiers de la petite enfance.

L'adhésion des professionnel(le)s de la petite enfance à cette étude-action montre leur besoin d'échange et d'évolution. Ils ont identifié des pistes de travail concrètes pour améliorer leur fonction préventive.

Le groupe focal interprofessionnel, utilisé durant l'étude-action dans un but de production, peut être reproduit dans un but de réflexion et de formation sur la fonction préventive et sur la complémentarité entre les différents métiers de la petite enfance.

Cette étude-action se termine par la **communication** de ces conclusions auprès des publics concernés : les professionnel(le)s eux-mêmes, les organismes employeurs et les décideurs qui ont en charge la politique de la petite enfance et sa mise en œuvre.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : les professionnels de la petite enfance peuvent être des acteurs de prévention, explicites ou « cachés »	3
CHAPITRE 2. Développer la fonction préventive des professionnelles de la petite enfance	8
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	19
ANNEXES	21
○ Document 1 : Synthèse de l'analyse bibliographique (30 p.)	
○ Document 2 : Résultats de l'étude par entretiens (41 p.)	
○ Document 3 : Compte-rendu des travaux du groupe focal (27 p.)	

Introduction

Une étude-action sur les professionnels de la petite enfance et la prévention des conduites à risque : pourquoi ?

Cette démarche trouve son origine dans les conclusions d'une étude sur les pratiques préventives du dispositif d'alcoologie de la région Rhône Alpes¹. Ce diagnostic avait repéré un déficit de prise en compte du rôle préventif important de nombreux acteurs de la société civile, autres que ceux qui sont socialement « estampillés » spécialistes de cette question des risques de l'alcoolisation.

Les conduites à risque des adolescents et des adultes (dont font partie les conduites addictives), sont très liés aux problématiques d'image négative de soi, du manque de confiance en soi, de l'attachement et de la séparation. Ces processus psychosociaux sont à l'œuvre bien en amont de ces conduites, et souvent en relation avec des traumatismes de la petite enfance. Les professionnels de la petite enfance et de l'enfance, qui interviennent au moment où se construit la personne, son estime de soi et sa sociabilité, peuvent donc jouer un rôle important dans la prévention primaire des conduites à risque.

Quel est l'étendue et quelles sont les limites de ce rôle ? Comment le perçoivent-ils ? Quelles sont les difficultés qu'ils éprouvent à le mettre en œuvre ? Comment peuvent-ils l'améliorer et souhaitent-ils le faire ? Telles étaient les questions qui ont amené Aides-Alcool et l'ORS Rhône-Alpes à proposer cette étude-action, qui a été financée par la DRASS² et l'URCAM³ (FNPEIS) dans le cadre du Programme Régional de Santé sur l'alcool.

Ce projet vise à traduire de façon concrète deux principes :

- La prévention est l'affaire de tous, et pas celle des seuls professionnels de la prévention qui la réalisent au moyen d'information ou d'animations.
- La prévention ne s'intéresse pas seulement à la prise de risque mais également aux facteurs qui fondent ces conduites (vulnérabilité psychologique, traumatismes précoces...), et qui ont leur origine dès le plus jeune âge.

En d'autres termes, la prévention ne se résume pas à une somme d'actions à mettre en œuvre (sensibilisation, formations, réglementation, etc.), mais elle s'inscrit dans un « climat » relationnel et environnemental visant le mieux être des individus et des groupes, au quotidien et dans la durée.

L'objectif général de cette étude-action est de sensibiliser les professionnels de la petite enfance (en accueil individuel ou collectif, à l'école maternelle ou dans les services de santé

¹ Mathieu L. Les pratiques de prévention des risques liés à l'alcool en Rhône-Alpes. Lyon, ORS Rhône-Alpes, mai 2000, 64 p.

² Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes

³ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (Fonds National de Prévention d'Education et d'Information en Santé)

préventive, à l'école ou en PMI) à la prévention des conduites à risque en développant leurs capacités à prendre en compte les situations de souffrance des enfants et des familles qu'ils reçoivent.

Les objectifs spécifiques sont de :

1. Mettre en évidence l'importance des "acteurs cachés" dans la prévention des conduites à risque.
2. Analyser leur perception de leur rôle préventif, leur prise en compte de la souffrance des enfants et des familles, les difficultés qu'ils perçoivent dans leur pratique et les évolutions possibles.
3. Identifier des pistes d'actions prioritaires pour développer leur sensibilité à ce rôle préventif ainsi que leurs pratiques, et les médiatiser pour impulser un travail concret.

Comment cette étude-action a-t-elle été réalisée ?

Il s'agit d'une « étude-action » car le projet comporte ces deux dimensions :

- **La partie "étude"** a consisté d'abord à faire une synthèse de la **bibliographie** sur la petite enfance, le lien entre souffrance, traumatismes, et conduites à risque, et sur les professionnels de la petite enfance. L'analyse bibliographique a donné lieu à un premier document finalisé en juillet 2003 (cf. annexe 1).
Sur la base de l'analyse bibliographique, une **étude qualitative** a été menée sous forme de 22 entretiens auprès de 42 professionnels de la petite enfance et de personnes en situation d'appui, d'encadrement ou de formation par rapport à ces professionnels. Les résultats ont été décrits dans un deuxième document finalisé en septembre 2003 (cf. annexe 2).
- **La partie "action"** a consisté à réunir un **groupe focal** composé de ces professionnels pour reprendre les conclusions de l'étude qualitative et aboutir à des axes de travail et des propositions concrètes pour le développement du rôle préventif des professionnels de la petite enfance. Ce groupe focal, qui a comporté de 7 à 12 membres, s'est réuni quatre fois fin 2003 et début 2004 et a été animé par J.P. Jeannin (ARCOM-Formation). Les travaux du groupe focal ont été décrits dans un troisième document finalisé en février 2004 (cf. annexe 3). La partie action se terminera fin 2004 par la réalisation et la diffusion de **supports de communication** auprès des professionnels, sous réserve de l'obtention d'un ultime financement.

L'intérêt de coupler ces deux dimensions d'étude et d'action est qu'elle sont en fait intimement liées. Il était important que les professionnels eux-mêmes soient associés à l'analyse de la question et à la recherche de solutions pour que leur point de vue soit réellement pris en compte.

Ce rapport comporte **deux chapitres** correspondant aux étapes de l'étude-action :

- Le premier chapitre résume les conclusions de l'analyse bibliographique et de l'étude qualitative sur le rôle préventif des professionnels de la petite enfance.
- Le second chapitre résume les pistes prioritaires pour développer concrètement ce rôle préventif.

Chapitre 1. Les professionnels de la petite enfance peuvent être des acteurs de prévention, explicites ou « cachés »

1- L'analyse bibliographique

La revue bibliographique met en lumière les points suivants :

La petite enfance est **une période fondamentale** dans la construction psychique de l'individu. Déjà in-utero, le bébé est un être sensible en interaction avec son environnement. Sa structuration psychique commence avec le phénomène de l'attachement qui survient dès les premiers jours après la naissance.

L'attachement sert de base à la construction des liens avec ses parents puis avec les autres personnes de son environnement. C'est la **construction du lien** entre les personnes qui donne à l'enfant la clé de l'ouverture au monde. Sans lien, il n'y a pas d'accrochage au monde. Mais si les liens sont trop forts, ils risquent de devenir des "nœuds" qui empêchent l'existence en plaçant l'enfant dans la passivité absolue.

Les **troubles** de la construction et de la préservation **du lien** sont à la base des conduites à risque. Mais toute souffrance due au lien chez l'enfant n'entraînera pas forcément des conduites à risque plus tard. Il n'y a **pas de déterminisme** entre des souffrances de l'enfance et des conduites à risque à l'adolescence et à l'âge adulte. Tout dépend comment ces souffrances et la vulnérabilité qu'elles entraînent sont gérées par la personne et son entourage, familial et professionnel.

La prévention dont il est question dans la petite enfance concerne **les situations de souffrance**, pour éviter qu'elles ne se transforment en traumatismes, lesquels peuvent avoir des conséquences ultérieures sous forme de conduites à risque. C'est la **qualité du lien** établi avec l'enfant et la définition de la place de chacun (enfant, parent, professionnel) qui sont préventifs car ils permettent de reconnaître une souffrance, qui peut s'exprimer de multiples façons, puis de la mettre en mots.

Le psychisme ne fonctionne pas avec les notions courantes de normal/anormal et son temps n'est pas linéaire : un événement peut avoir des répercussions de nombreuses années plus tard. **La prévention ne peut jamais avoir pour but la « normalisation »** d'un enfant : vouloir éviter tout comportement « déviant » par une éducation qui serait parfaite est un leurre et serait au contraire très nocif. Il s'agit de percevoir et d'accueillir l'expression de la souffrance qui vient, quelle que soit sa forme : troubles du sommeil et de l'alimentation, agressivité, apathie, par exemple.

Les professionnels sont nombreux autour du petit enfant et de ses parents, depuis la grossesse jusqu'à l'âge scolaire. Certains sont des professionnels de **santé**, dans une fonction préventive et/ou curative : soins prénatals, équipes obstétricales et pédiatriques en maternité, services de Protection Maternelle et Infantile, services de santé scolaire, médecins de famille. D'autres professionnels sont dans une fonction **d'accueil** de l'enfant, avec un aspect éducatif, ou **d'enseignement** : accueil à domicile, lieux d'accueil collectifs, école maternelle.

De par leur proximité avec l'enfant pendant un temps long et continu, ainsi que par leur lien avec les parents, les professionnels (surtout de l'accueil et de l'enseignement) sont dans une **situation stratégique** pour un travail de prévention. Néanmoins, leur implication affective dans la relation et la similitude de nombreuses tâches entre professionnels et parents peuvent aussi déboucher sur un **risque de confusion** des rôles.

2- L'étude qualitative par entretiens

L'étude qualitative s'est intéressée à la façon dont les professionnelles (il s'agit de femmes en quasi-totalité) perçoivent leur éventuel rôle préventif, décrivent leur place et leur lien avec les enfants et les parents, identifient un enfant qui va mal et comment elles y répondent, décrivent les situations qui les mettent en difficulté et les réponses qu'elles trouvent, et enfin analysent les possibilités d'améliorer la relation avec les enfants et les parents.

Compte tenu de la grande diversité des **professionnelles de la petite enfance**, l'étude a été ciblée sur les professions les plus concernées, dont les missions peuvent être réparties en deux groupes :

- Une mission d'accueil/éducation/enseignement : assistantes maternelles, familles d'accueil, éducatrices de jeunes enfants et auxiliaires puéricultrices en lieux d'accueil, enseignantes d'école maternelle.
- Une mission de prévention en santé : médecins et puéricultrices de PMI⁴, médecins et infirmières scolaires, sages-femmes.

Des entretiens ont également été réalisés avec les **professionnels de seconde ligne**, c'est-à-dire ceux qui appuient (p. ex. psychologue en crèche), encadrent (p. ex. directrices de crèche), emploient (p. ex. Conseil Général pour la PMI) ou forment (p. ex. enseignant IUFM, école d'éducateurs de jeunes enfants, formateur d'assistantes maternelles) les professionnelles de la petite enfance.

Convergence sur la mission d'accompagnement

Malgré la diversité des professionnelles, leur discours est très convergent sur l'évolution des métiers de la petite enfance. Tous sont décrits à partir d'un **passé « hygiéniste »**, dominant jusqu'à la fin des années soixante, caractérisé par une approche normative et « instrumentale » de l'enfant : gardiennage, nourrissage, nettoyage... Les pratiques actuelles sont décrites en contrepoint de ce passé, même si les professionnelles interrogées connaissent toutes des collègues qui aujourd'hui n'ont pas encore abandonné toute référence au modèle précédent. Les professionnelles de la petite enfance décrivent leur mission comme **l'accompagnement personnalisé de l'enfant vers l'autonomie**, dans une évolution respectueuse de son rythme. Elles incluent aussi dans leur mission la prise en compte des parents et le **soutien à la fonction parentale**.

La mission des professionnelles de la petite enfance est donc devenue plus complexe, et ce d'autant que les évolutions de la société ne vont pas toujours dans ce sens : les familles éclatées, monoparentales, les situations de précarité, les « enfants-rois » sans repère ni limite,

⁴ Protection Maternelle et Infantile

la tendance au « zapping » et l'approche consumériste des services sont de plus en plus fréquents.

Toutes les professionnelles indiquent que leur formation initiale ne les a pas suffisamment préparées à ces situations, qui nécessitent un savoir-faire qu'elles ont acquis par l'expérience.

Elles se retrouvent également sur la nécessité de ne pas rester seule face à une situation problématique : il faut en parler autour de soi, trouver des relais dans l'institution (pour celles qui sont dans une institution) ou en dehors, travailler avec un réseau de partenaires pour orienter en cas de problèmes.

Une légitimité différente selon le mandat social et le diplôme

La légitimité des professionnelles face à la famille diffère par contre beaucoup entre les métiers. Elle s'appuie sur le mandat social (la mission donnée par la collectivité) et sur les compétences données par la formation initiale.

- Le diplôme donne un sentiment de légitimité fort pour les auxiliaires puéricultrices, les éducatrices de jeunes enfants et les enseignantes, sentiment que n'ont pas les assistantes maternelles et les familles d'accueil. Les formations « santé » des auxiliaires et des puéricultrices semblent mieux reconnues par les parents que les formations « sociales » des éducatrices.
- Le mandat social est fortement affiché pour les enseignants, grâce aux objectifs d'apprentissages de l'école. Il est moindre pour les lieux d'accueil collectifs car leur mission éducatrice est plus floue. Pour l'accueil à domicile, le mandat social est faible, et le fait d'être salariée des parents et de travailler à domicile diminue encore la légitimité par rapport aux parents.
- Pour les professionnelles de la prévention en santé (sages-femmes, infirmières, médecins), tout concourt à une forte légitimité : le niveau de formation, la mission de prévention et les actes techniques réalisés.

La légitimité perçue par les professionnelles conditionne fortement leur capacité d'intervention auprès des familles. Les assistantes maternelles paraissent les plus fragiles. A l'opposé, les enseignantes et les professionnelles de prévention en santé sont les plus assurées.

Des représentations variables de la prévention

Les professionnelles de l'accueil/éducation/enseignement associent en général le mot "prévention" à un registre médical somatique de l'enfant : l'hygiène, l'alimentation, les accidents domestiques... Elles donnent de multiples indications montrant qu'elles prennent en compte la santé mentale des enfants dont elles s'occupent, mais elles qualifient ce rôle d'"éducatif" et non de "préventif". Leur rôle préventif est donc pour la plupart implicite, elles sont bien des "acteurs cachés" de la prévention.

Les professionnelles de la prévention en santé perçoivent immédiatement les différentes dimensions de la prévention. Elles ne séparent pas le physique du mental, n'isolent pas l'enfant de la famille. Elles se situent explicitement dans un rôle préventif, c'est leur mission.

Toutefois, la plupart des professionnelles des deux groupes envisagent la prévention plutôt sur le court ou moyen terme. Par exemple, pour la femme enceinte c'est la dépression du post-

partum et de la maltraitance ; pour l'enfant scolarisé c'est l'échec scolaire, etc. Elles n'envisagent pas la prévention sur le long terme, car elles considèrent que de nombreux autres événements vont intervenir avant l'adolescence ou l'âge adulte.

Les concepts de "prévention", et celui d'"éducation" sont donc à interroger. Il ne faut les utiliser sans explication, car ils désignent des réalités différentes selon les professionnelles, tout en se recouvrant en partie.

Eviter une rivalité avec les parents : une gestion de la distance

Les professionnelles interrogées s'accordent pour ne pas limiter leur mission aux seuls enfants. L'enfant est indissociable de ses parents, même s'il n'est pas là physiquement. Elles différencient bien leur rôle de celui des parents mais pointent le risque d'une rivalité avec eux. La confusion des rôles entre parents et professionnelles n'est pas le fait des enfants, ils savent très bien qui est qui, même s'ils peuvent parfois s'amuser à mélanger les rôles. Il s'agit d'un problème des adultes : les professionnelles peuvent être tentées de se substituer aux parents, surtout s'ils sont vus comme défaillants ; les parents peuvent craindre que les professionnelles ne veuillent prendre leur place auprès de leurs enfants.

Ce risque est particulièrement important pour les professionnelles de l'accueil/éducation/enseignement, qui sont en position d'adulte référent de l'enfant pendant de nombreuses heures. Les assistantes maternelles semblent, à nouveau, plus fragiles que les professionnelles de l'accueil collectif (elles sont en équipe) et que les enseignantes (elles ont un nombre important d'enfants et sont avant tout dans un rôle pédagogique).

Le risque de rivalité avec les parents est moindre pour les professionnelles de la prévention en santé qui sont rarement seules avec l'enfant, mais il est toutefois présent et doit être pris en compte.

La gestion de ce risque de rivalité passe par une différenciation des places et une gestion de la distance. La relation professionnelle-parent (et professionnelle-enfant) doit être proche, empathique, compréhensive (sinon il n'y a pas de relation), mais sans être fusionnelle. C'est sa distance professionnelle qui lui permet de jouer son rôle d'accompagnement dans le sens du développement de l'enfant et de soutien à la parentalité. Mais cette distance ne signifie pas avoir moins d'humanité, cela ne veut pas dire être froide et distante.

Des pratiques préventives dans l'élaboration du lien, la prise en compte du mal-être

De nombreuses pratiques contribuant à la prévention ont été décrites par les professionnelles dans leur façon de construire le lien avec les enfants et les parents : faire connaissance progressivement, prendre en compte les temps de séparation dans les deux sens (quitter son parent, quitter la professionnelle), prendre le temps d'observer, d'écouter, de laisser évoluer l'enfant par lui-même, sans être interventionniste (position "à côté de"), donner un cadre sécurisant avec des limites claires, renforcer le rôle des parents plutôt que s'y substituer, développer la continuité entre ce qui se passe à la maison et ce qui se passe avec la professionnelle, etc.

Quand l'enfant exprime du mal-être, les professionnelles le voient à de nombreux petits signes, d'autant plus qu'elles ont été formées à les observer. Elles cherchent à y répondre à leur niveau, notamment en verbalisant avec l'enfant ce qui se passe et en recherchant les causes du mal-être. Si cela dure, elles vont chercher à qui en parler et vers qui orienter.

Ce discours des professionnelles peut paraître idéalisé, une description du métier tel qu'il devrait être plus que ce qu'il est. Ceci tient au fait que les professionnelles interrogées ont été choisies en raison de leur expérience et du recul qu'elles ont sur leur métier. En effet, les professionnelles de seconde ligne (appui, encadrement, formation) ont bien décrit la diversité des pratiques. L'approche normative, où les professionnelles sont supposées sachant, du simple fait de leur position de professionnelle, et où les parents sont a priori disqualifiés, existe encore, même si elle paraît aujourd'hui minoritaire.

Les professionnelles en difficulté : d'abord avec les parents

Les professionnelles, même expérimentées peuvent se trouver elles-mêmes en difficulté. Les difficultés rencontrées concernent en premier **les relations avec les parents**, bien plus que les relations avec les enfants, pour lesquelles elles mettent en avant leur savoir-faire professionnel.

L'institution peut être également source de difficultés par le cadre et l'organisation du travail.

Ces difficultés montrent les limites des « bonnes pratiques » décrites précédemment : la solitude de certaines professionnelles, la difficulté à gérer les émotions liées au travail avec des enfants et des parents qui eux-mêmes en expriment beaucoup, parfois de façon agressive, la difficulté à reconnaître qu'on a des problèmes (cela pourrait être interprété comme un manque de professionnalisme), le sentiment d'impuissance quand la communication ne passe pas, la difficulté à travailler collectivement en synergie...

Les professionnelles ne peuvent être en situation d'aide vis-à-vis des enfants et des parents que si elles-mêmes sont aidées. Elles sont peu nombreuses à avoir **des lieux d'aide** formalisés intra ou extra institution (supervision, analyse de la pratique) où elles peuvent parler de leurs problèmes et comprendre ce qui se joue dans les relations interpersonnelles où les émotions sont toujours présentes.

Toutefois, si la généralisation des groupes d'analyse de la pratique peut être recommandée, leur mise en place ne va pas forcément de soi : elle doit s'inscrire dans le fonctionnement de l'institution. Ces groupes ne sont pas seulement un « dégorgeoir » où on vide un trop plein d'émotions et de soucis. L'institution doit être à même d'adapter son fonctionnement quand des problèmes sont soulevés. Du côté des personnels également, participer à un groupe d'analyse de la pratique suppose une information préalable sur ce que sont réellement ces groupes pour désamorcer les réactions négatives (peur d'y être jugés, crainte de la toute-puissance du « psy »).

L'image du travail des professionnelles de l'accueil de la petite enfance est également en cause, notamment pour les décideurs administratifs et politiques. Souvent, ils considèrent l'accueil des petits enfants comme du maternage. De ce fait, ils ne reconnaissent pas l'importance de prendre du temps pour travailler avec les parents, pour faire de l'analyse de la pratique, ou simplement pour faire des réunions de service. Or, les professionnelles de la petite enfance ne pourront pas développer leur fonction préventive si leurs difficultés et le travail avec les parents ne sont pas pris en compte.

Chapitre 2 : Développer la fonction préventive des professionnelles de la petite enfance

Comment les professionnelles de la petite enfance peuvent-elles contribuer en pratique à la prévention des souffrances psychiques précoces ? Le groupe focal composé de professionnelles de la petite enfance de différents métiers a produit les propositions suivantes, dans le cadre de cette étude-action. Il ne s'agit pas d'une approche exhaustive de la question mais de priorités.

Les valeurs qui fondent cette intention sont les suivantes :

- Aspiration au **respect de l'autre**, quel qu'il soit, par le développement de relations de **confiance**, une posture permanente d'**écoute** et un climat de **dialogue**. « L'autre » peut être l'enfant, mais aussi les parents vis à vis des professionnelles (et réciproquement), les institutions vis à vis de leurs salariés, les décideurs (financeurs et politiques) vis à vis des institutions qui prennent en charge la petite enfance.
- La **disponibilité** pour l'accueil des enfants et des parents qui débouche sur un climat de confiance et de **convivialité**, caractérisé par le plaisir et l'humour.
- La **confidentialité** alliée à la **transparence** : l'histoire de la famille ne doit pas être connue de tous, même s'il est nécessaire de partager en équipe les difficultés rencontrées.
- La **participation**, qui se caractérise par un souci de concertation avec les personnes concernées. Concertation avec les parents lorsqu'il s'agit des enfants. Avec les parents et les professionnelles lorsqu'il s'agit du fonctionnement de la crèche. Avec les structures d'accueil lorsqu'il est question de la mise en œuvre d'une politique d'accueil à l'échelle d'une ville.
- L'**esprit positif** : s'appuyer sur le potentiel, les réussites, les forces de chacun et les valoriser. Qu'ils s'agissent des professionnels où des parents, il n'y a pas ceux qui « savent » et ceux qui ne « savent pas ». Vis à vis des difficultés ou des souffrances de l'enfant, chacun, à sa place et selon son histoire spécifique, a une pierre à apporter pour comprendre et résoudre le problème rencontré.
- Le **respect du cadre** : poser et faire poser des limites. Sans trop de rigidité et sans mettre en place des « sanctions guillotines » à la première transgression. Les limites permettent de grandir et de se structurer. Les transgressions permettent de repérer des souffrances où des difficultés, elles nécessitent des réponses aidantes.

Développer la fonction préventive des professionnelles de la petite enfance suppose de mener **un travail dans 5 directions** :

1. Instaurer un climat préventif autour de l'enfant : observer, accepter ce qui vient, être proche mais professionnelle,
2. Pour les professionnelles, sortir de la solitude face aux difficultés,

3. Instaurer le partenariat avec les parents, ne pas être en rivalité,
4. Instaurer et entretenir un cadre de travail préventif,
5. Transformer l'image qu'ont les décideurs des métiers de la petite enfance.

1. Instaurer un climat préventif autour de l'enfant : observer, accepter ce qui vient, être proche mais professionnelle

Un climat préventif passe par un respect des valeurs énoncées, un positionnement équilibré (centré sur l'enfant, avec confiance et en le valorisant), un cadre contenant (donner des repères et des limites qui font sens et qui permettent de trouver sa place et la bonne distance dans la relation), une articulation de la dimension individuelle (prise en compte de l'identité propre de chaque enfant) et collective (ouverture aux autres enfants où/et parents) et enfin, une méthodologie de travail structurée.

Un temps privilégié : l'accueil de l'enfant

Quelle que soit la structure concernée, **l'accueil** de l'enfant et du (des) parent(s) est un temps important.

- Dans une structure d'accueil/éducation/enseignement, c'est le moment de **la séparation** de l'enfant avec ses parents et de la transmission d'informations importantes entre parents et professionnelles. Il doit donc être **anticipé, progressif** (temps d'adaptation où les parents vont par exemple venir passer quelques heures avec l'enfant dans la crèche pour l'accompagner dans sa découverte de ce nouveau lieu de vie) et **évalué**.
- Dans une structure de prévention en santé, c'est un moment d'observation, de mise en lien et en confiance, plus informel que la consultation proprement dite.

Une personne référente de l'accueil

Dans une structure d'accueil collectif, il est possible d'avoir une personne en permanence en charge **d'animer ce temps d'accueil** et un lieu adapté pour cela. Ceci afin de favoriser une transmission d'information efficace à la fois entre professionnelles et avec les parents. Cette personne peut être en charge également de **l'accompagnement des parents** : elle permettra de développer un autre regard sur l'enfant et d'enrichir une fonction de réassurance dans le lien parental.

Un projet pour chaque enfant

L'accompagnement individualisé suppose la mise en œuvre d'un projet pour chaque enfant. Pour cela il est utile, dans les structures d'accueil collectives, de (ré)instaurer une **personne référente**, garante de l'accompagnement de l'évolution de l'enfant et qui permet aussi à celui-ci de développer ses capacités d'attachement en créant d'autres liens que les seuls liens parentaux.

Travailler l'adaptation

Une deuxième piste de travail consiste à s'intéresser à la question de l'adaptation. Globalement cela consiste à avoir le souci de développer et entretenir la capacité d'écoute, d'observation et de relations de l'ensemble des personnels, que ce soit vis à vis des enfants ou vis à vis des parents.

Créer et entretenir un climat d'écoute et d'attention « active »

Les signes témoignant d'une difficulté ou d'une souffrance ne sont pas toujours explicites ou spectaculaires. La violence, l'agressivité, le refus de s'alimenter, les troubles du sommeil peuvent être bien souvent spectaculaires. D'autres signes sont **moins visibles** mais tout aussi important à prendre en compte : un changement d'attitude, une tristesse, une solitude recherchée, un trouble de l'attention, etc. Il est indispensable d'être attentif à ce qui ne fait pas de bruit, d'apprendre à mieux percevoir les situations de **retrait**.

Ce constat s'applique aussi aux familles. Les difficultés ne se disent pas souvent dans des demandes explicites. Il faut s'intéresser à ces familles qui ne demandent jamais rien, savoir aller vers elles, exprimer qu'on ressent une souffrance, sans attendre une demande qui ne viendra peut-être jamais.

Accepter ce qui vient : ni jugement de valeur, ni passivité

Que ce soient l'enfant ou ses parents, quels qu'ils soient et quelle que soit la situation vécue, tout **jugement de valeur** est **inopportun**. Par exemple, qualifier un parent de « mauvais » ou « d'ignorant », projeter ses propres représentations de ce qui est « bon » ou « mauvais » pour l'autre, enfermer les comportements dans une grille de lecture catégorique et sans nuance et bloquent l'évolution vers d'autres façons de faire.

L'expression d'une difficulté ou d'une souffrance est facilitée par l'attitude des professionnelles. Se rendre disponible, accueillant, même au silence (parfois signe d'une difficulté émotionnelle pour parler) est déterminant pour créer ce climat **d'écoute bienveillante** indispensable à l'instauration d'une relation de confiance.

Accepter ce qui vient ne signifie pas pour autant de ne pas intervenir dans des situations **intolérables** : cela peut commencer avec des propos blessants, des moqueries et aller jusqu'à des signes flagrants de maltraitance.

2. Pour les professionnelles, sortir de la solitude face aux difficultés

Il y a toujours beaucoup d'émotions autour du petit enfant, y compris pour les professionnelles. Se trouver en difficulté, avec des parents ou des enfants, n'est donc ni anormal, ni le signe qu'on n'est pas une bonne professionnelle. Que ce soit aux niveaux des institutions, des équipes (crèches, écoles maternelles) ou du travail à domicile, il apparaît essentiel de promouvoir un encadrement, un soutien et des moyens pour développer des compétences et des synergies d'actions entre professionnelles.

Travailler les situations difficiles... et aussi celles qui se passent bien

Promouvoir un climat préventif passe également par une action auprès des professionnelles et des institutions lorsqu'elles sont confrontées à des situations de souffrances. Notamment dans des situations d'urgences où la disponibilité n'est pas toujours en adéquation avec l'importance de la situation. La prévention demande donc de l'inventivité, une réponse adaptée à chaque situation. Alors ce sera toujours différent et toujours fluctuant. Il n'y a pas de règles. La règle, c'est de **savoir écouter et décrypter, et de ne pas « botter en touche »**.

Pour être performantes dans cet exercice, les professionnelles ont besoin de prendre le temps de travailler les situations où elles sont mises en difficulté. Repérer ses propres limites à la souffrance de l'autre, mieux connaître ses propres mécanismes de protections, gérer les situations de saturations, tout cela ne s'improvise pas. C'est aussi important que l'hygiène des locaux ou le respect de la réglementation. Il faut s'en donner les temps et les moyens et ne pas se représenter ce travail comme une dimension « secondaire » de l'accueil. Par ailleurs, travailler des situations où une difficulté a été surmontée avec succès permet aussi de renvoyer du positif aux professionnelles et de leur donner des repères de bonnes pratiques.

Etre aidé pour mieux aider

Le développement des capacités **d'écoute, d'empathie et d'analyse personnelle et collective** face aux situations qui posent problème est un pré requis pour exercer tous les métiers de la petite enfance.

Développer également les possibilités **d'expression** de ces difficultés est aussi une nécessité : prendre systématiquement et régulièrement le temps pour cela même si, a priori, il n'y a pas de problème. Ce qui implique de ne pas (plus) attendre d'être confronté à des situations de crises graves pour travailler sur les difficultés rencontrées au quotidien.

Enfin un minimum de connaissances en psychologie semble indispensable pour tous ces métiers.

Toutes ces capacités relèvent d'un **travail formalisé** à mettre en œuvre et à promouvoir pour chaque professionnelle et dans chaque projet d'établissement : Lors des réunions d'équipe centrée sur ces questions, dans des temps de supervision, d'analyse des pratiques⁵.

Un investissement à inscrire dans la durée

Libérer du temps, des moyens d'animations, des compétences pour libérer la parole est un impératif. La prise en compte effective de la souffrance des enfants et des parents passe d'abord par le **soutien** des professionnelles en difficulté de perception et d'accueil de cette

⁵ **Réunion d'équipe** : Elle concerne une équipe constituée ayant une mission institutionnelle commune. Elle peut être animée, soit de l'intérieur par son référent habituel, soit par un membre de l'équipe désigné démocratiquement. Occasionnellement, elle peut être animée de l'extérieur et se rapproche alors de l'analyse des pratiques.

Analyse des pratiques : Mise en perspective des pratiques professionnelles des participants au niveau individuel ou collectif, concernant les relations « professionnelles-professionnelles », « professionnelles-usagers », « institutions-usagers ». Il est plus riche et plus sûr pour les participants de le faire dans un cadre « interinstitutionnel ». Animée par un tiers neutre et extérieur.

Supervision : Il s'agit d'analyser la résonance émotionnelle de la pratique professionnelle au regard de sa propre histoire. Ce type de travail renvoie à soi-même. Autant l'analyse des pratiques peut être une exigence institutionnelle, autant la supervision relève d'une démarche personnelle. Elle peut se faire en groupe ou individuellement. Animateur de formation psychologique et de préférence psychanalytique.

souffrance. Cela nécessite également de les aider à apprendre à observer les signes moins visibles d'une possible difficulté. Mais aussi de repérer les limites de son intervention selon ses compétences et sa fonction. Enfin de connaître et de savoir mettre en œuvre les ressources spécialisées disponibles dans son environnement proche.

Tout cela ne peut se faire sans un minimum de **méthode et de travail collectif**. Cela doit être au **cœur du projet** éducatif ou du projet d'établissement.

La formation continue, à partir des besoins de l'apprenant

La formation continue doit également devenir un souci permanent pour chacune des professionnelles mais aussi des institutions qui les emploient et des financeurs qui ont la charge de ces politiques. Les formations peuvent concerner des connaissances sur le développement de l'enfant, le travail sur les situations vécues au quotidien, la compréhension de la souffrance précoce, les interactions dans les relations (ce que l'on peut induire plus ou moins directement par ses réactions, ses attitudes, ses positions), la capacité à développer des liens avec les familles (mener des entretiens, développer l'écoute, etc.).

La formation est d'autant plus pertinente qu'elle est centrée sur les besoins des apprenants et qu'elle valorise leur pratique. Pour cela, la pédagogie de la formation doit partir d'un travail sur les représentations des professionnelles.

Il y a une synergie entre la formation continue et le travail d'analyse de la pratique.

Développer le partenariat et la complémentarité

Toute professionnelle accueillant des enfants est amenée à se mettre en position de « contenant psychique » ; par contre, elle ne peut pas accueillir le « monde pulsionnel » de l'enfant et tenter d'en transformer les mouvements. Le recours à un psychologue ou à un pédopsychiatre est nécessaire lorsqu'un professionnel ou une équipe se sent démuni face à une difficulté. Accepter d'être aidée pour mieux aider est souvent la principale condition à l'accompagnement satisfaisant d'une difficulté. A ces spécialistes du comportement humain de rendre les conditions de ce nécessaire partenariat favorable : garder des relations de parité, avoir un langage compréhensible, se rendre disponible.

Toutes les situations difficiles ne nécessitent pas le recours à un spécialiste du soin psychique. Le souci de penser et de travailler **l'articulation** entre professionnels, par exemple entre les personnels de la PMI et les personnels de la crèche, peut également contribuer à mieux répondre aux besoins de l'enfant et des parents.

Le partenariat : un travail en réseau qui se formalise et se structure

Selon la spécificité de la fonction de chaque professionnelle (Assistante Maternelle, enseignant, puéricultrice, etc.) un éventail de **partenaires** possibles sera à inventorier, connaître pour ensuite définir des modalités de collaboration (relais d'assistantes maternelles, relais d'aide spécialisés aux enfants en difficulté pour les enseignants, etc.). Le partenariat ne se limite pas à constituer un carnet d'adresse : il doit viser à constituer une réelle équipe pluridisciplinaire d'intervention en capacité de traiter à la fois les situations d'urgence et d'assurer un accompagnement inscrit dans le long terme.

Il implique donc la formalisation d'une **éthique** d'intervention, des **objectifs** partagés et des **modalités** d'interventions communes. Notamment lorsqu'il y a un risque de conflit entre une relation d'aide et une relation de contrôle institutionnelle (par exemples, relations entre assistantes maternelles et puéricultrice).

Enfin, il semble judicieux de définir des protocoles particuliers au cas où la structure accueillerait un enfant placé en urgence ou un enfant handicapé.

3. Instaurer le partenariat avec les parents, ne pas être en rivalité

Ce partenariat a trois composantes :

- *Développer un lien social avec eux afin de développer une attention vigilante à leur égard basée sur l'échange et la convivialité.*
- *Reconnaître leur fonction de parent en soutenant leur fonction de parentalité et en favorisant les échanges avec eux.*
- *Les soutenir notamment en renforçant la considération parent-enfant (promotion du lien familial) et en les accompagnant lors des situations difficiles.*

Les parents, premiers partenaires

L'ouverture à ce partenariat doit faire une place centrale à la participation des parents, que ce soit au niveau de l'analyse des situations mais également comme force de propositions.

Celui-ci commence par une **reconnaissance** réelle de leurs compétences, à partir de leurs paroles, de leurs demandes et de leurs propositions. Ce qui implique de la part des professionnels de ne pas (plus) se positionner comme seul détenteurs d'un savoir (ou savoir-faire). Quelques méthodes renforçant la créativité et la participation existent déjà : enquête par brainstorming, « patate party » (un tour de table et lorsque la patate s'arrête, on donne une idée), « boutique des rêves », atelier cuisine, etc.

Pour les **associer** à la définition et à la mise en œuvre du projet éducatif et du projet social, il est important de faire de la place aux parents moins « militants » que d'autres et qui, spontanément, ont plus de mal à se sentir en capacité d'avoir un avis à donner, une contribution à apporter. Recueillir l'avis de tous c'est également se soucier de trouver des modalités de communication suffisamment variées pour que, selon ses capacités d'expression, de maîtrise du langage, chacun puisse se sentir entendu.

Donner les « règles du jeu »

Connaître le cadre (ce qu'il est possible d'attendre des autres acteurs et de l'institution d'accueil) et donc pouvoir trouver sa place et la bonne distance dans les relations passe par une communication la plus précoce possible des « règles du jeu ». Il est donc recommandé de le faire dès le **premier entretien** en présentant l'articulation entre le projet éducatif de la crèche «en lien » avec le projet éducatif parental. Puis d'échanger régulièrement au cours de l'année, avec notamment l'organisation de **temps de regroupements** (groupes de parents) avec l'aide d'outils variés (supports vidéos, jeux, etc.).

Il est indispensable également de prendre le temps et les moyens d'explicitier le **fonctionnement global** du lieu d'accueil et pas seulement ce qui va être proposé à « son »

enfant (expliciter le cadre de fonctionnement, les contraintes d'organisations, les règles de vie collective, les limites de disponibilités, le pourquoi des « impossibilités »...). Selon ses capacités propres de compréhension, cette explication des règles sera également à donner à l'enfant le plus tôt possible (interdit des violences corporelles tels que coups ou morsures, etc.).

Un lieu d'accueil pouvant devenir un lieu ressource pour les familles.

En ce qui concerne les lieux d'accueil, convivialité et caractère chaleureux vont de pair avec le souci de définir un « **coïn adulte** ». Pour explicitement montrer que ces derniers sont aussi conçus pour recevoir les parents.

De plus en plus en effet, le lieu d'accueil des enfants est aussi un lieu de **socialisation** pour les familles, un véritable **lieu ressource** pour certains parents isolés, pour plusieurs raisons : séparations de couples de plus en plus précoces, mobilité géographique liée à l'activité professionnelle (la crèche ou l'école peut être un des premiers lieux où l'on rencontre des personnes en arrivant dans une nouvelle localité). L'éloignement des grands-parents de plus en plus fréquent peut également amener les professionnelles de la petite enfance à être aussi sollicitées pour tenir plus ou moins consciemment ce rôle de conseil et d'appui aux parents.

La plupart des professionnels ont conscience **qu'elles n'ont pas à se substituer** aux parents, que ce soient affectivement ou au niveau éducatif. Par contre elles ont un rôle important dans la recherche d'une certaine **cohérence**, d'une certaine harmonie dans ce qui est proposé à l'enfant, en terme de règles, de rythmes, de valeurs éducatives etc. Cette recherche de cohérence ne peut être obtenue que si des lieux, des temps, des modalités de fonctionnement le favorisent.

Enfin un effort particulier pour impliquer les pères à part entière dans ce partenariat avec les familles est nécessaire : leur place est souvent gommée alors que leurs rôles effectifs apparaissent comme primordial. Par exemple les inviter systématiquement à participer aux consultations en PMI, en consultation prénatale...

