

« Les interventions socio-éducatives en milieu ordinaire auprès des familles aux besoins multiples »

Rapport final

Novembre 2011

Appel d'offres thématique 2009 de l'Observatoire national de l'enfance en danger

« Les actions psycho-socio-éducatives en protection de l'enfance conduites en milieu ouvert ou ordinaire »

Anna RURKA

Maître de conférences en Sciences de l'éducation, chercheure statutaire au CREF, EA 1589, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

Bernadette TILLARD

Professeure, CLERSE, UMR 8019, Université de Lille1, chercheure associée au CREF.

Bernard VALLERIE

Maître de conférences, Université Pierre Mendès France, IUT 2, département "carrières sociales", Grenoble. Chercheur statutaire au CREF, EA 1589

Emmanuelle MARTINS

Docteure en Sciences de l'éducation, jeune docteure au sein du CREF, EA 1589

TABLE DES MATIERES

Introduction	4
I. Cadres légal et théorique des mesures étudiées, objectifs et déroulement de l'étude	6
1. Cadre légal des mesures étudiées	6
2. Orientations théoriques	7
2.1. Besoins multiples	7
2.2. Notions de collaboration et de coopération.....	9
2.3. Les relations entre professionnels	10
2.4. Les relations entre familles et professionnels	11
3. Associations mobilisées et déroulement de l'enquête.....	14
Conclusion.....	17
II. Caractéristiques des territoires et des familles	18
1. Origine ethnique des familles et situation matrimoniale des parents.....	18
2. Âge des enfants, d'unions différentes ou pas	19
3. Les niveaux de qualification, les professions des parents et les ressources économiques des familles.....	20
4. Type d'hébergement ou d'habitat	21
Conclusion.....	23
III. Contexte des mesures étudiées	24
1. Le début de l'AEMO et la mise en place du partenariat	24
2. Mêmes motifs d'intervention des TISF dans les trois régions	27
3. Aspect organisationnel des mesures analysées	28
4. Enumérations des actions par profession	33
5. Les actions concertées et non concertées	40
6. Comment cette intervention est investie et vécue par les familles.....	43
Conclusion.....	49
IV. Études de cas	52
Famille A.....	52
Famille F	56
Famille O.....	58

V. Partenariat et collaboration dans le cadre de l'AEMO et de l'AED.....	61
1. Faible occurrence d'un partenariat global.....	61
2. Efficacité des petits groupes de partenariat et de collaboration.....	63
3. L'influence variable des déménagements sur le partenariat.....	64
4. Les niveaux de collaboration des parents dans les relations entre les institutions.....	65
4.1. La communication.....	65
4.2. La consultation.....	66
4.3. La concertation.....	66
4.4. La codécision ou co-construction.....	67
4.5. Coopération : de la participation à la mise en œuvre.....	68
4.6. L'impact de la loi 2007-293 réformant la protection de l'enfance sur la collaboration entre les familles et les professionnels de l'AEMO.....	69
Conclusion.....	70
Conclusion générale.....	72
Bibliographie.....	77
Annexe.....	81

Introduction

La coopération des parents est sans doute devenue centrale dans la nouvelle répartition des compétences entre le secteur judiciaire et administratif. Les intervenants en protection de l'enfance attendent de la part des familles une réelle action conjointe, amenant à une amélioration dans la situation familiale et sans doute un changement dans leur mode de fonctionnement. Dans un tel contexte, toute recherche qui interroge les points de vue des usagers montre sa pertinence. Les attitudes que certaines familles adoptent face aux services socio-éducatifs sont complexes, difficiles à cerner et ne répondent pas toujours aux mêmes règles qu'un partenariat professionnel construit autour de la famille. Le réseau professionnel, pluriel et multidimensionnel est souvent constitué autour de situations très lourdes, permettant ainsi de contenir la crise et / ou de répondre aux multiples besoins des usagers.

Dans cette recherche, nous nous intéressons aux modalités de collaboration instaurées dans le cadre des interventions socio-éducatives, menées dans le milieu ordinaire de la famille. Plus particulièrement, l'objet de cette recherche se situe dans le cadre des Actions Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) et des Actions Educatives à Domicile (AED), afin d'étudier le réseau formel et informel de soutiens, construit autour des familles aux besoins multiples. Les mesures éducatives destinées aux familles aux besoins multiples relèvent d'une logique de la complexité en termes de réponses apportées et de logiques de coopération entre les différents types de professionnels mobilisés autour de la famille. Nous avons choisi de nous intéresser aux mesures d'AEMO et d'AED qui associent l'intervention d'une TISF¹ et éventuellement celle d'un autre partenaire institutionnel. L'objectif de l'étude est de connaître la manière dont les professionnels de l'intervention socio-éducative construisent le partenariat autour des familles aux besoins multiples. À quelles réalités cette collaboration est-elle reliée ? Quelles actions communes sont menées ? Comment cette intervention est investie et vécue par les familles ? Ces trois questions constituent une trame de présentation et d'analyse des mesures présentées.