4. Instaurer et entretenir un cadre de travail préventif

La prise en compte de la souffrance psychique ne peut relever seulement d'une somme d'actions à mettre en œuvre, de connaissances à acquérir, de procédures où d'outils à construire. Elle ne relève pas dans le temps d'un unique moment spécifique et ne concerne pas que les professionnelles de terrain. C'est un esprit de travail à inventer où à développer, une intelligence collective à faire grandir. Elle n'est ni l'affaire de seuls spécialistes du psychisme où de la santé mentale ni la résultante d'une illusoire de la seule « bonne volonté » de tous de faire quelque chose en la matière. Elle concerne tous les acteurs : parents, professionnels, responsables des institutions, des organismes de formations, décideurs, etc. dans une approche méthodologique rigoureuse.

Il est tout d'abord important de rappeler que ce terme de « prise en compte de la souffrance psychique » qui est inhabituel chez les professionnelles de l'accueil (collectif où individuel), ne relève pas du registre des soins. Chaque acteur, quelle que soit sa formation et son expérience, peut y contribuer à la mesure de ses possibilités, même s'il est difficile pour beaucoup d'arriver à « nommer » cette réalité. Il s'agit d'une attitude de « bien-traitance » vécue au quotidien dans les différents événements de la vie.

Pour promouvoir un cadre de travail préventif (à distinguer d'une somme d'actions parcellaires sans liens ni cohérence) différentes pistes d'action ont été dégagées selon le type de structure :

1) Dans les structures d'accueil petite enfance :

Une variable de la construction du projet

Il est important d'intégrer cette approche préventive dans **l'élaboration** des projets d'établissement. Plus cette question sera prise en compte précocement et globalement, meilleurs seront les garanties concrètes de sa réelle prise en compte. Cela devrait par exemple être une des variables lorsque **le plan** d'aménagement où **le choix** des locaux est effectué.

Par exemple, à l'école maternelle il apparaît opportun de créer des espaces de siestes pour la tranche d'âge des « moyens », car certains en ont encore besoin. Eviter également que l'espace de jeu des « grands » vienne perturber celui des tout petits à la crèche. Que les parents puissent aussi stationner leur véhicule pour prendre le temps de rencontrer l'équipe lorsqu'ils viennent déposer ou reprendre leur enfant. Une impossibilité de stationner peut en soi dégrader considérablement les conditions d'accueil et des relations professionnelles parents.

Pour les professionnelles des lieux d'accueil collectifs, les possibilités d'amélioration tiennent au **cadre de travail** (aménagement de l'espace, nombre d'enfants, organisation du travail), à la formation et aux possibilités de parler des problèmes rencontrés.

- Des locaux inadaptés (organisation de l'espace, bruit) sont stressants. Or, souvent, les locaux des lieux d'accueil n'ont pas été conçus pour cette fonction. **L'aménagement de l'espace** doit être pensé pour les repères de l'enfant, avec des espaces séparés pour les tout-petits, Il est important aussi de disposer d'un lieu pour discuter avec les parents, que les parents puissent se poser, d'une pièce pour le personnel, d'un bureau pour se réunir, pour le psychologue, le médecin. L'aménagement des locaux est aussi important pour les professionnelles que pour les enfants : l'aménagement de l'espace est le reflet du bien-être d'une équipe.
- Le nombre d'enfants par professionnelle **ne doit pas être trop élevé** pour qu'elle puisse se consacrer à chacun de façon individualisée, sans faire du travail « à la chaîne ».
- Les nouveaux textes sur le **multi accueil** font craindre aux professionnelles une dégradation des conditions de travail, et donc une dégradation des relations avec les enfants et les parents en raison des exigences de flexibilité. Le risque est qu'il n'y ait plus un temps d'accueil bien défini, par exemple.

Pris de manière isolée ces exemples semblent dissociés de la question qui nous intéresse, mais remis ensemble dans une cohérence globale ils prennent une signification importante : la prise en compte de la souffrance psychique passe aussi par une attention à de petits détails de fonctionnement au quotidien, qui peuvent influencer en profondeur sur la qualité du climat relationnel et sur l'ambiance au quotidien vécu par les enfants, leurs parents et les professionnelles.

De même, il apparaît essentiel de recruter du **personnel qualifié**, ou de le former aux notions de souffrance psychique et de difficultés psychosociales.

Agir sur les dysfonctionnements de l'institution

Il est par ailleurs fondamental de repérer les **situations de violence générées par l'institution** elle-même (manque de cadre, d'organisation, de cohérence, de moyens....) Et cela dans le but de prendre garde aux conditions de travail des professionnels ainsi qu'à la sécurité affective des enfants.

Cela passe notamment par le fait d'assurer des moyens pour un travail en continu (ce qui peut être compromis avec le multi accueil), des attitudes adaptées à la singularité des situations, un encadrement effectif des professionnelles (par la formation, l'accompagnement et le soutien).

Contractualiser les relations

Enfin, contractualiser de façon précise et évolutive l'accueil ainsi que les relations avec les parents et les partenaires spécialisés permet de gagner en cohérence. Cela optimise également la gestion des situations de crises où le travail d'orientation des familles lorsqu'il s'avère indispensable.

2) Dans les familles où la garde est confié à une assistante maternelle

Il apparaît nécessaire de promouvoir la **contractualisation** de l'accueil, du travail en continu, des attitudes adaptées et un encadrement effectif des professionnelles (formation, accompagnement et soutien). En renforçant les moyens des lieux d'écoute « parents enfants » ainsi que ceux des relais pour les assistantes maternelles.

Il semble nécessaire, pour ces dernières, que la procédure d'agrément soit plus approfondie (notamment par des entretiens psychologiques) et une formation initiale plus consistante avant le début de l'exercice professionnel. Ce qui est en cours avec la loi en préparation.

3) Autour de la naissance

Il apparaît très important également de s'organiser au maximum pour **limiter les séparations** entre les mères et leurs enfants (attachement et qualité du lien), notamment dans le cas d'hospitalisations, même brèves, des nourrissons : l'altération des processus d'attachements primaires pouvant conduire à de graves séquelles sur le plan psychiques. Ce souci de préservation du lien parental doit également être pensé pour les pères.

Instaurer des **temps d'échanges** à la maternité entre jeunes mères apparaît également comme une expérience à systématiser. Tout comme le fait de créer des **temps d'animations** dans les salles d'attentes en PMI, prétexte pour aborder d'autres questions en général que ce qui peut être échangé dans le seul cadre de la consultation.

Il a été proposé de créer des services téléphoniques, d'organiser des relais et des réseaux. Certains jeunes parents sortent de la maternité dépourvus de tout liens familiaux ou sociaux leur permettant de faire face à des inquiétudes, des situations difficiles, des besoins de conseils ou d'orientation.

5. Transformer l'image qu'ont les décideurs des métiers de la petite enfance

Parce qu'ils sont historiquement récents en terme de reconnaissance professionnelle, parce que l'organisation de leur formation pour beaucoup d'acteurs est encore parfois balbutiante,

parce qu'ils sont encore bien souvent perçus comme un service de « garderie », pour lequel il suffit aux femmes qui y travaillent d'utiliser leurs compétences maternelles « naturelles ». Les métiers de proximité d'accueil et d'accompagnement de la petite enfance souffrent souvent d'un déficit de reconnaissance. Reconnaître la dimension préventive du travail professionnel que comportent ces métiers est un moyen de les valoriser.

Il apparaît nécessaire de faire un travail de **communication** auprès des décideurs et financeurs, des autres professionnels, des employeurs, des parents et du grand public sur trois points fondamentaux pour développer la politique de la petite enfance :

- C'est d'abord **reconnaître le rôle** crucial de cette période pour l'avenir de l'enfant et de la collectivité, et l'inscrire dans les textes officiels (Loi d'orientation en santé publique, par exemple).
- C'est également **valoriser** les professionnelles concernées.
- C'est enfin leur accorder les **moyens** matériels et les compétences à la hauteur des enjeux de cette période de l'attachement et de la socialisation.

Investir pour le long terme

Mettre en avant « l'investissement préventif » constitutif des métiers de la petite enfance fait partie de la reconnaissance de ces métiers. Sachant que se jouent à cette période de la vie un nombre important des **facteurs de risques**, constitutifs plus tard des « conduites à risques », y consacrer du temps, donc des salaires, et des équipements adaptés constitue un investissement justifié.

Promouvoir l'identité professionnelle.

Passer du « gardiennage » d'enfant à l'**accompagnement professionnalisé** des petits enfants et de leurs parents nécessite une **reconnaissance sociale** allant au-delà de la seule « ouverture de nouvelles places en crèches » ou de la seule reconnaissance d'un statut de professionnelle (phénomène encore récent pour les assistantes maternelles).

La quasi-totalité des professionnelles étant des femmes, il semble souvent évident (pour les décideurs, le grand public mais aussi pour certaines d'entre elles) qu'elles ont « naturellement » les compétences pour travailler avec les petits enfants. Or, les capacités d'écoute et d'empathie, ainsi que celles relatives au travail avec les parents relèvent également de l'**acquisition de compétences**. Loin de se limiter à la seule expérience personnelle de la maternité, elles passent par un travail de formation et d'interrogation de l'expérience. Elles passent aussi, au-delà du seul temps passé avec les enfants, par des temps de travail en équipe, de coordination entre professionnels, d'analyse de la pratique...

La reconnaissance passe également par une promotion de ces métiers auprès des jeunes hommes en recherche d'orientation professionnelle : la **masculinisation** accrue de ces professions sera non seulement bénéfique pour les enfants et le travail en équipe, mais aussi un signe de la valorisation sociale de ces métiers.

Mieux tenir compte des expériences et des besoins repérés par les professionnelles

Quand une municipalité définit sa politique de la petite enfance, **comment associe-t-elle** les parents et les professionnelles à ses décisions stratégiques, pour décider du nombre de place, du ratio personnel/enfants, de l'accessibilité, de l'adaptation des locaux (organisation des espaces pour les enfants, limitation du bruit, accueil des parents, réunions d'équipe, etc.) ?

Lorsqu'elle décide de transformer l'accueil des enfants en « multi accueil », comment prend-elle en compte **l'avis** des professionnelles quant à l'organisation de cette nouvelle forme de l'accueil, qui est un point capital quant à la qualité de la prestation de service rendu aux familles et à la future santé mentale des enfants ?

La participation des professionnelles, et des institutions dans lesquelles elles travaillent, aux choix stratégiques qui orientent la politique petite enfance d'une collectivité locale est une aspiration profonde. Elle constitue également une garantie de gain qualitatif dans les orientations prises pour l'avenir.

Des innovations pour favoriser la continuité entre les structures

Il y a encore des dispositifs à inventer, par exemple pour mieux penser **le passage** entre lieux d'accueil (de la consultation prénatale à la maternité puis à la P.M.I., de la crèche à l'école maternelle par exemple). Pourquoi ne pas créer, à l'échelle d'un arrondissement ou d'une commune, **des maisons de l'enfant ou de la parentalité** où les questions de transitions adaptées, d'orientation spécialisée, de continuité de l'accompagnement des familles entre professionnelles de métiers différents pourrait être travaillées ?

Conclusion et perspectives

⇒ Les conclusions de l'étude-action

Ce travail confirme l'hypothèse de départ, à savoir que **les professionnelles de la petite enfance sont bien des acteurs de prévention**, même si elles n'en ont pas toujours conscience. La cohérence des résultats des trois approches (bibliographie, étude qualitative et groupe focal) renforce la validité de cette conclusion. Elles ont également identifié **des pistes pour améliorer leur rôle préventif**. La convergence des professionnelles de différents métiers sur ces pistes concrètes est un argument de leur validité.

La **limite** de ce travail concerne la **représentativité**. La constitution de l'échantillon des professionnelles par réseau de connaissance et les contraintes de déplacements ont fait que le Rhône est sur-représenté par rapport aux autres départements, dans l'enquête comme dans le groupe focal. Néanmoins, aucun élément ne suggère que la problématique soit différente dans les autres départements de la région. D'autre part, les assistantes maternelles et les enseignantes d'école maternelle n'étaient pas suffisamment représentées dans le groupe focal.

Il est apparu que **la méthode du groupe focal**, utilisée pour chercher comment améliorer le rôle préventif des professionnelles de la petite enfance, avait aussi un moyen pour celles-ci de mieux se connaître et de faire évoluer leur façon de voir leur métier. Si bien que cette façon de travailler pourra être **reproduite dans un but de sensibilisation et de formation**.

⇒ La possibilité de mettre en œuvre les propositions

Le moment est opportun pour travailler sur le rôle préventif des professionnelles de la petite enfance, car :

1. Les professionnelles sont **réceptives** à ce thème. Par leur participation à l'étude-action, elles ont montré leur motivation à aborder ces questions et à s'impliquer dans la prévention, malgré leur charge de travail.
2. Les métiers de la petite enfance sont tous **des métiers en évolution**. L'organisation des structures petite enfance a fait l'objet de nombreux changements réglementaires et législatifs. D'autres sont en préparation. De nombreux professionnels seront recrutés dans les années à venir en raison de départs à la retraite et pour développer une offre d'accueil depuis longtemps déficitaire. Ainsi, le nombre d'assistantes maternelles (300 000 aujourd'hui), devrait doubler en dix ans comme il l'a fait sur la décennie précédente. Elles représentent le mode d'accueil le plus apprécié et le plus utilisé en France (6 enfants sur 10 accueillis)⁶. L'évolution va dans le sens de la professionnalisation, de l'insertion des structures d'accueil dans le contexte communautaire et du soutien à la parentalité.

⁶ Le Monde, 5 février 2004.

3. Il y a un **besoin de reconnaissance** des métiers de petite enfance, notamment ceux de l'accueil. Ce besoin de reconnaissance n'est pas seulement financier, il concerne aussi le rôle professionnel : les assistantes maternelles « *ont une responsabilité de chirurgien et un salaire de RMiste⁷* ». Rendre visible et développer le rôle préventif des professionnelles peut aussi contribuer à cette reconnaissance. Elles ne se contentent pas de « garder » des enfants en utilisant leurs compétences « naturelles » de femmes, elles font un travail professionnel d'accompagnement des enfants et de leurs familles.

La mise en application des propositions pour améliorer concrètement le rôle préventif des professionnelles concerne trois groupes d'acteurs.

- **Les professionnelles** de la petite enfance peuvent développer une meilleure communication avec les enfants, les parents et avec les autres professionnels pour un travail en réseau. Le changement de pratiques nécessaire consiste en un positionnement différent dans les relations avec le petit enfant et ses parents. Il est à la fois limité et important et n'est possible que si elles comprennent le sens préventif de ces pratiques et si elles sont accompagnées dans cette démarche.
- **Les organismes employeurs** des professionnelles de la petite enfance ont un rôle essentiel pour permettre ce changement. Il s'agit de mettre cette fonction d'accompagnement des enfants et des parents au cœur du projet de l'institution. Concrètement, cela concerne l'organisation des locaux (y compris l'environnement immédiat, comme des places de parking pour permettre l'accueil des parents), mais aussi l'organisation du travail en équipe, la possibilité de se former, de bénéficier de supervision ou d'analyse de la pratique sur son temps de travail. Les **organismes de formation** ont un rôle à jouer, au delà de la formation initiale, pour renforcer cette évolution des pratiques.
- **Les décideurs**, qu'il s'agisse de l'état ou des collectivités territoriales, essentiellement les conseils généraux et les municipalités, ont un rôle important car ils décident du mandat donné aux institutions et de l'allocation des ressources. Leurs décisions reflètent aussi l'image qu'ils ont des métiers de la petite enfance. La construction d'une identité professionnelle de ces métiers, dans l'opinion publique et chez les décideurs, est donc une étape de la prise en compte de cette fonction préventive. Ce qui est également attendu de la part des professionnelles, en sus de la reconnaissance et des moyens à la hauteur des besoins, c'est un autre type de relations de travail : être plus associé à la réflexion et aux décisions quand à la mise en œuvre des choix politiques d'ensemble.

⇒ **Les suites de l'étude-action**

L'objectif est de **communiquer** auprès des professionnelles de la petite enfance, des institutions et des décideurs afin d'impulser un travail concret. Deux types d'actions sont prévus :

- Diffuser les conclusions de l'étude-action par relation presse et au moyen d'une réunion proposée aux principales institutions et aux décideurs concernés par la petite enfance.
- Elaborer des outils de communication spécifiques pour les différentes professionnelles de la petite enfance (fiches outils, articles pour les revues professionnelles...) et les diffuser.

⁷ Propos d'une représentante d'un syndicat d'assistantes maternelles recueillis par Le Monde, 5 février 2004.

ANNEXES

- Document 1 : Synthèse de l'analyse bibliographique (30 p.)
- Document 2 : Résultats de l'étude par entretiens (41 p.)
- Document 3 : Compte-rendu des travaux du groupe focal (27 p.)



*Etude-action : les professionnels de la petite enfance,
"Acteurs Cachés" de la prévention ?*

Document 1 :

SYNTHESE DE L'ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

G. Pereira de Araujo, D. Fontaine, JF. Vallette

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*, AIDES-Alcool**

Juillet 2003

Cette étude-action a été financée dans le cadre du Programme Régional de Santé « Alcool » par la DRASS (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale) et l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie).

* ORS Rhône-Alpes, 9 Quai Jean Moulin, 69001 Lyon – 04 72 07 46 20 – courrier@ors-rhone-alpes.org

** Aides Alcool, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon – 04 72 41 76 98 – aidesalcool@wanadoo.fr

Introduction

Ce document présente une première synthèse de l'étude sur les « acteurs cachés » de la prévention, à partir d'une recherche documentaire et de son analyse. Cette recherche documentaire a été conduite à partir de la question centrale de départ : « **Est-ce que les professionnels de la petite enfance peuvent avoir un rôle dans la prévention des conduites addictives auprès des enfants qui sont à leur charge ?** »

Cette question principale a été scindée en trois sous-questions qui ont guidé la recherche bibliographique :

1. **La petite enfance** : est-elle fondamentale dans la construction psychique de l'individu ?
2. **La prévention** : pouvons-nous parler de prévention des conduites addictives dans la première enfance ?
3. **Les professionnels de la petite enfance** : sont-ils des acteurs de la prévention ?

Loin d'être exhaustif, ce travail est un premier pas vers une meilleure compréhension de la problématique que nous avons posée. Les résultats sont présentés suivant ces trois sous-questions.

1- La petite enfance : est-elle fondamentale dans la construction psychique de l'individu ?

La petite enfance : moment où tout se joue ?

Le moment de la vie de l'enfant qui nous intéresse ici est celui compris entre la grossesse et l'âge de 6 ans, c'est-à-dire de la période périnatale à la fin de l'école maternelle en France.

Nous voulons connaître les éléments qui permettent le développement psychique et social de l'enfant à cette période de sa vie. Nous sommes surtout intéressés par ceux qui peuvent poser des problèmes pour son développement ou générer des difficultés par la suite.

La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement donne des pistes sur les origines de l'affectivité. Elle dit que *«la construction des premiers liens entre l'enfant et la mère ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin biologique fondamental ; il s'agit d'un besoin primaire, c'est à dire qui n'est dérivé d'aucun d'autre»*¹.

Si différents chercheurs et cliniciens sont d'accord avec l'importance de ce moment où les premiers liens sont tissés pour la vie psychique de l'enfant, il y a par contre une grande divergence sur sa genèse. Est-ce inné ou acquis ? Certains affirment que le besoin d'attachement est un fait primaire, d'autres disent qu'il est le résultat de l'apprentissage, la dépendance physique engendre la dépendance psychique.

En ce qui concerne notre étude, le plus important est que tous sont d'accord avec la richesse du concept d'attachement dans la compréhension de la construction des premiers liens, sa contribution à la structuration psychique de l'enfant et le fait qu'il correspond à un des éléments sur les besoins vitaux de l'individu.

L'attachement joue un rôle essentiel dans la santé de l'enfant, comme le montrent les travaux de Spitz : le syndrome que les nourrissons développent à partir de *«la perte de leur mère»* est révélateur de son importance.

M. Ainsworth, développe à partir de cette théorie le concept de *«base sécurisante»*. Cette base est la *«mère»*. Selon ce concept une personne se sent bien et exploite mieux son potentiel lorsqu'elle sait qu'elle peut compter sur une figure d'attachement en cas de difficulté².

¹ ZAZZO R. in ANZIEU D. et al. « L'attachement ». Page 226

² In MILJKOVITCH R. L'attachement au cours de la vie, modèles internes opérants et narratifs.

Dans ce même sens E. Erikson dit que l'enfant a besoin d'avoir confiance en sa mère pour pouvoir fonctionner indépendamment d'elle, sur le plan psychologique et physiologique³.

Stern propose le concept d'accord affectif. Il dit : pour apaiser un enfant il ne suffit pas d'être à ses côtés, il faut aussi être capable de capter correctement les signaux qu'il envoie afin d'y répondre efficacement.

La psychologie de l'apprentissage part du principe que l'enfant passe de l'état biologique au statut d'être social ou d'être de relation, par l'apprentissage soutenu par la maturation. Le lien entre la mère et son enfant est établi à partir d'une dépendance émotionnelle par le biais de la satisfaction de ses besoins physiologiques. La dépendance physique entraîne donc une dépendance psychique.

La psychanalyse⁴ part du même principe, par contre elle ajoute le concept de plaisir. Le plaisir vient s'ajouter à la satisfaction des besoins physiologiques. L'énergie ou libido entraîne des pulsions, qui, lorsqu'elles sont satisfaites, s'accompagnent d'une réduction de tension qui procure du plaisir.

Les particularités des relations d'attachement entre père-enfant et mère-enfant⁵

La théorie de l'attachement ne rend pas compte seulement de la relation mère enfant mais aussi de la relation père-enfant. Les études montrent que l'enfant devient attaché à son père à peu près au même moment où l'attachement mère-enfant apparaît. Le père a la même capacité d'être une figure d'attachement précoce et à entretenir des relations singulières avec son enfant. Ce rôle d'attachement pour s'établir dépend d'une relation de qualité entre le père et son enfant. Plus le père s'engage dans des interactions sociales fréquentes avec son enfant et répond de façon adéquate et affectueusement aux besoins de l'enfant, plus sera fort le lien entre les deux.

Les contributions maternelle et paternelle à l'attachement sont cependant différentes. Cette différence est de l'ordre du ludique si les parents partagent les mêmes tâches de nursing. Les pères ont tendance à privilégier le jeu alors que les mères privilégient les soins. Cette spécificité ludique place le père comme « pont social », c'est-à-dire comme celui qui permet l'ouverture au monde social par la mise à distance, la découverte des objets et du monde environnant. Dans une interprétation psychanalytique on dirait que le père, de sa place de représentant de la loi, permettra à l'enfant la découverte du monde au dehors de la relation avec sa mère. Le jeu permet à l'enfant de se confronter avec les règles, avec les limites en ayant le père comme arbitre.

Déjà *in utero*, une idée sur le monde

Montagner H. montre les capacités précoces de l'enfant à agir sur son environnement et sa sensibilité à celui-ci, même quand il y a des difficultés ou des handicaps au cours des

³ In MILJKOVITCH R. L'attachement au cours de la vie, modèles internes opérants et narratifs.

⁴ In : ANZIEU D. et al. L'attachement. Paris, Delachaux et Niestlé, 250 p.

⁵ ZAOUCHET-GAUDRON C. Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire). Paris, Dunod, 2002, 116 pages.

premières semaines et des premiers mois, et lorsque la mère elle-même ou les parents sont alors en difficulté⁶.

A ce sujet, Lecuyer⁷ va plus loin et dit que l'enfant, bien avant de pouvoir agir sur son environnement physique, est capable de comprendre ce milieu. Sa réflexion part du principe que le développement de l'intelligence est basé sur la perception et non sur le développement sensori-moteur, ce qui contredit Piaget. Donc, pour lui, les enfants ne vivent pas dans un monde complètement chaotique et même avant la naissance ils ont une certaine idée du monde où ils vont vivre.

La souffrance est possible durant la période périnatale

Mellier D.⁸ indique que la souffrance peut être détectée déjà en périnatalité. La souffrance dont le nourrisson sera porteur peut être déjà présente avant la grossesse, pendant la gestation ou au moment de la naissance. La cause de cette souffrance réside sur des anxiétés primitives qui ne sont pas explicites, qui ne sont pas facilement identifiables dans l'entourage de l'enfant. Elles prennent forme, parfois, de tensions ou d'insécurités qui peuvent envahir le système psychique de l'enfant et entraîner une souffrance du lien, une difficulté à construire le lien parent-enfant.

Mellier D. caractérise donc la période périnatale comme étant une frontière poreuse provisoire des frontières psychiques, tant du point de vue du sujet (intrapsychique) qu'entre les sujets (intersubjective).

La première étape de la construction psychologique de l'enfant⁹, la phase de séparation-individuation, peut s'avérer très problématique et fragiliser le nouveau-né dès le départ, même quand la naissance se passe dans des conditions médicales jugées normales. Nous ne pouvons pas parler seulement de traumatisme chez l'enfant à ce moment de la vie du nourrisson, le traumatisme peut concerner également les parents quand, par exemple, ils doivent faire face à un enfant qui ne correspond pas à leur rêve. La prévention de ce type de traumatisme passe par un accueil humanisé de la mère et de l'enfant dès le certificat de grossesse.

Des traumatismes précoces sont donc possibles, avant même la naissance. L'acquisition du langage marque un tournant important car dès lors il est possible pour l'enfant de mettre des mots sur ce qu'il vit et de le symboliser.

Les relations entre vulnérabilité psychique précoce et conduites addictives

A cet égard, Mellier D.¹⁰ parle de la transmission de la vie psychique comme étant un moment délicat de la vie du sujet qui doit être protégé ou soutenu. En revanche, il n'est pas d'accord avec l'idée d'un déterminisme entre les difficultés présentes à ce moment là et les symptômes qui pourraient apparaître par la suite comme conséquence. On ne peut pas dire que tel type de naissance donne tel type d'enfant, il y a seulement un terrain de vulnérabilité qui est présent.

⁶ L'enfant acteur de son développement

⁷ In : EL HAYEK et al. Petite enfance, éveil au savoir. Paris, La documentation française, 1997, 349 p.

⁸ In : Prévention et vie psychique ou comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité.

⁹ DOLLANDER M. et TYCHEY C. La santé psychologique de l'enfant. Fragilités et prévention. Ed DUNOD

¹⁰ Idem

Après, tout dépend de ce que le sujet, dans son contexte, en fera. S'il y a résilience, cela peut même est transformé en positif.

Hefez S. affirme que l'environnement peut à lui seul « conditionner » la prise de produit vers une recherche de plaisir et de bien être. Il n'existe pas de structure psychique profonde et stable qui soit spécifique des comportements de dépendance. Les conduites addictives sont liées à trois facteurs (au moins) : la disponibilité du produit, la nécessité vitale de lutter contre l'angoisse, et un moment donné de la trajectoire personnelle¹¹.

La dépendance psychique à certains produits est d'origine plurifactorielle, selon Damade M.¹². Parmi les facteurs familiaux et personnels, on retrouve, dans de nombreux cas, un lien entre le processus de séparation dès ses premières phases dans l'enfance, l'angoisse du manque (de l'Autre) et de néantisation, et des conduites de dépendance. De plus, il n'est pas pertinent de se limiter aux seules conduites addictives : « *Ces facteurs font le lit de toute une gamme de conduites répétitives : conduites à risques, conduites addictives, dont les dépendances à des consommations de substances psychoactives ne représentent qu'une partie.* »

L'anthropologie de l'enfance : des points pour relativiser la relation avec l'enfant

L'anthropologie nous aide à comprendre la place que l'enfant occupe dans sa culture. Cette place étant différente d'une culture à l'autre, il faut faire attention à ne pas universaliser le comportement humain. Selon les études en anthropologie de l'enfance, les étapes de croissance de l'enfant ne sont pas universelles, par conséquent nous ne pouvons pas envisager un modèle universel d'éducation non plus.

La sociobiologie redéfinit à partir du développement de l'enfant ce que nous entendons par « normal », remplaçant la vieille notion de développement typique de l'espèce par la conscience de « *trajectoires de développement* » adaptatives pour affronter des circonstances données. Il n'est cependant pas facile de désigner certains comportements comme étant adaptatifs et d'autres comme étant mal adaptés. Il n'existe pas de modèle de comportement en référence duquel il serait possible d'évaluer tous les autres comportements. Les enfants arrivent équipés d'un répertoire flexible, dépendant de l'environnement spécifique dans lequel ils vivent¹³. Ici la biologie évolutive paraît s'approcher du point de vue de l'anthropologie qui nous rappelle l'importance de l'environnement social et culturel dans le développement de l'enfant.

Dans un travail sur la prévention il nous paraît légitime d'analyser certains aspects culturels du groupe social où l'enfant va s'inscrire. Aujourd'hui l'anthropologie de l'enfance¹⁴ nous permet d'avoir des informations sur différents aspects tels que l'image que les différentes sociétés se font de l'enfance en amont de sa naissance, les pratiques du quotidien, les liens avec la famille, les soins de puériculture, les statuts et les occupations des enfants, les activités quotidiennes des enfants.

¹¹ HEFEZ S. Dossier Regard sur les dépendances. La santé de l'homme, n° 347 – mai-juin 2000 Page 25

¹² DAMADE M. Quelques repères pour la prévention des dépendances. In Dossier : Regard sur les dépendances. La santé de l'homme, mai-juin 2000, n° 347, 30-32.

¹³ BLAFFER HRDY Sarah – Les instincts maternels, Payot, Paris, 1999, 623 pages.

¹⁴ In : Journal des Africanistes 72-1, 2002 : 9-18

2- La prévention : pouvons-nous parler de prévention des conduites addictives dans la première enfance ?

Souffrance psychique et prévention, la recherche d'une légitimité

Mellier D.¹⁵ montre que la souffrance est possible chez certains enfants dès la période périnatale. Cette souffrance est diagnostiquée par les signes donnés directement par l'enfant (troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, etc.) mais aussi par ceux de son entourage (malaise au sein de l'équipe soignante, angoisse chez des parents liés ou non à la naissance du bébé, difficulté de la mère face à la maternité, etc.).

Cette souffrance précoce est à la base des difficultés qui peuvent se manifester tardivement à l'adolescence ou à l'âge adulte. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'une possibilité, non d'une certitude, et la forme qu'elles vont prendre à ces moments là est imprévisible. La psyché ne fonctionne pas à partir d'une notion linéaire du temps.

Les symptômes ont aussi des caractéristiques culturelles et historiques. L'hystérie, commune au début du 20^{ème} siècle fait place aujourd'hui aux troubles des conduites alimentaires, par exemple. Nos attentes face aux réponses d'un enfant à l'éducation qui lui a été donnée sont aussi liées à des facteurs culturels. Il ne faut pas croire que les étapes de la croissance de l'enfant soient les mêmes dans toutes les cultures¹⁶. Des attentes basées sur des normes socioculturelles rigides peuvent être aussi à la base de la souffrance.

Dollander M. et De Tychev C.¹⁷, en parlant de prévention en périnatalité, parlent des mandats trans- et inter-générationnels comme un des éléments importants dans les comportements parentaux liés aux facteurs de risques. Ils rappellent les travaux de Lebovici sur ce sujet (d'autres parlent d'hérédité psychologique). Pour eux, les contenus psychiques de l'enfant peuvent être marqués par le fonctionnement psychique des grands-parents ou d'ailleurs eux qu'ils n'ont pas connus mais dont la vie psychique a marqué leurs propres parents. La non-élaboration de l'agressivité suscitée par l'enfant et l'angoisse et les sentiments dépressifs de la mère font partie aussi des facteurs de risque. Le dispositif mis en place dans un but préventif, dans ce cas, doit privilégier la prévention primaire des non-dits, secrets ou mandats négatifs ; accompagner la souffrance de la mère au cours de la grossesse ; considérer les difficultés liées au processus de procréation (difficultés du processus de naissance, la clinique de la stérilité et de l'assistance médicale à la procréation).

Neyrand G. signale que toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé. Toute démarche de prévention secondaire envers le parent se

¹⁵ Prévention et vie psychique, comment accueillir la souffrance présente en périnatalité.

¹⁶ In : Journal des Africanistes 72-1, 2002 : 9-18

¹⁷ DOLLANDER M., DE TYCHEV C. La santé psychologique de l'enfant. Fragilités et prévention. Paris, Dunod, 2002.

constitue en prévention primaire pour le bébé. D'où l'importance de la prise en compte de la relation parentale précoce.¹⁸

Tout travail en prévention interpelle sur **l'éthique**. Molénat F.¹⁹ invite à y réfléchir à partir de certaines questions comme :

- Prévenir, est-ce interdire au sujet de s'approprier sa vie, d'assumer ses origines, de tenir ouvert l'espace de liberté qui lui permettra d'affronter l'imprévisible de l'existence ?
- S'agit-il de prévenir des troubles ou simplement de permettre qu'une femme, un homme, trouvent là l'occasion de se vivre autrement, dans une rencontre marquée de sollicitude, structurante si le collectif lui-même est structuré ?
- Serait-il possible de dégager des « principes de précaution » dont le non-respect produirait des dégâts humains en renforçant la vulnérabilité déjà présente ?
- Jusqu'où pouvons nous peser moralement dans une organisation familiale qui nous paraît porteuse de risques trans-générationnels pour l'identité de ses descendants ?

Molénat F. propose également une réflexion sur la prévention à partir de la vulnérabilité des professionnels qui sont autour de l'enfant en périnatalité :

- *« La place de l'enfant à venir risque d'être chargée par des affects et des représentations soulevés chez les adultes par les caractéristiques du nourrisson (handicap ou retard de croissance), ou par le réveil, chez la mère ou le père, d'émotions liés aux expériences passées. »*
- *« Le recueil de ce qui habite ces parents, dans une vraie rencontre avec un professionnel, le plus précocement possible, peut mobiliser la dynamique affective, par une circulation de ces contenus psychiques et une réorganisation au travers de la relation offerte. »*
- *« La place de l'enfant peut alors se dégager d'un « trop de projections » ; les réponses qu'il recevra seront plus ajustées à ses propres mouvements internes, ce qui permettra d'éviter l'apparition de symptômes. »*
- *« Le partage effectué de cette façon est l'occasion d'une relation vraie qui en soi peut constituer une base dans la nouvelle identité parentale. »*
- *« Les conséquences sont radicales quant à la lourdeur de la tâche des professionnels, mais aussi quant à sa noblesse. »*

Pour les professionnels, Molénat F. rappelle que *« la subjectivité parentale doit rester au centre de toute politique de prévention précoce. Respect, altérité, confidentialité sont des règles souvent oubliées. Retrouver la valeur des émotions, creuser la différenciation des places tenir ensemble les divers registres de l'humain... »*

Miachon C.²⁰ propose de penser la prévention comme un climat relationnel marqué par l'altérité, par le respect de l'autre, comme une attitude où l'écoute et la proximité sont mises à disposition du lien ou de sa construction.

Dans une réflexion sur la manipulation de la prévention par le contrôle social, Mellier D. rappelle que l'époque du *« surveiller et punir »* dénoncée par Michel Foucault n'est plus

¹⁸ NEYRAND G. La prévention précoce une démarche paradoxale. Dialogue, 2002, n° 157, 3-14.

¹⁹ MOLENAT F. Naissances : pour une éthique de la prévention. Toulouse, Erès. 2002.

²⁰ MIACHON C. In : Prévenir les addictions. Actes de la journée interdépartementale du 14 novembre sur la prévention des addictions. Lyon, CNDT/CIRDD, 2002, 96 p.

d'actualité. Aujourd'hui, nous avons plutôt besoin de faire face à la crise des institutions et de construire de nouveaux cadres institutionnels.

La prévention, une question intersubjective

David²¹ pense la prévention à partir de la protection du lien parents-enfant, malgré une éventuelle souffrance chez l'un ou chez l'autre. Selon lui, ce lien doit être toujours mis en avant. Il part du principe que la prévention commence au moment où la place de chacun est précisée et, par conséquent, son rôle. C'est dans la proposition d'une relation humaine authentique, c'est-à-dire qui n'est pas en concurrence avec celle des parents, que les professionnels de la petite enfance auront un rôle en prévention.

Chaplain D-L. et Custos-David M-F.²² défendent une idée sur le rôle des professionnels de la petite enfance qui est essentiellement du côté de la prévention du mal-être chez l'enfant grâce au travail avec les parents. Pour eux, *«les professionnels ne doivent pas s'inscrire dans une logique de soins et d'accueil de l'enfant mais, également, dans une logique d'accueil des familles, il s'agit plus de soutien à la parentalité et de maintien de la cohésion sociale, afin d'éviter les risques d'exclusion, voire de marginalisation des enfants et de leur famille»*.

La prévention dans la petite enfance : des compétences et des conditions

Mellier D. signale la place difficile des professionnels de la petite enfance face à la souffrance de l'enfant ou de ses parents quand elle est de l'ordre du non dit. Mises à part les questions d'ordre objectif de leur travail, les professionnels qui sont dans une démarche de prévention doivent aussi mobiliser des moyens pour accueillir ce type de souffrance. Mais ont-ils les moyens pour gérer ce type de problème au quotidien ? Sont-ils soutenus ?

De même, Bouchet C.²³ dit qu'il ne faut pas seulement reconnaître la qualité des liens précoces comme des fondements en prévention des comportements à risque. Il y a aussi besoin de soutenir les aidants dans leur travail préventif, pour qu'ils prennent leur juste place dans une intervention auprès des familles en difficulté.

Devenir disponible et capable d'accueillir la souffrance dans un but préventif passe également par la formation. Il s'agit d'une formation qui prend en considération les éléments subjectifs de la relation, qui intègre la prise en compte de la vie psychique de l'enfant, donc qui ne se préoccupe pas seulement des questions techniques sur l'accueil et les soins.

Dans ce cadre, Bosse-Platière S. et Loutre-Du-Pasquier N.²⁴ énumèrent les compétences et les capacités qui devront être acquises ou renforcées chez les assistantes maternelles. Elles sont aussi pertinentes pour les autres professionnels de la petite enfance :

²¹ In : APPEL G. et TARDOS A., Prendre soin d'un enfant ; de l'empathie aux soins thérapeutiques.

²² CHAPLAIN D-L. ET CUSTOS-DAVID M-F. Les métiers de la petite enfance. Des professionnels en quête d'identité. Paris, Syros, 2001.

²³ BOUCHET C. Promotion de la santé et prévention des conduites addictives. In Dossier : Regard sur les dépendances. La santé de l'homme, mai-juin 2000, n° 347.

²⁴ BOSSE-PLATIERE S. et LOUTRE-DU-PASQUIER N. Les fondements théoriques des formations des assistantes maternelles. Lyon, Atelier Petite Enfance du Rhône, F 32.3

- La capacité à identifier et à différencier les places et les rôles de chacun :
 - ceux des professionnels par rapport à l'enfant, pour ne pas tomber dans la répétition d'une relation parentale,
 - ceux des parents par rapport à l'enfant, pour le respect de cette relation de l'espace privé et pour qu'elle puisse permettre la construction de nouveaux modèles de relation,
 - ceux des professionnels par rapport aux parents pour éviter la rivalité et établir le respect de la parentalité et de la différence,
 - ceux des professionnels entre eux par rapport à leur statut et lieu de travail.
- La capacité à s'investir de façon suffisamment adaptée dans la relation avec les enfants et les parents de façon à trouver une « bonne distance » (pas trop proche, pas trop loin non plus). Etre capable de faire une lecture objective du lien pour savoir quand il est trop fort, faible ou même inexistant, pour éviter ou identifier les problèmes à ce niveau, d'un côté ou de l'autre.
- La capacité à individualiser la relation selon chaque enfant et selon les moments, pour préserver la différence sans pour autant la produire.
- La capacité à observer et à prendre du recul, ce qui suppose une capacité à s'interroger en intégrant l'observé et la conscience des émotions ressenties, tout en travaillant ses propres projections.
- La capacité à gérer la séparation dans ses différentes dimensions à partir d'une réflexion et une analyse de ce que vivent les différentes personnes impliquées.

Professionnels et parents : des liens et des places différenciées

C'est par le biais de l'attachement ou, autrement dit, par la construction des liens avec les autres, que l'enfant va s'accrocher au monde en y trouvant sa place. Les liens sont structurants et chaque lien est porteur d'une spécificité, d'une originalité, sans faire concurrence aux autres, mais toujours humanisant.

La singularité des liens doit être déterminée à partir de la place que chacun occupe dans l'univers de l'enfant. Le lien parents-enfant n'est pas le même que le lien professionnels-enfant. Une seule personne ne peut pas occuper deux espaces en même temps : c'est physiquement impossible, et dans le psychisme c'est une raison supplémentaire de confusion et de perte des repères.

La différenciation des places permet à chacun d'exister dans sa singularité, sans le risque d'une fusion identitaire ou d'une relation symbiotique étouffante.

Zaouche C.²⁵ dit que « *la fonction d'accueil éducatif se distingue des fonctions parentales et ne peut se résumer à être une substitution parentale* ». Parce que, d'abord il faut se libérer du stéréotype qu'il suffit d'être femme, par exemple, pour savoir, à travers de ses qualités socialement définis, s'occuper d'un enfant. L'auteur souligne que cette substitution est

²⁵ ZAUCHE C Rôles, pratiques et représentations des lieux d'accueil, p. 72-73, in: Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire). Paris, Dunod, 2002.

impossible parce que *«la fonction de l'accueillante est d'éduquer les enfants des autres (et non les siens) et qu'elle se définit à partir de critères, de conceptions éducatives et d'objectifs professionnels qui lui sont propres, différents de ceux des parents (même s'ils peuvent être complémentaires)»*.

3- Les professionnels de la petite enfance : sont-ils des acteurs de la prévention ?

En France, l'enfant commence à être pris en charge par des professionnels spécialisés avant même sa naissance. Les professionnels de la petite enfance sont nombreux : sages-femmes, infirmières puéricultrices, obstétriciens, pédiatres, assistantes maternelles, directrices de crèches, éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires puéricultrices, enseignants de maternelle, auxiliaires techniques et de service des écoles maternelles (ATSEM), aides-éducatrices, médecins et infirmières de PMI, médecins et infirmières scolaires, pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, assistantes sociales, techniciens de l'intervention sociale et familiale, animateurs de centres de loisirs, conseillers conjugaux et familiaux, médiateurs familiaux... Chacun conçoit son rôle à partir de sa spécialité.

Ces professionnels sont issus d'écoles différentes avec des politiques institutionnelles spécifiques. Leur histoire de vie et leur milieu socioculturel conditionnent leur parcours professionnel et leur vision du monde. Ils ne peuvent donc pas avoir une conception unique de la prévention, ni une approche identique de ce sujet.

Le travail de prévention relève aussi d'une lecture sociale et historique du moment dans lequel ce travail est inscrit. Par exemple, les assistantes maternelles et les éducateurs de famille d'accueil travaillent dans un cadre institutionnel hors du commun, puisqu'ils travaillent à domicile et que le coût de leur lieu de travail n'entre pas dans leur prix de journée. Cette question n'est pas banale si nous devons considérer la prévention à partir d'une disponibilité à l'écoute : cette disponibilité est conditionnée par le bien-être personnel et professionnel.

Dans ce chapitre nous présentons les profils professionnels les plus importants en rapport à la petite enfance, avec leur formation et leur mission. Puis sont indiqués les différents lieux d'accueils des moins de six ans, et enfin les principaux acteurs institutionnels en faveur de l'enfant et de la famille.

QUELQUES PROFILS PROFESSIONNELS²⁶ ET LEURS MISSIONS DE PREVENTION

L'assistante maternelle (A.M.) :

Les A.M. sont des professionnelles qui accueillent à leur domicile un ou plusieurs enfants dont les parents ne peuvent pas assurer la garde pendant la journée, voire même d'avantage. Elles peuvent exercer leur métier de façon indépendante ou comme employées d'une municipalité. Dans ce dernier cas, elles travaillent en liaison avec les crèches familiales de la commune[PBN11]. S'il s'agit de garde à temps complet, elles dépendront directement de l'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Général.

L'agrément au service de P.M.I du Conseil Général du département de résidence de l'A.M. est obligatoire depuis 1977. Il a pour objectifs de : donner le droit à l'exercice professionnel, garantir la qualité de l'accueil et ouvrir une voie vers une protection sociale à partir d'un exercice professionnel.

L'A.M. demandeuse d'un agrément doit respecter les conditions suivantes²⁷:

- justifier d'un état de santé compatible avec l'accueil d'enfants, condition vérifiée au moyen d'un examen médical,
- présenter les garanties nécessaires pour accueillir des mineurs dans des conditions propres à assurer leur développement physique, intellectuel et affectif,
- disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement permettent d'assurer le bien-être physique et la sécurité des mineurs compte tenu du nombre et de l'âge de ceux pour lesquels l'agrément est demandé.

La vérification de ces conditions est sous la responsabilité du Conseil Général au travers d'une évaluation au domicile de l'intéressée.

Dans le cadre de l'agrément, une formation tout au long du parcours professionnel est devenue obligatoire. L'organisation, le financement, la durée et le contenu de la formation diffèrent selon la modalité d'agrément qui est caractérisée par le type d'accueil souhaité : permanent ou non-permanent. La formation consiste en :

- Soixante heures dans les cinq premières années à compter de l'agrément de l'accueil de jour,
- Cent-vingt heures dans les trois premières années à compter de l'agrément pour l'accueil à titre permanent.

La formation est organisée par le Conseil Général qui peut en déléguer une partie à des partenaires externes. Elle a comme objectif l'amélioration des connaissances dans les domaines suivants :

1. le développement, les rythmes et les besoins de l'enfant,
2. la relation avec les parents au sujet de l'enfant,
3. les aspects éducatifs de l'accueil et leur rôle,
4. le cadre institutionnel et social de l'accueil de la petite enfance.

La formation pour l'accueil permanent vise en plus :

²⁶ LE CAPITAINE B., DEKEYSER B. et KARPOWICZ A. Guide de l'éducateur de jeunes enfants. Paris, Dunod, 2002

²⁷ TSA guide assistantes maternelles 1999

1. La situation spécifique des enfants séparés de leur famille et vivant en accueil familial,
2. le métier d'assistante maternelle et le soutien au quotidien par la famille d'accueil d'un enfant qui n'est pas le sien,
3. le travail de coordination avec les différents intervenants de l'équipe d'accueil[PBN12][PBN13].

Des dispositifs comme les Relais Assistantes Maternelles ont été créés pour aider les A.M. dans l'exercice de leur profession. Les portes des crèches familiales leur ont été également ouvertes avec l'objectif de diminuer leur isolement et de les aider dans leur professionnalisation.

L'éducateur/éducatrice de jeunes enfants (EJE)

Les EJE sont des professionnels qui travaillent auprès des enfants de moins de 6 ans dans tous les lieux où les enfants se trouvent momentanément ou définitivement séparés de leur milieu familial. Ils sont chargés d'organiser des activités éducatives personnalisées, afin de favoriser le développement de l'enfant. Leurs secteurs de travail sont : le socio-éducatif (crèches collectives, parentales ou familiales, halte garderie, relais assistantes maternelles, lieux passerelles), le sanitaire (hôpital, P.M.I.) et les loisirs (centres de loisirs, centres sociaux).

La formation au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants dure vingt-sept mois dans des écoles agréées par l'Etat. Les candidats à la formation d'EJE doivent être titulaire du baccalauréat, du diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU) ou encore passer un examen de niveau organisé par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.).

Les matières du programme de formation sont les suivantes : pédagogie et relations humaines, pédagogie de l'expression et techniques éducatives, connaissance de l'enfant de 0 à 7 ans et pédagogie spécifique, vie collective, santé, éducation sanitaire et protection médico-sociale, droit, économie et société, culture professionnelle, méthodologie et technique.

Le décret n° 2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans donne aux EJE la possibilité d'exercice de la fonction de directeur sous réserve, du respect de certains critères.

Fouéré et Blanc²⁸ rappellent le rôle des éducateurs des jeunes enfants dans la prévention à partir de la citation suivante de Daniel Verba : *« En se fondant sur l'affirmation du caractère décisif des premières années de vie et du rôle irremplaçable de la mère, la profession revendique un savoir basé sur les apports de la psychologie et, de plus en plus fortement, de la psychanalyse, qui la dispose à entreprendre un travail de prévention auprès de l'enfant . »*

L'auxiliaire de puériculture (AP)

Les auxiliaires de puériculture ont un diplôme professionnel (DPAP) à l'issue d'une formation paramédicale d'une année. Elles offrent aux enfants dont elles s'occupent une présence constante en surveillant leur santé, leur épanouissement et leur confort. Les tâches des auxiliaires varient selon l'endroit où elles pratiquent leur métier : établissements et services d'accueil (crèches, haltes-garderies), hôpitaux (service de pédiatrie, chirurgie et néonatalogie), pouponnières, maternités et centre de protection maternelle et infantile.

²⁸ BLANC M.-C. et FOUERE G. Les carrières sociales et paramédicales. Paris, L'Etudiant, 1999.

Le programme des cours théoriques (350 heures au total) est composé de l'hygiène, l'anatomie, la physiologie, la puériculture-obstétrique, la pédiatrie, la psychomotricité, la législation, la psychologie et le développement de l'enfant.

Selon le Comité d'entente des écoles d'auxiliaires de puériculture²⁹, les auxiliaires de puériculture doivent avoir les aptitudes suivantes :

- Maîtriser des actes techniques de soins leur permettant d'assurer la prise en charge de l'enfant dans son environnement en adéquation avec l'identification de l'ensemble de ses besoins ;
- Développer et utiliser au maximum leurs capacités d'observation au service de l'enfant et de sa famille, en accord avec les projets de soin ;
- Se positionner en professionnelles en ce qui concerne leurs interactions avec l'enfant dans une perspective d'éveil et d'apprentissage ;
- Se positionner dans une équipe pluriprofessionnelle ;
- Savoir communiquer, rendre compte, intervenir dans des situations parfois difficiles ;
- Savoir faire preuve de discrétion tant à l'égard des parents que vis à vis de l'extérieur de la structure

Les deux pôles essentiels de leurs activités restent :

- L'activité de Nursing et confort. Elles comprennent l'identification et la mise en œuvre des pratiques qui favorisent le respect et les rythmes quotidiens de l'enfant et les soins d'hygiène corporelle.
- L'alimentation. Dans cette activité existent trois types de tâches : celles qui sont centrées sur l'enfant (donner le biberon et/ou le repas), celles indirectement liées aux enfants (effectuer des commandes auprès des cuisines ou des services diététiques) et celles centrées sur la mère (aide à la mise au sein).

L'enseignant d'école maternelle³⁰

Les professeurs des écoles (maternelles et primaires) sont formés par l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM). Le cursus de formation a une durée de deux ans depuis 1991. La première année est préparatoire au concours du CAPE (certificat d'aptitude au professeur d'école) avec 1500 heures de cours théoriques et pratiques. La réussite au concours permet leur admission en deuxième année avec un statut de fonctionnaires stagiaires. La deuxième année a comme objectif de les préparer concrètement à l'exercice du métier d'enseignant.

La première année de formation est divisée en deux semestres : le premier est formatif et il débouche sur l'admissibilité et le second est certificatif et il débouche sur l'admission. La fonction du concours est de déceler les aptitudes qui seront exploitées par la formation pour doter chaque enseignant des compétences nécessaires. L'admissibilité a comme objectif le jugement des connaissances et les compétences liées à l'enseignement.

La préparation est organisée en différents volets³¹ :

²⁹ Le référentiel activités professionnelles du comité d'entente des écoles d'auxiliaires de puériculture - C.E.E.A.P. ; mars 2002.

³⁰ Selon le plan de formation de l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) de l'Académie de de Lyon – 2003/2006.

³¹ Chaque IUFM a la possibilité d'organiser son enseignement, celui de l'IUFM de Lyon est donné ici à titre indicatif.

- préparation aux deux épreuves d'admissibilité de français et mathématiques (programmes des lycées et collèges d'enseignement général et technologique).
- préparation à l'épreuve d'entretien pré-professionnel d'admission à travers l'étude de la philosophie de l'éducation et des sciences humaines et sociales permettant la compréhension des situations éducatives (histoire de l'éducation et des doctrines pédagogiques, psychologie et sociologie de l'éducation, épistémologie des savoirs scolaires, le processus enseigner/apprendre).
- Préparation des épreuves écrites de français et mathématiques sur la base des programmes de l'école maternelle et élémentaire.
- Préparation aux épreuves orales optionnelles et à l'épreuve d'éducation physique et sportive (EPS) d'admission.
- Les stages en écoles.
- La formation dispensée en commun qui permet d'aborder les aspects transversaux de la formation. Les sujets traités sont : l'école et le métier d'enseignant ; apprentissage et enseignement, éclairages multidisciplinaires sur la relation pédagogique.

La deuxième année de formation basée sur quatre groupes d'appartenance.

- Groupe 1 – suivi et intégration didactique. Il comporte des apports sur la didactique de chaque discipline ainsi que des outils et mises en perspectives (le processus enseigner/apprendre, transmission et expression orale, le corps et la voix).
- Groupe 2 – suivi et intégration pédagogique ou GSPI. Le parcours « Instituer l'Ecole : principes, contenus, méthodes et projets » articule différentes approches sur l'école et l'institution scolaire (approche philosophique, éthique et sociologique), le développement de l'enfant et de l'adolescent (approche psychologique). Le deuxième parcours fait appel à des analyses de pratiques, travaux de groupes, rencontre avec les acteurs et partenaires du système éducatif. Les thèmes traités sont notamment : la responsabilité du métier d'enseignant ; l'autorité, la construction de la loi et les sanctions ; la dimension éthique ; la citoyenneté ; les relations avec les parents ; les partenariats ; les ZEP³² et « les situations difficiles » ; les pratiques interculturelles, l'égalité filles/garçons, les élèves handicapés ou malades ; l'école maternelle et ses spécificités.
- Groupe 3 – séminaire structurant. Il aborde les démarches de résolution d'un problème ; la construction d'une démarche de recherche ; le travail de réflexion sur la pratique et ses conditions d'efficacité ; la définition, le recueil et l'analyse des données ; la recherche documentaire ; la construction d'une culture professionnelle ; l'écriture du mémoire.
- Groupe 4 – le besoin d'ouverture. Il vise les compléments disciplinaires, les recherches documentaires et les groupes à projets spécifiques.

La sage-femme

Les sages-femmes³³ exercent une profession médicale à compétence définie concernant la femme enceinte et la naissance (à l'exclusion de la grossesse ou de l'accouchement pathologiques). Elle assure le suivi médical de la grossesse ainsi que l'accompagnement psychologique de la future mère et les séances de préparation à l'accouchement. Elle a la

³² Zone d'Education Prioritaire

³³ Les métiers de la santé : sage-femme. Site web du Ministère : www.sante.gouv.fr

responsabilité du déroulement de l'accouchement normal. Après la naissance, elle dispense les soins au nouveau-né et pratique si nécessaire les premiers gestes de réanimation. Elle surveille la santé de la mère dans les premiers jours suivant la naissance, lui apporte les informations sur la contraception et la conseille sur l'hygiène et l'alimentation du bébé. Ainsi la sage-femme joue-t-elle un rôle essentiel auprès des femmes en terme de sécurité médicale et d'environnement psychologique de la naissance.

La formation se fait en cinq ans dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine, soit deux phases de deux années chacune à l'issue du concours de fin de première année du premier cycle des études médicales.

- La première phase met l'accent sur la connaissance de la physiologie et à l'issue de ces deux années l'étudiant est capable d'assurer la surveillance d'une grossesse normale, d'un travail normal et de pratiquer un accouchement sans risque prévisible. Les enseignements sont théoriques (27 semaines) et pratiques (54 semaines).
- La deuxième phase permet à l'étudiant de reconnaître la pathologie et d'agir en conséquence, puisque les sages-femmes jouent un rôle essentiel en matière de prévention. A l'issue de ces deux années l'étudiant est capable de dépister les situations à risque médical, psychologique et social au cours de la grossesse, de prévenir, informer, éduquer dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie. Les enseignements sont théoriques (24 semaines) et cliniques (51 semaines).

Les sages-femmes peuvent exercer en tant que :

- Salariées dans des établissements de soins, essentiellement en services et consultations de gynécologie-obstétrique.
- Libérales en cabinet, rémunérées à l'acte : elles pratiquent essentiellement la surveillance de la grossesse et la préparation à l'accouchement.
- Salariées de la fonction publique territoriale dans les services de PMI notamment : leur action concerne essentiellement la prévention et le suivi, notamment à domicile des grossesses à risque médical et psycho-social.

La puéricultrice

Les puéricultrices sont des infirmières ou des sages-femmes avec une spécialisation en puériculture qui se fait en un an. Cette spécialisation leur donne une compétence globale qui va les autoriser à assurer des responsabilités de soins, d'éducation, de relation, de réparation et de réhabilitation avec l'objectif de répondre aux besoins de santé des enfants et des adolescents dans sa famille, dans les établissements de santé ou dans des structures d'accueil.

Le programme de formation théorique comporte trois pôles :

- l'enfant et la santé (notions essentielles sur la naissance, la croissance, le développement psychologique, l'alimentation, les maladies...la prévention),
- la promotion de la santé de l'enfant (santé publique, sociologie de la famille),
- la profession : le rôle dans les différents services, le travail en équipe.

La spécialisation en puériculture permet aux infirmières et aux sages-femmes d'élargir leur vision de la prise en charge de la santé de l'enfant en allant au-delà des questions somatiques et d'assurer un rôle d'encadrement dans les structures d'accueil après 3 ans d'expérience.

Voici les tâches de la puéricultrice selon le secteur d'exercice professionnel :

Auprès du nouveau-né :

En maternité ou en néonatalogie, elle doit assurer :

- L'accueil, la surveillance et les soins du nouveau-né,
- La prévention et la mise en œuvre de traitements de la douleur,
- L'exécution des prescriptions médicales,
- Une démarche éducative individuelle ou collective auprès des parents, en vue du retour à domicile,
- Les liaisons avec les autres membres de l'équipe, avec les services spécialisés et les services sociaux,
- L'encadrement du personnel et des étudiants en formation,
- La réalisation des soins infirmiers,
- L'analyse des situations.

Elle doit participer également :

- Au dépistage et à l'annonce du handicap,
- A l'accompagnement des familles,
- Au dépistage précoce des dysfonctionnements de la relation parents-enfants.

Auprès de l'enfant :

En pédiatrie et dans les services spécialisés, elle assure :

- L'accueil, la surveillance et le suivi de l'enfant,
- L'accompagnement de l'enfant et de sa famille confrontée à la maladie, à la mort et au handicap,
- La surveillance et les soins infirmiers spécifiques à chaque pathologie,
- La prévention et la mise en œuvre de traitement de la douleur,
- Le dépistage de situations à risque de négligence et/ou de maltraitance,
- La prise en charge de l'enfant et de sa famille en partenariat avec les équipes pluridisciplinaires,
- Le suivi et la coordination des soins.

En établissement d'accueil de l'enfant de moins de six ans, elle assure :

- Le maintien des mesures de santé, d'hygiène et de sécurité,
- L'accueil et l'accompagnement de l'enfant dans son développement,
- L'animation et l'encadrement des personnels de l'équipe pluridisciplinaire,
- La mise en place du projet de vie,
- L'accueil et l'intégration de l'enfant en situations de risque d'exclusion, porteurs de handicaps et/ou atteints de maladies chroniques,
- Une relation d'aide auprès des familles et des assistantes maternelles,
- La gestion et l'organisation.

En établissement de promotion de santé de l'enfant, elle assure (cf. ci-dessous le paragraphe sur la P.M.I.³⁴) :

- Les soins de prévention et d'éducation individuelle et collective au cours des six premières années de la vie de l'enfant,
- L'accompagnement à domicile avant et après la naissance,
- L'organisation et l'animation des consultations infantiles, avec le médecin,
- Le suivi à domicile des familles,

³⁴ Protection Maternelle et Infantile

- L'évaluation des risques et la prévention de négligences et/ou de maltraitance chez les mineurs,
- L'accompagnement d'enfants porteurs de handicap et de leur famille,
- Le recrutement et la formation des assistantes maternelles avec les partenariats éducatifs et médicaux,
- Un travail en complémentarité avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, un travail en réseau

Les puéricultrices ne prodiguent pas que des soins aux enfants, leur rôle est aujourd'hui plus large. Elles ont de plus en plus un rôle d'information auprès des parents autour du bien-être de l'enfant. La mission des puéricultrices est de permettre aux enfants de vivre dans les meilleures conditions possibles.

Le médecin de P.M.I.³⁵

Les médecins de P.M.I ont des origines diverses par rapport à leur corps de métier, c'est-à-dire, pédiatrie, gynéco-obstétrique, pédopsychiatrie, santé publique ou médecine générale.

Pour répondre aux missions de prévention, de dépistage et de prise en charge assignées à la PMI (cf. ci-dessous), ils font des consultations et des actions de prévention médico-sociale :

- Pour les femmes enceintes : consultations prénuptiales, pré et post-natales et actions de prévention médico-sociale.
- Pour les enfants de moins de 6 ans, consultations (une demi-journée pour 200 enfants nés vivants) et des actions de prévention médico-sociale, notamment en école maternelle : surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, dépistage précoce des anomalies ou déficiences, actions d'éducation pour la santé.

Ces actions préventives sont orientées autour de la notion globale de santé familiale qu'il s'agit de promouvoir tout en confiant à la famille elle-même la responsabilité des actions à mettre en œuvre. Elle prennent en compte, notamment à domicile, non seulement l'enfant et couple mère-enfant, mais l'ensemble de l'entourage : père, fratrie, autres personnes jouant un rôle important dans le quotidien de l'enfant. Elles prennent donc en compte le contexte familial, social, en interaction avec le milieu et les conditions de vie de la famille.

Le médecin scolaire

Les médecins scolaires sont des médecins avec une formation complémentaire d'un an, dont les missions s'inscrivent dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. Ils ont pour rôles : de veiller au bien-être des élèves et de contribuer à leur réussite ; repérer, diagnostiquer, évaluer des situations pathologiques aussi bien d'ordre somatique que psychique et les orienter vers les structures de prise en charge adaptées ; identifier les besoins des programmes de promotion de la santé et participer à leur conception, suivi et évaluation ; assurer un lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins.

Les actions de prévention primaire du médecin scolaire³⁶ dans les écoles et établissements scolaires en directions de l'ensemble des élèves sont :

³⁵ Protection Maternelle et Infantile

- organiser la détection précoce des difficultés lors de la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans,
- réaliser un bilan de santé des élèves du cycle 3 (du CE2 au CM2) en zone d'éducation prioritaire,
- réaliser un bilan de santé des élèves en classe de 3^{ème} au collège,
- développer une dynamique d'éducation à la santé,
- mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie .

Il a aussi des actions spécifiques :

- le suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmier(ère)s, les assistant(e)s de service social, les parents ou les élèves eux-mêmes,
- le suivi des élèves des établissements de certaines zones rurales, des zones d'éducation prioritaires ou en établissements sensibles et des établissements du plan de prévention de la violence,
- la mise en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans la communauté scolaire,
- l'action en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire,
- l'intervention en urgence auprès des mineurs en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles,
- la contribution à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap ou de troubles de santé chroniques.

L'infirmière scolaire³⁷

Les infirmier(ère)s de l'éducation nationale ont, comme les médecins, des missions inscrites dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves.

Dans l'établissement scolaire, il(elle) est le référent santé dans le domaine individuel et collectif. Ses fonctions sont : les soins, la prévention, les visites médicales, le bilan de santé au cours de la 6^{ème} année, le suivi du bilan de santé, l'hygiène de l'environnement scolaire, les vaccinations, le repérage des difficultés des élèves, l'éducation à la santé, la recherche et l'évaluation. Ses tâches sont les suivantes :

- accueillir et accompagner les élèves,
- organiser les urgences et les soins,
- contribuer par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans,
- organiser un suivi infirmier,
- développer une dynamique d'éducation à la santé,
- mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

La dimension préventive du travail de l'infirmier(ère) se trouve dans les actions d'éducation à la santé et à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans³⁸. La prévention est liée aux facteurs

³⁶ La politique de santé en faveur des élèves. Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche. Numéro spécial. N° 1, 25 janvier, 2001.

³⁷ THOMANN T., GABEL M. et SENETERRE E., L'infirmière scolaire aujourd'hui, Paris, Maloine, 1994.

³⁸ Le service de P.M.I. intervient dans les écoles maternelles en petite moyenne section et le service de promotion de la santé prend en charge la grande section de maternelle, c'est-à-dire les enfants de 5-6 ans

d'échec scolaire. L'aspect préventif individuel et collectif de l'activité de l'infirmière est de loin le plus important en terme de temps de travail.

LES LIEUX D'ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS³⁹

Les établissements et services d'accueil de la petite enfance recouvrent l'ensemble des modes de gardes des jeunes enfants non scolarisés. Ils sont soumis au contrôle et à la surveillance du Conseil Général à travers le service de PMI en ce qui concerne les conditions sanitaires et éducatives du jeune enfant.

L'accueil collectif

1. **Les crèches collectives** sont des lieux d'accueil à la journée et de façon régulière pour les enfants de moins de 3 ans qui ont leurs parents dans un exercice professionnel ou assimilé (formation, recherche d'emploi, etc.). Chaque crèche a une capacité limitée d'accueil de 60 enfants, selon la nouvelle réglementation. Elles sont ouvertes en moyenne de 10 à 12 heures par jour, au moins 5 jours par semaine, toute l'année. Certaines structures peuvent fermer un mois l'été. La prise en charge des enfants est faite par une équipe pluridisciplinaire en respectant la présence d'une puéricultrice ou d'un infirmier pour les crèches de plus de 20 places ; d'un éducateur de jeunes enfants pour celles de plus de 40 places.
2. **Les crèches parentales** ont les mêmes missions, mais le nombre d'enfants est limité à 20 et elles ont aujourd'hui le nouveau statut « d'établissement d'accueil collectif à la gestion parentale ». Elles sont organisées par une association de parents dont les parents participent eux-mêmes à la garde des enfants en garantissant une permanence par semaine, quinzaine ou mois. La direction est faite par un technicien qualifié.
3. **Les crèches d'entreprise** ont comme particularité l'adaptation d'horaire pour tenir compte des contraintes du secteur concerné, sinon elles offrent les mêmes services que les crèches collectives.
4. **Les haltes-garderies** disposent dorénavant du statut « d'établissement d'accueil occasionnel ». Elles accueillent à temps partiel ou de manière occasionnelle des enfants de moins de 6 ans, surtout des enfants de moins de 3 ans, et des enfants scolarisés à l'école maternelle en dehors du temps scolaire. Ce sont des lieux d'éveil et de socialisation avec une capacité d'accueil de 20 enfants. Elles répondent aux besoins de garde partielle et/ou à un objectif de familiarisation avec la collectivité en visant l'intégration de l'enfant en milieu scolaire. Elles sont aussi indirectement des lieux de rencontres qui contribuent au renforcement du lien social.
5. **Les jardins d'enfants**, récemment rebaptisées « jardins d'enfants éducatifs », sont des structures qui accueillent des enfants de 3 ans à 6 ans et éventuellement dès l'âge de 2 ans en complémentarité des crèches et des écoles maternelles. Leur effectif maximum est de 80 places. Les enfants sont encadrés par des éducateurs de jeunes enfants et ils sont placés aujourd'hui dans des contextes spécifiques, en zone rurale ou dans le cadre de dispositifs « passerelles » pour des enfants qui n'ont pas connu au préalable la collectivité. Dans leur histoire institutionnelle, ces dispositifs ont été remplacés par les écoles maternelles.

³⁹ LE CAPITAINE B., DEKEYSER B. et KARPOWICZ A. Guide de l'éducateur de jeunes enfants. Paris, Dunod, 2002

6. **Le « multi-accueil »** regroupe plusieurs types de structures proposant plusieurs formules d'accueil en réponse à la demande sociale et selon les caractéristiques de l'environnement local. Ce type d'accueil doit respecter une capacité d'accueil du type collectif ou familial, dans son ensemble, inférieur à 100 places.
7. **Les structures passerelles pour les 2-3 ans** sont des dispositifs qui répondent à la demande de socialisation des enfants qui n'ont pas fréquenté des lieux collectifs avant leur entrée à l'école maternelle. C'est-à-dire qu'elles sont des « passerelles » entre le milieu familial et l'école. Elles doivent respecter certains principes tels : le rythme de l'enfant, l'individualisation de l'accueil, la cohérence et la continuité et les activités proposées auront un caractère éducatif et/ou d'éveil. Les objectifs de ces structures sont développés sous d'autres formes :
 - « Classes passerelles » au sein de l'école avec des modalités de fonctionnement adaptées aux besoins et aux demandes des familles ;
 - Lieux apparentés aux haltes-garderies dans une coopération continue avec les écoles.
8. **Les lieux d'accueil parents enfants** sont des lieux qui accueillent à la fois des parents et leurs jeunes enfants sans avoir une caractéristique de lieu de garde. Ce sont des espaces de rencontres, de parole, d'écoute qui participent au soutien et à l'accompagnement du lien parents-enfants dans un contexte qui privilégie la convivialité des rapports interpersonnels. Les accueillants, par le biais de l'écoute, sont là pour favoriser les échanges entre parents et enfants, dédramatiser les situations tendues, et orienter vers d'autres structures en cas de besoin. Ces structures sont liées par une éthique qui est à la base des règles principales de leur fonctionnement :
 - Obligation faite à l'adulte de rester avec l'enfant qu'il accompagne ;
 - Anonymat et confidentialité ;
 - Règles imposées aux enfants, pour les confronter aux limites du permis et du défendu ;
 - Composition et qualification de l'équipe d'accueillants dont le travail est plus préventif que thérapeutique.

L'accueil familial

1. **Les assistantes maternelles.** Les caractéristiques de ce type d'accueil ont été présentées ci-dessus en même temps que le profil professionnel.
2. **Les crèches familiales,** aujourd'hui « service d'accueil familial », se constituent d'assistantes maternelles agréées et salariées, dans leur majeure partie, par une municipalité sur la coordination d'une directrice de crèche. L'accueil de l'enfant se fait à la résidence de l'assistante maternelle, en revanche, elles disposent d'un local qui sert pour accueillir les parents, se rencontrer avec l'équipe ou faire des réunions, mais aussi qui donne aux enfants la possibilité de bénéficier de regroupements collectifs animés par un éducateur de jeunes enfants.
3. **Les relais assistantes maternelles** ont été créées par la Caisse d'Allocations Familiales en 1989 avec le but d'améliorer l'accueil des jeunes enfants et réduire l'isolement des assistantes maternelles à partir d'une dynamique éducative et sociale. Ils sont considérés comme un lieu d'information, de conseil, de rencontre pour les assistantes maternelles, et un espace d'éveil et de familiarisation avec la collectivité pour les enfants. D'une part, ils ne sont ni des lieux de garde d'enfants, ni des employeurs d'assistantes maternelles, d'autre part, ils participent ainsi à la construction du lien social. Les animateurs peuvent être des éducateurs de jeunes enfants, des puéricultrices ou des assistantes maternelles. Les relais assistantes maternelles cherchent à travers leurs projets à avoir une fonction

d'observation des conduites de vie des familles et de la découverte locale de leurs besoins par rapport aux systèmes d'accueil en plus du rôle d'accompagnement de la fonction parentale.

4. **Les familles d'accueil** font partie du dispositif de placement du service d'Aide sociale à l'enfance (ASE) dont la Protection maternelle infantile participe avec la prise en charge de la formation et de l'agrément des professionnels du dispositif (voir plus haut). Les professionnelles qui peuvent bénéficier d'un agrément comme famille d'accueil sont principalement ceux du secteur socio-éducatif tels : assistantes maternelles, éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs. Le placement familial est une réponse à un problème de comportement de l'enfant ou à une maladie du parent, qu'il soit initié par un service de psychiatrie infantile, de psychiatrie adulte ou de médecine, ou qu'il résulte d'un dysfonctionnement familial grave d'un service d'aide à la famille. Le placement familial peut avoir un caractère volontaire ou imposé (par le juge d'enfant), selon le cas. Il a les objectifs suivants⁴⁰ :

- mettre l'enfant, pour un temps déterminé, à distance de son milieu d'origine, à l'abri des carences et des agressions qui entravent son développement, son fonctionnement mental et qui constitue un danger immédiat,
- le mettre dans un milieu familial où il puisse bénéficier de relations chaleureuses et diversifiées, poursuivre une vie scolaire et sociale régulière et bénéficier de soins physiques appropriés,
- utiliser la situation complexe du placement pour traiter les rapports entre l'enfant et ses parents, travailler à leur réaménagement, aboutissement si possible à la réinsertion de l'enfant dans sa famille ou, à défaut, au maintien des liens à distance.

LES PRINCIPAUX ACTEURS INSTITUTIONNELS

Les principaux acteurs institutionnels qui s'engagent dans la promotion des politiques en faveur de l'enfant et de la famille⁴¹ sont :

Le Conseil Général a comme attribution la mise en oeuvre de la politique petite enfance. Il s'appuie pour cela sur le service de prévention santé (Protection Maternelle et Infantile ou PMI, centres de planification et éducation familiale ou CPEF) et le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

- **Le service de PMI** comprend :
 - Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et des enfants.
 - Des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des handicaps des enfants de moins de 6 ans.
 - La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des assistantes maternelles.
 - Des actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

⁴⁰ BOURGAULT D. et DE LA HARPE F. L'enfant en famille d'accueil. Paris, Le Centurion, 1988, 152 p.

⁴¹ LE CAPITAINE B., DEKEYSER B. et KARPOWICZ A. Guide de l'éducateur de jeunes enfants. Paris, Dunod, 2002.

Ses activités sont des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (consultations prénuptiales, pré et post-natales et des actions de prévention médico-sociale, actions préventives à domicile) et des enfants de moins de 6 ans (consultations, actions notamment en école maternelle : surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, dépistage précoce des anomalies ou déficiences, actions d'éducation pour la santé).

Ces actions préventives sont orientées autour de la notion promotion de la santé familiale. Elles prennent en compte le contexte familial, social en interaction avec le milieu et les conditions de vie de la famille.

Les professionnels concourant à ces missions sont des médecins, des infirmières puéricultrices, des sages-femmes de prévention (accompagnement des femmes enceintes à domicile et/ou animation de groupes) et quelques auxiliaires de puériculture (accompagnements à domicile ou pour faire le lien avec des structures d'accueil).

- Parmi les activités de **planification et d'éducation familiale** (dans le cadre des CPEF), il y a des actions de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale. Les professionnels sont des médecins (gynécologues, sexologues, ou généralistes), des sages-femmes, des conseillères conjugales, des assistantes sociales.
- **Le service ASE** a pour but de remédier à des difficultés économiques et/ou éducatives des familles. Il travaille autour des axes suivants : prévenir ; individualiser les prises en charge en respectant les droits des parents et notamment l'autorité parentale ; préserver l'intégrité de l'enfant, éviter les ruptures ; associer l'utilisateur, en tant qu'acteur de sa prise en charge ; travailler en partenariat et en réseau ; permettre aux professionnels d'accéder à la formation continue et de se donner des outils d'évaluation.
L'ASE organise des prises en charge individuelles et collectives en faisant appel à des organisations publiques ou privées habilitées ou à des personnes physiques. Cette prise en charge consiste en :
 - Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
 - Organiser, dans des lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ;
 - Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs ;
 - Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;
 - Mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice de compétences de l'autorité judiciaire ;
 - Organiser le recueil d'informations relatives aux mineurs maltraités et participer à leur protection.

Les communes et les communautés de communes sont de plus en plus sollicitées pour mettre en œuvre une politique locale de petite enfance. Ce type d'investissement est justifié par deux raisons :

1. L'infléchissement des politiques locales en direction d'une petite enfance promue, avec plus au moins de vigueur, priorité incontestable, de manière à apaiser la tension entre l'offre et la demande de structures d'accueil,
2. La prise de conscience, par les édiles de la nécessité et des potentialités, en terme de prévention des risques sociaux, d'une intervention précoce conçue comme une aide et un accompagnement de la fonction parentale.

Les politiques municipales intègrent une logique de prévention qui suppose la mise en place de l'ensemble des ressources humaines et matérielles, disponibles localement.

Les associations qui ont comme objectif l'accueil des enfants sont nées d'une politique prioritaire dans les années quatre-vingt-dix pour faire face à des besoins mal couverts ou peu identifiés. Elles sont généralement de petite taille et leur but est limité au temps d'accueil des jeunes enfants.

Elles se caractérisent par une souplesse de fonctionnement ; par son adaptation à des besoins de certaines zones prioritaires ou rurales ; par l'adaptation à la réalité sociale des familles touchées par l'isolement, par la précarité de travail, etc. ; et aussi par sa capacité de s'adapter à des réalités locales dont la distance du lieu de travail, les moyens des collectivités locales, l'absence de professionnels doivent être surmontées.

Ces structures sont nées des initiatives locales en collaboration avec les CAF et les municipalités et elles sont le résultat d'un engagement entre la société civile et les familles dont la reconnaissance de celles-ci dans leur rôle de premier éducateur de leurs enfants.

Les caisses d'allocations familiales (CAF) ont pour objectif principal de répondre aux besoins d'accueil des jeunes enfants, jusqu'à 6 ans, en tentant de développer, d'améliorer et de diversifier les possibilités. Elles s'engagent également dans l'information des familles et la formation de certains personnels. Pour atteindre cet objectif principal elles utilisent le système des « contrats-enfance » lancés en 1988, qui sont proposés aux communes qui ont la possibilité de s'associer à d'autres partenaires (Conseil Général, associations, etc.).

Les aides au fonctionnement des structures d'accueil des jeunes enfants délivrées par les CAF ont subi des changements. La réforme de la prestation de service lancée en 2000 prévoit la non-pénalisation des établissements qui accueillent les familles plus modestes en lui facilitant l'accès aux crèches. Cette réforme se fait par l'unification des prestations de service « accueil régulier » et « accueil occasionnel » et elle permettra le système de multi-accueil qui répond à des besoins croissants et aux nouveaux mouvements de la société.

L'Éducation nationale – l'école doit offrir à l'enfant un mode de vie qui répond à ses besoins physiologiques, affectifs et intellectuels et qui lui permet de trouver sa place dans des groupes divers. Les enseignants de maternelle, selon les directives de l'Éducation nationale⁴², jouent un rôle dans la détection précoce et dans la prévention des handicaps à partir de l'accompagnement, lucide et attentif, de l'enfant en respectant son identité, son rythme et ses besoins. L'école maternelle veille donc à une bonne articulation entre ses deux principales missions :

- Permettre à l'enfant de former sa personnalité et de conquérir son autonomie au sein d'une communauté ;
- L'aider à grandir et lui donner les moyens de constituer les bases des compétences nécessaires pour construire les apprentissages fondamentaux.

⁴² Les orientations août 2001 de l'Éducation Nationale

Les enseignements de l'école maternelle sont structurés à partir des domaines suivants : le langage, au cœur des apprentissages ; la vie collective ; l'expression corporelle ; la découverte du monde ; la sensibilité, l'imagination, la création.