Le partenariat entre l'AEMO / l'AED et la TISF constitue le critère commun pour toutes les mesures étudiées. L'accent est donc mis sur les interventions dans lesquelles plusieurs professionnels de niveau III et IV sont impliqués. Le recueil de données s'effectue dans trois

¹ Compte tenu du fait que cette profession est fortement féminisée, nous parlerons des Techniciennes d'intervention sociale et familiale tout au long de ce rapport afin de rendre la lecture plus aisée.

régions : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes. Dans le projet initial, la recherche visait l'étude approfondie de 12 mesures éducatives en cours de réalisation : 6 situations en Ile-de-France, 3 en Rhône-Alpes, et 3 dans le Nord-Pas-de-Calais. Finalement, nous avons inclus 15 mesures éducatives : 8 en Ile-de-France, 4 en Rhône-Alpes et 3 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les entretiens semi-directifs constituent la technique de recherche. Ils servent à interroger la manière dont les professionnels et les familles investissent le réseau professionnel lié à l'intervention et le réseau informel de soutiens des familles aux besoins multiples.

Dans un premier temps nous allons présenter le cadre légal des mesures d'AEMO et d'AED et le cadre théorique utilisé dans l'analyse. Ensuite, nous présenterons les familles concernées par les mesures et le cadre organisationnel de ces dernières. Même si cette étude n'a pas une visée comparative, en ce qui concerne les caractéristiques des familles et le cadre organisationnel, nous avons voulu décrire les spécificités des 6 départements dans lesquels l'étude s'est déroulée. En revanche, la distinction territoriale n'est pas nécessaire dans la présentation des actes professionnels qui ont été repérés dans les entretiens, les études de cas (une par région) et le vécu des familles interviewées. Le dernier chapitre est consacré aux modalités de partenariat et de collaboration entre les professionnels, et entre les professionnels et les familles. Chaque partie est accompagnée d'une conclusion partielle permettant de repérer les informations les plus significatives de l'étude. Afin de faciliter la lecture, pour chaque constat fait, nous avons pris soin de notifier la mesure qui l'illustre. La présentation des 15 interventions socio-éducatives se trouve en annexe. Elle est faite selon une trame commune fondée sur trois questions qui animent cette étude : à quelles réalités familiales et institutionnelles l'intervention est-elle reliée, quelles interventions conjointes ont été mises en place durant l'étude et comment la mesure a été vécue par la famille.

I. Cadres légal et théorique des mesures étudiées, objectifs et déroulement de l'étude

Dans ce chapitre, le cadre légal des mesures étudiées et les présupposés théoriques qui sous-tendent cette étude vont être présentés. À la fin, la mise en exergue du protocole mis en place et le déroulement de l'enquête permettent de faire les liens avec la présentation des données recueillies.

1. Cadre légal des mesures étudiées

Cette étude s'intéresse aux mesures en milieu ouvert mises en place dans le cadre judiciaire et les mesures éducatives à domicile qui relèvent du secteur administratif de la protection de l'enfance. Les articles 222-2 et 222-3 (modifiés par la loi n°2007-293) fondent l'Action éducative à domicile, en y intégrant une possible intervention d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Par l'intervention d'une TISF sont concernées les personnes ou familles rencontrant des difficultés éducatives ou sociales perturbant leur vie quotidienne et nécessitant un soutien de proximité.

L'intervention d'une TISF ne peut pas être imposée, elle n'est que contractualisée. Le service de l'AEMO peut proposer à la famille de tels soutiens, soit en mobilisant une TISF présente au service, soit en faisant appel à une association conventionnée avec les services départementaux. Diplômées de niveau IV², les TISF soutiennent les parents dans des tâches quotidiennes (entretien du logement, préparation des repas, aide aux devoirs) et à travers cet aspect pratique elles participent au processus éducatif familial. Grâce à la proximité que ces professionnelles établissent avec les familles, à travers les modalités de leur intervention, elles peuvent également repérer des besoins familiaux particuliers, notamment dans les domaines des relations difficiles parents/enfants, de l'insertion sociale des enfants, de la lutte contre l'isolement ou encore des difficultés scolaires.

B. Tillard (2004) dans l'observation ethnographique des interactions TISF-Familles a montré que les tâches effectuées par les TISF correspondent au type des tâches de suppléance familiale, distinguées par P. Durning (Durning 1995 / 2006). Il s'agit de tâches domestiques, de garde, de nursing, de tâches éducatives et techniques, de tâches de coordination et de suivi.