La direction régionale de la jeunesse et des sports (DRJS) est un dispositif du ministère de la Jeunesse et des Sports qui permet l'expression de son implication dans le cadre des dispositifs qui prennent en compte une approche globale de l'enfant et du jeune dans leurs différents temps de vie. Si l'Etat a garanti l'accès à l'école à tous, il reste des efforts à faire face à l'accès à la culture. La circulaire du 25 octobre 2000 vise, entre autres, une amélioration qualitative des contrats sur l'éducation culturelle et artistique dans les zones urbaines et rurales en difficultés avec des offres d'activités diversifiées.

La délégation départementale délivre l'agrément pour l'ouverture des centres de loisirs et de vacances et assure leur contrôle ainsi que le suivi de la formation des animateurs. Elle soutient aussi les associations culturelles et sportives tant au niveau technique que financier.

Les centres de loisir sans hébergement, en particulier, ont comme objectif l'accueil des enfants en dehors du temps scolaire et pendant les vacances. Ils s'inscrivent au registre maternel parce qu'ils ne reçoivent que des enfants de moins de 6 ans. Ils ont pour fonction principale d'assurer la garde des enfants pour les familles en dehors du temps d'école. Ils restent un lieu de vie et de socialisation, un espace d'activités qui développe une fonction de découverte et d'accès aux loisirs.

Conclusion

Cette revue de la littérature nous a amenés à modifier légèrement la question principale : il vaut mieux parler de conduites à risques plutôt que de conduites addictives, qui en sont une modalité particulière. La nouvelle formulation de cette question est donc : « **Les professionnels de la petite enfance peuvent-ils avoir un rôle dans la prévention des conduites à risque auprès des enfants qui sont à leur charge ?** ». Voici les éléments de réponses tirés de la littérature pour les trois sous-questions.

1. **La petite enfance** : est-elle fondamentale dans la construction psychique de l'individu ?

La première période de la vie de l'être humain est surtout caractérisée par l'immatrité, la fragilité et la dépendance. Or les auteurs montrent que très tôt le bébé est un être intelligent en constante interaction avec son environnement. Sa sensibilité est mise à la disposition de son intelligence avec l'objectif de décoder le monde qui l'entoure et d'y agir par la suite. Ses ressources ne sont pas négligeables dès qu'il est capable, dans la relation avec l'autre, d'agir sur son environnement.

Le développement de l'enfant est conditionné par le phénomène de l'attachement qui se passe pendant les premiers jours après sa naissance. C'est ce phénomène qui va permettre la structuration psychique de l'enfant et qui servira de base à la construction ultérieure des liens entre l'enfant et les différents sujets de son environnement social, à commencer par ses parents. La clef de l'ouverture de l'enfant vers le monde se trouve chez l'autre qui est en face de lui. Mais l'accès à cette clef se fait par la construction du lien. C'est le lien qui permet à deux personnes en relation de trouver leur place qui par la suite leur permettra d'exister dans leur singularité (sans oublier l'importance d'un tiers selon Dolto F.). Sans lien, il n'a pas d'accrochage au monde. En revanche, si les liens sont trop forts, ils risquent de devenir des nœuds qui empêchent l'existence et permettent la souffrance en plaçant l'enfant dans la passivité absolue.

Les dysfonctionnements au niveau de la construction et de la préservation du lien sont à la base des conduites à risque. Mais il faut éviter le déterminisme univoque, qui n'a pas sa place dans la complexité du psychisme humain : il n'y a pas de relation "mécanique" entre des événements de la petite enfance et des conduites de l'adolescent et de l'adulte. Du fait de son histoire personnelle et familiale (car il y a des traumatismes précoces qui peuvent avoir lieu même avant la conception), chacun a un « potentiel » de vulnérabilité selon son vécu. Cette vulnérabilité ne se transforme pas automatiquement en conduites à risque. Elle peut même déboucher sur du positif, c'est ce qu'on appelle la résilience. Tout dépend comment chacun peut faire face à ses souffrances, avec son entourage ou l'aide de professionnels.

2. **La prévention** : pouvons-nous parler de prévention des conduites à risque dans la première enfance ?

La prévention dans le domaine psychique demande de prendre en considération certaines caractéristiques du psychisme, comme la notion de temps non linéaire et l'absence de notion de normalité et d'anormalité. Cette prévention se distingue donc de la notion de prévention habituellement utilisée en épidémiologie.

La prévention dont il est question dans le cadre de cette étude se situe par rapport au lien. Pour certains auteurs, ce qui peut être préventif c'est la qualité du lien établi avec l'enfant (et sa famille), qui permet de reconnaître et d'accueillir une souffrance (qui peut s'exprimer de multiples façons), de la mettre en mots. Il ne s'agit pas de vouloir « normaliser » l'enfant, d'éviter tout comportement déviant au moyen d'une éducation qui serait parfaite : ce serait au contraire très nocif.

Prévenir passe par l'assurance pour chacun d'avoir une place singulière. Ici, cela veut dire assurer les places des adultes et leur rôle face à l'enfant. L'enfant est celui qui, du fait de son existence, donne au couple, le statut de parents et au professionnel, le statut de professionnel de la petite enfance. Ce n'est pas « l'enfant-roi », autour duquel le monde s'organise. Sans oublier que tous sont soumis à la même Loi qui organise le système social et qui empêche la toute puissance d'un vers l'autre.

Le travail de prévention vise à éviter que la souffrance devienne traumatisme. La souffrance en soi fait partie de l'humain, elle ne peut être évitée. Par contre, on peut parler de prévention du traumatisme, qui est une souffrance figée, cristallisée, qui empêche de vivre, d'avancer. Le traumatisme est le résultat d'une souffrance qui a été vaincue par le silence. Reste encore le défi pour la science de déterminer le moment précis où le traumatisme s'instaure.

Si chacun a un potentiel de vulnérabilité selon son vécu dans la petite enfance (et même au delà dans les générations précédentes), il est de la responsabilité collective de donner à chacun la capacité d'y faire face, par lui-même mais aussi avec l'aide de son entourage et des professionnels.

Le champ de la prévention reste un lieu délicat, des questions d'ordre idéologique peuvent vite la détourner vers le contrôle social et la prise de pouvoir des uns sur les autres. La dimension éthique de la prévention est donc fondamentale.

3. **Les professionnels de la petite enfance** : sont-ils des acteurs de la prévention ?

Les différents professionnels de la petite enfance présentés au chapitre précédent ont chacun un statut spécifique mais des rôles professionnels similaires auprès des enfants. La similitude est de l'ordre du lien entre professionnels et enfants et aussi entre professionnels et parents. Nous parlons ici des liens qui sont tissés dans un rapport dont les limites entre le professionnel et le personnel ne sont pas toujours claires et qui révèle la complexité de l'exercice de ce type de métier.

La similitude des nombreuses tâches que les professionnels de la petite enfance et les parents ont auprès des enfants rend complexe la distinction de leur fonction, comme d'ailleurs la charge affective provenant de la relation. La difficulté de leur fonction se trouve dans la

nécessité d'établir cette relation engagée et proche des besoins de l'enfant, tout en respectant les conceptions des parents en se situant par rapport à ceux-ci. Le professionnel doit concilier l'accueil et la complexité du fait d'être en relation avec un enfant qui n'est pas le sien. De leur côté, les parents doivent gérer leurs difficultés par rapport à la séparation et la culpabilité qu'elle provoque (l'enfant abandonné).

D'autres éléments peuvent aggraver la difficulté des professionnels dans leurs fonctions d'accueil et d'éducation, par exemple dans le cas des assistantes maternelles : les caractéristiques de leur lieu de travail (leur propre maison), le manque d'un tiers pour médiatiser la relation avec les parents, leur isolement, la non-reconnaissance professionnelle, etc.

Le temps passé à s'occuper des enfants, la qualité de la relation instaurée avec eux, la qualité de l'accueil des parents donnent aux professionnels de la petite enfance une grande responsabilité dans le développement social, éducatif et psychologique de l'enfant et en conséquence dans leur avenir comme adulte. Pour assurer cette responsabilité il faut qu'ils soient conscients de la complexité de leur rôle (et les autres aussi d'ailleurs) et qu'ils disposent aussi de certains outils et compétences qui se trouvent au-delà de l'intuition, de l'expérience personnelle, du statut de femme, de la volonté de réussir, du courage ou... de l'amour.

La place occupée par les professionnels de la petite enfance dans l'univers de l'enfant s'avère stratégique dans un travail de prévention en raison de leur rôle et de leur grande proximité avec l'enfant et avec ses parents, dans un temps assez long et continu. En revanche, cette proximité entraîne des contraintes qui doivent être éliminées ou réduites pour pouvoir permettre le renforcement de leur rôle préventif.

Pour faire face à ce type de difficulté le professionnalisme et sa reconnaissance jouent un rôle essentiel. Cette question commence à trouver un champ de discussion avec le décret n° 2000-762 du 1^{er} août 2000 qui rénove la réglementation des structures d'accueil pour favoriser leur adaptation aux évolutions sociales et aux besoins des familles et réorienter l'activité des professionnels.

Dans un contexte de prévention, le lien père-enfant-mère a besoin d'être préservé dans son originalité et les professionnels doivent construire un lien humain authentique avec l'enfant qui n'est pas en concurrence avec celui des parents.

Enfin, le lien professionnel-enfant doit respecter la loi qui organise la culture et la société, ainsi que le cadre professionnel qui lui est spécifique. A partir de là, les bases incontournables de la règle du jeu ont été déterminées, les places de chacun définies et le terrain de la prévention instauré.

ANNEXE

Références bibliographiques

- AINSWORTH M.D.S. Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 1979, n°34.
- ATGER F. et al. Attachement et conduites addictives, *Annales de médecine interne*, n°152, 3, Suppl.
- ANZIEU D. et al. L'attachement. Paris, Delachaux et Niestlé, 250 p.
- BARRACO M. et al. Parentalités défaillantes ? soins et séparations, Fascicule n°152, Périodique Dialogue, 2001/04-06.
- BEAUCHESNE H., *Traité de psychopathologie infantile*, Paris, PUF, 1991, 290 p.
- BLAFFER HRDY S. *Les instincts maternels*, Paris, Payot et Rivage, 1999, 623 p.
- BOWLBY J. La théorie de l'attachement, in S. LEOVICI, F. WEIL-HAPERNE (eds) *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, 1989, 165-170.
- BRADLEY B. S. *Des regards sur l'enfance*, Paris, Eshel, 1991, 270 p.
- BYDLOWSKI M., CANDILIS D. *La psychopathologie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- CHESS S. et THOMAS A. Infant bonding : mystique and reality. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol.52, n° 2, avril 1982.
- CICCONE A., LHOPITAL M. (1991). *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, 2001.
- COLLECTIF. Dossier Regard sur les dépendances. *La santé de l'homme*, mai-juin 2000, n° 347.
- CUPA D. *L'attachement, perspectives actuelles*, Paris, EDK, 2000, 164 p.
- CYRULNIK B. *Les nourritures affectives*. Paris, Odile Jacob, 1993, 244 p.
- CYRULNIK B. *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, 2001, 278 p.
- DAYAN J. 2002. La prévention in HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (ed.) *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 527-528.
- DELION P. (ed.) (), *La souffrance psychique du bébé. Approches pluridisciplinaires*, Paris, ESF, 2002.
- DOLLANDER M., DE TYCHEY C. 2002. *La santé psychologique de l'enfant. Fragilités et prévention*, Paris, Dunod, 2002, 259 p.
- DUGNAT M. 2002. Santé mentale et psychiatrie périnatale : renouveler l'approche de la prévention, *Dialogue*, 157, 29-41.
- EL HAYEK C. et al. *Petite enfance, éveil aux savoirs*. Paris, La Documentation Française, 1997, 349 p.

- FONAGY P., 2002. Développement de la psychopathologie de l'enfant à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps., *Psychiatre de l'enfant*, XLIV, 2, 333-369.
- FRAIBERG S. 1982. Mécanisme de défenses pathologiques au cours de la petite enfance, in MELLIER D. (dir.), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod, 2002, 49-72.
- FREUD S. 1919. Voies nouvelles de la psychothérapie, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981.
- FUSTIER P. 2000. *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod.
- GIAMPINO S. 1990. Psychologie et prévention ou l'art de l'équilibre précaire, in ANREP, *Cahier n°7, Penser avec l'institution*, 9-22.
- GOLSE B. *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1999.
- HOUZEL D. *L'aube de la vie psychique. Etudes psychanalytiques*, Paris, ESF, 2002.
- LEBOVICI S. Préface, in APPELL G., TARDOS A.. *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques*, Toulouse, Érès, 1998.
- LEBOVICI S., MAZET P. (dir.) *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- LECUYER R. *Bébés astronomes, bébés psychologues, l'intelligence de la première enfance*. Liège, Mardaga, 1990.
- MAIN M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*, n° 3, 1998.
- MELLIER D. (dir.). *Observer un bébé : un soin*, Toulouse, Érès, 2001, 144 p.
- MELLIER D. Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin. La souffrance primitive, l'empathie et la fonction de l'attention, in MELLIER D. (dir.), 2002. *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod, 2002, 93-146.
- MELLIER D. Souffrance et émotion, un enjeu intersubjectif, in MELLIER D. (dir.), 2002. *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod, 2002, 5-20.
- MELLIER D. L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés, Paris, ESF, 2002.
- MILJKOVITCH R. *L'attachement au cours de la vie, modèles internes et narratifs*.
- MOLENAT F. et al. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse, Erès, 2001, 135 p.
- MOLÉNAT F. *Pour une éthique de la prévention*, Toulouse, Ères, 2002.
- MONTAGNER H. *L'Attachement, les débuts de la tendresse*. Paris, Odile Jacob, 1988.
- MOZÈRE L. 2002. La prévention, ou comment préserver une place à l'anomalie. L'exemple de la crèche, *Dialogue*, 157, 15-28.

- NEYRAND G. Sur les pas de la maison verte, des lieux d'accueil pour les enfants et les parents. Paris, Syros, 1995, 330 p.
- NEYRAND G. La prévention précoce, une démarche paradoxale, Dialogue, 2002, 157, 3-14.
- OLIEVENSTEIN C., Destin du toxicomane. Paris, Fayard, 1983, 292 p.
- PEILLE F., GOLSE B. Prévention et modes d'intervention chez le nourrisson et le jeune enfant jusqu'à trois ans, Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie, Paris, Éditions Techniques, 1990, 37205 A¹⁰, 4p.
- REVEST G. Le rapport complexe de la psychanalyse et de la prévention, Dialogue, 2002, 157, 79-86.
- ROBINEAU C. (dir.) Signes de souffrances en périnatalité, Toulouse, Ères 2000.
- ROCHETTE J. Rituels et mises au monde psychique. Les nouvelles présentations au temple, Toulouse, Ères, 2002.
- ROMAN P., MELLIER D. Prévention et conflictualité psychique, une clinique du lien, in TYCHEY C. (de) (dir.), Peut-on prévenir la psychopathologie ? Paris, L'Harmattan, 2001, 65-73.
- ROUSSILLON R. Agonie, clivage et symbolisation, Paris, P.U.F., 1999.
- RUTTER M. Clinical implications of attachment concepts : retrospect and prospect. Journal of Child Psychology and Psychiatric, vol. 36, n°4, mai 1995.
- SOULÉ M. (dir.) Les soignants à risques dans les interactions en faveur de la petite enfance, Paris, ESF, 1986.
- SOULÉ M., NOËL J., 1985. La prévention médico-sociale précoce, in LEOVICI S., DIATKINE R., SOULÉ M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, P.U.F., 1995, 3013-3042.
- SWANN N. Exploring the role of child abuse in later drug abuse. Nida Notes, 1998.
- THÉVENOT J.-N. La prévention in HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (ed.) Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 2002, 529-530.
- TRONICK E. Z., WEINBERG M. K. A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques, in LEOVICI S., MAZET P. (dir.) 1998. Psychiatrie périnatale, Paris, PUF, 1998, 299-333.
- TROUVÉ J.-N. 2002. Aspects concrets de la prévention de l'autisme, Dialogue, 157, 63-78.
- TYCHEY C. de (dir.) 2001. Peut-on prévenir la psychopathologie ? Paris, L'Harmattan, 2001
- TYCHEY C. de, (dir.) Psychologie clinique et prévention, Paris, Éditions et Applications Psychologiques, 1998
- ZAOUCHET-GAUDRON C. Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire), DUNOD, Paris, 2002, 115 p.



*Etude-action : les professionnels de la petite enfance,
"Acteurs Cachés" de la prévention ?*

Document 2 :

RESULTATS DE L'ETUDE PAR ENTRETIENS

D. Fontaine, JF. Vallette

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*, AIDES-Alcool**

Septembre 2003

Cette étude-action a été financée dans le cadre du Programme Régional de Santé « Alcool » par la DRASS (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale) et l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie).

* ORS Rhône-Alpes, 9 Quai Jean Moulin, 69001 Lyon – 04 72 07 46 20 – courrier@ors-rhone-alpes.org

** Aides Alcool, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon – 04 72 41 76 98 – aidesalcool@wanadoo.fr

L'ORS et Aides Alcool remercient tous ceux qui ont permis la réalisation de cette étude, que ce soient les professionnels qui ont accepté de les recevoir en entretien ou ceux qui leur ont facilité l'accès ces professionnels.

SOMMAIRE

OBJECTIFS ET METHODES	1
1. Objectifs	1
2. Population étudiée	1
3. Constitution de l'échantillon	2
4. La grille d'entretien	3
RESULTATS DE L'ETUDE PAR ENTRETIENS	4
1. Les missions et rôles	4
2. La fonction préventive	6
3. La différence avec la fonction parentale et le risque de confusion	8
4. La construction du lien avec l'enfant et les parents	10
5. Quand l'enfant va mal et comment y répondre	19
6. Les professionnelles mises en difficulté	25
7. Les propositions d'amélioration	31
DISCUSSION	37
CONCLUSION	41

Objectifs et méthode

1. Objectifs

Cette étude par entretiens vient en complément de l'analyse bibliographique (document 1). Elle a pour objectifs de décrire :

- Les représentations des professionnels de la petite enfance sur leur place, leur rôle et leur lien par rapport à l'enfant, et le « frottement » avec le rôle parental.
- Les signes qui leur permettent de repérer un enfant qui va mal et comment ils y répondent.
- Les situations qui les mettent en difficulté et comment ils y font face, avec quels appuis.
- Les priorités qu'ils expriment pour améliorer la relation avec les enfants et les parents.

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens auprès d'une vingtaine de professionnels de la petite enfance ou de leurs encadrants/aidants/formateurs.

2. Population étudiée

Les groupes concernés par l'enquête sont les professionnels de la petite enfance (moins de six ans), que leur fonction soit d'accueil, éducative ou préventive. Compte tenu de la grande diversité des professionnels, l'étude a été ciblée sur les professions les plus concernées par la petite enfance :

- Assistantes maternelles
- Educatrices de jeunes enfants et auxiliaires puéricultrices
- Institutrices de maternelle
- Médecins et infirmières de PMI
- Médecins et infirmières scolaires
- Sages-femmes
- Familles d'accueil

L'étude s'intéresse également aux professionnels de la petite enfance au travers des personnes qui :

- les emploient (p. ex. Conseil Général pour la PMI),
- les encadrent (p. ex. directrices de crèche),
- les appuient (p. ex. psychologue en crèche),
- les forment (p. ex. enseignant IUFM, école d'éducateurs de jeunes enfants, formateur d'assistantes maternelles).

L'interview de ces professionnels de seconde ligne a pour but de compléter et de croiser les points de vue sur les professionnels de la petite enfance.

3. Constitution de l'échantillon.

Les professionnels interrogés ont été identifiés dans le réseau de connaissance des membres du comité de pilotage, en recherchant une diversification des lieux d'exercice dans les départements de la région Rhône-Alpes.

L'enquête a eu lieu sous forme d'entretiens individuels ou, selon les opportunités, en groupe, afin recueillir le point de vue d'un nombre plus important de professionnels.

Au total, **22 entretiens** ont été réalisés entre mars et mai 2003. Ils ont permis d'interviewer **42 personnes** :

- Type d'entretien : 17 entretiens individuels et 5 entretiens de groupe.
- Répartition géographique : 14 entretiens dans le Rhône et 8 entretiens dans les autres départements : Drôme (4), Isère (1), Loire (1), Haute-Savoie (2).

L'échantillon final est composé des personnes suivantes :

Accueil petite enfance (à domicile, ou en structure d'accueil) :

- Assistantes maternelles (7) : entretien de groupe dans un relais assistantes maternelles.
- Famille d'accueil (1).
- Educatrices de jeunes enfants (EJE) (2) : entretien de groupe avec assistantes maternelles et entretien de groupe avec une auxiliaire puéricultrice.
- Auxiliaires puéricultrices (2) : entretien de groupe avec une EJE et entretien individuel.
- Directrices de crèche Infirmières puéricultrices (5) : entretien de groupe.
- Psychologue en crèche (1).
- Formateur auxiliaire puéricultrice (1)
- Formateur EJE (1).
- Formateurs assistantes maternelles (5) : entretien de groupe.
- Service municipal petite enfance (tutelle des crèches et écoles) (1).

Education nationale :

- Institutrices en école maternelle (2),
- Institutrice, directrice d'école maternelle et maître formateur (1)
- Instituteur, chercheur et formateur à l'IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) (1).
- Conseiller pédagogique et formateur à l'IUFM (1).

Prévention / santé :

- PMI (6) : entretien de groupe avec 3 médecins et 2 infirmières, et entretien individuel avec un médecin.
- Responsable de la PMI d'un conseil général (1).
- Service de promotion de la santé en faveur des élèves (2) : médecin scolaire et responsable d'académie du service infirmier.
- Sage-femme exerçant en préparation à la naissance (1).

- Psychologue en maternité (1).

4. La grille d'entretien

La perception de leur fonction préventive par les professionnels de la petite enfance a été abordée par sept angles d'approche, qui sont les sept parties du chapitre suivant des résultats :

1. Leurs missions.
2. Leur fonction de prévention.
3. Les différences et les risques de confusion avec la fonction parentale.
4. La construction du lien avec les enfants et les parents.
5. Les enfants qui vont mal et comment elles y répondent.
6. Quand les professionnelles elles-mêmes vont mal et les réponses.
7. Leurs propositions pour améliorer le lien et les réponses à la souffrance des enfants et à leurs difficultés.

Résultats de l'étude par entretiens

On peut distinguer **deux groupes de professionnelles** :

- Celles qui ont une mission d'accueil/éducation/enseignement, et qui ont une relation directe avec les enfants, qui sont en situation d'adultes référents pendant souvent plusieurs heures de suite.
- Celles qui ont une mission de prévention en santé, qui sont en relation ponctuelle avec les enfants (même si cette relation peut être suivie). Cette mission est souvent centrée sur l'enfant, mais elle passe nécessairement par les parents qui sont l'interlocuteur principal de ces professionnelles. Ces professionnelles peuvent travailler directement auprès des familles (PMI par exemple), ou dans les lieux d'accueil (service de santé scolaire en école maternelle par exemple).

1. Les missions et rôles

La mission principale qu'indiquent les professionnelles des structures d'accueil et de l'accueil à domicile est de l'ordre de l'autonomisation et du développement de l'enfant.

« Accompagner les enfants », « les faire grandir » (1)

« Les amener petit à petit à ce qu'ils soient autonomes » (2)

« Qu'ils apprennent à faire des choses tout seuls » (3)

« Je suis une accompagnatrice de construction. (...) Mon boulot, c'est d'essayer d'amener l'enfant à une autonomie par rapport à ses capacités tout en le sécurisant. » (4)

« Accueillir l'enfant, faire le relais des parents, aider à l'épanouissement de l'enfant et à son développement : éveil, santé, soins affectifs et éducatifs » (9)

« Permettre à l'enfant de trouver en lui ses propres capacités pour évoluer, trouver ses propres ressources sous le regard confiant de l'adulte » (6)

« Observer, aider l'enfant dans toutes les tâches de la vie quotidienne, s'intéresser à son développement, adapter cette connaissance aux besoins de l'enfant, transmettre » (7)

Une mission de soutien aux parents est indiquée seulement par une formatrice :

« Créer les conditions pour un éveil positif des enfants sous tous ses aspects ».

« Capacité à repérer et à accompagner. Repérer les signes de fragilité de la part d'un enfant ou de ses parents et de mettre en place les modalités qui permettent de réguler les difficultés ». « Soutien à la parentalité » (8)

Pour les enseignantes, la mission exprimée est aussi de l'ordre de l'autonomisation, mais la primauté est aux apprentissages.

« Les rendre autonomes pour qu'ils puissent se passer de l'adulte [par exemple pour] s'habiller, être propre, choisir les bons outils, (...) apprendre à multiplier les sources d'information ». « faire découvrir aux enfants qu'ils ont tout un potentiel de possibles, très différents d'un enfant à l'autre, les aider à les mettre en valeur, à les partager avec d'autres, (...) avoir une certaine confiance en soi, trouver sa place et être bien dans sa

peau, accepter les contraintes de certains apprentissages », c'est-à-dire « les aider à grandir » (11)

« Les éveiller sur le monde, les ouvrir sur l'extérieur, les aider à faire des connexions, (...) apprendre à partager le goûter, respecter l'autre, l'écouter ». « Plus l'âge monte et plus [on] leur apprend les apprentissages scolaires » (12)

« Donner des outils aux enfants pour (...) les aider à construire leur savoir ». « Leur permettre d'apprendre. On est là pour résoudre des problèmes. On développe au maximum la démarche scientifique, c'est-à-dire formuler des hypothèses aux enfants, leur faire justifier et après vérifier ». « C'est une démarche d'éducation au sens large ». « En grande section, on leur apprend l'autonomie et le droit à l'erreur ». « En petite section, c'est l'autonomie et la confiance. Repérer les lieux, s'approprier les lieux. En moyenne section, on commence à construire des règles de vie, tout en continuant le travail sur l'autonomie » (13)

« C'est parce qu'on s'instruit qu'on s'éduque. A l'école on n'apprend pas à vivre ensemble. C'est parce qu'on apprend qu'on vit ensemble ». « Tout élève désire savoir, mais connaître n'est pas apprendre. La mission de l'école maternelle, est comment transformer, comment s'appuyer sur le désir de connaître pour générer l'intention d'apprendre ». « S'interroger sur la sublimation de ce désir de savoir en intention d'apprendre » (14)

La mission officielle est de « permettre et favoriser les apprentissages des élèves, mais c'est une définition réductrice ». Plus largement, c'est « leur permettre de devenir des élèves/apprenants dans un cadre scolaire ; passer du statut d'enfant du microcosme familial au statut d'apprenant. Les immerger dans un lieu d'apprentissage complet ». « Accueillir l'enfant dans sa globalité et lui permettre de grandir dans un cadre collectif. Grandir dans tous les sens du terme : [développer son] savoir-être en collectivité, dépasser ses préjugés dans l'apprentissage... » (15)

Pour les professionnelles de la prévention en santé, la mission préventive est leur raison d'être. Elle est exprimée en terme d'accompagnement à la fonction parentale et de dépistage des troubles.

« [La PMI], c'est un travail de prévention avant toute chose ». « La prévention c'est le cœur de mon métier ». « On a un travail de prévention à faire au niveau de l'organisation familiale pour cette naissance, donc c'est intéressant de travailler dès la grossesse. (...) On peut travailler tout de suite [après la naissance] sur la relation mère-enfant. C'est important de commencer très tôt car la vie sera comme elle commence, avec l'accroche. Plus vite on travaille, plus c'est facile ». « La prévention relationnelle est fondamentale, mais il y a aussi l'alimentation, l'allaitement, etc. » (16)

« Une mission d'accompagnement de la fonction maternelle (et aussi paternelle) ». « Nous avons un rôle d'échange important, les familles se permettent de dire des choses car elles savent qu'elles ne reviendront pas » (17)

« On a aussi toute la partie bilan de santé » dépistage des troubles de la vue et de l'audition essentiellement » (17)

« Etre en relation d'aide avec les familles, entendre les besoins des familles et ensuite pouvoir les aider [et si besoin] les orienter vers des gens compétents, médecin, psychologue ». « Savoir poser des objectifs prioritaires, être autonome, être capable de travail en partenariat, croire à l'éducabilité » (7)

« Le rôle des professionnels [en PMI], c'est de faire avec, de savoir écouter, d'essayer de comprendre, de se faire aider quand on ne comprend pas, d'orienter en continuant un

accompagnement en lien avec celui qui pourra mieux aider » « allier, sans les séparer, une compétence technique à l'écoute bienveillante » (20)

« [En santé scolaire], la prévention est beaucoup axée sur les apprentissages. Il va falloir que cet enfant apprenne en peu de temps à lire, à écrire, à compter, il va falloir qu'il fasse un effort intellectuel très important, donc il faut qu'il soit outillé pour. Nous faisons donc de la prévention des troubles sensoriels et de la prévention des troubles du langage oral et écrit » (18)

« Notre mission, c'est le dépistage des troubles de l'apprentissage, que ce soit lié à des déficits physiques, psychologiques, sociaux, lié à des troubles du comportement, à des handicaps physiques (auditifs, visuels) et par des tests de dépistage prédictifs de dyslexie » (19)

« C'est l'aspect prévention et éducation à la santé qui est mis en avant par la préparation à la naissance : écouter les inquiétudes, peurs, envies (...) et donner l'information pour qu'ils puissent faire des choix autour de la naissance, l'alimentation du bébé, tout ce qui peut être autour de la projection en tant que parent » (21)

« [A la maternité], c'est soutenir suffisamment la mère pour qu'elle puisse s'occuper de son bébé. (...) Il y a un travail à faire sur cette position "à côté de" sans pour autant agir » (22)

2. La fonction préventive

Les professionnelles des deux groupes voient différemment le caractère préventif de leur travail.

Pour les professionnelles accueil/éducation/enseignement, la mission préventive est au second plan et plutôt de l'ordre de l'implicite.

Pour les assistantes maternelles et familles d'accueil, le rôle préventif n'est pas perçu nettement, le mot « prévention » leur paraît trop grand et trop loin par rapport à leur travail qu'elles voient plutôt dans le registre éducatif :

« On leur apprend par exemple la politesse, parce que ça peut leur servir quand ils seront plus grands, la propreté, tout ça, mais après... » (1)

« On a plus un rôle d'éducation que de prévention. (...) La vie qu'on mène avec ces enfants, c'est comment se laver, par rapport aux repas, donc ça peut être de la prévention. Ce qui importe, c'est qu'ils soient dans un milieu où ils trouvent une certaine stabilité, mais est-ce que c'est de la prévention ? c'est le rôle de chacun d'entre nous face à des enfants » (2)

Leurs formatrices pointent cependant le rôle préventif des assistantes maternelles pour « *les accidents domestiques, les bébés secoués, la mort subite, l'hyperthermie, l'hygiène* » (9)

Pour les professionnelles des structures d'accueil, la dimension préventive est plus évidente : « *dans notre tête, dans tout ce qu'on fait on a quelque part l'avenir de l'enfant* » (3). Mais l'aspect somatique et le court-moyen terme sont prédominants, notamment pour celles qui ont suivi un cursus de formation santé (auxpuer et puer) :

« La santé, c'est aussi faire attention au quotidien, érythème fessier, mal de dents, chute... on est responsable de tout cela » (3)

A la crèche « on dépiste des retards psychomoteurs, des pathologies » (5)

Pour certaines, la santé mentale est cependant explicite et la prévention englobe aussi les parents :

« Un enfant doit avoir un cadre et des limites pour grandir. On voit de plus en plus de parents qui ne savent pas dire non, ça se traduit par des problèmes de sommeil, d'alimentation, un manque de socialisation » (4)

« Prévention de la maltraitance » (7), « des dépressions parentales : la crèche est un soutien des familles, notamment des parents isolés » (5). La crèche joue un rôle préventif « de la relation. Le lien n'est pas constitué avant trois ans et il a un rôle crucial » pour l'avenir de l'enfant. « C'est une prévention de toutes ces nouvelles pathologies du lien » (5). « Le travail à faire avec les parents est comment faire pour que l'enfant reste en bonne santé dans la dimension positive de la santé et pas seulement de diagnostic et de signalement » (8)

Les enseignantes associent également le mot prévention d'abord au registre de la santé physique : *« l'hygiène, l'équilibre alimentaire, l'importance du sommeil, les rythmes » (12)*. La prévention en santé mentale est présente, mais elle n'est pas spontanément explicitée tellement elle paraît quotidienne et banale :

« C'est ce qu'on fait tous les jours, informer, verbaliser ce qui se passe ; parler de la mort s'il y a un décès ; par rapport aux problèmes d'attouchements, leur parler de leur corps et de qu'on peut faire ou pas avec leur corps » (12). « On parle de la vie et de la mort (à propos du poisson rouge par exemple), de la maladie, on parle des maladies de ceux à qui ça arrive » (11).

Les professionnelles de la prévention en santé sont plus familières des termes « prévention » et « promotion de la santé ». Elles ne font pas de distinction entre santé physique et santé mentale, pour elles c'est un tout. Pour certaines, il faut même préciser que le somatique n'est pas oublié : *« la prévention relationnelle est fondamentale, mais il y a aussi l'alimentation, l'allaitement, (...) les vaccins » (16)*

Le court ou moyen terme est privilégié : *« prévention de l'échec scolaire » (18), « prévention des abus sexuels » (19).*

Pour celles qui travaillent en maternité ou en préparation à l'accouchement, le rôle préventif est vu aussi bien pour la mère que pour l'enfant :

« Prévention de « l'accouchement prématuré, de la maltraitance, des dépressions postnatales... » (21), « la dépression postnatale, c'est la pathologie centrale après l'accouchement » (22).

Seuls quelques professionnelles affirment clairement qu'elles travaillent à la prévention de problèmes de l'adolescence et de l'âge adulte : *« les futurs petits délinquants qu'on voit dès 18 mois partir droit vers la délinquance » (16)*. La plupart se refusent à envisager un avenir aussi lointain, car il y a beaucoup de choses qui vont intervenir durant l'enfance et l'adolescence.

3. La différence avec la fonction parentale et le risque de confusion

Toutes les professionnelles de l'accueil/éducation/enseignement affirment leur **différence avec la fonction parentale**, qui tient à une implication affective différente de celle des parents et à un cadre professionnel où les règles sont plus affirmées.

« On [l'assistante maternelle] est beaucoup plus stricte. On les rend plus autonomes, chose que les parents n'osent pas faire ». Par exemple, à propos d'un enfant, « sa maman le cocoonne tellement qu'elle lui fait tout, tout d'avance ». De même, elles mettent plus les limites que les parents : « vous avez des enfants qui touchent tout chez eux alors que chez nounou ils savent très bien qu'il ne faut pas toucher » (1)

« La différence c'est qu'on n'est pas les parents, donc affectivement il y a une différence entre ce que je ressens par rapport à mes enfants et ce que je ressens par rapport à ces enfants qui me sont confiés » en famille d'accueil. « C'est important qu'ils aient aussi ce repère de qui est ma maman, qui est mon papa. Nous sommes là pour les accompagner un moment, quelque temps de leur vie, mais on n'est pas les parents, on laisse la place aux parents » (2)

« Comparé aux parents, cela n'a rien à voir, on n'est pas dans une relation affective. On aide l'enfant à vivre sans la présence de ses parents. On ne s'en occupe pas de la même manière. On est là [à la crèche] pour leur apprendre à vivre avec les autres » (3)

« Un enfant avec son parent n'a pas le même comportement qu'à la crèche. Ce n'est pas la même relation affective. Il y a une relation affective, mais différente de celle des parents. On est dans un lieu collectif, on a des lois et des limites, un cadre bien défini avec des interdits et des lois de collectivité. (...) On est amenés à dire non. C'est plus facile de dire non à un enfant qui n'est pas le nôtre, on n'a pas le même ressenti. » (4)

« En classe, il y a une distance affective, on est à l'école pour apprendre des choses, il y a des règles de vie qui sont différentes de celles de la maison, on est en collectivité » (11)

« Il y a déjà l'autorité. (...) Il est clair et net, et les enfants le comprennent très vite, que l'école est une petite communauté et moi je suis là pour tout le monde, pour tous les enfants et c'est le travail qui compte. On ne dit pas "moi-je". (...) Il y a des tas d'autres personnes qui ont besoin de la maîtresse, tout ça on doit en tenir compte. C'est pas l'individu le centre du monde. C'est un individu, mais noyé au milieu [des] autres enfants ». « On a l'impression que dans certaines familles c'est un peu à la va comme je te pousse. Pas de cadre, pas de cadre du tout, pas d'autorité, les gamins ne se repèrent pas ». A l'école, il y a « un cadre, des repères, une autorité ». « Les parents aussi apprennent des choses à leurs enfants (...) mais on n'y va pas de la même manière (...). On n'emploie pas les mêmes stratégies. Un enseignant est formé à ce genre de choses, un parent fonctionne plus par bon sens, par ce qu'il a connu ou ce qu'il a vécu » (13)

« Le lien est fondamentalement différent [du lien avec les parents]. L'enseignant a un rôle de rupture du cordon ombilical, il a un rôle de socialisation pour faire grandir l'enfant. C'est parce qu'il est un tiers que se fait ce travail mental » (15)

Il y a cependant **risque de confusion et de rivalité** parce que la professionnelle est directement impliquée dans une relation avec l'enfant en substitution de la fonction parentale : elle est l'adulte référent de l'enfant, parfois pendant plus longtemps que les parents, ce qui peut déclencher de la jalousie. La rivalité peut venir aussi du fait de la perception de compétences différentes par rapport à l'enfant entre parents et structure d'accueil.

La rivalité est bien pointée par les assistantes maternelles :

« On est une seconde maman ». « On en fait peut-être plus que les parents ». « Même si souvent en formation on nous reprend, on nous dit que ne sont pas "nos" enfants, et c'est vrai... ce sont bien un peu nos enfants... Quand on les a toute la journée, qu'on s'en occupe jusqu'à trois ans, qu'on les a eus tout bébés ». « Ils sont aussi bien chez moi que chez elle [la maman] ». « Elles sont contentes de savoir qu'ils sont bien, mais quelque part il y a un peu de jalousie ». « Des fois les enfants ne veulent pas partir le soir. C'est marrant quand les enfants se cachent quand les parents arrivent. C'est vrai que les parents ont des pincements au cœur quand les petits font plus de câlins à nous [qu'à eux] ». « Ils sont jaloux dans un sens mais ils disent : "il vaut mieux qu'il te fasse des câlins et des bisous plutôt que des hurlements et que ça se passe mal". (...) Ils sont jaloux sans l'être » (1)

Les formatrices des assistantes maternelles soulignent que « l'on tombe très vite dans la rivalité et que [ça devient] très vite infernal. Il y a des risques de grosses décompensations dans les relations parents-enfants avec des litiges sur les questions d'argent » (9)

En crèche, « un grand classique dans la relation conflictuelle avec les parents, c'est la question du sommeil. [Il y a un] besoin des parents de garder une emprise sur ce qui se passe à la crèche. Ils vont tester tout ce qui est possible : les repas, le sommeil, la propreté... » (5).

« Les agents ont parfois l'impression de mieux connaître l'enfant que ses parents » (5)

« Il y a encore beaucoup de jugements de valeur, terribles en ces lieux, on considère que les parents ne sont pas tout à fait capables » (7)

« La rivalité existe, bien sûr. La tendance de la bonne structure et de la famille qui a besoin d'apprendre, elle est encore bien partagée. (...) Quand on a l'habitude de fonctionner dans son institution, on a tendance à penser que ce qu'on fait est bien » (8)

A l'école, « il peut y avoir de l'ambiguïté ou même de la jalousie entre la mère et l'institutrice par rapport au lien avec l'enfant ; c'est vraiment au coup par coup, on sent les parents qui sont réticents à ce qu'on soit trop proche de leur enfant » (12)

Pour les professionnelles de la prévention en santé, il n'y a pas de risque de confusion car les parents sont en général présents et restent les référents, sinon les interlocuteurs principaux. Au maximum, l'enfant n'occupe pas la place centrale : *« en PMI tout se joue avec les parents. L'enfant n'est qu'un moyen pour aller vers les parents » (7).*

De plus, elles sont vues par les parents d'abord pour leur compétence technique dans le domaine de la santé : *« On est dans une place de médecin. Pour les gens, c'est clair » (16)*

Toutefois, cette absence de confusion n'est pas totalement « naturelle », elle passe par des gestes et attitudes des professionnelles dans les deux versants de la fonction parentale : l'affection et l'autorité :

« Je ne prendrai jamais le bébé dans mes bras, sauf si la maman me le demande » (16).