² Diplôme d'État établi par le décret n°2006-250 du premier mars 2006

On peut supposer que dans les situations des co-interventions entre l'AEMO / l'AED et les TISF, les tâches des professionnels se compléteront ou seront déléguées par l'un à l'autre.

Depuis la loi n°2007-293 la coordination des actions en matière de protection de l'enfance s'effectue par le président du Conseil général. Dans toute mesure, le projet pour l'enfant précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Dans ce projet, le président du Conseil général mentionne l'institution et la personne chargée d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du Conseil général et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions. Il est porté à la connaissance du mineur et, en application de l'article L. 223-3-1, transmis au juge. Le projet pour l'enfant est coordonné et suivi par le président du Conseil général qui assure la continuité des interventions mises en œuvre au titre de la protection de l'enfance (Art. L-223-1 du CASF). Également dans le cadre de l'AEMO, le président du Conseil général définit les modalités de coordination, en amont, en cours et en fin de mesure, entre les services du département et les services chargés de l'exécution de la mesure (Art. L-221-4).

Dans le cadre de la protection de l'enfance, le financement de l'aide d'une TISF est assuré par le Conseil général. Les parents contribuent financièrement à cette prestation en fonction de leurs ressources. Un accord concernant le coût horaire des interventions et des modalités de rétribution est établi entre le département et l'organisme employeur des TISF.

2. Orientations théoriques

Dans un premier temps, nous allons tenter de définir la population ciblée dans cette recherche. Ensuite, il s'agira de différencier les notions clés : collaboration, coopération et partenariat et d'aborder les différentes typologies existantes qui pourraient nous guider dans l'analyse des résultats.

2.1. Besoins multiples

Cette recherche cible une population spécifique : les familles aux besoins multiples. Cette expression est rarement utilisée dans le champ du travail social en France. Dans les articles anglophones, on parle soit des familles aux problèmes multiples (ang. *families with multiple problems*) soit aux besoins multiples (ang. *families with complex needs*) (Spratt T., Devaney J., 2009, Spratt, 2009, Thoburn J., 2010). Ces familles présentent plusieurs caractéristiques (isolement, problèmes de santé, conduites addictives, problèmes de comportement, etc.), mais

en règle générale, elles sont plus que les autres, susceptibles d'être maltraitantes (Spratt T., Devaney J., 2009, Thoburn J., 2010).

Au Royaume-Uni, afin de développer des interventions précoces, l'identification des familles aux problèmes multiples / besoins multiples est devenue l'une des priorités des politiques sociales, car ces situations de privation engendrent plusieurs facteurs de risque pour l'enfant (Spratt T., 2009, p.439). Comme le souligne l'auteur, cette identification devrait être multidimensionnelle et à part les besoins, prendre en compte les ressources psychosocio-économiques dont dispose la famille.

De notre point de vue, les familles aux besoins multiples sont des familles qui présentent des caractéristiques telles qu'elles nécessitent l'intervention simultanée de plusieurs services pour répondre aux besoins élémentaires de leurs membres (santé, logement, nourriture, éducation, sécurité). Ces interventions seront ou non d'une durée prolongée selon les cas.

Plusieurs recherches ont montré que l'absence d'un logement stable, le chômage, l'isolement social influencent l'état de santé mentale et physique de la personne (Wilkinson R., Marmot M., 2003). Lorsque les services proposés aux familles sont fragmentés et traitent une partie des problèmes spécifiques (toxicomanie, problème de logement, insertion), il est difficile d'établir des connexions entre ces services et de percevoir les besoins de la famille comme interdépendants. La revue de littérature élaborée dans le cadre du projet écossais PATH (Partnership for Access to Healthcare) (Gallimore A., Hay L., Mackie P., 2008), la fragmentation et le manque de flexibilité interinstitutionnelle et intrainstitutionnelle dans le champ du travail social et de la santé ont été identifiés comme un obstacle majeur dans l'intervention face aux usagers aux besoins multiples. De plus, le morcellement des interventions fait que les usagers n'entraient pas dans les critères d'accueil énoncés par les services (car leurs besoins sont trop étendus) et passaient entre les mailles du filet du système d'aide (Rankin J., Regan J., 2004).

L'approche globale, centrée sur l'utilisateur aux besoins multiples, a été étudiée en Australie par S. Beadle (2009). La chercheuse, à travers les méthodes qualitatives, a analysé l'approche holistique et individualisée, utilisée par les travailleurs sociaux. Cette approche est centrée sur l'ensemble des besoins de la personne, tels qu'ils sont exprimés par cette dernière. Cette vision se différencie d'une prise en charge classique dans laquelle les problèmes de la personne sont identifiés par un professionnel-expert. Selon S. Beadle (2009), les recherches évaluatives montrent que le fait d'attribuer un rôle actif à l'utilisateur dans l'intervention, qui consiste à l'engager dans le processus d'aide, à la planification des actions, permet à l'utilisateur

de s'approprier l'accompagnement et de reprendre la responsabilité et le contrôle sur certaines dimensions de sa vie.

On peut dire que les besoins des familles déterminent le contenu des interventions mais il est intéressant de savoir ce qui se passe lorsque la famille ne reconnaît pas les besoins identifiés par les travailleurs sociaux.

2.2. Notions de collaboration et de coopération

L'importance de la collaboration est soulignée dans les différents champs du travail social et ceci indique l'existence d'une volonté de « faire ensemble », en référence à la fois au réseau d'acteurs impliqués, aux parents et à l'enfant. Dans le cas des familles aux besoins multiples, il paraît intéressant de se demander si toutes les personnes qui devraient être impliquées le sont. Quelle est leur implication en termes de temps et de tâche ? S'agit-il d'échanges réciproques ?

Dans un premier temps, il est nécessaire de distinguer « collaboration » et « coopération ». Ces termes (ainsi que celui du partenariat abordé plus loin) servent à décrire des formes de relations interinstitutionnelles et interpersonnelles très diverses. Les deux mots sont reliés par l'idée de consensus et d'accord autour d'une action. On peut toutefois admettre que la coopération, la collaboration ou le partenariat relèvent d'un acte complexe tel qu'il est défini par le praxéologue T. Kotarbinski. L'acte complexe est un ensemble d'actes liés par une relation de coopération positive ou négative. « *Deux actes ne sont unis par ce type de relation que lorsque l'un d'eux entraîne l'autre, le rend possible, le facilite, le fait échouer ou le rend difficile ou bien quand tous les deux jouent le même rôle par rapport à un troisième.* » (Kotarbinski, 2007, p. 77).

Le terme collaboration est emprunté du bas latin *collaborare* qui signifie « travailler avec quelqu'un ». Quant à la coopération, du latin *cooperatio*, elle indique une action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre commune, il s'agit de faire quelque chose conjointement avec quelqu'un. L'action de coopérer suppose au préalable une décision commune au sujet des objectifs et des actions à entreprendre pour l'atteindre. Et cela nécessite une coordination, un partage des tâches et des responsabilités. La coopération devrait, par définition, conduire à un résultat, un produit de l'action.

La différence entre ces deux termes semble subtile. Toutefois, la définition de coopération met l'accent sur une division d'actes ou d'actions dont la somme constituera une œuvre commune.

Dans le courant de l'exercice de la mesure, les modalités des actions conjointes peuvent être établies. La coopération implique la volonté de dépasser les frontières de son savoir faire, de ses valeurs, de son pouvoir afin d'entendre ce que l'autre souhaite exprimer. Il s'agit à la fois d'une posture individuelle et d'une volonté institutionnelle. De plus, chaque professionnel compose avec les marges de manœuvre que ses mandats institutionnels (les instructions qu'il reçoit de son employeur) et professionnels (conféré par la famille) lui donnent. Si plusieurs professionnels interviennent concomitamment, la logique de l'un peut se combiner ou s'opposer à celle d'un autre (coopération négative selon T. Kotarbinski, 2007). Dans le second cas, la famille est susceptible de subir les conséquences des tensions ou de l'opposition. Ainsi, peut-elle se retrouver face à différentes façons non compatibles d'envisager l'intervention et risquer alors de voir sa situation s'aggraver. Cet aspect prend de l'importance dans un contexte décisionnel. Il concerne le processus d'analyse des besoins de la famille et a des conséquences sur le choix et le déroulement des mesures. Comment sont évalués les besoins de la famille ? Qui décide de quoi ? Qui est responsable de quoi ?

2.3. Les relations entre professionnels

La notion de partenariat suppose une relation entre les acteurs égaux. Ceci veut dire que dans le champ du travail social, il peut concerner les relations entre les professionnels et non pas celles qu'ils établissent avec les usagers. Pareillement à la coopération, le partenariat implique un partage de tâches et fait référence à une compétence collective construite pour transformer une réalité sociale donnée. D'après F. Dhume (2001), « *le partenariat est une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action [...]* ». Ils « *élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre* ».