« Si l'enfant fait des bêtises au cours de la consultation, on laisse le parent intervenir » (18)

D'ailleurs, il peut y avoir des circonstances où ce risque est présent : en cas d'altération des capacités parentales pour problèmes physiques ou psychiques.

« Maman allait très mal... j'ai mis mon doigt dans la main [du bébé] pour le rassurer. Elle a fini de le changer et elle a enlevé mon doigt de sa main. Je me suis dit que j'étais allée trop loin » (17)

« Quand l'accouchement s'est mal passé, ou après une césarienne, elles souffrent de ne pouvoir trouver leur place de mère car elles n'arrivent pas à donner les soins. Elles en

souffrent énormément. C'est donc bien leur place [de donner ces soins]. Ce n'est pas vraiment une confusion puisqu'elles ne peuvent pas le faire » (22)

La rivalité apparaît enfin lorsque la professionnelle apparaît comme une donneuse de leçons, car elle aurait la compétence et les parents non.

« En bilan de santé d'un enfant [de quatre ans] ayant des troubles du comportement à l'école, (...) je reprends [avec la mère] le cadre, les limites ; la mère, sur la défensive, me dit "ce n'est pas vous qui allez m'apprendre ce que je dois faire". Ca m'a interrogée, car je ne crois pas être dans ce discours, mais elle parlait toute seule, c'était très difficile de lui dire que son enfant était en difficulté parce que les règles qu'elle lui donnait à la maison ne pouvaient pas s'appliquer à l'école, qu'il y avait un décalage et que c'était aller vers d'autres difficultés que de rester dans ce fonctionnement de la maison » (17)

« Ce qui [serait] gênant, c'est l'idée que la mère ne saurait pas faire et le professionnel oui » (22)

Toutefois, toutes les professionnelles s'accordent pour dire que **la confusion est le fait des adultes**, pas des enfants.

« L'enfant fait toujours la différence. Il n'y a pas de confusion pour lui » (9). « On n'est pas leur maman. Ils font bien la différence, ils savent très bien ». « Ils voient la différence entre chez eux et ailleurs » (1). « Ils savent qu'ils ont leurs parents, qu'on est là pour eux » (2). « Ils ne confondent pas la crèche et la famille » (3).

« Les enfants savent que [je suis] la maîtresse, qu'on est là pour donner des limites, que les câlins c'est limité dans un contexte particulier. (...) On se rend bien compte qu'à l'école on est dans le cadre d'une relation particulière » (12)

« L'enfant sait bien remettre les gens en place. Si je [médecin de PMI] lui donne un jouet et qu'il ne me connaît pas, il ne le prend pas » (16)

Il arrive toutefois que les enfants jouent sur cette rivalité.

Les assistantes maternelles notent : « Souvent, les parents me disent qu'il m'a réclamée tout le week-end ». « Parfois ils disent : "si toi [maman] tu es méchante, je vais voir nounou" » (1).

En famille d'accueil, il arrive que « les tout-petits jouent un peu avec ça en essayant de nous appeler papa et maman ; et les autres leur disent "mais non, c'est pas ton papa, c'est pas ta maman", ils le savent très jeunes mais on a l'impression qu'ils ont besoin de jouer avec ça » (2).

A la crèche, « vers 14-15 mois, l'enfant nous appelle maman, on explique que non, son parent est parti travailler, on n'est pas sa maman » (4)

4. La construction du lien avec l'enfant et avec les parents

Le discours sur la construction du lien avec l'enfant est plus élaboré quand le niveau de formation des professionnelles monte.

Pour les assistantes maternelles et familles d'accueil, le lien avec l'enfant est banalisé comme une vie de famille habituelle. C'est d'ailleurs pour elles le point fort de ce mode d'accueil, par rapport aux structures collectives.

« Nous sommes, entre guillemets, une seconde famille ». « On ne fait pas du gardiennage. On élève des enfants, on leur donne une éducation, on leur donne des bases pour la vie ». « On essaye d'abord de savoir comment il est et puis on s'adapte un peu par rapport à sa personnalité » (1)

« Vivre avec eux (...). Vivre le quotidien. Et tout ce qu'il y a à faire dans une maison : les lever le matin, les habiller pour aller à l'école, faire les devoirs, la toilette, une vie de famille quoi. (...) Je fais mon travail de mère de famille ». « Ca se passe tout seul. (...) Ca se fait vraiment naturellement. (...) C'est tout simple » (2)

Les formatrices insistent plus sur les questions de distance et d'implication personnelle :

« L'enfant n'est jamais leur propriété. (...) Elles portent les parents dans leur tête avec l'enfant ». « Accompagner dans la distance. Ne pas s'accaparer l'enfant, savoir comprendre l'enfant (...), l'observer. Ne pas plaquer ses propres sentiments sur les désirs de l'enfant ». « C'est important de travailler dans la distance, mais il ne faut pas tomber dans les extrêmes : ne pas s'en occuper sous prétexte d'être dans la distance » (9)

« Prendre conscience de ses motivations, comme "je ne garde que des garçons parce que je n'ai que des filles". Il y a des risques de [vouloir] se réparer, de compenser, de se soigner. Attention, faites autre chose pour vous soigner ! » (9)

« L'assistante maternelle n'est pas membre de la famille. Elle ne doit pas se faire appeler tatie ou tata » (9)

« Le cadre doit être sécurisant. Il faut tenir le cadre » (9)

Le lien avec les parents se fait, pour les assistantes maternelles, au moment de la prise de contact et de la signature du contrat, selon l'appréciation mutuelle :

« Ca se passe au premier contact ». « J'ai déjà reçu des parents (...) et su tout de suite que ça n'allait pas passer (...). Il y a déjà quelque chose qui se passe quand ils viennent à la maison » (1)

Les relations avec les parents sont souvent amicales, certaines assistantes maternelles les tutoient, alors que d'autres préfèrent le vouvoiement. *« Je pense qu'il y a une certaine distance qui doit être respectée. Avec le tutoiement, on devient vite copain-copine. Après, ils ne savent pas faire la différence ». « Mais avec le vouvoiement, il y a une certaine barrière. Des fois, on arrive plus à se dire des choses en se tutoyant qu'en se vouvoyant » (1)*

En famille d'accueil, *« on a en général de bonnes relations avec les parents parce que (...) on se situe en dehors des décisions ». « On est là pour accompagner la relation parents-enfants ». « Ils comprennent notre rôle. On s'interdit de juger leur façon de faire ». « C'est une relation de confiance (...). Ce qui se joue pour l'enfant ne doit pas se faire en dehors des parents ». Avant un placement, « les parents viennent, accompagnés des services sociaux, avec ou sans les enfants. Si les parents sont d'accord pour que l'enfant vienne, il vient. Sinon, on attend qu'ils soient d'accord » (2)*. Les familles d'accueil cherchent également à soutenir les contacts parents-enfants réguliers, soit au téléphone soit sous forme de visites.

En structure d'accueil, les professionnelles décrivent le lien avec les enfants et les parents comme une construction progressive, qui débute par un « temps d'adaptation », qui permet une connaissance mutuelle, puis passe par un temps quotidien de séparation-retrouvailles. Elles ne font pas de séparation entre ce qui concerne les enfants et ce qui concerne les parents.

« On aide les enfants à se séparer [des parents] mais aussi on aide les parents à se séparer [de leur enfant] » (3). « Il y a un sentiment diffus de culpabilité [des parents] de laisser leurs enfants, un sentiment d'abandon » (5).

« Il y a un temps d'adaptation, c'est-à-dire un temps où les parents vont rester à la crèche avec leur enfant. Durant ce temps, on va discuter avec les parents pour qu'ils nous expliquent qui est leur enfant et pour qu'ils découvrent ce qu'est la crèche et comment ça se passe. Ils arrivent avec des idées, des angoisses, des fantasmes, des images, et c'est un temps de mise à niveau. Souvent on entend de leur part que la crèche c'est le lieu pour sociabiliser leur enfant. Ce temps est aussi un temps de sécurisation des parents. [Leur peur, c'est] qu'on prenne leur enfant. Cette angoisse, on la voit plus chez

les assistantes maternelles qui travaillent seules avec les enfants. Ce qui les rassure en crèche, c'est que l'on soit une équipe : s'il y a un phénomène d'attachement, il peut y avoir intervention des collègues. Si ça ne se passe pas bien avec une personne, il y a une alternative possible » (3)

« Il y a de plus en plus de parents qui sont en difficulté dans leur rôle de parent. Cette prise en compte est plus facile à faire en équipe que seule. Il y a plein de choses très subtiles qui se passent dans la relation parent/enfant/personnels de crèche. Il est plus facile de rentrer en contact avec les parents et de leur apporter des réponses adaptées avec une équipe qu'avec une personne seule. Les parents vont choisir une personne qui leur convient et il y a moins de risque de se trouver dans des situations de rivalité » (5)

« Il y a une premier accueil avec la directrice, qui explique l'organisation. Le deuxième contact se fait avec l'équipe. Une personne de l'équipe est disponible pour l'accueil, d'abord une heure, puis on fait un peu plus avec la prise d'un biberon ici, puis un essai pour dormir ici. On parle avec le parent de son rythme, on lui donne confiance par rapport à l'intégration de l'enfant » (4)

« La séparation au quotidien n'est pas un problème quand le parent est confiant. On dit bonjour, on parle au parent, à l'enfant s'il est grand : sa nuit, son heure de lever, son petit déjeuner, s'il a dormi avant la crèche, s'il prend des médicaments... Il y a une fiche de liaison qui est remplie soit par le professionnel soit par le parent avec toutes ces indications. Il y a toujours un objet transitionnel présent, qui aide à faire la liaison [entre la maison et la crèche]. Au moment du départ [du parent], on ne ment pas à l'enfant. On préfère qu'il pleure plutôt qu'il soit surpris. On a une fenêtre sur la rue qui permet de voir partir le parent » (4)

« Quand l'enfant ne veut pas repartir le soir, on explique [au parent] "il faut qu'il se réadapte à vous" » (4)

L'organisation des lieux est importante pour cette relation quotidienne : ainsi, *« la façon dont les parents n'ont pas pu se garer la matin et le soir détériore tout le communication entre les parents et l'équipe de la crèche » (5)*

Dans les liens avec l'enfant, trois éléments principaux : être proche mais avec une certaine distance, fixer les limites et observer avec bienveillance.

« L'importance de garder la distance professionnelle sans exclure les affects, ne pas se perdre » (3)

« C'est évident pour moi mais pas pour tout le monde. Je ne lui fais pas de bisous, sauf s'il me le demande. On garde une distance, mais cela ne veut pas dire être distante. Tout passe par la parole, il y a une présence, de la confiance, une complicité, mais ce n'est pas aussi affectif qu'avec son parent » (4)

« Ne jamais appeler l'enfant "mon fils, ma fille", ce qu'on a pu voir avant. Ne jamais prendre un enfant dans ses bras sans l'avertir ; ou l'embrasser, ne pas se permettre des gestes... mais ça c'est difficile à comprendre. Ne pas rester dans la distance, froide, mais respecter l'enfant comme un être humain qui ne leur appartient pas » (7)

« A cet âge-là, s'il n'y avait pas de limite, ce serait la jungle. On aménage les choses, on essaye d'adapter, ce n'est pas rigide. On diversifie les activités. On cadre, on frustre, il faut se contrôler : on ne les tape pas, on ne les secoue pas, on ne crie pas, parfois on en aurait envie... » (3)

« Le plus gros interdit c'est "on ne se mord pas, on ne se tape pas". On va lui faire comprendre qu'il peut se faire comprendre autrement qu'en tapant : "tu peux dire non sans taper". (...) Ce sont des passages obligés chez l'enfant, on essaye que ça se passe sans les coups, par le langage. Apprendre à dire "non, je ne veux pas" » (4)

« Les anciennes [professionnelles] étaient très hygiénistes (...), l'enfant était systématiquement déshabillé, lavé, avec prise de température, il y avait une emprise sur le corps de l'enfant. Il a fallu réviser cette façon de faire très opératoire, se dégager d'une intervention active et pouvoir se poser, observer l'enfant, le regarder évoluer, lui apporter un soutien plutôt psychique (...). On a intégré les jouets, avant il n'y en n'avait pas, les enfants étaient même attachés dans leur transat. C'était du gardiennage. On est passées du gardiennage à l'accueil. On est passé de la contention physique à de la contenance psychique, c'est à dire pouvoir apporter la présence du regard attentif de l'adulte permettant à l'enfant de trouver en lui ses propres capacités pour évoluer, trouver ses propres ressources sous le regard confiant de l'adulte. On ne fait pas à sa place, on le regarde évoluer » (6)

« On voit qu'il y a plein de choses qu'on ne voit pas si on n'est pas attentif. On peut avoir cette position "à côté de" qui est intéressante pour observer les compétences de l'enfant, et [lui permettre de] s'appuyer sur ses propres ressources pour développer ses compétences » (22)

Avec les parents : une relation à part entière, à construire progressivement, avec bienveillance, en dehors de la concurrence, avec des limites.

« Pour les parents, c'est difficile de laisser son enfant dans un lieu encore peu connu. Il faut qu'ils nous fassent confiance. Ça passe par la parole, par nos gestes, par l'aménagement de l'espace. [Par exemple], avant les enfants étaient tous ensemble (...) et ça devait être inquiétant, maintenant l'espace bébé est plus fermé. Il y a une complicité avec les parents, mais il faut aussi leur donner des limites, comme ne pas rentrer ici comme dans un moulin. On les invite à venir de temps à la crèche, quand ils ont une heure de libre » (4)

Ce qui est important, c'est « la considération de la singularité des besoins de chaque enfant et de chaque famille sans trop remettre en jeu l'organisation collective, en devant parfois dire "stop, ça ce n'est pas possible" » (5)

« Le rôle des personnels est aussi de susciter l'ouverture chez les parents. Notre travail c'est de leur faire accepter qu'on n'est pas dans la concurrence. Chacun fait comme il peut et le fonctionnement de la crèche est nécessairement différent de ce qui se passe à la maison. Ce qui se joue dans la relation est donc aussi différent. (...) Je crois que les parents font confiance aux professionnelles mais il y a tout un travail de construction du dialogue à faire avec eux : rien n'est acquis d'emblée. Il ne faut pas que les professionnelles se figent sur ce que leur disent les parents au début. Il y a une crainte des parents et il y a une recherche de maîtrise. Il y a un travail d'écoute, de décryptage, de savoir lire entre les lignes de la relation. Le passage pour entrer en relation avec l'enfant passe par une relation qualitative avec les parents et c'est souvent très difficile : c'est parfois très étroit la petite porte à trouver pour établir le lien avec les parents ; il faut s'intéresser à leur boulot, aux conditions de transport, à leurs loisirs... Des fois, avec certains, cela fonctionne de dire les choses franchement et d'autres fois cela ne marche pas du tout. Il faut les aider à poser leur sac, leurs soucis. Ce qu'on dit avec eux, c'est toujours avec l'enfant en arrière fond. (...) Il y a beaucoup de parents (...) qui sont isolés socialement et la crèche est souvent un substitut grand parental. Les professionnelles sont des équivalents de parents des parents. J'ai beaucoup de mamans seules qui ne connaissent personne et qui utilisent la crèche pour créer des liens » (5)

« Reconnaître les parents dans leur fonction de parents, quels qu'ils soient. (...) Il y a encore beaucoup de jugements de valeur, terribles en ces lieux, on considère que les parents ne sont pas tout à fait capables. (...) La peur de ce qui est différent reste forte.

(...) On travaille beaucoup sur la communication, (...) la relation d'aide, l'écoute, aller au devant des parents. Dans leur territoire [la crèche], les parents ont du mal à venir vers elles et c'est [aux professionnelles] à aller vers eux » (7)

« Plus que de dire comment faire, le rôle [des professionnelles] c'est d'aider les parents à s'expliquer sur leur manière de faire et à réfléchir et trouver des solutions par eux-mêmes. On sait bien que les conseils ne servent à rien. Avec toutes les consignes en matière de santé, on ne s'en sort pas. C'est le mouvement inverse : valoriser le parent dans sa fonction ; il est un bon parent pour son enfant, et faire en sorte qu'il le soit plus, pas se substituer aux parents. C'est créer les conditions pour que les parents voient comment faire, puissent interpeller la structure sur comment elle fonctionne ». « Se mettre toujours en position de s'interroger, d'être ressource pour les parents, c'est un effort de tout temps pour les professionnelles pour valoriser la manière que les parents ont choisi de faire avec leur enfant. Cela passe par tout ce qui fait tiers, ce qui fait négociation et permet le passage du niveau individuel au niveau collectif ». « Ce n'est pas grave que dans la structure on fasse différemment d'à la maison. L'important c'est de s'en expliquer et de voir comment concilier ». « [C'est] élaborer dans un travail avec la famille quelque chose qui permet une continuité pour l'enfant, qu'il ne croie pas que chez lui ce n'est pas bien. Les solutions sont toujours compliquées à trouver. La structure a son projet, ses règles du jeu, elle ne peut pas faire n'importe quoi. (...) C'est un rôle de médiation, de traduction, de négociation. Cela permet aux parents de dire ce qui se passe pour leur enfant dans la structure. (...) Cela forme les parents à dire leur besoin ». « Pour faire tiers dans la friction entre parents et professionnelles, le projet collectif de l'équipement et le projet individuel pour chaque enfant sont un garde-fou qui évite que l'enfant soit un enjeu entre parents et professionnels. Le cadre permet de s'expliquer sur le projet. L'important est qu'il y ait un projet » (8)

Les enseignantes ont également un discours très structuré sur la création du lien avec les enfants et les familles, qui recoupe ce qui a été dit par le personnel des lieux d'accueil, notamment en ce qui concerne la proximité avec cependant une distance affective :

« Il y a une tentation à laquelle il faut surseoir, c'est le désir d'aimer. Un professionnel de l'enseignement aujourd'hui se doit avant tout de respecter mais de ne pas sombrer dans un maternage, dans une école maternelle qui a tendance à mater. (...) Beaucoup de femmes disent "mes enfants". Or, nous avons des élèves. [C'est] la question de la distance à mettre vis-à-vis de l'enfant, ce qui n'empêche pas d'être extrêmement proche » (14)

De façon plus spécifique, la dimension collective participative et l'objectif d'apprentissage sont mis en avant, ainsi que le droit à l'erreur pour contrer les pressions de réussite :

« [Je suis] un chef d'orchestre avec 25 musiciens qui jouent d'un instrument différent, qui doivent jouer ensemble avec un singularité. (...) Je découvre tous les jours de nouveaux instruments ». « Il y a une dimension collective. Moi, à l'école, je ne suis pas l'élément le plus important. Les autres enfants sont les plus importants. Je suis juste le chef d'orchestre. Je propose, je prépare des activités. L'essentiel des apprentissages se fait entre eux. C'est très net avec le langage : ils se trouvent dans une situation à problème qui les oblige à s'adapter et à évoluer. J'essaie d'être attractive, de réfléchir à pourquoi on est là. Je travaille avec eux sur la notion de projet qu'on élabore ensemble. [L'école] est un lieu où ils ont quelque chose à construire. La dynamique est basée sur ce qu'ils ont envie de faire. J'essaie le plus possible d'être ouverte sur l'extérieur, de faire des activités qui correspondent à la vraie vie. On a un fil conducteur qu'on définit ensemble. J'observe les enfants et je pars de leurs centres d'intérêt, il faut qu'ils viennent

avec motivation. Ils sont partie prenante des moyens que l'on se donne pour atteindre l'objectif que je fixe » (11)

« Les enfants subissent des pressions de réussite beaucoup trop jeunes et cela engendre des blocages, une peur de l'échec, ils se dévalorisent complètement » (11). « Il faut créer un climat de confiance et le droit à l'erreur, quelle qu'elle soit, se tromper dans une consigne ou bien une erreur, renverser le pot de peinture, le côté matériel. "Bon, tu as renversé de la peinture, eh bien tu ramasses, ce n'est pas grave. Tu as cassé quelque chose, tu ramasses, tu ré pares ta bêtise. Tu te trompes, ce n'est pas bon ? On est d'accord, on déchire et on recommence". Après, en groupe, c'est pareil : le gamin, comme il sait qu'il a le droit à l'erreur, il sait qu'on ne va pas se moquer de lui ou qu'on va lui proposer de l'aide. Il se lâche et les enfants participent beaucoup. Ils viennent au tableau et ne savent plus ? "Ce n'est pas grave, tu retournes [à ta place]". Il faut laisser ouvert, ne pas les bloquer » (13)

Le lien avec les parents est considéré comme important car ils ont la primauté pour l'éducation de leur enfant. Il se construit grâce aux rencontres, en groupe ou individuellement, à la venue des parents dans la classe, de façon informelle à la sortie de l'école, et par des outils de liaison :

Le lien enseignante-parent « se construit dès que l'enfant met un pied [à l'école]. La réussite de l'enfant à l'école dépend en grande partie du désir de la famille de cette réussite. Cela dépend d'échanges dans les deux sens. Il faut que les parents sachent ce qui se passe à l'école, ce qu'ils y font. On fait le cahier de vie qui sert dans les deux sens : servir à transmettre ce qui se passe à l'école et ce qui se passe à la maison, dans le respect mutuel de la fonction de chacun. Aujourd'hui, il y a beaucoup de différences entre les enfants. Les projets familiaux sont très forts, il y a beaucoup d'hétérogénéité » (11)

« Nous ne sommes pas les éducateurs numéro 1, on fait de l'éducationnel aussi mais les éducateurs numéro 1 ça reste et ça doit rester les parents ». « On essaye de leur dire qu'il faut qu'on aille dans la même direction. Si un enfant fait blanc à la maison et noir à l'école, ça ne peut pas aller, il faut qu'on aille dans la même direction » (13)

« En début d'année, on a une réunion avec les parents (...) et j'ai bien précisé aux parents que c'est important qu'ils me voient, qu'on se parle, qu'ils rentrent dans la classe pour voir ce que font leurs enfants, mais je leur ai dit que je ne voulais pas d'eux le matin [mais] que le soir ils rentrent comme ils veulent, il n'y a aucun souci. Et puis (...) au mois de décembre avec mes collègues on a proposé de les rencontrer par tranches de dix minutes pour faire le point sur les enfants et parler tranquillement (...). C'est agréable de voir les parents comme ça, pas rien que quand il y a quelque chose qui ne va pas. (...) On va refaire un bilan avec les parents en fin d'année. (...) Quand on se pose dans un fauteuil, il y a vraiment échange, communication ». « Sinon on a un autre lien, dans ma classe ça s'appelle le cahier de route. C'est un cahier que les enfants ramènent toutes les fins de semaine à la maison avec des informations générales (...). C'est un peu la vie de la classe. Ça permet aux parents de suivre un peu, car certains enfants ne racontent rien. Ils voient les événements de la classe » (13)

« En maternelle on voit beaucoup les parents, ils viennent dans la classe. (...) Je propose aux parents de venir par groupes de deux passer une matinée dans la classe. (...) Ils voient comment se passe une classe et comment leur enfant se comporte en classe. (...) Le fait de voir ce qui se passe peut être rassurant pour les parents. (...) C'est bien de les faire rentrer dans la classe, mais pas tout le temps, chacun a sa place, on a chacun des rôles différents » (13)

*« Il est essentiel que les parents rentrent et connaissent la vie de l'enfant en classe » (12)
« Les enfants sont très différents dans la classe et en dehors de la classe. J'ai des mamans qui ont des complexes [par rapport à tout ce que j'arrive à faire avec eux] mais je les rassure : j'ai les mêmes problèmes qu'elles avec mes enfants, parce que je suis la maman, pas la maîtresse » (11)*

« Il y a tout un accompagnement à faire aussi sur la question des limites. On rencontre des familles qui sont dépassées par leurs propres enfants (nourriture, sommeil, etc.). Toutes les années on donne des règles de vie et toutes les années elles sont remises en question. Après les vacances, même si elles sont de quinze jours, il nous faut tout revoir. (...) Les parents ont un fort sentiment de culpabilité. (...) Quand la maman le récupère à 6 heures et qu'elle nous dit "je suis tellement malheureuse de l'avoir abandonné toute la journée que je ne peux pas le punir à 6 heures"... je ne raconte pas la suite ! Ca joue aussi dans le rapport avec la limite. On explique aux parents que ce n'est pas parce qu'on lui dit "non" qu'il ne va plus nous aimer » (11)

« Il faut travailler sur le rapport d'autorité que peut aujourd'hui s'exacerber dès lors que les autorités sont mises à mal, la première étant l'autorité parentale. Je vois dans ma classe combien de parents viennent le soir au confessionnal, et pourtant je suis dans un quartier de parents qui professionnellement sont arrivés ». « Je m'interdis tout jugement de valeur. Je n'ai aucun conseil à donner aux parents, contrairement à la grande majorité des enseignants. (...) Le parent a tous les droits d'éducation intellectuelle. (...) Evitons de faire des confusions entre autorité scolaire et autorité familiale. Laissons l'espace privé, l'espace de sécurité dans lequel l'enfant se construit, il joue à sa manière avec cet espace-là ». (14)

« L'enseignant des écoles maternelles ne peut travailler correctement que s'il y a prise en compte de l'enfant, ce qui signifie des liens forts avec la famille pour comprendre l'enfant et sa situation. Encore faut-il savoir quel type de relations nouer avec les parents. Elles sont le plus souvent improvisées, car ce lien n'est pas une tradition. (...) Il faut déboulonner cette représentation des enseignants qui vivent les parents sur le mode de la menace et de la critique permanente des enseignants (...). Et en même temps, l'évolution sociale consumériste tend à tendre les relations, l'enseignant n'est plus un notable respecté. (...) Il faut tendre à construire une interrelation compréhensive ». « L'enseignant (...) a un devoir de réserve quant à la réalité vécue dans la classe et il doit respecter le jardin secret de l'élève vis-à-vis de sa famille. Et réciproquement, il ne doit pas chercher à rentrer dans l'intimité de la famille tout en ayant le souci de comprendre l'élève par ce qui peut se passer dans la sphère familiale » (15)

Pour les professionnelles de la prévention en santé, le cadre de leur intervention est très précis : consultation de PMI, visite d'admission de grande section de maternelle, séances de préparation à la naissance, etc., et la participation des parents est volontaire.

« Le lien se crée par la connaissance de l'enfant jusqu'à l'adolescence, qui nous [puéricultrices] permet d'être un peu expertes. C'est ce qui fonde la légitimité » (7)

Les professionnelles sont d'abord axées sur le lien avec les parents. Il s'agit de mettre le parent en avant dans sa fonction parentale et de l'amener à poser lui-même les questions importantes pour lui, sans confusion des rôles.

Le lien se crée « par la parole. Etre proche des gens, avoir un langage très simple. On demande s'ils sont des questions, on les encourage à les poser. Ils ont peur d'être bêtes. C'est une attitude très simple et directe, en empathie. » (16)

« C'est énorme de pouvoir parler. Ce n'est jamais du temps perdu. Il faut prioriser le lien » (17)

« Etre en attente des questions des gens plutôt que de dire "voilà comment il faut faire". Je leur dis "quelles sont les questions que vous avez". Ne pas anticiper, même si on voit des choses dans la maison [qui ne vont pas]. Il faut essayer d'y arriver, mais par le biais de leurs questions. Avoir une écoute, mais pas une écoute passive ». « je leur fais comprendre que ce sont eux les parents. (...) Je leur dis que c'est eux qui décident pour leur enfant. Pour certains, c'est difficile. Il faut les revaloriser en tant que parents. Leurs parents les voient encore comme leurs enfants, pas comme des parents. Il faut leur dire que maintenant ce sont eux qui décident » (17)

« Notre lien, c'est de leur montrer les capacités de leur bébé. On entend encore des mamans qui disent "que voulez-vous qu'il comprenne avant un an". Quand elles voient qu'il arrête de pleurer, qu'il écoute, elles voient qu'il comprend ». « Quand on parle au bébé, il réagit et ça renarcissise la mère » (17)

« La relation d'empathie est très porteuse (...). Avant, je me serais placée sur le terrain du réconfort parce que je me sentais impuissante. [Maintenant], je touche le point qui fait mal, et les gens pleurent beaucoup. Pouvoir dire aux gens "oui, c'est drôlement difficile" plutôt que d'apporter un réconfort (...), reverbaler ce qu'ils laissent sous-entendre, "c'est dur d'avoir ce bébé qui ne dort pas", c'est une relation d'aide. Et ça permet aussi de reprendre avec le bébé : "tu vois, pour ta maman, c'est dur...". C'est fabuleux, les bébés ont une écoute, je suis sidérée. C'est bien aussi de revenir sur un cap qui a été difficile, le tout début de l'allaitement par exemple. De dire "il y a eu un moment difficile, et vous avez vu tout ce qui se remet en place...". Les revaloriser dans leur image de mère, montrer leurs capacités ». « Il faut être à l'écoute. Ne pas avoir de préjugés ni de schémas bien précis dans la tête sur ce qui est bien et mal. Accepter les gens comme ils sont et comprendre pourquoi ils en sont là, pourquoi ils sont en colère... Les préjugés interviennent quand on commence à avoir peur. Une fois qu'on commence à avoir peur pour une situation, c'est difficile » (17)

« Il faut d'abord gagner la confiance, rassurer, sur la base des compétences liées à des questions du quotidien de la vie. Quand on a une approche hygiéniste [normative], on ne peut pas être aidant » (18)

« C'est avec les parents qu'on a parfois un rôle de parents. On a un rôle, on les conseille, on ne les juge pas. Des fois, on rectifie un peu le tir, on rétablit des règles. Les gens vivent un peu la vie qu'ils veulent, mais un enfant de grande section de maternelle qui se couche à 11h du soir, on va le rectifier. Les parents sont parfois tout contents qu'on intervienne "tu vois ce qu'a dit le docteur...", mais je leur dis "non, c'est vous qui le dites [à l'enfant]". Il y a parfois attente d'autorité de la part du médecin, mais je ne rentre pas dedans. (...) Je donne les explications en tant que médecin, pourquoi ce n'est pas bon, mais après c'est aux parents de prendre leurs responsabilités » (18)

« le lien se construit en maternité autour des soins au corps de la mère et du bébé. C'est à partir de ces soins aux corps que peut se mettre en place cette fonction de holding, cette fonction contenant ». « Les personnes qui s'occupent du corps ont un rôle essentiel pour reconstituer une enveloppe complète pour la mère. Il y a un travail de réassurance sur les images du corps qui sont parfois complètement attaquées ». « Pendant ces quelques jours du post-partum où le bébé a une coloration d'étrangeté, c'est là que le travail est important, de s'approprier l'un l'autre. Le blues du post-partum est là dans ces mouvements contradictoires de joie, de déception, d'envie de partir en laissant tout là, et en même temps une peur terrible qu'on prenne le bébé, des émotions très violentes. L'équipe a ce rôle de contenant par rapport à ces sentiments désordonnés qui

émergent ». « Le bébé [est] un être nouveau à découvrir, avec des compétences, une vulnérabilité, et les mères aussi ont des compétences et des vulnérabilités, donc il faut commencer à s'accorder ». « Toutes les mères ont des compétences, il faut les amener à les découvrir. (...) les puéricultrices sont suffisamment sensibles pour arriver à s'effacer devant la mère. Mais cela implique de tolérer les angoisses de la mère avec son bébé. Quand on voit une mère hésitante avec son bébé, qui ne sait pas trop comment le tenir, la mère est inquiète mais ses angoisses vont être transmises à la puéricultrice qui ne peut pas s'en défendre avec des gestes techniques. Donc là, celle qui aide a un travail à faire de supporter cette anxiété. Rien que d'être à côté, ça va aider la mère à ne pas lâcher le bébé par exemple, même si elle a des gestes maladroits. Cette anxiété de lâcher est perçue par la mère, pas forcément par la puéricultrice. Mais il faut qu'elle soit ressentie par les deux, et finalement le bébé ne tombe pas. C'est ça le travail ». « Les professionnels sont toujours surpris, ça leur paraît étonnant que par exemple une mère allaite mieux son nouveau-né si on reste à côté d'elle sans forcément faire quelque chose. C'est cette position qui est essentielle et pas forcément facile à cerner. Il y a un travail à faire sur cette position "à côté de" sans pour autant agir » (22)

Par rapport à l'enfant, le respect passe par la distance affective (dans la proximité), qui laisse les parents responsables de leur enfant, et par une approche progressive qui prend en compte le fait qu'il comprend beaucoup de choses.

« Je ne prendrai jamais le bébé dans mes bras sauf si la maman me demande. Si on doit transporter plein de choses, je prendrai plutôt le couffin et les vêtements et la maman gardera le bébé » (16)

« Je ne prends jamais l'enfant, ce sont les mamans qui prennent leur enfant, qui le déshabillent. Même si elles sont très maladroites et qu'il leur faut un quart d'heure, je les laisse faire » (17)

« Si l'enfant fait des bêtises au cours de la consultation, on laisse le parent intervenir » (18)

« La première fois, elles ont toujours tendance à déshabiller le bébé et à le poser sur la table d'examen. Je leur dis "non, vous prenez le bébé sur les genoux". Et on discute. Ensuite, on passe à la partie examen, mais déjà je me suis présentée au bébé, je lui ai dit que j'allais l'examiner et je demande toujours à la mère de rester à côté du bébé pour qu'il soit en confiance. Je resitue tout le temps la mère et son lien avec l'enfant : "tu vois, ta maman me dit...", "ta maman est à côté de toi, elle reste à côté de toi..." » (17)

5. Repérer quand l'enfant va mal et y répondre

Toutes les professionnelles de l'accueil à domicile ou en structure sont attentives à des signes qui les alertent (« *garder les yeux et les oreilles bien ouverts* » (10)), essentiellement des changements de comportement : « *Quand un enfant change, c'est qu'il a un souci* » (1).

Elles ne font pas de catégorisation, ce n'est pas leur rôle de faire un diagnostic :

« On n'a pas à dire si un enfant a un problème en terme de diagnostic, c'est au médecin ou à la psychologue [de le dire] ; nous notre rôle c'est d'observer » (3).

De très nombreux signes sont listés :

« La façon de réagir à d'autres enfants, s'il mange ». « Un changement de comportement. S'il pleure alors qu'il ne pleurerait pas. S'il reste dans un coin ». « S'il est triste, s'il est tout seul ».

« Enervé, instable, hyperactif (...), il bouge tout le temps » (2)

« Un enfant qui se replie sur lui-même, (...) qui n'arrive plus à communiquer, qui s'enferme dans un comportement difficile » (2), « qui refuse tout contact » (10)

« Un enfant (...) en retrait, hyper agressif, qui ne joue pas, le regard fuyant », « un enfant qui n'évoluerait pas beaucoup » (3)

« Il pleure sans arrêt, il est grognon, il ne veut pas jouer avec les autres, il veut toujours sa sucette » (4)

« Retard du développement physique et moteur (âge de la marche par exemple), régression, comportement insolite, changement de comportement, le corps qui parle, le sommeil, les morsures... » (9)

Repérage des déficits sensoriels : « il entend mal, il se cogne partout » (9)

« La maltraitance, c'est un faisceau de signes. (...) Ce peut être difficile de décoder. » (9)

Selon l'âge les choses sont différentes :

« Le grand va demander plus de câlins. Il va rester complètement sur nous. Il ne va pas s'amuser. Il ne va pas parler ou il va rester s'isoler dans un coin ». « [Le nourrisson] pleure. Il reste tout le temps dans les bras, couché. La fièvre. Le sommeil. Il mange moins que d'habitude ». « Tout ce qui entre et qui ressort » (1)

« Le bébé ne sera pas agressif. Un enfant de trois ans, il pourra tout casser » (3)

« Chez le bébé, c'est l'expression du visage, il y a un pleur de douleur qui est différent du pleur de la faim. Plus grand, c'est le caprice, c'est parfois un enfant qui n'a pas réussi à se faire comprendre, qui se roule par terre, qui crie, pousse les autres, tire les cheveux, mord, des pleurs languissants » (4)

Les parents aussi peuvent venir et dire que cela ne va pas.

Les professionnelles réagissent différemment face à l'agressivité et au retrait :

« Pour l'agressivité, elles vont souvent chercher à savoir ce qui se passe du côté de la famille : venue d'un petit frère, maman enceinte, séparation, parents au chômage, comportements inadaptés de l'enfant qui font que l'enfant n'a plus de repères, etc., avant de pouvoir aborder la façon dont l'agressivité est prise en charge à la crèche, de travailler sur l'environnement crèche. elles vont se protéger en rationalisant, en projetant sur l'extérieur. Mon rôle [de psychologue] est d'entendre ce qu'elles peuvent penser de ces comportements et de les amener sur le terrain de la crèche et comment on prend en charge cette agressivité. Il y a parfois des fonctionnements très rigides dans certaines équipes, c'est vraiment difficile d'aborder leur façon de travailler, l'aménagement de l'espace, leur propre fonctionnement. Par exemple, le moment du

change, entre le repas et la sieste, est un moment très électrique. (...) Elles vont toutes se retrouver sur le lieu du change. (...) Elles vont de façon très opératoire changer l'enfant, mais surtout discuter entre elles (...). Du coup, le groupe enfant est laissé complètement à lui-même. C'est un des moments où il y a le plus d'agressivité entre les enfants parce que c'est un moment qui n'est plus du tout contenu ». « La morsure est difficilement accompagnée dans les collectivités. On accepte plus les griffures et le tirage de cheveux que les morsures. Cela renvoie peut-être à quelque chose de plus primitif » (6)

« Le retrait est assez souvent dénié par les équipes. C'est trop violent pour elles, donc elles-mêmes ont une attitude de repli. (...) C'est plus violent car elles n'entrent pas en conflit avec l'enfant. C'est comme si elles n'avaient pas de porte d'entrée sur le mal-être de l'enfant. L'enfant n'est plus dans la communication et ça leur fait violence car elles se sentent beaucoup plus impuissantes à prendre en charge cette manifestation silencieuse » (6)

L'enfant symptôme. Qui va mal : l'enfant ou l'adulte ?

« L'enfant qui va mal, c'est toujours en interaction ». « Quand la relation ne va pas, par exemple l'enfant inhibé, il y a mal-être de l'assistante maternelle, qui risque de tout mettre sur le dos des parents. Elles ont peur (...) qu'on leur retire le gamin » (9)

« Souvent, quand ça se passe mal avec les parents, l'enfant le manifeste aussi, donne des signes de mal-être. C'est un enfant avec lequel elles ont du mal à coopérer. Il y a l'enfant surinvesti ("il reçoit du mauvais, alors on va ne lui donner que du bon à cet enfant"), ou alors les parents qu'on accepte difficilement amènent l'équipe à se désinvestir de l'enfant » (6)

« Pour les équipes [de crèche], parfois un enfant va mal, mais on s'aperçoit que ce n'est pas lui qui va mal, c'est un autre. Il y a un enfant sur lequel on cristallise les difficultés et on tire le signal d'alarme [pour lui]. Il y a des équipes qui vont tellement mal qu'un enfant va se manifester plus, va sortir du moule et va devenir plus agressif, et là c'est un engrenage. Il exprime l'incapacité de l'équipe à contenir un groupe d'enfants qui s'éparpille, il devient l'enfant symptôme » (6)

Que faire?