B. Bergier (1998, p. 61-69), distingue cinq niveaux de partenariat :

- Le partenariat « *relationnel* » qui est une simple mise en réseau des organisations débouchant sur la convivialité. Le contenu des échanges n'est pas important, c'est la relation d'émission-réception d'informations (souvent à sens unique) qui prévaut. Ce simple espace de rencontre rassure par sa fonction liante les individus vivant dans un contexte en crise du lien social. Les rencontres sont souvent espacées dans le temps et demeurent irrégulières.
- Le partenariat « *échangiste* » qui consiste à partager des points de vue et à construire collectivement un savoir. La circulation d'informations n'est plus unilatérale et permet d'identifier un problème et de recenser les solutions possibles. Les rapprochements des points

de vue ne permettent pas encore de passer à l'action commune et la confrontation des connaissances ne les rend pas opératoires pour l'action. Il n'existe pas un projet fédérateur permettant aux institutions de se détacher des logiques internes. Au contraire, ce type de partenariat met en évidence l'ancrage institutionnel des actions menées par chaque partenaire.

- Le partenariat « *associationniste* » caractérise une mobilisation interinstitutionnelle provoquée par un problème qu'une institution isolée ne peut pas résoudre seule. La participation des institutions n'est pas tant imposée par une loi ou un décret d'application que par la visibilité et l'acuité d'un problème concret sur un territoire donné. Ce type de partenariat fédère des compétences dans un cadre plus ou moins formalisé (Selon la définition de coopération précédemment exposée, on peut dire qu'il met en place une relation de coopération). Les institutions s'associent à la réalisation d'un projet commun avec un objectif ciblé et traité sur le court terme.

- Le partenariat « *coopératif* » implique une coordination pragmatique, organisationnelle à long terme entre plusieurs organisations. Il n'est possible que si les conditions préalables à la négociation sont accomplies : l'existence d'un minimum d'intérêts communs, la reconnaissance réciproque des acteurs comme interlocuteurs autonomes, la volonté d'aboutir à un accord.

- Le partenariat « *solidariste* » est une forme la plus élaborée et la plus utopique de partenariat. Il implique des relations solidaires, formalisées à long terme. L'engagement des moyens fait l'objet d'une contractualisation entre les partenaires. Le caractère solidariste indique la volonté de transcender les intérêts individuels et s'oriente vers un engagement collectif. Ce type de partenariat a des effets de contagion qui dépassent le groupe initial des partenaires. Cette perspective d'ouverture consistant à mobiliser un maximum d'acteurs peut produire des effets de développement solidaire. Ce partenariat peut ne pas être uniquement interinstitutionnel, les personnes visées par l'action peuvent être associées. Il peut impliquer par exemple les personnes défavorisées à la réalisation d'un projet local commun.

2.4. Les relations entre familles et professionnels

Pour penser la relation entre familles et professionnels, nous devons prendre en considération non seulement les postures des usagers, mais également celles des professionnels à l'égard des familles. Comme le souligne M. Boutanquoi citant Y. Saint-Arnaud, du point de vue des professionnels, deux dimensions interviennent : « *le degré du contrôle exercé par le professionnel sur son interlocuteur, le degré de compétence qu'il reconnaît à celui-ci vis-à-vis de l'objet même de l'interaction.* » (Boutanquoi *et al.*, 2004, p. 8) « *La structure de*

coopération se définit par le fait qu'il y a un but commun. Cela signifie que, quel que soit le point de départ, la première préoccupation de l'acteur [le professionnel] en quête de coopération est de s'assurer que le but proposé, soit par lui (structure de pression), soit par son interlocuteur [l'utilisateur] (structure de service), puisse devenir un but commun. » (Saint-Arnaud, 2003, p. 87). Dans le cadre de l'AEMO, la structure de la relation se trouve au départ sous le signe de la pression. Cependant, comme la citation précédente le suggère, la recherche de coopération reste nécessaire pour que l'intervention puisse être effectuée.

À la base de trois paradigmes socioculturels en éducation, élaborés par les chercheurs québécois Bertrand et Valois (Durning P., Pascal S., 1999, p. 41), S. Lavigueur et R. Laurendeau (1990) ont construit une typologie des attitudes professionnelles.

- Le paradigme *rationnel* correspondant au modèle « professionnel » implique une relation hiérarchique du pouvoir dans laquelle le professionnel (qui prend la place d'expert) impose des décisions au parent qui, pour sa part, attend des solutions.

- Dans le paradigme *humaniste*, associé au modèle « personnel », le professionnel reconnaît le savoir parental. Le parent sera à l'écoute du savoir professionnel pour développer l'épanouissement de sa famille. Ce modèle est centré sur la qualité relationnelle établie entre la famille et le professionnel et s'inspire de la psychologie humaniste.