Rechercher la cause immédiate.

« Il faut bien discuter avec l'enfant, parfois ce sont des petites choses toutes bêtes du type un petit chagrin parce que sa maman est partie » (1)

« C'est à nous de comprendre pourquoi il pleure et de le sortir de ses angoisses. Ça passe par la parole, on en parle. On le dit à l'enfant : "papa était en colère ce matin, mais tu n'y es pour rien". On lui explique. Parfois, ça peut démarrer par peu de choses de notre point de vue, une contrariété parce que c'est maman qui a ouvert la porte et pas lui. On explique : "maman a ouvert la porte et pas toi parce qu'elle était pressée". » (4)

Si ça dure, les assistantes maternelles alertent les parents. Elles peuvent aussi en parler au relais assistantes maternelles ou à la puéricultrice.

En crèche, on en parle en équipe, avec la directrice, la psychologue, aux parents, au pédiatre, parfois au médecin de PMI.

« On travaille toujours sur des micro-événements, (...) sur l'observation pour repérer à partir du quotidien les signes d'alertes, et à faire travailler ces questions là avec d'autres, avec les parents. (...) On travaille beaucoup [aussi] à partir du contexte. On s'intéresse à la singularité des situations. Le contexte donne du sens. (...) Cela permet de désamorcer les situations, cela rend les parents acteurs » (8)

Les enseignantes sont, elles aussi, en observation des comportements des enfants, selon leurs deux modalités principales : hyperactivité et passivité.

« L'instabilité, ceux qui ne restent pas en place, ont trop d'énergie. Les passifs, ceux qui passent entre le mur et la peinture, ces enfants qu'on n'entend pas. Et puis il y a les troubles du langage (...), l'enfant qui n'avance pas. La fatigue, les enfants sans vacances, qui n'ont pas le temps de souffler. (...) Des enfants qui n'ont pas envie de venir à l'école, des pleurs énormes pour certains ». « L'expression de la souffrance des [enfants de] petite section est plus apathique, et plus ils grandissent, plus il y a des expressions d'agressivité. [L'agressivité] c'est ce qui saute aux yeux. La passivité nous interpelle sur le long terme » (11)

« Un enfant qui se tapait, qui s'automutilait. D'autres (...) qu'on ne pouvait ni cadrer ni approcher, qui refusaient toutes les limites. (...) Des enfants qui s'isolent. (...) Des régressions temporaires. (...) Des difficultés à rentrer dans le cadre scolaire » (12)

« L'enfant hyperagressif, tout seul, rejeté par les autres gamins, qui a l'air triste, bizarre ». « Souvent (...), la relation duelle ne pose pas de problème, ils sont charmants quand on est avec eux mais ont du mal à supporter le poids du groupe, de trouver leur place ». « Des gamins qui sans arrêt rappellent ce qui se passe chez eux, un mal-être qui passe, une façon d'attirer l'attention. Un gamin, ça bouge, on a l'habitude, mais il y a bouger et bouger. Il y a ceux qui mettent des mots sur les choses. Une petite fille a dit un matin à ma collègue : "j'ai besoin de te dire quelque chose : ma maman s'est cognée, elle dit qu'elle s'est cognée mais mon papa et ma maman ils n'arrêtent pas de se disputer. Elle avait besoin d'en parler ». « Les petits, c'est pipi-culotte, caca-culotte, des vomissements par contrariété, ils refusent de partir avec les parents, même en grande section de maternelle ! » (13)

« Les comportements les plus fréquents en terme de difficulté : l'hypermotricité et de manière générale les comportements qui (...) posent problème. Ce que les enseignants voient moins, ce sont les enfants mutiques ou le phénomène des enfants écrans. Si dans une classe il y a cinq enfants très réactifs et qui assurent le dialogue avec l'enseignant, ce dernier aura plus de mal à voir les enfants mutiques. (...) L'enfant qui ne parle pas, ce n'est pas toujours une situation dramatique. [Mais] il y a des enfants qui vont être mutiques pour des problèmes d'audition, des problèmes de langage, des problèmes familiaux, ce qui est difficile à décoder » (15)

La recherche des causes du mal-être :

« Il y a celles qui sont liées à des instabilités affectives, comme les familles éclatées où ça se passe mal. Il y a la souffrance de l'enfant qui est hyper-boosté, qui a peur de ne pas y arriver... ou qui ne fait rien parce qu'il a peur de se tromper. Et puis il y a des constats de souffrance qui n'ont pas d'explication a priori : refus de grandir, rester petit » (11)

« C'est là où est notre limite, on sent, on voit qu'un gamin a quelque chose, mais on n'est pas capable d'analyser ou de voir pourquoi » (13)

« L'expression verbale des problèmes est rare, mais cela arrive : souffrances, sévices... La parole englobe aussi des messages non verbaux comme les dessins. cela dit, l'enseignant n'est pas un psychologue et on est très prudent sur ce type d'interprétation » (15)

« Il y a encore beaucoup de jugements de valeur : face à un problème de comportement on ne va pas systématiquement signaler et l'on va passer rapidement à une explication générale "c'est de la faute des parents, de son milieu social". Ces observations de comportements inhabituels ne sont pas problématisés, insuffisamment en tout cas. Mais il y a des enseignants qui font très bien ce travail » (15)

Les réponses : L'enseignante peut essayer de faire réagir l'enfant : « *Ceux qui expriment des symptômes, on leur donne des responsabilités, on voit si ça répond* » (13)

Elle en parle avec les autres enseignantes, avec les parents, le médecin scolaire, la PMI, le réseau d'aide spécialisée. Toutes les difficultés ne sont pas durables.

« On leur fait part du constat, on essaye de cerner l'explication, on essaye de mettre en place un projet » (11)

« Après la réunion avec les parents, certains enfants ont été transformés. De voir que les projecteurs étaient braqués sur eux, ils ont vraiment pris confiance en eux. Voir qu'ils étaient le centre de l'attention, que les parents et la maîtresse étaient là rien que pour eux. » (13)

« On hésite à signaler un enfant [au réseau d'aide] en petite section, on a des scrupules, on a peur de lui mettre une étiquette, mais hélas on se trompe rarement » (13)

Les professionnelles de la prévention en santé sont très attentives aux signes de difficulté. Ces signes sont à observer chez l'enfant, mais aussi chez la mère (dès la grossesse) et dans la relation mère-enfant. Ces signes sont très nombreux :

« On rencontre des femmes en dépression dans la grossesse, ou des femmes (...) en difficulté du fait du bouleversement que peut constituer la naissance. (...) Cela peut être des mamans qui ont eu une enfance très difficile : deuils précoces, enfance difficile, maltraitance, séparation des parents mal vécue, anorexies dans l'adolescence, dépression... On recherche systématiquement ces indices dans l'entretien. On aborde à un moment ou un autre le registre des peurs, des angoisses, des craintes, (...) des troubles du sommeil. (...). Il y a des femmes qui sont en difficulté de couple : père parti, mis à la porte, absent. (...) On essaye également d'évaluer les questions relatives à des dépendances (...). Ce n'est pas toujours très facile de faire la distinction avec ce qui relève de la grossesse, car on sait qu'il y a des changements dus à cet état [comme] passer du pleur à la joie très facilement » (21)

En post-natal, on recherche « les signes de l'établissement du lien mère-enfant tels que le regard de l'enfant, regarde-t-il sa mère ou regarde-t-il ailleurs, est-il dans un état de se protéger ou d'être indifférent, est-il en relation avec l'entourage, est-ce que la mère le regarde ou ne le regarde pas, la façon dont elle le prend dans ses bras, (...) lorsqu'elle fait les soins est-elle vraiment présente ou les fait-elle machinalement. Il y a des mères qui ne ressentent pas le lien ». « Parfois les femmes mettent très longtemps avant de venir exprimer "ce bébé, ce n'est pas mon bébé, c'est un étranger". C'est assez fréquent lorsqu'il y a eu un accouchement difficile, une séparation tout de suite (...). Il y a d'autres mamans ne sentant pas du tout au début de signes d'attachement, et là il faut vraiment le prendre au sérieux » (21)

« Le repérage, on sait relativement bien le faire. (...) Les équipes ont des points de repère. Un accouchement traumatique, une césarienne non programmée (...), il y a risque que l'accouchement déborde les capacités de représentation des parents. Les enfants qui ont besoin d'être en incubateur (...) : aussi brève que soit la séparation, elle a quand même eu lieu, ça peut faire souffrir la mère et le bébé. Il y a beaucoup de signes de souffrance. par exemple, si la mère est seule et n'a pas de visites. C'est important d'être attentif au déroulement dans le temps, de voir comment les choses changent » (22)

« Des enfants qui courent partout, des mamans désemparées qui les ont tout le temps dans les bras, qui leur donnent tout le temps à manger, des enfants toujours pendus au sein ou au biberon car on ne sait pas décoder leurs cris, un enfant peu gratifiant, qui ne

renvoie pas les sourires (...), un enfant trop sage, qui dort beaucoup, qui oublie de se réveiller... » (16)

« Selon l'âge, [la souffrance va] faire intervenir la psychosomatique à différents niveaux. Les tout petits, ce sont des coliques, des ballonnements abdominaux, des régurgitations. Après trois mois, ce sont plutôt les vomissements que les régurgitations, des troubles du sommeil, il s'endort mal, se réveille souvent, demande beaucoup les bras ou devient sauvage, ou il cherche des repérages familiaux, par exemple il sourit à tout le monde, va dans tous les bras, ou il attrape tous les germes qui passent, est tout le temps malade, anorexique... Plus tard, ce sont des retards psychomoteurs pour s'asseoir, se mettre debout, une altération de la communication, un babil qui apparaît mal (...). Il faut savoir observer comment la maman le prend, le porte, voir son regard sur le bébé, si elle le laisse seul sur la table à langer, lui parle... Tout ça est important » (16)

« Un enfant qui s'éloigne de sa mère dès qu'elle le prend dans les bras, fronce les sourcils, la bouche à l'envers. D'habitude le corps de la mère est très rassurant. (...) Ce que dit la maman, un discours toujours négatif, ça ne va jamais, un enfant non gratifiant qui ne dort pas, ne mange pas... (...) Un enfant qu'on n'appelle pas par son prénom, on l'appelle "Monsieur", ou "le bébé", ou un vocabulaire très ordurier. Des phrases telles que "j'en peux plus, je vais le jeter par la fenêtre". (...) Un bébé qui n'a pas une attitude de bébé, un bébé vieux presque, un bébé qui ne bronche pas quand on le vaccine, même quand on introduit l'aiguille, un bébé qui sait déjà que ça ne sert à rien de pleurer, ou qui sait qu'il pourrait être bien secoué s'il pleurait. [Ou au contraire] un bébé hypervigilant, qui ne lâche jamais sa mère, regarde et tient, même s'il a sommeil. (...) Une mère visiblement épuisée et qui n'en peut plus » (17)

« L'enfant surexcité, violent, qui tape sa mère, qui met le bureau en l'air, avec une logorrhée. Souvent le père n'est pas là » (20)

« Dans le carnet de santé : un enfant toujours malade, qui change sans arrêt de médecin, qui a eu beaucoup de déménagements, de changements d'école » (18)

Les réponses. Nommer la souffrance, comprendre les causes, accompagner la famille et si nécessaire orienter : psychologue, pédopsychiatre, réseau d'aide spécialisée, service de pédiatrie...

« Il faut aller vers ceux qui ne vont pas et au moins exprimer à la personne qu'on ressent une souffrance. Il ne faut pas attendre une demande ("j'ai besoin de ci ou de ça") qui ne viendra peut-être jamais. La prévention demande de l'inventivité, une réponse adaptée à chaque situation. Alors, ce sera toujours différent et toujours fluctuant. Il n'y a pas de règle. La règle, c'est de savoir écouter et décrypter. Ne pas botter en touche » (16)

« On en parle : "il me semble que votre enfant n'est pas bien, est-ce que vous l'avez déjà constaté, est-ce quelque chose dont vous voulez qu'on parle, est-ce que ça vous fait souci ?" et en général ils en sont conscients et sont contents d'en parler. Des fois, ils attendent notre avis pour orienter l'enfant parce qu'ils ne savent pas où s'adresser ». « Parfois il faut échelonner et mettre des priorités. Il faut voir en fonction de la demande des parents, c'est là où c'est le plus efficace » (18)

« On ne fait pas de catégories. Il y a un ensemble de signes à décrypter. Il faut connaître le contexte » (16)

« On n'a pas de grille, on avance au pas des familles, on s'adapte à ce qui vient. On se méfie beaucoup des grilles. On sait que ça existe, mais on ne catégorise pas. Par contre, quand une situation nous fait souci, on a des lieux pour en parler » (17)

Etre présente, écouter, réassurer, suivre, faire travailler les parents en groupe, amener à une orientation si nécessaire :

« On les encourage à exprimer le plus possible ce qu'elles ressentent, à évacuer ». « Assez vite, on va arriver à des propositions et des conseils pour cheminer avec [les mères] pour qu'elles soient suivies par nous ou un intervenant extérieur », notamment psychologue (21)

« D'abord être disponible pour les mères. (...) Quand les mères ont mal, en passant du temps avec elles, elles ont moins mal. Dans les états un peu dissociés du post-partum, elles ont besoin de cette fonction contenant de la présence, du cadre, de savoir qu'on est là, qu'on va revenir, qu'on ne va pas la laisser ». Suivre l'évolution et valoriser le positif : « Par exemple, une mère qui ne veut pas donner le bain, qui reste dans son lit. En lui laissant du temps, peut-être qu'après un jour ou deux elle va s'approcher, regarder, et être plus proche du bébé. Il faut voir aussi les signes d'investissement » (22)

« On répète tellement qu'avoir un enfant c'est le plus beau de la terre que quand [les mères] craquent, elles se sentent encore plus enfoncées. Leur dire "vous avez le droit de ne pas être bien, vous avez le droit d'en avoir marre et d'avoir envie de le jeter par la fenêtre cet enfant". Et là, elles relâchent tout. Elles discutent beaucoup entre elles [dans le service], elles n'en sont pas au même stade. C'est énorme de pouvoir déculpabiliser les mères, de leur dire que ce n'est pas toujours aussi idyllique, que ça peut être un immense bonheur mais aussi des fois non. Il faut s'adapter, faire connaissance avec le bébé » (17)

« On reprend toute la grossesse à côté de l'enfant qui joue, qui dessine. On prend le temps, et c'est l'occasion pour la mère de dire quelque chose de difficile qu'elle a vécu depuis la grossesse ou qu'elle vit depuis un an et elle le dépose ici. Il ne faut pas se loucher. Quelques fois, il suffit de parler des troubles du sommeil et de l'alimentation et ça permet de repartir. Soit il faut faire une orientation et il ne faut pas se loucher. Il n'y a pas de séance de rattrapage ». « Ce temps de parole avec l'enfant à côté est vraiment très intéressant » (17)

« Détecter pour que les parents puissent avoir une attention affective, câliner, prendre dans les bras, et apprendre à dire non et à donner des limites ». « A la fois le remplir et le contenir. On voit des défauts de remplissage et des défauts de contenant, absence de règles, d'interdits, de limites, générateurs d'angoisse ». « Essayer de voir le père le plus possible : remettre la triangulation en place » (20)

« Pour être dans l'accompagnement il faut construire le réseau et ça fait partie de nos missions de constituer ce réseau. Pour pouvoir orienter les gens, il faut leur dire "allez voir telle personne". Il faut être convaincantes, donc convaincues » (17)

Orientation vers le pédopsychiatre : « j'explique à la famille que je me pose des questions sur la façon dont se sent le bébé (...). Je propose parfois un rendez-vous en commun, le soir pour que le papa soit présent » (16)

« Les amener à faire une démarche de soins psychiatriques, c'est difficile. On s'appuie sur la souffrance de l'enfant pour faire évoluer les mères. Mais souvent le papa ne veut pas, le psychiatre c'est l'image de la folie. On a l'impression qu'il y a des gens qui ont acquis le soin psychologique et d'autres non. Il faut ruser avec eux pour la prise en charge. Le problème est de prendre en charge rapidement, mais si les parents ne sont pas prêts, c'est inutile » (17)

« Une observation contenant avec une infirmière et une psychomotricienne à domicile, à un moment où l'enfant ne dort pas, pour observer dans le but de mettre la maman dans ses compétences. Ne pas faire à la place de, mais faire que la maman puisse régler sa capacité dans un moment de tension » (16)

« Il y a possibilité de travailler en groupe. On a un atelier de psychomotricité pour les tout petits, [pour travailler] toutes les craintes maternelles ou paternelles d'intrusion sur

le corps de l'enfant ou au contraire qui sont trop intrusifs, qui sont collés à l'enfant. (...) C'est intéressant qu'un parent puisse répondre à un autre sur ses difficultés, c'est bien plus opérant que quand c'est un professionnel qui répond. (...) C'est intéressant pour travailler sur les côtés positifs de la parentalité. il faut que les parents soient en surnombre par rapport aux professionnels. Je crois beaucoup au pouvoir des parents les uns sur les autres » (16)

6. Les professionnelles mises en difficulté

Les principales difficultés concernent les relations avec les parents.

Assistantes maternelles : problèmes de contrat et de reconnaissance de la part des parents

« Je suis toujours très intimidée quand je reçois un nouveau parent ». « Pour moi, c'est traumatisant chaque fois que je reçois un [nouveau] parent. J'ai beaucoup de mal ». « J'ai toujours une appréhension ». « Personne ne nous a jamais appris au départ comment faire pour qu'on soit plus sûres de nous » (1)

Quand les parents retirent leur enfant de chez l'assistante maternelle, ces situations « sont toujours perçues comme un échec, même si les compétences professionnelles et les capacités d'accueil ne sont pas mises en avant [comme motifs du retrait] » (1)

« Il y a des parents qui ont beaucoup de mal à nous entendre quand on parle. Ils écoutent juste ce qu'ils veulent ». « On parle aux parents et (...) ils prennent ce qu'ils ont envie et après le reste ils le laissent ». « Ce qu'on peut leur dire, ça n'a aucune importance, alors qu'on vit toute la journée avec les petits ». « Ca n'a aucune valeur ». « On n'est pas professionnelle pour eux ». « Ils ne nous prennent pas au sérieux ». « Quand on parle sérieusement aux parents, ils nous mettent en cause : "cette nounou a des problèmes familiaux, elle n'est pas très équilibrée" et après on est presque accusée et on est obligée de se défendre » (1)

Pourtant, les assistantes maternelles peuvent être confrontées à des situations graves : maltraitance dans la famille, qui a abouti à un signalement, ou une mère qui donnait un calmant à son enfant. *« Pour nous, c'est bizarre d'aller dire à notre patron ce qu'il ne devrait pas faire avec son enfant. Parce que les parents restent notre patron, c'est vrai » (1)*

« La reconnaissance, on l'a en chemin, quand les parents nous reconnaissent et nous apprécient. Mais au départ, ils sont sceptiques, anxieux, ils ne nous connaissent pas ». « On n'est pas valorisées ». « Les prix sont extrêmement bas, ils sont à 10F de l'heure. Ce n'est pas beaucoup valorisant » (1)

En famille d'accueil, la reconnaissance est également problématique : *« Nous ne sommes pas perçues comme professionnelles par les parents » (2)*

En structure d'accueil on peut être mise en difficulté par les parents, ou à l'intérieur de l'équipe, les problèmes d'équipe pouvant favoriser ceux avec les parents.

« Les parents en colère, [qui ont des] exigences auxquelles on ne peut pas répondre, [des] différences de point de vue d'éducation, [un] rapport aux institutions problématique, (...) parfois des problèmes culturels, certains rituels... Normalement, cela se passe à l'entrée [de l'enfant] mais les gens n'entendent pas tout ou ne veulent pas tout entendre » (3)

Difficultés interculturelles : « l'équipe a du mal à accepter les exigences alimentaires des parents. Elle a l'impression qu'on maltraite [l'enfant], qu'on ne lui donne pas ce dont il

a besoin. [Les professionnelles] restent sur des positions difficiles à travailler. Il faut l'aide d'une psychologue, une formation, pour qu'elles puissent se décentrer. Elles s'identifient complètement à l'enfant » (6)

« Difficultés avec les parents, quand il n'y a pas d'atomes crochus, quand ils sont provocateurs, sur le qui-vive, qu'ils jaloussent plus ou moins le personnel. (...) Les problèmes peuvent démarrer quand il y a un problème dans l'équipe, les parents le ressentent. Quand tout est bien calé et réglé pendant le temps d'adaptation, ça va » (4)

« Les agressions par les parents, ça laisse des traces longtemps. Il est difficile de ne pas se laisser contaminer par des relations avec des parents difficiles » (5)

« Ce qui est frappant depuis une dizaine d'années, c'est le nombre de séparations [de parents] avec des enfants très jeunes, parfois avec des situations très difficiles : des parents qui ne se parlent pas, qui usent les [professionnelles] avec leurs conflits, des gamins très perturbés... Des situations parfois très conflictuelles : insultes, violences, enlèvements, etc. ! Nous avons un rôle de cadrage des parents dans ces situations » (5)

La difficulté perçue dans le travail avec les parents peut toutefois être à la fois généralisée et relativisée :

« C'est difficile de travailler avec les parents. Travailler avec les parents, ce n'est pas accepter toutes les demandes des parents, c'est accepter le conflit avec les parents. Le frottement existe, il est constitutif de la relation [professionnelles/parents]. L'objectif n'est pas de réguler une bonne relation. C'est de poser un cadre qui va permettre de travailler sur l'objet de la relation. L'objet de la relation, c'est le travail éducatif. Vous n'êtes pas d'accord, il faut le dire aux parents, mais s'ils ne sont pas d'accord, il faut qu'ils puissent vous le dire. L'important, c'est de créer les conditions de cette rencontre et pas de faire en sorte d'éviter que les problèmes soient posés, donc on va parler de la pluie et du beau temps, de toute autre chose que justement ce qui est difficile. L'important est la rencontre, peu importe qu'il y ait conflit, ça permet de construire quelque chose, mais ça, c'est difficile. On n'a pas envie d'accepter le conflit dans le travail » (8)

« Avec les parents, ce n'est pas une difficulté, ça fait partie de notre travail, c'est notre travail de faire le lien entre la maison et la crèche, mais c'est l'IMAGE de notre travail qui est en cause ». « Comme pour l'hôpital, il faudrait [prendre] en compte l'ensemble : les parents et l'enfant. Un enfant tout seul n'existe pas et c'est un problème pour nos responsables [administratifs et politiques] qui pensent trop souvent que nos boulots c'est de ne s'occuper que des enfants » (5)

Des difficultés dans l'institution :

« Quand il y a manque de personnel, pour RTT, maladie, le remplacement est fait par des personnes moins formées. Il faudrait que ce soient au moins des auxiliaires puéricultrices, pas des agents de service » (4)

« Il y a une incapacité dramatique de notre administration à anticiper, les départs en retraite, les [remplacements pour] maladies, etc. » (5)

« Il y a des difficultés à l'intérieur de l'équipe, c'est dur de n'être qu'entre femmes » (4)

« Les EJE peuvent être prises en sandwich entre les infirmières puéricultrices qui ont une formation santé et les auxiliaires puéricultrices qui ont une formation santé. Elles sont souvent un peu isolées [du fait de leur formation sociale] » (8)

« Quand le personnel est en difficulté, ça tient beaucoup à l'encadrement de la directrice. [Les professionnelles] ont besoin de se sentir elles aussi, comme l'enfant, contenues et enveloppées. Si la directrice est suffisamment présente, tient, est rigoureuse sur la différenciation des rôles, des fonctions, si elles se sentent écoutées, l'équipe ira beaucoup

mieux que si la directrice est retranchée derrière son bureau et ne voit quasiment jamais les enfants. La difficulté, c'est qu'on demande de plus en plus de travail administratif aux directrices. Elles sont tiraillées entre la nécessité de faire ce travail administratif et d'être sur le terrain dans les sections » (6)

« La violence institutionnelle (...) : violence des professionnels entre eux, en paroles, parfois en actes. Comment se positionner ? On devient complice si on ne dit rien. Cela interroge les relations entre collègues. Violence subie par les stagiaires : manque de respect, on ne partage pas avec elles le petit déjeuner » (7)

Pour toutes les professionnelles de l'accueil, peu de difficultés sont indiquées dans la relation avec les enfants.

« Il y a peu de difficultés avec les enfants. C'est notre légitimité professionnelle, on sait faire » (5)

« Les petits, c'est des petites bricoles » (2)

« [Je suis en] difficulté quand je n'arrive pas à comprendre pourquoi un enfant pleure » (4)

« Difficulté face à la violence des jeunes enfants. Des enfants qui se mordent, on se demande si ce n'est pas déjà de la violence » (7)

« Un enfant qui met une équipe en difficulté est un enfant qui n'arrive pas à trouver sa place. Il y a une espèce de cercle vicieux, car on se demande si l'enfant ne devient pas symptôme du mal-être de l'équipe. Le conflit s'alimente de part et d'autre. L'enfant continue d'appuyer sur la faille institutionnelle et l'équipe en retour se crispe sur les symptômes de l'enfant » (6)

« Les personnels de la crèche sont, avec les grands-parents, les personnes les plus proches des familles. Celles qui n'arrivent pas à prendre du recul peuvent avoir beaucoup de difficultés. Par exemple, lorsqu'elles apprennent une pathologie grave d'un enfant » (10)

Pour les enseignantes, les difficultés exprimées tiennent aux enfants, aux parents et à l'institution. Le ressenti est très différent d'une personne à l'autre.

Par rapport aux enfants :

« Des situations où je suis mise en difficulté : soit c'est une mise à l'épreuve (la transgression des règles), soit un sentiment d'impuissance (je ne cerne pas les difficultés, je n'avance pas), de la solitude des fois » (11)

« L'année dernière, j'avais un enfant psychotique, avec une auxiliaire de vie en permanence. Quand on a des enfants comme ça à gérer, c'est difficile. (...) Sinon, en dehors des cas lourds, rien ne me vient à l'esprit » (13)

Par rapport aux parents :

« [Il y a] de la souffrance et de l'impuissance, mais pas de conflit » (11)

« Ce qui nous met en difficulté : les agressions verbales des parents, des paroles proches de la diffamation, des menaces... » (13)

Par rapport aux collègues et à l'institution :

« C'est très difficile de travailler avec des collègues à mi-temps, notamment pour préparer [l'enseignement] » (11)

« L'institution, elle n'est pas bienveillante : on a un trop grand nombre d'enfants, elle ne répond pas à nos attentes, etc. » (11)

« On est de plus en plus confrontés à des points juridiques très précis avec lesquels on doit être très vigilant » (13)

« C'est souvent difficile [pour les enseignants] par rapport aux parents et aux enfants car ils sont très seuls face aux problèmes et ils ont une certaine difficulté, voire honte, à reconnaître les problèmes car cela signifie qu'ils ne sont pas capables. Cela peut prendre des formes graves. La dépression des enseignants n'est pas quelque chose de rare » (15)
 « Ce sont des situations multiples. C'est [par exemple] l'absence de conscience que [ses] comportements et réactions ne sont pas adaptés à une classe d'âge. Les 2-3 ans est la classe la plus difficile pour cela, parce qu'on a affaire à des enfants dont les comportements et les besoins échappent largement au cadre habituel de l'école maternelle, c'est une classe sans avec des enfants fragiles, dont le développement [du système] nerveux n'est pas achevé. (...) Une approche directive sera inopérante, il faut faire le deuil de la réalisation de ce que [l'enseignant] a prévu, cela implique une capacité à rebondir en permanence, à s'adapter en permanence. Ce qui est difficile pour des gens carrés qui ont besoin de préparer, ou du fait d'une représentation confuse de leur rôle : par exemple, penser que, parce que l'on a été mère de tout petits, on est apte à gérer une classe de trente bambins de trois ans. Cette classe est très différente de celle qui suit : les 3-4 ans sont très demandeurs de savoir, ils ont un comportement langagier très différent » (15)

Enfin, la notion même de difficulté est à discuter :

« Ce sont toujours les enseignants qui sont en difficulté, et jamais les enfants ». « Il n'y a pas d'élèves en difficulté à l'école, tout le monde est en difficulté, c'est inhérent à la fonction de l'Education nationale ». « Les enfants du voyage ne subissent aucune forme de handicap. C'est l'école qui handicape les enfants du voyage. Ce n'est pas l'enfant qui est handicapé socioculturel, économique, etc. Notre travail, c'est de repérer les formes de notre école républicaine qui sont autant de formes handicapantes pour différentes familles ou "catégories" d'enfants. (...) Il y a des formes à interroger : comment l'école peut-elle s'offrir différemment pour donner pâture à des enfants qui la mettent en difficulté » (14)

Pour les professionnelles de la prévention en santé, les difficultés exposées sont presque uniquement avec les parents : la confrontation aux situations de grande souffrance, des parents qui sont dans le déni, ou simplement des affects dus à un métier relationnel où on est confrontée en permanence à ses limites.

« Les difficultés qu'on peut avoir, c'est plutôt lorsque les parents n'écoutent pas, n'entendent pas et que l'enfant ne va pas bien. Des fois, je ne dis rien parce que je sais que ce ne sera pas écouté ni entendu. Dans ce cas, je préfère revoir l'enfant (...). Mais ce ne sont jamais des choses très graves, sinon je prendrais d'autres dispositions. Mais d'un autre côté, on n'est pas sûre d'avoir la vérité non plus. Les problèmes des enfants qui se couchent tard, mangent n'importe comment, ont des dents en mauvais état... mais ils ne sont pas malheureux, alors il faut relativiser aussi. S'il y a quelque chose de grave, je préviens les parents, bien sûr, et j'alerte les services sociaux. C'est rare, très rare » (18)
 « Les difficultés au niveau des familles qui ne veulent pas ou ne peuvent pas faire les démarches recommandées. Par exemple un besoin de lunettes signalé une, deux, trois, quatre fois... et qui n'est pas fait. Leurs difficultés sociales sont telles que leur priorité c'est pas ça, ou elles n'arrivent pas à faire ce genre de démarche, [en raison] de problèmes de violence intrafamiliale, de problèmes financiers ou de troubles psychologiques » (19)

« Des situations extrêmes, des gens qui ne veulent rien entendre, par exemple les futurs petits délinquants qu'on voit dès 18 mois partir droit vers la délinquance avec des situations de déni des parents. (...) C'est le plus difficile, les situations de déni. Quand il y a une souffrance énoncée, on arrive à faire quelque chose. Ce qui est difficile, c'est quand tout est caché par le déni. La sortie du déni se fait souvent de façon abrupte, par le rappel de la loi » (16)

« Autre exemple, des mamans étrangères, en général Turques ou Arabes, maltraitées et plus ou moins battues à la maison, complètement isolées. On essaye de les mettre en confiance, mais on peut les mettre en danger. Les enfants assistent aux violences conjugales. Les petites filles se construisent avec une image maternelle complètement dévalorisée, désagrégeante pour elles. Si on fait avancer trop vite [les mères], elles peuvent le payer très cher, être reniées par leur propre famille. On croit que la loi française protège, mais pas tant que ça. (...) Il faut les soutenir, et en attendant, elles continuent à "recevoir", et les enfants aussi. Ca, c'est très dur. L'identification joue à fond [entre] femmes. (...) Des fois on veut aller vite, mais la notion du temps n'est pas la même pour nous. Nous, les Occidentaux, nous sommes pressés. Parfois, il leur faut vingt ans à ces femmes pour comprendre. La difficulté est de ne pas faire à leur place, mais pour nous ça peut être intolérable » (16)

« Lors que les gens vivent des situations très lourdes en terme de souffrance » (21)

« Des fois, on est tellement immergée dans des situations qu'on se demande si on a encore le sens commun. On accepte parfois beaucoup de choses, on a une capacité de tolérance, et on sombre dans l'affectif après. Si on est trop proches, on arrive à accepter des choses qu'on ne devrait pas. C'est compliqué. L'affectif fait partie de notre travail aussi. On ne pourrait pas travailler sans affect non plus. En étant sur le terrain, on a envie de croire en ces familles aussi » (17)

« On a un travail beaucoup dans l'écoute, où on reçoit des choses pas faciles. On vit beaucoup de situations intensives. A domicile, on ne peut pas dire "je vais en parler à mon équipe et je reviens". C'est maintenant qu'il faut dire les mots, et ne pas se planter pour ne pas refermer la porte. On est exposées... La violence : des gens rentrent et crient. Ou bien on téléphone [à une famille] et on apprend que l'enfant est décédé... ». « Des fois on a besoin de souffler, de comprendre ce qui se passe. Il faut s'économiser pour se redynamiser, pour y croire. C'est un travail qu'on ne peut pas faire comme ça, derrière son bureau. Il faut avoir la pêche pour qu'on y croie et que les gens aient envie de s'en sortir » (17)

« On ne se sent pas toujours à la hauteur » (21)

« Les difficultés d'ordre diagnostique avec l'enfant. On ne sait pas exactement ce qu'il a, mais on n'est pas dans l'urgence. on a toujours la possibilité de revoir l'enfant quinze jours après, deux mois après (...). Donc on peut se laisser le temps de réfléchir, d'interroger mieux les parents, les services sociaux » (18)

« Les gens ne nous [la PMI] disent pas ce qu'ils disent à d'autres. Dans les milieux de grande précarité, on est suspects : c'est la caricature de la DDASS preneuse d'enfants, notamment pour les assistantes sociales. Nous avons intérêt à travailler avec les associations. Une puéricultrice, une sage-femme, sont en général bien reçues par ces populations car elles ne représentent pas le contrôle social » (20)

« [A la maternité], quand on n'arrive pas à avoir de contact suffisant avec les mères, qu'elles sont fermées, on n'a pas l'impression de pouvoir les aider. Il y a les cas dits sociaux ou ce n'est pas facile, il y a une difficulté relationnelle. (...) Les mères sont souvent à la recherche d'une image maternelle bienveillante et contenante. Mais parfois c'est plus compliqué, si les mères ont eu elles-mêmes une histoire difficile. (...) Parfois

elles vont quitter la maternité comme elles sont venues, elles auront traversé la maternité sans en bénéficier » (22)

Que faire quand on est mise en difficulté ?

D'abord en parler à un tiers, dans l'institution ou en dehors, auprès de partenaires.

Pour les assistantes maternelles, le relais assistante maternelle, la puéricultrice de la PMI. Mais le recours n'est pas toujours facile :

« C'est difficile de reconnaître qu'on ne va pas bien, difficile de demander de l'aide, car elle a peur de perdre l'agrément et son travail, peur de perdre une partie de son salaire en s'arrêtant » (9)

Dans les structures d'accueil, soutien dans l'équipe *« On travaille avec un esprit de soutien entre nous » (3)*, ou avec la directrice, avec la psychologue. Le rôle du temps d'adaptation est souligné. Il peut aussi y avoir un *« recadrage administratif »* d'un parent violent (5).

A l'école maternelle, il y a l'aide-éducatrice, qui aide à *« rompre la solitude »* (11), le RASED (réseau d'aide spécialisée aux enfants en difficulté), le médecin et l'infirmière scolaire, ou de la PMI, l'inspecteur de l'éducation nationale. Il y a aussi un service d'écoute des enseignants, anonyme et gratuit, mis en place par le rectorat.

Pour les professionnelles de la prévention en santé, le recours au réseau de partenaires permet de trouver des réponses aux difficultés : psychiatres, CMP (centre médicopsychologique), médecins spécialisés (neuropédiatres...), services sociaux, directeurs d'école...

Cependant, identifier le réseau de partenaires peut être en soi une difficulté pour une professionnelle qui arrive, l'orientation vers certains partenaires peut être aussi trop long, et le travail entre professionnels différents ne va pas toujours de soi, y compris dans le même service :

« Les difficultés d'orientation : vers qui ? quelle solution on va trouver, car l'accès aux soins auprès des spécialistes peut être très long : un bilan pour confirmer une dyslexie ou un bilan pour des troubles de l'apprentissage auprès d'un neuropédiatre, c'est le parcours du combattant. (...) C'est bien de dépister, mais qu'est-ce qu'on en fait ? » (19)

« Il y a des problèmes de pouvoir entre les [professionnels] "sociaux" et les "santé". Ce sont des problèmes de territoire et d'histoire ("mes familles") ; des problèmes de disparité de formation. Les assistantes sociales ont une formation qui les prédispose à être dans la relation, la parole (...). Les puéricultrices ont moins d'aisance dans la relation en groupe, sont plus capables de relation individuelle. Les assistantes sociales sont plus à l'aise en groupe. Elles sont parfois trop directes et pragmatiques, moins dans l'enveloppement, et cela peut bloquer dans la relation individuelle » (20)

« Il y a un manque de communication entre les services. Il y a beaucoup d'acteurs (...). C'est hallucinant le nombre de personnes autour d'une mère de la fin de l'accouchement à la sortie de maternité... (...) La problématique de l'accouchement c'est la dispersion, la confusion des sentiments. Et les équipes fonctionnent elles-mêmes de façon dispersée. (...) Je ne vois pas comment une mère peut se lier à son bébé s'il n'y a pas de lien entre les gens qui s'occupent d'elle » (22)

Certains organismes ont des *« groupes d'aide technique »*, qui sont *« des lieux pour en parler, dire ce qui nous fait soucier et voir ce qu'on peut proposer » (17)*

Rôle de la formation initiale.

La quasi-totalité des professionnelles estime que la formation initiale ne les a pas suffisamment préparées à ces situations relationnelles. Certaines notent que de toutes façons ce n'est pas au cours de la formation initiale qu'on peut tout comprendre : « *apprendre à décoder des signaux de comportements se construit avec le temps. Cela se joue plutôt dans l'expérience (...), même si on rallonge la formation initiale* » (15).

Point spécifique pour les assistantes maternelles : le fait que la formation ait lieu dans les cinq ans après le début de leur exercice les oblige à rentrer dans le métier sans formation, ce qui semble aberrant. « *C'est au départ, quand on n'a pas l'expérience, qu'on a besoin de la formation, ce n'est pas après* » (1). La brièveté de leur formation est soulignée tant par elles que par leurs formatrices.

Les enseignantes notent qu'elles n'ont pas eu de formations spécifiques sur la petite enfance et les classes maternelles, alors que travailler avec des petits « *demande une connaissance fine des besoins sur le langage, la motricité, la psychologie, etc.* » (11).

7. Les propositions d'amélioration

Pour les assistantes maternelles, les souhaits d'amélioration concernent les procédures d'agrément et de formation, le côté psychologique dans la formation, les lieux d'expression et la reconnaissance professionnelle :

- Des procédures d'agrément plus approfondies, avec un entretien psychologique et une formation initiale plus approfondie avant le début de l'exercice professionnel permettraient un recrutement plus fiable et une meilleure compétence des assistantes maternelles débutantes.
- Le contenu de la formation pourrait être étoffé, notamment en ce qui concerne l'approche psychologique de l'enfant. Des attentes sont également exprimées sur la relation avec les parents, qu'il s'agisse de la contractualisation ou de travail sur des situations relationnelles difficiles.
- Faire partie d'un Relais Assistantes Maternelles est considéré comme un point d'appui important. Cela permet aux assistantes maternelles de sortir de leur solitude, de se rencontrer, d'échanger avec la responsable du Relais. « *C'est un lieu de rencontre pour les enfants et pour nous* ». « *Ici, on voit les enfants sous un autre angle, on apprend beaucoup de choses* » (1). Dans la relation avec les parents, la responsable du Relais peut également faire tiers, au moment de la contractualisation (il est possible de rencontrer les parents et de signer le contrat au relais) et ensuite, notamment quand la relation avec les parents est difficile. Enfin, le relais est un lieu de formation continue.
- La reconnaissance professionnelle est une demande importante des assistantes maternelles. Les trois points précédents y concourent.

Les formatrices d'assistantes maternelles constatent également l'importance de leur demande de reconnaissance et la nécessité d'approfondir la formation (ce qui est en projet) en raison de leurs conditions de travail spécifiques (travail à domicile, qui implique leur propre famille, parents employeurs). Le besoin de support des assistantes maternelles peut être diversifié : il y

a les Relais Assistantes Maternelles (à laquelle l'adhésion pourrait être rendue obligatoire), il y a l'aide des puéricultrices (mais leur position peut être ambiguë, car elles sont aussi dans le contrôle). Il y a également la formation continue, qui permet de compenser le manque de formation initiale, mais elle pose un problème de financement (normalement, ce sont les employeurs qui devraient la financer, donc les parents). Il y a enfin des groupes d'analyse de la pratique qui pourraient être mis en place pour leur permettre de discuter des situations problématiques qu'elles rencontrent.

Pour les professionnelles des lieux d'accueil collectifs, les possibilités d'amélioration tiennent au cadre de travail (aménagement de l'espace, nombre d'enfants, organisation du travail), à la formation et aux possibilités de parler des problèmes rencontrés.

- Des locaux inadaptés (organisation de l'espace, bruit) sont stressants. Or, souvent, les locaux des lieux d'accueil n'ont pas été conçus pour cette fonction. Parmi les éléments à prendre en compte, sont cités : « *un aménagement de l'espace pensé pour les repères de l'enfant* » (4), des espaces séparés pour les tout-petits, « *un temps et un espace pour discuter avec les parents, que les parents puissent se poser* », « *une pièce pour le personnel* » (3), « *un bureau pour se réunir, pour le psychologue, le médecin* » (10). L'aménagement des locaux est aussi important pour les professionnelles que pour les enfants : « *L'aménagement de l'espace est le reflet du bien-être d'une équipe* » (4).
- Le nombre d'enfants par professionnelle ne doit pas être trop élevé pour qu'elle puisse se consacrer à chacun sans faire du travail à la chaîne.
- Les nouveaux textes sur le multi-accueil font craindre aux professionnelles une dégradation des conditions de travail, et donc une dégradation des relations avec les enfants et les parents en raison des exigences de flexibilité. Le risque est qu'il n'y ait plus un temps d'accueil bien défini, par exemple.
- L'importance des tâches administratives fait qu'elles prennent du temps au détriment du travail avec les enfants et les parents (gestion de l'organisation, des plannings, des stages, des RTT, des congés et remplacements).
- La présence d'un homme dans l'équipe est appréciée, d'une part pour son approche différente des enfants, d'autre part pour son rôle stabilisant dans l'équipe : « *les équipes sont essentiellement féminines, ça manque de loi, de règle, on est tout le temps dans l'affect* » (6). Mais leur présence ne va pas de soi, d'une part en raison « *du fantasme de pédophilie* » (les parents s'en inquiètent), d'autre part parce que « *on leur demande toujours de faire leurs preuves et de se justifier* » (8). Cela renvoie aux rôles respectifs de l'homme et de la femme dans l'éducation de l'enfant : « *si on veut que les enfants soient éduqués par des hommes et des femmes, par des pères et des mères, comment est-ce qu'on renvoie l'ascenseur au niveau des professionnels ?* » (8).
- L'organisation des réunions de parents (maintenant obligatoires selon les textes, avec élection de deux parents délégués par crèche) peuvent améliorer la communication entre professionnelles et parents.
- Les rencontres avec les partenaires extérieurs (PMI, CMP, maternité...) permettent de renforcer la coordination entre partenaires (dans les deux sens : la référence vers le partenaire extérieur, lorsqu'il y a un problème, et le retour d'information lorsque l'enfant y est référé). Elles permettent également une reconnaissance pour les professionnelles des structures d'accueil, qui se sentent souvent « *abandonnées* » par ces partenaires (6).

- Les formations proposées dans le cadre du CNFPT ne sont pas souvent renouvelées et ne portent pas sur la relation à l'enfant et avec les parents. Néanmoins, des formations sur d'autres thèmes que ceux-ci peuvent être pertinentes pour permettre aux professionnelles de se (re)motiver : « *Elles ont besoin de nourritures diverses pour trouver de nouveau du plaisir, de la motivation. Ce plaisir d'être avec les enfants, il faut toujours le travailler, car on s'use* » (6). Former toute une équipe en même temps peut aussi être structurant pour elle et permettre une meilleure compréhension entre professionnelles de métiers différents. Certaines proposent de rendre la formation continue obligatoire, au moins pour un minimum.
- Le besoin de lieux de parole est largement exprimé. Au minimum, il faudrait déjà avoir du temps en équipe pour travailler sur le projet de la structure, et pas seulement pour régler des problèmes : « *Echanger et réfléchir, c'est aussi indispensable que de changer les couches. (...) Les textes mettent l'accent sur la partie éducative [du projet], mais il faut pouvoir l'élaborer collectivement. Si on se réunit plus, c'est impossible de récupérer sur notre temps de travail* » (5). La supervision, les groupes Balint, les réunions d'analyse de la pratique, avec l'appui d'un psychologue, sont souvent souhaitées, mais là encore, le temps manque car ce n'est pas reconnu comme faisant partie du travail. « *Si on veut que les professionnelles passent de l'action au projet et au travail social avec l'environnement, il faut qu'ils travaillent ensemble et l'analyse de la pratique est un espace qui permet de réguler les tensions dans l'équipe et d'aborder autrement les situations des enfants, avec vigilance. [Dans les lieux d'accueil] l'affectif est très dense, avec ce que les petits enfants peuvent "remuer" pour de jeunes parents, des professionnels* » (8).

Pour les enseignantes, les priorités qui ressortent touchent à l'organisation du travail (travail en groupe, nombre d'enfants, rythmes), au partenariat, à la formation et aux groupes d'analyse de la pratique.

- Le travail à plusieurs avec les enfants, pour travailler en sous-groupes. « *On ne peut plus figer l'école avec un maître, une classe, plus un directeur* » (11). Chacun apporte des compétences différentes. Il faudrait aussi limiter les effectifs des classes à un nombre compris entre 20 et 25 enfants (mais pas moins car la notion de groupe est importante aussi). Des rythmes scolaires plus respectueux des rythmes de l'enfant : moins de vacances d'été et une journée scolaire plus courte.
- Le travail en équipe avec des partenaires (réseau spécialisé, psychologue scolaire...) est essentiel pour répondre aux difficultés, car « *il y a de plus en plus de difficultés de comportements* » (11). « *Il faut développer ce pôle humain à l'école, pour les familles qui n'iront pas dans les institutions spécialisées et "étiquetées". A proximité de l'école, il pourrait y avoir une "maison de l'enfant"* » (11).
- Des temps de rencontre entre enseignants plus formalisés (en dehors des conseils de maîtres), des groupes de parole, de la supervision, des séances d'analyse de la pratique, qui permettent « *d'apporter un regard réflexif sur sa propre pratique* » (15). Cette analyse de la pratique a bien sûr un coût en intervenant extérieur, mais elle pourrait être mise en place « *sans chambouler le statut des enseignants en la prenant sur la "27^{ème} heure"* » (15).
- La formation continue : il y a peu d'offre sur la petite enfance. La formation pourrait également s'ouvrir aux partenaires santé des écoles, ce qui éviterait le fonctionnement en vase clos.

- « *Il faut penser le passage en douceur de la crèche à l'école maternelle : faire du lien en douceur, éviter de faire des ruptures à l'emporte-pièce... C'est à inventer* » (11).

Pour les professionnelles de la prévention, les améliorations proposées concernent l'organisation du travail (continuité dans les équipes et dans la relation soignant-mère-enfant, échanges entre mères), la prise en compte de la place du père, le travail de réseau, la formation et l'analyse de la pratique.

- A la maternité, un travail d'équipe plus étroit permettrait « *d'aller au bout de la logique d'écoute* » (21) et d'éviter les discours divergents. Une impulsion au niveau hiérarchique est nécessaire pour le mettre en place. Il est important de développer la continuité dans les équipes hospitalières, avec des transmissions qui portent aussi sur la relation construite avec la mère et l'enfant. Faire du lien entre soignants.
- Organisation de la maternité. Limiter au maximum les séparations mère-enfant à la maternité ou à l'hôpital (en néonatalogie) favorise l'attachement précoce. Un séjour de cinq jours à la maternité permet un réel travail d'accompagnement.
- En PMI, « *L'écoute est le plus important. Il faut prendre du temps avec les gens* » (17). Cela suppose d'avoir du temps pour le dialogue, de pas avoir une consultation trop chargée, de sauvegarder la disponibilité pour des visites à domicile pour les puéricultrices. La continuité entre professionnelles est importante. « *Le travail en équipe permet que la parole circule et que le lien circule aussi* » (17). Cela passe par une communication sans souci hiérarchique. Monter un projet ensemble peut fédérer une équipe.
- Développer les échanges entre pairs. Par exemple, instaurer des temps d'échanges entre femmes à la maternité. Faire une pause thé dans la salle d'attente, au milieu de la demi-journée de consultation : les mamans parlent entre elles. Organiser des après-midi jeux avec la bibliothèque, sans consultation, et du coup les mères viennent parler de leurs difficultés. Créer un "atelier parentalité" à la PMI autour du "jeu/je de l'oi/loi permet d'échanger sur l'importance de la loi pour les tout petits (et les moins petits).
- On parle peu des pères, ils sont souvent gommés, alors qu'ils portent parfois beaucoup (soutenir la mère qui va mal, amener le bébé chez la nounou, la grand-mère, etc.). Il faut le réintroduire dans le discours avec les mères, en consultation. « *Faire des groupes de papas, ça n'a jamais bien marché. C'est une question qu'il faudra se poser. Ce sera peut-être un autre support que le groupe de parole* » (17).
- Développer le travail a pour but de favoriser la continuité entre la préparation à la naissance, l'accouchement et le suivi après la naissance. Il a aussi pour but d'orienter les familles vers les professionnels adéquats (psychologues/psychiatres, PMI, gynécologues...) sans rupture entre institutions. Il est intéressant de travailler avec les associations qui sont en contact avec des publics en difficultés et les connaissent bien. En amont, ce serait utile d'être saisis tôt par les enseignants, mais il faut aussi pouvoir leur répondre (temps, distance).
- L'analyse de la pratique, la supervision, permettent de travailler en groupe sur des situations problématiques. Il est important de parler aussi des situations qui se passent bien, cela permet de donner des repères.
- La formation permet de repérer les signes de souffrance, une meilleure sensibilité aux interactions mères-bébés. D'autres formations sont utiles : formation à l'animation de groupe, aux autres cultures. Pour les fonctionnaires territoriaux (PMI), le catalogue des

formations continues est peu adapté aux personnels de santé, il faut les chercher soi-même. La mobilisation de l'encadrement est nécessaire. Faire des formations interdisciplinaires permet de développer l'échange et la connaissance réciproque entre professionnels de différents métiers. *« Il faut avoir le souci de se remettre en cause dans son travail. C'est toujours pénible de quitter son train-train... rien n'est acquis dans la vie. Mais la formation continue permet aussi de se ressourcer » (20).*

En résumé, **les souhaits d'amélioration exprimés** concernent principalement :

- Les conditions qui permettent une véritable rencontre avec les enfants et leurs parents : disponibilité, organisation des locaux, travail en équipe...
- Le besoin d'avoir des interlocuteurs à qui parler des difficultés rencontrées dans le travail. Ce peut être entre collègues, de façon plus ou moins informelle, mais la demande la plus récurrente concerne la mise en place de groupes d'analyse de la pratique qui soient intégrés à l'exercice du métier. Ceci nécessite des ressources et une organisation pour que ce temps soit intégré dans le temps de travail.
- Le développement du travail de réseau, qui procède de la même logique de ne pas rester isolée face à des difficultés et à orienter les enfants et familles vers les interlocuteurs les plus adéquats.
- La formation continue, qui permet de continuer à se remettre en question dans son travail, soi-même ou collectivement quand toute l'équipe se forme, de mieux connaître d'autres professionnels (formations interdisciplinaires), d'actualiser ses connaissances, et de se (re)motiver.
- La place des hommes : place des pères dans la relation avec l'enfant, la mère et la professionnelle, mais aussi place des professionnels hommes parmi les professionnelles femmes, place qui est à la fois souhaitée et problématique.

Les assistantes maternelles mettent l'accent sur la reconnaissance de leur métier ; les professionnelles des lieux d'accueil sur les difficultés de mise en place du multi-accueil ; les enseignantes sur la proximité des partenaires pour un travail en réseau ; les professionnelles de la prévention sur la continuité entre professionnels et sur l'approche collective qui permet les échanges directs entre parents.

Discussion

L'intérêt des professionnelles pour parler de leur pratique et leur ouverture ont été manifestes durant cette étude. Aucun refus n'a été noté, et toutes ont exprimé leur intérêt pour cette réflexion à la fin de l'entretien.

Des métiers et un contexte en évolution

Tous les métiers de la petite enfance sont en évolution, qu'il s'agisse de la formation initiale, des conditions d'exercice de la profession, ou de l'organisation des services. Par exemple, le décret de 2001 sur les structures d'accueil est en train de bouleverser le fonctionnement des structures (multi-accueil, rédaction de projets). La formation des assistantes maternelles est en cours de révision. Une réforme des IUFM est en discussion et un « grand débat » sur l'école est prévu fin 2003. Il a été envisagé début 2003 que les médecins scolaires soient rattachés aux Conseils Généraux, et ce projet est pour l'instant différé.

Cette évolution actuelle est à mettre en relation avec **le passé** de ces professions (ou les représentations de ce passé) rapporté par plusieurs professionnelles : toutes viennent d'une **approche normative** de l'enfant avec une forte **emprise** du professionnel sur l'enfant¹, et d'une situation d'infériorité des parents par rapport aux professionnels, qui se substituaient à eux pour apporter aux enfants l'hygiène à la crèche, l'instruction à l'école, et les bonnes façons de faire en matière de santé.

Les professionnelles ont aujourd'hui une représentation ouverte de leur métier, qui est point par point en opposition à ce passé. Il s'agit aujourd'hui **d'accompagner** l'enfant vers l'autonomie, dans une évolution qui est forcément personnalisée et respectueuse de son rythme, et l'accompagnement des parents est une préoccupation forte, avec une recherche de complémentarité.

L'évolution concerne également la **société** : les familles éclatées, monoparentales, les situations de précarité, les enfants-rois, sans repère ni limites, mais aussi la tendance au « zapping » et à l'approche consumériste des services, sont des éléments du contexte de travail des professionnels qui évoluent.

¹ Les premières crèches étaient des lieux connotés péjorativement, qui accueillaient des enfants de mères notamment célibataires qui devaient travailler. Suivant l'approche hygiéniste, l'enfant entré par un sas, était déshabillé, nettoyé, et souvent maintenu attaché pendant de longs moments. L'école obligatoire de Jules Ferry avait pour objectif de donner à la France les adultes éduqués dont elle avait besoin à la fin du 19^{ème} siècle, et elle supposait l'instauration d'une discipline pour que l'apprentissage en groupe soit efficace.

Une convergence des discours entre professionnelles

Malgré la diversité des professionnelles, il y a une nette convergence des discours :

- Cohérence des discours sur l'accompagnement des enfants vers l'autonomie, la prise en compte des parents et le soutien à la fonction parentale.
- Accord sur la nécessité de ne pas rester seule face à une situation problématique : il faut en parler autour de soi, trouver des relais dans l'institution (pour celles qui sont dans une institution) ou en dehors, travailler avec un réseau de partenaires pour orienter en cas de problèmes.
- Accord aussi pour dire que la formation initiale ne les a pas suffisamment préparées à ces situations, qui nécessitent un savoir-faire qu'elles ont acquis par l'expérience.

Une légitimité variable selon les métiers

La légitimité des professionnelles face à la famille diffère par contre beaucoup entre les métiers. Elle s'appuie d'une part sur le mandat social (la mission donnée par la collectivité), et d'autre part sur les compétences données par la formation.

- Le diplôme donne un sentiment de légitimité fort pour les auxiliaires, puéricultrices, EJE, enseignants, que n'ont pas les assistantes maternelles et les familles d'accueil. Les formations « santé » des auxiliaires et des puéricultrices semblent mieux reconnues des familles que les formations « sociales » de type EJE. Pour les assistantes maternelles, le fait d'être salariée des parents et de travailler à domicile affaiblit encore la légitimité par rapport aux parents.
- Le mandat social est fortement affiché pour les enseignants, grâce à leurs objectifs d'apprentissages scolaire. Il est moindre pour les lieux d'accueil individuels (assistantes maternelles) ou en groupe (crèche) où la mission d'autonomisation est plus floue.
- Pour les professionnelles de la prévention en santé, le niveau de formation, les actes techniques réalisés et la mission de prévention, tout concourt à une forte légitimité.

Cette légitimité perçue par les professionnelles va fortement conditionner leur capacité d'intervention auprès des familles. Les assistantes maternelles paraissent les plus fragiles : la perception par elle-même de leur statut professionnel est incertaine, et leur reconnaissance par les familles est également souvent faible au départ.

Des représentations variables de la prévention

Les professionnelles de l'accueil/éducation/enseignement associent souvent le mot prévention à un registre médical somatique de l'enfant (l'hygiène, l'alimentation, les accidents domestiques...). Elles voient leur rôle comme « éducatif » plutôt que « préventif », alors que par ailleurs elles donnent de multiples indications montrant qu'elles prennent en compte la

santé des enfants dont elles s'occupent, et notamment la santé mentale. Leur rôle préventif est donc plutôt implicite : elles sont bien souvent des acteurs implicites de la prévention.

Les professionnelles de la prévention en santé voient immédiatement les différentes dimensions de la prévention et ne distinguent pas le physique du mental, n'isolent pas l'enfant de la famille. Elles se situent explicitement dans un rôle préventif.

Toutefois, la plupart des professionnelles des deux groupes envisagent la prévention plutôt sur le court ou moyen terme (pour la femme enceinte, la dépression du post-partum et de la maltraitance, pour l'enfant scolarisé, l'échec scolaire, etc.) et non sur le long terme, car elles considèrent que de nombreux autres événements vont intervenir avant l'adolescence ou l'âge adulte.

Le concept de prévention, et celui d'éducation sont donc à interroger, car ils recouvrent des réalités différentes selon les professionnelles, tout en se recouvrant en partie.

Eviter une rivalité avec les parents : une gestion de la distance

Toutes les professionnelles différencient bien leur rôle de celui des parents mais pointent le risque d'une rivalité avec eux. Ce risque est particulièrement important pour les professionnelles de l'accueil/éducation/enseignement, qui sont en situation d'adulte référent de l'enfant pendant de nombreuses heures. Il est moins fort pour les professionnelles de la prévention en santé qui sont rarement seules avec l'enfant, mais il est présent et doit aussi être géré.

La gestion de ce risque passe par une gestion de la distance. La relation professionnelle – parent et professionnelle – enfant doit être proche, empathique, compréhensive, sinon il n'y a pas de relation, sans être fusionnelle. C'est la distance affective qui va permettre de jouer le rôle professionnel d'accompagnement dans le sens du développement de l'enfant et de soutien à la parentalité. Mais cette distance affective ne veut pas dire être froide et distante : être professionnelle, ce n'est pas avoir moins d'humanité.

Des pratiques préventives dans l'élaboration du lien, la prise en compte du mal-être

De nombreuses autres pratiques préventives ont été décrites dans l'élaboration du lien avec les enfants et les parents : faire connaissance progressivement, prendre le temps d'observer, d'écouter, de laisser évoluer l'enfant par lui-même, sans être interventionniste (position "à côté de"), donner un cadre sécurisant avec des limites claires, renforcer le rôle des parents plutôt que s'y substituer, prendre en compte les temps de séparation dans les deux sens (quitter son parent, quitter la professionnelle), développer la continuité entre ce qui se passe à la maison et ce qui se passe avec la professionnelle, etc.

Quand l'enfant exprime du mal-être, les professionnelles le voient à de nombreux petits signes, d'autant plus qu'elles ont été formées à les observer. Elles cherchent à y répondre à leur niveau, notamment en verbalisant avec l'enfant ce qui se passe et en recherchant les causes du mal-être. Si cela dure, elles vont chercher à qui en parler et vers qui orienter.

Ce discours des professionnelles peut paraître idéalisé, une description du métier tel qu'il devrait être plus que ce qu'il est. Ceci tient au fait que les professionnelles interrogées ont été choisies en raison de leur expérience et du recul qu'elles ont sur leur métier. En effet, les professionnelles de seconde ligne (appui, encadrement, formation) ont bien décrit les diversités des pratiques : l'approche normative, où les professionnels sont supposés sachant, du simple fait de leur position de professionnel, et où les parents sont a priori disqualifiés, existe encore, même si elle paraît aujourd'hui minoritaire. Le paragraphe suivant sur les difficultés des professionnelles montre bien aussi que cette position d'accompagnant n'est pas toujours facile à tenir.

Les professionnelles en difficulté : d'abord avec les parents

Les professionnelles peuvent se trouver elles-mêmes en difficulté. Les difficultés dans les relations avec les parents sont bien plus souvent citées qu'avec les enfants. L'institution peut être également source de difficultés.

Ces difficultés montrent en creux ce qui vient d'être dit précédemment : la solitude de certaines professionnelles, la difficulté à gérer les émotions dues au travail avec des enfants et des parents qui eux-mêmes en expriment beaucoup, parfois de façon agressive, la difficulté à reconnaître qu'on a des problèmes (cela pourrait être interprété comme un manque de professionnalisme), le sentiments d'impuissance quand la communication ne passe pas, la difficulté à travailler collectivement en synergie...

Des institutions aidantes

Les professionnelles ne peuvent être en situation d'aide que si elles-mêmes sont aidées. Elles sont peu nombreuses à avoir **des lieux d'aide** formalisés intra ou extra institution (supervision, analyse de la pratique) où elles peuvent déposer leurs problèmes et comprendre ce qui se joue dans les relations interpersonnelles où les émotions sont toujours présentes. Toutefois, si la généralisation des groupes d'analyse de la pratique peut être recommandée, leur mise en place ne va pas forcément de soi : elle doit s'inscrire dans le fonctionnement de l'institution. Ces groupes ne sont pas seulement un « dégorgeoir » où on vide un trop plein d'émotions et de soucis. L'institution doit être à même d'adapter son fonctionnement quand des problèmes sont soulevés. Du côté des personnels également, participer à un groupe d'analyse de la pratique suppose une information préalable sur ce que sont réellement ces groupes (peur d'y être jugés, crainte de la toute-puissance du « psy »).

L'image du travail des professionnelles de l'accueil de la petite enfance est également en cause, notamment pour les décideurs administratifs et politiques. Souvent, ils considèrent leur travail comme du maternage et ils ne reconnaissent pas l'importance de prendre du temps pour travailler avec les parents ou pour faire de l'analyse de la pratique. Or, les professionnelles de la petite enfance ne pourront pas développer leur fonction préventive si leurs difficultés et le travail avec les parents ne sont pas pris en compte.

CONCLUSION : DES AXES DE TRAVAIL POUR LE GROUPE FOCAL

Passer d'une fonction préventive implicite à une fonction explicite et développer celle-ci suppose d'abord de **préciser des concepts** : la « prévention » et « l'éducation », ainsi que « l'autonomie » et le « cadre ».

Développer la fonction préventive des professionnelles de la petite enfance soulève plusieurs **interrogations sur les pratiques**, le savoir-faire, **l'organisation** du travail, les institutions :

1. Avec les enfants, de la proximité et de l'affectif humain adaptés à la nature de la relation.
2. Accompagner l'enfant vers l'autonomie avec un cadre, des lois, des règles et des limites à construire et s'approprier.
3. Un travail individualisé avec chaque enfant, mais dans un cadre collectif.
4. Des parents partenaires, qu'on aborde sans jugement de valeur, sans se positionner en rivalité, sans donner de leçons, mais aussi transmettre son expérience de parent sans accepter toutes leurs demandes.
5. Instaurer une relation d'aide :
 - observer et écouter, accepter ce qui vient
 - élaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial,
 - accompagner sans être interventionniste,
 - repérer les composantes de la relation d'aide, passer le relais à des partenaires tout en continuant son accompagnement (travail en réseau)
6. Une aide aux aidants pour sortir de la solitude : où déposer les problèmes et trouver des solutions face à l'agressivité, la souffrance, l'échec : supervision, analyse de pratique, réflexions entre pairs... à quelles conditions est-ce possible ?
7. Des institutions qui facilitent le rôle préventif
 - Les locaux
 - L'organisation pour plus de continuité avec les enfants et les parents
 - L'image du travail de la petite enfance auprès des décideurs
8. De la formation pour améliorer les compétences et la reconnaissance (assistantes maternelles surtout)
 - Comment mieux préparer durant la formation initiale ?
 - Comment accompagner les professionnelles par la formation continue ?

Ces questions seront soumises à groupe de travail interdisciplinaire d'une quinzaine de professionnelles de la petite enfance, qui se réunira quatre fois fin 2003 dans le but de voir ce que les professionnelles peuvent se réapproprier à partir de cette étude, ce qui doit être renvoyé au niveau des lieux de décision, et comment le transmettre aux professionnelles et aux décideurs.



*Etude-action : les professionnels de la petite enfance,
"Acteurs Cachés" de la prévention ?*

Document 3 :

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DU GROUPE FOCAL

D. Fontaine, JF. Vallette, J.P. Jeannin

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*, AIDES-Alcool**,
ARCOM-Formation

Février 2004

Cette étude-action a été financée dans le cadre du Programme Régional de Santé « Alcool » par la DRASS (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale) et l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie).

* ORS Rhône-Alpes, 9 Quai Jean Moulin, 69001 Lyon – 04 72 07 46 20 – courrier@ors-rhone-alpes.org

** Aides Alcool, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon – 04 72 41 76 98 – aidesalcool@wanadoo.fr

SOMMAIRE

ORGANISATION DU GROUPE FOCAL	1
1^{ère} SEANCE : CHOIX DES PRIORITES	3
2^{ème} SEANCE : PROBLEMATISATION	16
3^{ème} ET 4^{ème} SEANCES : PRODUCTION DE PROPOSITIONS	21
EVALUATION DU GROUPE FOCAL ET PERSPECTIVES	26

Organisation du groupe focal

La réunion d'un groupe focal inter-professionnels était le troisième temps de l'étude-action sur les professionnels de la petite enfance, « acteurs cachés » de la prévention. Il faisait suite à la réalisation du travail de synthèse bibliographique (premier temps) et de l'enquête qualitative par entretiens avec des professionnels de la petite enfance (deuxième temps).

La constitution et le travail du groupe focal avait trois objectifs :

- Restituer les conclusions des deux premières étapes pour permettre aux professionnels de s'approprier les conclusions.
- Identifier leurs priorités et leur façon des les problématiser.
- Déboucher sur des propositions.

Le principe de ce travail de groupe était de rassembler des professionnels de la petite enfance issus des différents secteurs (lieux d'accueil collectifs et individuels, éducation nationale, PMI) pour leur permettre une construction collective basée sur le vécu de chacun et l'échange entre métiers.

Le groupe focal a été animé par Jean-Paul Jeannin, consultant-formateur dans le domaine social et des addictions (ARCOM Formation).

Le groupe a été constitué à partir des professionnels ayant participé à l'étude par entretiens et des membres du comité de pilotage. Chaque personne a été sollicitée, soit personnellement, soit par son réseau de connaissances. Il était demandé de suivre autant que possible les trois réunions prévues.

En pratique, la première réunion programmée le 28 octobre s'est réduite à un simple échange du fait de la participation de trois personnes seulement sur les douze prévus. Après cet échec, un nouveau recrutement de volontaires a été fait en sollicitant un réseau plus large d'acteurs, et une nouvelle série de trois réunions a été programmée les 28 novembre, 4 et 9 décembre 2003.

1. La première séance (28 novembre) a réuni 12 personnes. Elle a permis aux participants de s'approprier la thématique et la démarche de l'étude-action, puis de choisir leurs priorités suivant la technique de Pareto, avec une argumentation du choix fait.
2. La deuxième séance (4 décembre) a réuni 8 personnes. Elle a permis aux participants d'analyser les thèmes prioritaires et de les problématiser, en utilisant pour ce faire la technique du « mur écrit ».
3. La troisième séance (9 décembre 2003) a réuni 7 personnes. A partir des 5 thèmes qui constituent la synthèse des deux premières séances, le groupe a travaillé sur des propositions concrètes de deux thèmes. Trois thèmes restant à traiter, une 4^{ème} réunion a été rajoutée pour finir le travail entrepris.

4. La quatrième séance (22 janvier 2004) a réuni 9 personnes. Elle a permis de faire des propositions sur deux thèmes supplémentaires sur les trois qui restaient à traiter.

Les productions des séances sont présentées dans les chapitres suivants.

Les personnes ayant participé au groupe focal sont les suivantes :

- Catherine Bagot, *médecin de PMI*
- Martine Bargaud, *éducatrice de jeunes enfants*
- Marie-Hélène Bunoz, *puéricultrice, directrice de crèche*
- Anne Delagarde, *médecin de PMI*
- Marie-Hélène Douarinou, *formatrice d'assistantes maternelles et de CAP petite enfance*
- Josiane Gonnot *puéricultrice cadre, formatrice puéricultrices et auxiliaires puéricultrices*
- Laure Lassara, *psychologue en crèche*
- Sylvie Loustalniau, *auxiliaire puéricultrice*
- Anne-Claire Maisonnet, *formatrice IUFM et directrice d'école maternelle*
- Françoise Moreton, *formatrice d'éducatrices de jeunes enfants*
- Caroline Peillier, *élève sage-femme 4^{ème} année*
- Anne Robert, *psychologue en crèche*
- Jamila Smaoui, *éducatrice de jeunes enfants*
- Samia Zemmit, *éducatrice de jeunes enfants et responsable d'un lieu d'accueil parents-enfants*

Nous les remercions pour leur contribution à l'étude-action.

Première séance : Choix des priorités

Présentation

12 personnes ont participé à cette séance de travail

3 EJE, 1 auxiliaire puéricultrice, 2 psychologues en crèche, 2 médecins de PMI, 1 formatrice IUFM et directrice d'école maternelle, 1 formatrice EJE, 1 formatrice de puéricultrices et d'auxiliaires, 1 formatrice d'assistantes maternelles et de CAP petite enfance.

L'objectif de cette première séance du groupe focal visait à rappeler aux membres les points essentiels de ce travail dans un but d'appropriation. (même si elles avaient été destinataires du compte rendu de la phase d'enquête, toutes ne l'avaient pas lues).

Dans un second temps nous cherchions à hiérarchiser les points considérés comme les plus importants par les participantes (selon l'hypothèse que nous ne pourrions pas traiter l'ensemble des questions méritant d'être approfondies dans le temps imparti à ce groupe focal, à l'issue des deux premières phases de la démarche (bibliographie et enquête).

Nous recherchions également à valider les thématiques retenues et à en vérifier la résonance et la pertinence auprès des professionnelles du groupe focal.

Dans un troisième temps nous avons souhaité approfondir chacune des problématiques retenues comme prioritaire afin d'enrichir la problématique générale.

A l'issue de ce temps de travail nous avons tenté de dégager quelques questions prioritaires pour les professionnelles du groupe focal afin de les approfondir et de pouvoir formuler une problématique générale que nous tenterons d'élaborer avec une autre technique pédagogique, celle du « mur écrit » (cf. séance suivante).

Pour cela nous avons procédé de la manière suivante :

Nous avons retenu 17 thématiques considérées comme les plus importantes de la phase de recherche bibliographique et du travail d'enquête, que nous avons appelés les questions « souches »

Puis, nous avons dégagés des thématiques considérées comme secondaires (soit parce que moins prégnantes, soit parce que situées comme une sous thématique des questions « souches ») que nous avons appelé les cartes branches.

Nous avons présenté ces deux « jeux » de cartes sous formes de cartes à jouer, en avons édité un exemplaire entier par participantes et les avons utilisés de la même manière qu'un jeu de cartes en début de séance (hormis le fait qu'une étape d'écriture d'explicitation des choix des cartes a précédé la phase d'explicitation orale des choix en grand groupe.).

Les cartes « souches » étaient les suivantes :

1. *Avec les enfants, une proximité affective adaptée à la nature de la relation.* ♥
2. *Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites.* ♠
3. *Un travail avec chaque enfant, dans un cadre collectif.* ♦
4. *Transmettre son expérience de parents sans donner de leçons.* ♠
5. *Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité* ♥♠
6. *Observer et écouter, accepter ce qui vient* ♥

7. *Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial, ♦*
8. *Accompagner sans être interventionniste, ♥♠*
9. *Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau
♦♣*
10. *Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés
♥♦♣*
11. *L'aménagement de l'espace est le reflet du bien être d'une équipe ♦♣♠*
12. *Une organisation du travail qui assure la continuité ♦♣♠*
13. *Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite
enfance ♦♣♠*
14. *Des formations initiales plus adaptées au métier ♦♣*
15. *Interroger et améliorer sa pratique par la formation continue ♦*
16. *Eduquer un enfant participe de la prévention ♥♠*
17. *Prévenir c'est favoriser un climat positif autour des enfants ♥♦*

Nous avons organisé ces 17 items en 4 « familles » constitutive de la typologie suivantes :

- coeur : affectif, relationnel
- pique : autorité, rivalité
- carreau : organisation, compétences
- trèfle : argent, ressources

Une typologie faisant référence à un système de valeurs afin de faciliter l'organisation de la réflexion du fait du nombre important de questions soumises à l'analyse des participantes. Cela permettait également pédagogiquement de faciliter le travail d'appréhension de la méthode de travail proposée car les cartes souches et les cartes branches ont été présentées aux membres du groupe sous la forme d'un jeu de cartes.

Bien entendu, certaines cartes relevaient de plusieurs familles, et donc, avaient plusieurs symboles attachés.

Les cartes « branches » étaient les suivantes

(le(s) numéro qui les ponctuent correspondent aux cartes souches auxquelles l'équipe d'animation a estimé qu'elle était issue où en lien) :

- A. Ne pas se laisser « contaminer » par les angoisses de la mère (des parents) concernant l'enfant. 1-5
- B. Il y a des sentiments « archaïques » autour du petit enfant : attachement, abandon, vol d'enfant. 1
- C. Pas de jugements de valeurs »les parents ne sont pas toujours capables de bien s'occuper des enfants ». 5-8
- D. Il y a un peu de jalousie de laisser son enfant pour toute la journée avec des personnes qui vont jouer avec eux, les câliner... 5
- E. Les enfants font bien la différence entre chez eux et ailleurs. Mais, parfois ils appellent la professionnelle maman. 1

- F.** Tenir le cadre. Un cadre sécurisant. 2-3-11
- G.** S’interdire de juger la façon de faire des parents... Mais jusqu’où ? 4
- H.** Donner des limites aux parents aussi. 5
- I.** Avoir une position « à côté de » l’enfant. 5-8
- J.** Etre proche mais professionnelle. 1
- K.** Se séparer de ses parents le matin, se séparer de la professionnelle le soir. 5
- L.** Communiquer avec les parents : sur quoi ? Comment ? 4
- M.** Un enfant dans le retrait, l’isolement, c’est plus violent pour la professionnelle qu’un enfant agressif.10
- N.** Aller vers les familles qui n’expriment pas de demande. 6
- O.** Faire face à des parents agressifs voire violents .5
- P.** On est seul face aux problèmes. On a honte, on pense qu’on n’est pas capable12-15-5-9.
- Q.** Si on est trop proche, on arrive à accepter des choses qu’on ne devrait pas.1-5-10
- R.** Chaque partenaire a son « territoire ».9
- S.** Un groupe d’enfants c’est un orchestre où chacun est un instrument singulier 3-2
- T.** Etre attentive à des signes qui n’attirent pas directement l’attention.3-6-12-14-15
- U.** Les tâches en dehors du travail avec les enfants ne sont pas considérées comme du travail 5-7-13–13-15
- V.** Des discours différents selon les professionnels sont sources de richesses. 7-9-12-17
- W.** Des locaux qui contribuent à un climat préventif. 11
- X.** Quand les accueillants sont stressés, les enfants le sont aussi 10-17
- Y.** Travailler avec les parents c’est accepter l’éventualité du conflit 5-10-17-14
- Z.** Enfant symptôme : Qui va mal ? l’enfant ou l’adulte ? 3-6

Progression pédagogique de la séance

Après avoir invité chacune des participantes (selon la méthode du photo langage) à retenir 3 choix prioritaires (en les hiérarchisant entre eux) avec la possibilité de rajouter une problématique qui ne serait pas apparue dans la listes des questions « souches » proposées, nous avons obtenu les résultats suivants à partir de la technique de calcul dite du « Pareto » (attribuer un indice de 3 points au premier item retenu, de deux points au second item et d’un point au 3^{ème} item).

Ce travail de priorisation, d'articulation « cartes souches et cartes branches » et d'explicitation de cette priorisation a été réalisé en trois temps :

- un temps de choix de trois cartes souches et de cartes branches correspondantes
- un temps de production écrite (sous forme de tableau qui permettait d'indiquer ses priorités hiérarchisées et d'explicitier ses choix)
- un temps de restitution en grand groupe du choix prioritaire avec la possibilité d'une expression orale pour chacune des participantes.

La durée de la séance (2h30) ne nous a pas permis d'exploiter oralement l'ensemble des productions écrites (liens cartes branches – cartes souches et explicitation des 3 choix prioritaires).

Tableau récapitulatif des résultats chiffrés : par ordre

Cartes choisies	5	6	10	13	11	15	2	7	9	12	4	16	3	1	8	14	17
Points obtenus	14	12	6	6	5	4	3	3	3	2	1	1	1	0	0	0	0
Rang	1^{er}	2^{ème}	3^{ème}	3^{ème}	5^{ème}	6^{ème}	7^{ème}	7^{ème}	7^{ème}	10^{ème}	11^{ème}	11^{ème}	11^{ème}				

L'analyse de ce tableau nous montre que :

13 problématiques sur 17 ont retenu l'attention des participantes. Elles sont présentées ici selon l'ordre de la hiérarchisation présenté dans le tableau ci-dessus.

- 1) *Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité* ♥♠
- 2) *Observer et écouter, accepter ce qui vient* ♥
- 3) *Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés* ♥♦♣
- 4) *Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite enfance* ♦♣♠
- 5) *L'aménagement de l'espace est le reflet du bien être d'une équipe* ♦♣♠
- 6) *Interroger et améliorer sa pratique par la formation continue* ♦
- 7) *Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites.* ♠
- 8) *Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial,* ♦
- 9) *Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau* ♦♣
- 10) *Une organisation du travail qui assure la continuité* ♦♣♠
- 11) *Transmettre son expérience de parents sans donner de leçons.* ♠
- 12) *Eduquer un enfant participe de la prévention* ♥♠
- 13) *Un travail avec chaque enfant, dans un cadre collectif.* ♦

Les premiers choix (le nombre de participantes ayant fait ce choix) :

- Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité ♥♠ (3 fois)
- Observer et écouter, accepter ce qui vient ♥ (3 fois)
- Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite enfance ♦♣♠ (2 fois)
- Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés ♥♦♣ (1 fois)

Les seconds choix (le nombre de participantes ayant fait ce choix) :

- Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés ♥♦♣ (2 fois)
- Interroger et améliorer sa pratique par la formation continue ♦(2 fois)
- Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites. ♠ (1fois)
- Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité ♥♠(1fois)
- Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial, ♦(1fois)
- Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau ♦♣(1fois)
- L'aménagement de l'espace est le reflet du bien être d'une équipe♦♣♠(1fois)
- Une organisation du travail qui assure la continuité ♦♣♠ (1fois)

Les troisièmes choix (le nombre de participantes ayant fait ce choix) :

- Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite enfance ♦♣♠(3 fois)
- Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés ♥♦♣(2 fois)
- Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité ♥♠(1fois)
- Observer et écouter, accepter ce qui vient ♥ (1fois)
- Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites. ♠ (1fois)
- Un travail avec chaque enfant, dans un cadre collectif. ♦(1fois)
- Transmettre son expérience de parents sans donner de leçons. ♠ (1fois)
- Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial, ♦ (1fois)
- Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau ♦♣ (1fois)
- Eduquer un enfant participe de la prévention ♥♠ (1fois)

Synthèse de cette hiérarchisation

On peut définir 4 groupes d'item, si l'on cumule les premiers, seconds et troisième choix, en attribuant respectivement 3 points pour un item retenu en premier choix, deux points pour un item retenu en second choix et 1 point pour un item retenu en troisième choix.