- Le dernier paradigme est nommé *symbiosynergique* et il est lié au modèle collaboratif où les deux partenaires mettent en commun leurs ressources. Ici l'accent est mis sur un échange d'expertises propres aux professionnels et à la famille. Chaque acteur de la relation éducative est porteur d'un savoir et d'une capacité d'expertise spécifiques. Les relations entre eux sont basées sur la réciprocité et l'interdépendance. Le professionnel associe à l'utilisateur une capacité décisionnelle, le pouvoir est partagé.

Du côté des familles, J. Kellerhals et C. Montandon s'intéressant à leurs stratégies éducatives à l'égard des instances externes (références aux modèles extérieurs, spécialistes, parenté, école, télévision, amis) soulignent que les attitudes se différencient selon « deux composantes fondamentales :

a) La mission que la famille attribue à un agent extérieur. Cette mission peut être très spécifique, sectorielle, ou au contraire très diffuse [...].

b) Le degré de participation de la famille aux entreprises des tiers. » (Kellerhals & Montandon, 1991, p. 166).

Ces auteurs déduisent de leur investigation une typologie des modalités de coordination entre les parents et les autres partenaires éducatifs selon quatre modalités :

- *Opposition* : Les compétences reconnues sont très spécifiques, non relayées et la légitimité du rôle tenu auprès de l'enfant n'est pas reconnue ;
- *Délégation* : Les compétences reconnues sont larges, mais non relayées. La légitimité est reconnue, mais les parents investissent peu l'activité du professionnel auprès de l'enfant ;
- *Médiation* : Les compétences reconnues sont spécifiques et relayées, le parent participe à cette activité pour laquelle il reconnaît aux autres agents, une légitimité limitée à ce point.
- *Coopération* : Les compétences reconnues sont larges et médiatisées par la participation des parents, leurs critiques, l'accompagnement de l'enfant dans les activités.

M-P. Mackiewicz et D. Fablet reprennent cette proposition en l'adaptant au domaine de la suppléance familiale. Ils détaillent la mission que la famille attribue à un agent extérieur en distinguant d'une part la légitimité de l'intervenant reconnue ou non par la famille, et d'autre part les compétences que la famille lui reconnaît (Fablet & Mackiewicz, 1996). Les questions posées dans ces études peuvent constituer trois axes utiles à la description des modalités de coopération entre familles et intervenants sociaux :

- Quelle légitimité les familles accordent-elles à l'intervention de chaque travailleur social ?
- Quelles compétences les familles reconnaissent-elles à chacun d'eux ?
- Comment s'impliquent-elles dans les activités proposées par chacun ? Sous quelles formes ?

Dans une étude qui voudrait mieux cerner les modalités de coopération entre les familles et plusieurs métiers du travail social, il semble opportun d'envisager les relations de coopération entre la famille et chacun des intervenants, celles-ci pouvant varier selon la qualification de l'intervenant et la nature des activités proposées par chacun d'eux.

P. Durning sur le thème du *Partage de l'action éducative entre parents et professionnels* (1999) va mettre l'accent sur les nombreuses difficultés qui émaillent cette relation. Il recense certaines des raisons qui y contribuent, en termes de conflits d'images et d'attentes, de différences de valeurs et de représentations, de préjugés tenaces et de disqualifications réciproques. Il semble que ces difficultés trouvent leur origine dans les enjeux de pouvoir réels et imaginaires entre professionnels et parents, dans le manque de formation des intervenants et dans les craintes multiples que la communication avec ces parents d'enfants « pris en charge » met en scène. (1999, p. 29-43). Par ailleurs, l'étude sur les interactions entre TISF et familles a pu montrer que cette coopération diffère selon le cadre institutionnel qui prévaut à l'entrée de la TISF (ASE ou CAF) (Tillard, 2004) et que les modalités de coopération évoluent au cours de l'intervention, mobilisant les compétences relationnelles des professionnelles et des familles (Tillard, 2010).

3. Associations mobilisées et déroulement de l'enquête

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, une seule association assurant des mesures d'AEMO a été contactée en septembre 2010. Il s'agit de l'Association de Gestion des Services Sociaux (AGSS) de l'Union des Associations Familiales du Nord (UDAF 59). Les trois situations familiales sont localisées dans une zone du département du Nord que nous ne précisons pas pour assurer l'anonymat de l'étude.

L'association partenaire de celle-ci et employant des TISF, l'Association Familiale d'Aide à Domicile (AFAD) a été contactée secondairement pour les besoins de l'enquête à propos d'une famille. Les responsables d'action sociale du territoire ont également été informés de la recherche. L'AGSS a la particularité d'employer une TISF à temps partiel. Trois mesures dans lesquelles interviennent TISF et éducatrices ont été choisies par l'association en vue de cette recherche. D'autres professionnels interviennent également comme le professionnel assurant la mesure judiciaire d'Aide à la gestion du budget familial (AGBF), les professionnel(le)s des Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), etc. Comme cela a été souligné précédemment, deux situations d'AEMO choisies initialement ont basculé vers le placement, nécessitant de mobiliser d'autres éducateurs et d'autres familles.

Pour chacune des situations, les séquences se sont passées ainsi : la mesure a été proposée par l'éducatrice en accord avec le chef de service. L'accord de principe a été demandé par l'éducatrice à la famille. Un premier rendez-vous a permis de rencontrer l'éducatrice. Le deuxième rendez-vous a permis une rencontre avec d'une part l'éducatrice ou la TISF et d'autre part la famille. Ensuite chacun a été rencontré séparément lors de trois rendez-vous à des dates différentes :

TISF et éducatrice ont été rencontrées dans les locaux associatifs, tandis que la famille était vue à domicile ou au foyer d'hébergement.

Les éducatrices nous ont associées à plusieurs rencontres de travail : rencontre entre l'éducatrice de la MECS et l'éducatrice d'AEMO, rencontre entre la personne chargée de l'Aide à la gestion du budget familial (AGBF) et l'éducatrice d'AEMO.

Au cours de la deuxième vague, qui s'est déroulée un an après la première, les entretiens ont eu lieu avec les professionnels qui continuaient le suivi de la famille. Ces entretiens ont été complétés par la rencontre avec les trois éducateurs responsables des mesures d'AGBF et par la participation à une réunion de synthèse entre le service d'AEMO et les services du département (service social, PMI). Les familles ont été rencontrées de nouveau à domicile

(voir le tableau détaillé en annexe). Des moments d'observation participante ont donné lieu à des rencontres plus longues (accompagnement à la PMI, matinée à domicile).

Dans la région Rhône-Alpes, l'enquête s'est déroulée sur deux départements, l'Isère et la Savoie. En Isère, deux associations sont habilitées pour assurer des mesures d'action éducative en milieu ouvert, que ce soit dans le cadre judiciaire ou administratif. Il s'agit du Comité Dauphinois d'Action Socio-Educative (CODASE) et de l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de l'Isère (ADSEA38). En Savoie, une seule association, la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence des Savoie (SEAS), l'est. Ces trois associations sont impliquées dans notre recueil de données. Deux associations en Isère, l'Association urbaine d'aide à Domicile aux Familles et aux personnes de l'Isère (ADF 38) et la fédération ADMR (Association du service à domicile) de l'Isère organisent l'intervention des TISF. En Savoie, l'Arche en Ciel et la fédération ADMR de Savoie font de même. Ces quatre associations participent à notre recherche. Une rencontre avec le chef de service « prévention et soutien parental » au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Conseil général de l'Isère a permis de prendre connaissance du plan départemental de l'aide à domicile à la famille.

Ce sont les intervenants assurant les mesures d'AEMO ou d'AED qui ont choisi et sollicité les familles susceptibles de participer à la recherche. Ce n'est que dans un second temps que nous avons pris contact avec ces familles pour convenir des modalités de nos rencontres. Une mère qui avait donné son accord au service n'a, par la suite, pas souhaité s'engager (deux rendez-vous non honorés) ; position que nous avons évidemment respectée. Toutes les rencontres avec les familles ont eu lieu aux domiciles familiaux. Les rencontres avec les professionnels se sont déroulées sur leurs lieux de travail respectifs. La période d'entretien s'est étalée de mars à juin 2010 pour la première vague et de janvier à avril 2011 pour la deuxième vague. Au total, 23 entretiens ont été menés : 12 pendant la première période, 11, pendant la seconde. Des membres de la famille ont été systématiquement rencontrés. De même, concernant les professionnels de service d'AEMO ou d'AED. S'agissant des TISF, si toutes ont été rencontrées durant la première période, celles intervenant dans une situation n'ont pu être rencontrées pendant la seconde phase (voir le tableau détaillé en annexe)..

Dans la région d'Ile-de-France, trois associations d'Aide éducative en milieu ordinaire (milieu ouvert et au domicile) ont participé à la recherche. Il s'agit de la Sauvegarde de l'enfance et d'adolescence du département 93, de l'Association AVVEJ (Association Vers la Vie pour l'Education des Jeunes, l'antenne du département 92), du Service social de l'enfance

de l'Association Olga Spitzer (une antenne dans le département de Paris (75) et une autre dans le département des Hauts-de-Seine (92)). Les interventions des TISF ont été mises en place pour la plupart par deux associations des TISF (Association Familles et cité (antennes 75, 92, 93,) et Aide aux mères (antenne 92). Dans une mesure étudiée, la TISF est interne au service de l'AEMO.