Ceux qui ont recueillis plus de 10 points

- *Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité ♥♠*
- *Observer et écouter, accepter ce qui vient ♥*

Ceux qui ont recueillis 5 ou plus de 5 points

- *Supervision, analyse de pratique, etc... pour sortir de la solitude face aux difficultés ♥♦♣*
- *Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite enfance ♦♣♠*
- *L'aménagement de l'espace est le reflet du bien être d'une équipe ♦♣♠*

Ceux qui ont recueillis de 2 à 4 points

- *Interroger et améliorer sa pratique par la formation continue ♦*
- *Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites. ♠*
- *Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial, ♦*
- *Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau ♦♣*
- *Une organisation du travail qui assure la continuité ♦♣♠*

Ceux qui ont recueillis 1 point

- *Transmettre son expérience de parents sans donner de leçons. ♠*
- *Eduquer un enfant participe de la prévention ♥♠*
- *Avec les enfants, une proximité affective adaptée à la nature de la relation. ♥*
- *Un travail avec chaque enfant, dans un cadre collectif. ♦*

Voici item par item les explicitations des choix des participantes (nous avons regroupé l'ensemble des explicitations pour chacun des items)

- **Les items ayant recueillis plus de 10 points**

Des parents partenaires avec lesquels on n'est pas en rivalité ♥♠-

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- C'est le quotidien de mon travail. Tous les jours je suis en relation avec les parents. Ils nous parlent de leurs enfants, nous questionnent. L'équipe échange avec eux sur la journée de l'enfant. (r)assurer les parents dans leur rôle.

- Notre mission auprès des jeunes enfants et un travail de co-éducation avec les parents. Pour assurer un lien entre la famille et le lieu d'accueil collectif. Pour respecter l'identité de chaque enfant. Complémentarité Professionnel /parent ou chacun à sa propre place.

- Il est dit que les parents sont démissionnaires. Leur accorder un statut de partenaire (reconnaissance de ce qu'ils sont dans l'éducation de leur enfant éviterait de les faire démissionner de leur fonction.

- Un enjeu : travailler avec les parents sur une marge de co-éducation entre l'école et la famille afin d'établir une meilleure compréhension des différents fonctionnements et une plus grande confiance, gage de la réussite et du bien être des enfants.
- La question de l'identification et de la délimitation de la place de chacun : la difficulté des équipes de crèches à se situer en tant que professionnel, tendance à l'homogénéisation à l'intérieur d'une équipe. Pour la construction psychique de l'enfant, importance de la reconnaissance de la différence de chacun.

Les cartes branches choisies :

L (3 fois) : « communiquer avec les parents : sur quoi, comment ? ». Exemple du café des parents, en Bourgogne, un lieu pour communiquer. Dire [au parent] quelque chose de son enfant, c'est valorisant pour le parent.

G (2 fois) : « s'interdire de juger la façon de faire des parents... mais jusqu'où ? ».

C : « pas de jugement de valeur comme "les parents ne sont pas toujours capables de bien s'occuper des enfants" ».

R : « chaque partenaire a son territoire ».

N : « aller vers les familles qui n'expriment pas de demande ». Ce sont les familles les plus en difficultés qui n'expriment pas de demande, qui ne passent pas la porte de l'école.

T : « Etre attentive à des signes qui n'attirent pas directement l'attention ». Ne pas rester que sur l'apprentissage scolaire, voir ce qui se passe ailleurs.

Explicitation orale des choix

- Reconnaissance des parents dans ce qu'ils sont par rapport à leurs enfants, pour ne pas les "démissionner".
- C'est notre quotidien, matin et soir, on a quelque chose à se dire sur l'enfant, leur enfant, c'est les réassurer dans leur fonction de parents.
- On a tous des limites à se donner, parents et professionnelles.
- Arriver à se construire une marge de coéducation avec les parents [à l'école].

Observer et écouter, accepter ce qui vient ♥

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- Etre attentif à ce qui est « caché » pour individualiser notre regard, notre propre positionnement professionnel. Se mettre en position de « contenant psychique » : sorte de réceptacle du monde pulsionnel de l'enfant, des divers affects des membres du personnel de crèche avant d'en comprendre le sens et de pouvoir transformer ces mouvements psychiques.

- Prévenir, c'est aller au devant de l'enfant, de sa famille. Observer, écouter, accepter, accueillir ce qui vient, les question, les difficultés... Permettre que se dise la souffrance de l'enfant et de sa famille. Davantage un rôle de portance que de guidance.

- Observer, écouter : pour comprendre. Accepter ce qui vient : essayer de ne pas avoir de jugement de valeur. Ecoute active.

- Cette phrase parle de la position du psychologue pour moi qui me paraît essentiel pour travailler. Une position qu'il faut maintenir malgré les attaques, les défenses... Elle parle du cadre du psychologue. Accepter ce qui vient : parfois le maltraité institutionnel.

Note : ce sont les 2 psy et les 2 médecins de PMI qui l'ont choisie.

Les cartes branches choisies :

T (3 fois) : « Etre attentive à des signes qui n'attirent pas directement l'attention ». On est dans le monde du silence, il faut faire attention à ce qui ne fait pas de bruit.

N : « Aller vers les familles qui n'expriment pas de demande ». Quand il n'y a pas de demande, les « bruits silencieux » sont difficiles à entendre.

G : « S'interdire de juger la façon de faire des parents... mais jusqu'où ? ». Il faut intervenir quand c'est intolérable.

C : « Pas de jugement de valeur comme "les parents ne sont pas toujours capables de bien s'occuper des enfants" ».

I : « Avoir une position "à côté de" l'enfant ». Etre à côté de, recevoir, ne pas être dans une intervention active.

U : « Les tâches en dehors du travail avec les enfants ne sont pas considérées comme du travail ». C'est la difficulté de certaines professionnelles qui sont toujours dans l'action, ou de leur direction...

Explicitation orale des choix

- Observer, écouter, aller vers, accueillir, permettre que se dise la souffrance des familles. Il y a deux mouvements : accueillir et guider, donner des règles.
- L'observation est essentielle en PMI.
- C'est le positionnement professionnel [de la psychologue], une présence attentive à l'enfant, à ce qui est caché. On réfléchit à un monde du silence, qui fait peu de bruit et donc n'est pas entendu. C'est un contenant psychique, apporter une enveloppe, accueillir les pulsions de l'enfant très archaïques, ainsi que les émotions des professionnels qui sont plongés dans les pulsions de l'enfant.
- C'est le cadre de travail de la psychologue, mais ce n'est pas toujours facile d'être acceptée quand on vient dans une crèche avec cette attitude. Pour certaines professionnelles, ce regard extérieur les aide, et c'est dommage qu'il n'y ait pas assez de moyens pour que cela soit généralisé. Mais pour d'autres équipes, ce regard est perçu comme un jugement : "on n'est plus naturelles, et les enfants non plus, il faudrait que ce soit caché, comme une caméra".

- **Les items ayant recueillis 5 points ou plus**

Supervision, analyse de pratique, etc., pour sortir de la solitude face aux difficultés ♥♦♣

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- L'enseignant n'est pas seul dans sa classe. Les équipes d'école et les partenaires (PMI, DPSE, RASED...) sont là pour aider au dépistage des difficultés et à la modification des pratiques professionnelles. Chaque enfant est unique...
- Permet aussi de prendre du recul et de tenter de donner une explication, une piste de travail pour élaborer des solutions concertées adaptées.
- L'analyse de la pratique : réunion périodique dans la synergie de groupe.
- Supervision, analyse de pratique... autant de lieux, personnes ressources qui permettent de s'ajuster dans la relation à l'enfant, à sa famille aux autres partenaires, travail dans le lien à

l'autre, autre professionnel famille, enfant... indispensable pour accompagner les familles dans ce lien parents enfant.

- Tout comme l'enfant, le parent, le professionnel doit pouvoir s'impliquer, s'engager. Prévention de la violence institutionnelle.

Transformer l'image que les décideurs peuvent avoir du travail avec la petite enfance



Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- Parce qu'il faut faire évoluer les représentations des personnes qui détiennent « le », « les » pouvoirs pour que les moyens soient plus ajustés.

- A ce jour cela devient très difficile de travailler dans une structure petite enfance. J'ai l'impression que les décideurs (mairie, services p enfance) ne sont pas ou plus à l'écoute des gens du terrain, il répondent aux besoins des familles ok, mais où est l'enfant ?! (multi-accueil) !

- Où l'on s'aperçoit que « ce qui ne fait pas de bruit » (petite enfance ou gérontologie) semble provoquer la « sourde oreille » des décideurs. Qu'ils puissent enfin réaliser l'importance du travail de prévention fait en amont.

Plus on en parle tôt, plus on empêche l'enkystement d'un symptôme pathologique à plus long terme. Aiderait les professionnels à mieux se positionner en tant que professionnel si on revalorisait leur fonction. Professionnels de la petite enfance « mal traités » car insuffisamment reconnus.

- Parfois du mal à se faire entendre sur l'importance de la prévention autour de la petite enfance... de manière générale, peu de reconnaissance du travail fait. Puisque la vision qui est envoyée est que c'est une période de l'enfance où il y a peu de problèmes.

- Si notre travail est mieux connu on peut espérer (peut-être) des structures mieux adaptées aux besoins des enfants et aux besoins de professionnels. Ainsi que des conditions de travail : nécessité de temps pour les rencontres pluridisciplinaires par exemple la fédération, etc.

Les cartes branches choisies :

J : « être proche mais professionnelle ».

X : « Quand les accueillants sont stressés, les enfants le sont aussi ».

R : « Chaque partenaire a son territoire ». De ce fait, il y a peu d'écoute entre eux.

Explicitation orale des choix

- Plusieurs dimensions dans le travail avec la petite enfance. Dimension politique : il faut des moyens. Il y a une nécessaire proximité de l'adulte, on n'a pas la possibilité de sortir du groupe enfant, car cette proximité est ce qui fait la sécurité. Dimension culturelle : la femme est naturellement auprès des enfants et il n'y a pas besoin de réfléchir là-dessus. Il y a aussi une culture hospitalière (de par le cursus de formation) où on demande aux professionnelles une production de soins, il faut faire des statistiques, du quantitatif. On constate aussi un certain retour de l'hygiénisme.
- On a des responsabilités par rapport aux enfants, des tâches à accomplir. Mais il est nécessaire d'avoir une réunion d'équipe par semaine. C'est des comptes d'apothicaires pour avoir des réunions, il faut s'organiser, laisser les enfants à la cuisinière...
- On a beaucoup de responsabilités et peu de reconnaissance.

- La présence d'un homme change tout.
- En ce moment, on se bat contre le multi-accueil. Les décideurs ne sont pas (ou plus) à l'écoute des professionnelles de l'enfant, ils répondent aux besoins des électeurs. Pour accueillir des enfants qui sont là entre 3h et 20h par semaine, on n'a pas assez de lits, on ne sait plus quoi faire. Par exemple, il y a un enfant qu'on n'arrête pas de changer de lits... comment peut-il avoir des repères ? On n'a pas les moyens de travailler correctement. Avec des moyens et le temps de l'organiser, le multi-accueil serait viable.
- En maternelle, on remet aussi en cause l'accueil à 2 ans, donc ce n'est pas prêt de s'arranger [dans les lieux d'accueil].
- Plus de moyens pour les structures [d'accueil], plus de formations, c'est valoriser les gens. Il faudrait instaurer des diplômes, même pour les formations courtes, notamment pour les personnes qui travaillent à domicile ou au domicile des parents [les assistantes maternelles, qui sont le mode d'accueil le plus fréquent].

L'aménagement de l'espace est le reflet du bien-être d'une équipe ♦♣♠

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- L'équipe dans une structure P.E. unie autour d'un projet pédagogique reflète sa cohérence et son bien être dans sa manière d'agencer l'espace pour les petites enfants ; le vécu est positif, le cadre se ressent.
- Pour aménager l'espace de vie d'un enfant il faut d'abord l'observer, être à l'écoute de par cette observation l'aménagement sera fait en fonction des besoins selon les tranches d'âges. Cela fait partie des bases de ma mission.

Explicitation orale des choix

- S'il y a une équipe cohérente qui sait ce qu'elle veut faire, l'espace est bien, et on est accueillant pour les parents, on dialogue bien avec eux.

Les cartes branches choisies :

B : « Il y a des sentiments "archaïques" autour du petit enfant : attachement, abandon, vol d'enfant ».

J : « Etre proche mais professionnelle ».

Nos compétences en sont pas valorisées et on ne nous laisse pas le temps pour les améliorer. Ce n'est pas qu'une technicité.

La distanciation est encore plus difficile quand on travaille à domicile ou au domicile des parents. Il y a un gros travail à faire.

Il y a aujourd'hui une logique de recrutement des bas niveaux de formation pour le travail d'accueil à domicile.

Le limites arrivent aussi dans la douceur.

Le problème est de dire ce qu'on fait et qu'on sache "se vendre". On ne nous apprend pas cela. On aura peut-être aussi à "se vendre" dans les structures petite enfance si le financement public diminue.

Il y a beaucoup de tâches administratives aussi.

- **Les items ayant recueillis de 2 à 4 points**

Interroger et améliorer sa pratique par la formation continue ♦

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- Nécessité de prendre du recul par rapport à ma pratique. Se renouveler. Surtout ne pas tomber dans une routine. Nécessité de se garder en éveil.
- C'est en travaillant sur sa propre pratique et en réinterrogeant les acteurs qui guident notre action que l'amélioration en terme de priorités est possible

Accompagner l'enfant vers l'autonomie par l'intégration des limites.♠

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

- L'intégration des limites permet à l'enfant de se positionner avec les autres et non pas contre les autres. Donne le sens des responsabilités et du respect, de l'estime de soi et des autres.
- Intégrer les limites, c'est se libérer de leur recherche incessante ! Et être disponible pour les apprentissages, la vie relationnelle, etc. L'école est une contrainte pour les jeunes enfants, mais elle est aussi un lieu d'ouverture, de développement de la pensée et du libre arbitre.

Elaborer des solutions concertées adaptées au contexte familial, ♦

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

Travailler sur la communication, le relationnel, l'écoute, la décentration, la négociation, pour entendre, comprendre les valeurs familiales, pour arriver à trouver des compromis.

Orienter vers des partenaires tout en continuant l'accompagnement à son niveau ♦♣

Explicitations données par écrit et non exprimées en groupe

- Travail en partenariat, savoir donner le relais, orienter vers des partenaires. Confier une famille de quelqu'un à quelqu'un, tout en continuant l'accompagnement à son niveau. (Attention à ne pas abandonner une famille)
- Travailler les articulations entre différents partenaires.
- Parce que les familles, les enfants doivent pouvoir trouver des personnes compétentes et elles ne peuvent l'être dans tous les aspects de l'action à poursuivre.

Une organisation du travail qui assure la continuité ♦ ♣ ♠

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

La continuité sujet important pour travailler avec les équipes et les familles, pour construire et avancer. Parfois difficile à maintenir lorsque la charge de travail est trop importante. Il ne s'agit pas toujours d'une question d'organisation.

- **Les items ayant recueillis 1 point**

Transmettre son expérience de parents sans donner de leçons. ♠

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

Chaque expérience de parents différents représente une diversité de pratiques riches dans les échanges, qui peuvent parfois permettre aux uns et aux autres de trouver des solutions, de rassurer, de stabiliser des difficultés ou d'éviter d'en cumuler.

Eduquer un enfant participe de la prévention ♥ ♠

(Sans explicitation)

Un travail avec chaque enfant, dans un cadre collectif. ♦

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

Suite à des années de terrain je réalise que l'on a tendance à oublier l'individualité.

- **Les items non retenus (dans aucun des 3 choix prioritaires)**

- Avec les enfants, une proximité affective adaptée à la nature de la relation. ♥
- Accompagner sans être interventionniste, ♥ ♠
- Accompagner sans être interventionniste, ♥ ♠
- Eduquer un enfant participe de la prévention ♥ ♠

- **Items nouveaux (rajoutés par deux participantes) :**

- Faire exister des espaces et des temps pour que les professionnels petite enfance puissent interroger, analyser, améliorer leur pratique.

Explicitation donnée par écrit et non exprimée en groupe

C'est un secteur où les temps d'échanges entre adultes en dehors des enfants est extrêmement restreint. Les remplacements des personnes sur le terrain est systématiquement nécessaire et paraît-il cela coûte cher.

- Plus de temps pour créer des liens ! pour arrêter d'avoir le sentiment, très frustrant, de ne faire que survoler l'univers petite enfance.

Evaluation de la première séance du groupe focal

- Intimidée au début par rapport aux autres professionnelles mais OK.
- C'est un gros travail, on aura peut-être besoin de 4 réunions.
- Le jeu de cartes est un support dynamique, bien pour un travail en soirée.
- Les cartes branches, moins intéressant.
- On n'a pas échangé sur les options supplémentaires [qui n'étaient pas dans les cartes souches proposées].
- Finalement, on n'est pas si cloisonnées que ça dans la petite enfance.
- On a des valeurs proches [entre professionnelles].
- Nous permet de voir comment ça se passe ailleurs.
- Attention à ne pas rester seulement aux valeurs, rester proches du terrain.
- On ne connaît pas la réalité du terrain des autres, c'est une gêne pour comprendre ce qu'elles expriment.

Deuxième séance : Problématisation avec la technique du « mur écrit »

Les Objectifs :

Il s'agissait de formaliser une problématique définitive, puis définir les manques, les besoins, et priorités perçues par le groupe focus

La méthode :

Le support utilisé repose sur une production d'idées et propositions individuelles faites à une question préalable unique, issue des travaux précédents (enquête). Le groupe participe au fur et à mesure à la classification des propositions, leur organisation thématique et leur analyse.

La Question posée:

En quoi et comment les activités professionnelles des « acteurs cachés » contribuent-elles effectivement, en pratique, à la prévention des souffrances psychiques précoces ?

La production collective a permis de dégager sept thématiques : VALEURS – ENFANTS - PARENTS - INSTITUTIONNEL - STRUCTURE/ÉQUIPE - PROFESSIONNELS - A DOMICILE

I°) VALEURS

La prévention des souffrances psychiques précoces est inscrite dans un système de valeur auquel font référence les professionnels :

- **Le respect de l'autre :** , confiance, écoute, dialogue
- **L'accueil :** disponibilité, climat de confiance, convivialité, plaisir et humour
- **La confidentialité :** l'histoire de la famille ne doit pas être connue de « tous »
- **La participation :** pas de décision sans concertation avec les personnes concernées.
- **L'esprit positif :** en s'appuyant sur le potentiel, les réussites, les forces, et en les valorisant
- **Le respect du cadre :** poser et faire poser des limites
- **La transparence :** en faisant remonter les difficultés des parents (des mères)

II°) ENFANTS

La prévention des souffrances psychiques précoces concerne directement l'approche de l'enfant par :

- **L'application des valeurs à la relation avec l'enfant :** respect mutuel, lien de confiance
- **Un positionnement :** se recentrer sur l'enfant - faire confiance à l'enfant - valoriser l'enfant
- **Un cadre contenant :** poser les limites - favoriser l'intégration des limites
- **L'articulation de l'individuel et du collectif :** permettre à l'enfant d'avoir une identité propre au sein du collectif
- **Une méthodologie :** observation - écoute - connaissance des besoins de l'enfant - activités diverses - temps quotidien - travail suivi - accompagnement de l'enfant

- **Analyse points forts / points faibles :**

- *le point positif* : regard porté sur l'enfant

III°) PARENTS

En pratique, la prévention des souffrances psychiques précoces en lien avec les parents passe par :

- **le travail du lien social** pour éviter l'isolement (offrir des espaces de parole, **la convivialité**, (se rassembler autour d'une tasse de café), en bref, en étant dans l'attention vigilante, à l'égard des parents,

- **la reconnaissance du parent dans sa fonction de parent**, il s'agit avant tout de valoriser les compétences des parents, par l'écoute active dans le soutien à la parentalité et favorisant les échanges entre parents qui permettent

- **le soutien et l'accompagnement du lien parents/enfant** pour favoriser l'émergence des compétences parentales : conforter le lien parents/enfant, travailler les espaces de séparation, mettre des paroles pour éviter la répétition d'une souffrance. Il s'agit de renforcer la considération parent enfant, en particulier en valorisant les parents les enfants, et parfois reconforter ou conforter les parents dans leur rôle d'éducateurs (travail sur les limites).

- **Analyse points forts / points faibles :**

- *les points positifs* repérés dans cette thématique sont la réelle prise en compte de la famille par les structures et les professionnels - la présence effective des parents

- *le point négatif* : les compétences en communication des professionnels, parfois insuffisantes

IV°) INSTITUTIONNEL

L'institution favorise la prévention des souffrances psychiques précoces par :

- **des principes** : être juste - cohérence de l'institution - égalité d'accès aux structures pour tous

- **de l'organisation et de la méthode** : disposer d'un projet social

- **des synergies** : tisser du lien institutionnel - travailler en partenariat, en réseau

- **Analyse points forts / points faibles :**

- *les points négatifs*

Moyens : le manque de place

Relation managériale : Infantilisation par la hiérarchie

V°) STRUCTURE / ÉQUIPE

La structure et l'équipe permettent un climat préventif des souffrances psychiques précoces par :

- **l'organisation et la méthode** : Projet d'équipe - Projet de vie
- **le travail d'équipe** : qui permet une analyse plus juste, une prise de distance...
- **la convivialité, les facilités de rencontre et d'échanges** : Se retrouver autour d'une tasse de café - créer des espaces de paroles
- **le soutien aux professionnels** : Travailler sur les représentations En travaillant sur les souffrances des professionnels En évitant l'isolement - Reconnaissance de la profession - • Accompagnement et soutien individuel et collectif - Accepter le sentiment d'impuissance
- **Analyse points forts / points faibles** :
- *les points négatifs* : le manque de reconnaissance sociale

VI°) PROFESSIONNELS

En pratique, la prévention des souffrances psychiques précoces par les professionnels "acteurs cachés de prévention" passe par :

- **une méthode globale de travail** : savoir être en position d'écoute - avoir eux aussi, un projet pour l'enfant - être médiateurs de la relation parent / enfant - accompagner la famille dans la reconnaissance d'un mal être éventuel...
- **Analyse points forts / points faibles** :
- *le point négatif* : le manque de temps

VII°) A DOMICILE

En pratique, la prévention des souffrances psychiques précoces dans le travail des professionnels "acteurs cachés de prévention" à domicile (Aides maternelles.), passe par

- **La contractualisation de l'accueil de l'enfant**
- **La continuité avec l'enfant**
- **L'attitude des professionnels**
- **L'encadrement des professionnels** : formation - accompagnement - soutien - reconnaissance des aides maternelle
- **Analyse points forts / points faibles** :
- *le point positif* : est l'accès aux structures pour tous
- *les points négatifs* : repérés dans cette thématique sont le manque de formation de base et l'isolement

SYNTHESE TRANSVERSALE DES PRODUCTIONS DU GROUPE LORS DE LA DEUXIEME SEANCE

La référence spontanée aux **valeurs** (humanistes à première vue), retient l'attention. Il apparaît également un fort souci concernant le **lien parent/enfant, l'attention au "mal être"**, le relationnel et les techniques qui s'y rapportent tant vis à vis de l'enfant, que du parent ou des professionnels entre eux. Le rapport au cadre et aux **limites** est clairement évoqué. Les méthodes au sein d'un **projet**, d'équipe, d'institution semblent constituer également un cadre contenant.

Par ailleurs, l'accent est mis fortement sur le **soutien aux professionnels** eux mêmes, leur reconnaissance, mais les besoins en encadrement et en formation sont soulignés en particulier pour ceux qui travaillent à domicile. (non représentés dans le groupe).

Les manques évoqués font référence en priorité aux **moyens** (temps - place), à la **reconnaissance sociale** et à un **management** à la fois aidant et responsabilisant. Les besoins en formation sont peu définis sauf en ce qui concerne les compétences en communication.

En définitive, les deux premières séances peuvent se synthétiser en cinq thèmes principaux, détaillés dans l'encadré ci-dessous. Pour chacun, des premières pistes d'action ont été identifiées. Ce questionnement a servi de support aux séances suivantes.

LES CINQ THEMES PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER UNE APPROCHE PREVENTIVE

1°) Instaurer le partenariat avec les parents (ne pas être en rivalité...)

- Développer du temps, de la disponibilité
 - Leur accorder un statut de partenaire
 - Principe de co-éducation : structures (crèche, écoles...) / familles
- et autres pistes à dégager

Quelles actions ? et pour chacune : De quoi s'agit-il, Objectifs poursuivis Quels moyens sont nécessaires Quelles compétences...

2°) Sortir de la solitude face aux difficultés

Accompagnement écoute des professionnels :

- Formations
- Analyse de pratiques /
- Supervisions

Pour chaque niveau (formation , analyse de pratiques...)

Quels objectifs - contenus - méthodes - compétences des intervenants (cahier des charges.

3°) Instaurer un climat préventif, observer, accepter ce qui vient, être proche mais professionnel :

- Développer les capacités observation
- Porter attention aux petits signes mal être ou absence de signes
- Apprendre à se mettre en position de contenant psychique
- Faciliter l'expression des souffrance
- Construction d'outils d'observation

Quelles actions ? et pour chacune : De quoi s'agit-il, Objectifs poursuivis Quels moyens sont nécessaires Quelles compétences...

Outils et grilles d'observation : pour observer quoi, comment ? pour quel usage ?

./...

4°) Créer, développer et entretenir un cadre préventif

- Améliorer l'environnement relationnel, organisationnel et matériel du travail (manque de places - multiaccueil...)
- Travailler avec des projets précis (d'établissement, de service, d'équipe...)
- Organiser la vie d'équipe : réunions - concertation - régulations - circulation des informations...

Quelles actions

- **pour améliorer l'environnement**
- **pour travailler par projets**

5°) Transformer l'image que les décideurs ont du travail avec la petite enfance

- Valoriser les métiers de la petite enfance (comme vecteurs de prévention précoce) reconnaissance - "savoir se vendre" marketing...

Apprendre à communiquer :

- Communication et supports de communication :
 - auprès du public (médias) les parents
 - auprès des autres professionnels
 - auprès des institutions employeurs
 - auprès des politiques décideurs et financeurs

Quelles compétences et moyens pour communiquer (selon les destinataires), quels objectifs, quels messages principaux, quels supports (QUI dit QUOI à QUI avec QUELLE INTENTION - COMMENT - QUAND...)

- pour organiser le travail et la vie en équipe ?

Pour chaque action : De quoi s'agit-il, Objectifs poursuivis Quels moyens sont nécessaires Quelles compétences...

Troisième et quatrième séances : Production de propositions

Cette dernière phase de travail du groupe focal s'est basée sur les 5 problématiques issues des deux phases précédentes (cf. encadré ci-dessus).

Pour des raisons de temps imparti insuffisant, nous n'avons pu traiter que 4 problématiques, et cela en deux séances successives.

Pour chacune des séances nous avons composé deux sous groupes de travail qui ont traité chacun une problématique par séance. Nous avons mis en commun chacune des productions des sous groupes en grand groupe (une présentation synthétique sous forme de paper board) et cela à la fin de chacune des séances de travail.

1°) – « Instauration d'un climat préventif, observer, accepter ce qui vient, être proche »

L'accueil est à valoriser : il est indispensable d'avoir 1 personne permanente chargée d'animer l'accueil.

Porter une attention sur la salle d'attente, travail avec une psychomotricienne pour accompagner les parents qui viennent avec leur enfant, en position d'observatrice/accueillante (apporte un autre regard sur l'enfant et a une fonction de réassurance).

Personne référente, pouvant avec l'accord des familles, transmettre des éléments aux autres professionnels.

□ investissement sur la salle d'attente appelée « salle d'accueil »

- L'espace accueil en crèche :

Différencier les espaces d'accueil selon les âges,

En crèche section bébés, moyens, grands.

L'accueil d'un enfant « occasionnel » dans une section non adaptée pour lui.

- A l'école maternelle, il n'y a plus d'espace « sieste » pour les moyens.

Les scinder plus, comme des « jardins d'enfants »

1 institutrice + 1 ATSEM pour 30 enfants.

□ travailler l'adaptation

- Au niveau administratif :

La directrice explique le règlement intérieur, visite de la structure, présentation de chacun des membres du personnel.

(ré)instaurer la personne référente : gérante de l'évolution de l'enfant.

Ce lien « privilégié » adulte/enfant permet à l'enfant de s'attacher pour créer d'autres liens.

- L'accueil :

Quelqu'un qui soit formé, qui ne fasse que cela.

Les places d'urgence : soupape pour un enfant dont la famille est suivie par la PMI.

Comment articuler le bénéfice pour cet enfant d'être accueilli en crèche avec la difficulté pour les équipes de crèche d'investir un enfant accueilli, parachuté en urgence ?

- Formation :

Coordination entre partenaires PMI/Crèche

Comment on accueille un enfant en urgence ?

Idem pour l'accueil d'enfants handicapés, il faut travailler en réseau, nécessité de réunions inter institutionnel.

Préparation à l'accueil d'un enfant handicapé ou en urgence.

Formation à la l'observation.

□ **le personnel**

Qu'est-ce qu'on fait de cette souffrance ?

- Difficultés :

« Certains déversent une souffrance puis on ne les revoit plus »

« On éponge, notre seuil de tolérance à la souffrance à des limites, nécessité de pouvoir dépasser ce qui est reçu. »

Supervision : « Si on est nous même dans l'urgence on ne peut pas être disponible, on sature, on se protège à l'expression de la souffrance de l'autre. »

- Dans l'accueil :

Du mobilier adulte dans les crèches. Importance de montrer l'asymétrie enfant/crèche dans la section aménager un coin adulte donnerait un repaire aux adultes et aux enfants.

Des locaux chaleureux : signe de reconnaissance.

2°) - « Sortir de la solitude face aux difficultés »

Prévention = santé = Petite Enfance

Promotion de la santé auprès du public

Prévention des souffrances précoces.

- Formation continue # formation initiale

Connaissance sur le développement de l'enfant à partir de situation de terrain

Préconisation d'un travail sur :

Les attitudes

Les liens

Les impacts de l'interaction = ce qu'on induit

- Formation

Institutionnalisée dans le projet des établissements.

Aller voir ailleurs ce qu'il se passe, extrémismes.

Rendre les personnes actrices de leur plan de formation.

Nécessaire et indispensable : « ce mot est nécessaire ».

- Violences institutionnelles :

Par rapport à la garde à domicile

Par rapport au lieu d'accueil

Autour de la sécurité affective des enfants

Evaluation en interne :

Aide à l'élaboration d'outils qui permettent de repérer les violences secrétées par l'organisation.

On parle de « sensibilisation des souffrances précoces ».

Dans un premier temps :

- former au thème les personnes qui font de l'analyse de la pratique, conduite par des personnes qui ont cette idée en tête.

Puis :

- Faire émerger le thème.

- Faire un guide sur le thème.

- Grille d'analyse de la pratique « élaboré » par un médecin PMI.

- Connaissance du terrain, lien famille enfant et santé mentale.

- Rendre les formations accessibles aux financiers.

- Assurer le remplacement des professionnels sur le terrain.

- Analyse de la pratique par corps de métier en tant que auxiliaire, éducateur, psychologue.

- Développer une identité professionnelle.

Croiser les institutions.

Formation sur l'entretien aux familles.

Communication avec les familles

Position d'écoute

Méthode jeu de rôle.

Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?

Accompagnement, empathie.

- Travail sur les représentations.

Partir de l'expérience de professionnels pour définir la formation

S'adapter au langage des acteurs en prise avec ce qui est écoutable/audible par eux

- Repérer une équipe susceptible de porter ces préoccupations (inter-institutionnelle)

Sur le territoire de la PMI par unité territoriale, les « groupes petite enfance ».

Commencer par un travail de sensibilisation : Savoir où en sont les gens et ne pas leur plaquer un programme tout à fait déconnecté de leurs préoccupations, de leurs besoins, de l'état de leurs connaissances .

Si des groupes d'analyse de la pratique existent déjà, qu'ils tiennent mieux compte de cette problématique.

Elaboration d'un processus de formation

Souci de mettre en œuvre ces démarches de formations où d'analyses de la pratique dans un souci d'interdisciplinarité.

Commencer par mener des expériences pilotes, les évaluer et les multiplier.

Dans ce processus de travail en partenariat, la place des parents est fondamentale.
 Il faut que des représentants de parents, volontaires, soient parties prenantes de ce projet là.
 Temps de rencontre = on parle avec nos différences
 On parle « de »... ou « sur ».

En ce qui concerne la formation initiale : des points importants sont à développer sur l'écoute, comment mieux communiquer avec les familles.
 Développer des compétences en matière de techniques d'entretien.

3°) « Instaurer un partenariat avec les parents (ne pas être en rivalité...) »

- **Impliquer les parents dans la construction du projet éducatif des enfants.**

1^{er} entretien (où lors d'un des premiers)

- Présenter, expliciter et travailler sur l'articulation entre le projet éducatif de la crèche et le projet éducatif parental (centré sur l'enfant).

Relais, rencontres,

- Echanges pendant l'année.

Temps de regroupement

- Groupe de parents

Outils

- Support vidéo,
- Jeux

- **Re-dynamiser en reconnaissant les compétences des parents (prise en compte des différences culturelles)**

- A partir de la demande des parents, des femmes.
- A partir de la parole des parents, des femmes
- A partir de la créativité des parents, des femmes

Accepter d'être dépossédé de notre SAVOIR

Moyens

- Enquête auprès des familles : brainstorming
- « Patate Party » 1 tour de table quand la patate s'arrête, on donne 1 idée.
- Boutique des rêves.
- Atelier cuisine.

- **Apprendre aux (futurs) professionnels à travailler en partenariat**

- Analyse de la pratique
- Jeux de rôle
- Vidéo avec conférence-débat (avec les parents).

4°) « Créer, développer et entretenir un cadre préventif »

- **Dans les structures « petites enfance »**

- Recruter du personnel qualifié.

- Sensibilisation des équipes sur la notion « de souffrance psychique » (formation, construction d'outils...)

- *Mieux définir, dans le cadre des projets d'établissements, ce qu'est la souffrance psychique.*

- Optimiser le partenariat (pour orientation).

- **les enfants accueillis chez une assistante maternelle, gardes par la famille**

- Renforcer les moyens des lieux d'écoute Parents-Enfants, des relais assistantes maternelles.

- **les nouveaux nés**

- Créer des services téléphoniques

- Organiser les relais, les réseaux

La dernière séance s'est achevée sur une **évaluation du travail du groupe** (cf. page suivante).

Evaluation du groupe focal et suites du travail

Evaluation du point de vue des participantes

Les participantes au groupe focal ont évalué le groupe focal en fin de la dernière séance. Les principaux **points positifs** cités :

- ★ Outils proposés intéressants (jeu de cartes, mur écrit)
- ★ Forme différente d'analyse des pratiques à partir d'outils : cartes, sous-groupes
- ★ Méthode productive
- ★ Riche, non fermé.
- ★ Professionnelles de différentes structures : enrichissant de se confronter.
- ★ Diversité du groupe
- ★ Intéressant de savoir que c'est partagé
- ★ Consensus sur les sujets traités malgré les différences de métier.
- ★ Beaucoup de plaisir à venir dans ces séances
- ★ Bouffée d'oxygène, réalités du terrain.
- ★ Prendre conscience des limites institutionnelles.

Les principaux **points négatifs** ont été les suivants :

- ★ Pas assez de monde, fluctuant, pas toujours les mêmes.
- ★ Pas d'Assistantes maternelles, isolées et mode de garde le plus fréquent
- ★ Moins isolés, mais du mal à y croire;
- ★ Dur de s'investir dans la demande compte tenu des limites, pas assez de temps.
- ★ Avoir ce groupe de travail sur le temps de travail aurait été mieux
- ★ Documents contenus riches mais pas assez d'analyse et de synthèse.
- ★ Mesurer l'écart entre le rêve et la réalité.

Evaluation du point de vue des organisateurs

Les difficultés initiales pour constituer le groupe focal nous ont montré les limites de la disponibilité de ces professionnelles. Néanmoins, le groupe a été constitué, avec la participation régulière de professionnelles des lieux d'accueil et de la PMI. Le groupe ne comportait cependant pas assez d'assistantes maternelles et d'enseignantes d'école maternelle (deux personnes présentes à la première réunion).

Malgré les fluctuations d'effectif d'une fois à l'autre, il s'est montré motivé et productif. Les participantes ont demandé une quatrième séance pour mener le travail à son terme. Cette adhésion à ce travail (pris sur le temps personnel de 18h à 20h30), nous suggère l'hypothèse qu'il y a un réel besoin d'échange entre les professionnelles des différents champs de la petite enfance.

Le travail du groupe focal étant cohérent avec les deux étapes précédentes, il nous a permis de valider le postulat à la base de l'étude-action : les professionnels de la petite enfance sont bien des acteurs de la prévention, certains le sont explicitement, d'autres le sont de façon implicite

ou « cachée ». Et des pistes de travail concrètes ont été identifiées pour leur permettre de développer ce rôle préventif.

Outre la production, qui était l'objectif initial de ce groupe, deux autres conclusions peuvent être tirées du travail du groupe focal :

1. Le processus de travail mis en place ici peut être reproduit dans un but de formation sur la prévention dans la petite enfance et/ou dans un but de renforcement du travail en réseau. Ce qui va dans le sens des conclusions du groupe focal quant aux actions à mettre en place pour développer le rôle préventif des professionnelles de la petite enfance.
2. Le manque de reconnaissance du travail fait par les professionnelles de l'accueil de la petite enfance, de la part des institutions comme des parents, est un thème récurrent. Rendre visible et développer le rôle préventif de ces professionnelles peut être un moyen de développer cette reconnaissance : elles ne se contentent pas de « garder » des enfants en utilisant leurs compétences « naturelles » de femmes, elles font un travail professionnel d'accompagnement des enfants et de leurs familles.

Les suites de l'étude-action

Le travail restant à faire dans le cadre de cette étude-action est le suivant :

1. Rédaction d'une synthèse des trois documents produits pour présenter de façon synthétique les conclusions de l'étude-action.
2. Diffuser par relation presse et/ou au moyen d'une réunion proposée aux principales institutions concernées par la petite enfance les conclusions de l'étude-action.
3. Elaborer des outils de communication spécifiques pour les différentes professionnelles de la petite enfance (fiches outils, articles pour les revues professionnelles...) et les diffuser.

Les deux dernières étapes supposent l'obtention d'un financement complémentaire pour l'année 2004 (qui sera demandé comme en 2002 et 2003 au PRS Alcool).

L'objectif de ces étapes est de communiquer auprès des professionnelles de la petite enfance et des institutions afin d'impulser un travail concret.