Au sein du Service social de l'enfance du département des Hauts-de-Seine (92) la direction a créé un groupe de travail sur la place et les tâches des TISF. Le service embauche actuellement une TISF et, pour d'autres mesures, s'adresse aux associations partenaires. L'objectif de ce groupe de travail est de pouvoir évaluer l'intérêt pour un service d'AEMO d'embaucher une TISF et d'utiliser cette fonction au sein de l'association, plutôt que de solliciter un service extérieur.

Selon la convention de cette recherche, six mesures devaient être étudiées en Ile-de-France, toutefois, nous avons inclus huit mesures, afin de prévenir une possible déperdition des entretiens entre les deux vagues de l'enquête. Trois situations ont été indiquées par les associations des TISF et cinq mesures ont été choisies par le service de l'AEMO / l'AED.

Le choix des mesures appartenait aux équipes des professionnels. Le travailleur social référent de la mesure a demandé l'accord de la famille et par la suite a communiqué aux chercheurs les coordonnées téléphoniques. L'entretien avec la famille a commencé le recueil de données sur chaque mesure. C'est un moment clé qui a permis de voir si l'accord de la famille était effectif ou si la famille avait cédé aux pressions du service (l'élément que le chercheur ne peut pas évaluer au moment du choix des mesures).

La majorité des entretiens avec les parents ont eu lieu à leur domicile (ou dans le lieu d'hébergement), souvent en présence de leurs enfants et/ ou conjoints. Après avoir réalisé l'entretien avec la famille, les rencontres avec les intervenants ont été planifiées. Ces dernières se sont déroulées souvent dans leur service.

La prise de contact avec les associations et les réunions de présentation ont duré environ 5 mois. Ensuite, un temps important a été consacré au réajustement temporel du protocole d'enquête et aux choix des mesures éducatives par les associations et à la prise de contact avec la famille. Pour 8 mesures analysées durant la première vague de l'enquête, nous avons réalisé 24 entretiens : 15 avec des travailleurs sociaux (une TISF auprès de la famille I et J) et 8 avec des familles du mars jusqu'à juillet 2010. La deuxième vague d'entretiens s'est déroulée un an plus tard. Nous avons effectué 14 entretiens : 11 avec les travailleurs sociaux et 3 avec les familles. Nous n'avons pas pu rencontrer tous les acteurs mobilisés initialement

en raison de leur indisponibilité ou de levées de mesures d'AEMO. Dans l'ensemble, 38 entretiens ont été réalisés et nous avons assisté à une synthèse professionnelle mise en place dans le cadre d'une mesure analysée (voir le tableau détaillé en annexe).

Conclusion

Cette étude s'intéresse aux co-interventions effectuées dans le milieu ordinaire des familles aux besoins multiples. Deux types de mesures ont été visés: Action éducative d'aide à domicile et Action éducative en milieu ouvert dans lesquelles une intervention de la TISF a été également mise en place. Le protocole de l'enquête a été le même dans les trois régions concernées par l'étude: les équipes ont choisi les mesures en respectant les critères communiqués par les chercheurs: besoins multiples, intervention de la TISF. Ensuite, les travailleurs sociaux ont demandé l'accord de la famille. Le premier entretien de recherche a eu toujours lieu avec les parents afin de s'assurer de l'accord des parents pour participer à l'enquête. Au total, 15 mesures ont été étudiées dans 6 départements au sein des 6 associations. Seulement dans deux services d'AEMO, les TISF faisaient partie de l'équipe éducative. Dans chaque département, les mesures ont été choisies par les professionnels, 79 entretiens (23 dans la région Rhône-Alpes, 38 en Ile-de-France, 18 dans le Nord-Pas-de-Calais) ont été réalisés durant deux vagues d'entretiens.

Dans ce chapitre, nous avons présenté nos orientations théoriques, en soulignant que l'appellation « *familles aux besoins multiples* » est remplacée dans la littérature scientifique par le terme « *familles aux problèmes multiples* ». Le fait de mettre l'accent soit sur le problème ou sur le besoin n'est pas insignifiant, dans la mesure où le terme qu'on emploie indique la représentation qu'on se fait du public concerné par ces interventions. C'est pour cela qu'il nous est apparu important de nous intéresser au point de vue des familles et à la manière dont elles-mêmes perçoivent leurs besoins et les soutiens qui leur sont proposés.

II. Caractéristiques des territoires et des familles

Dans ce chapitre, nous allons présenter la population concernée par les mesures éducatives analysées. Cette description des familles qui n'est pas exhaustive, permet de mieux comprendre les besoins multiples des familles étudiées et par la suite l'intervention et le partenariat mis en place. Nous allons tout d'abord présenter l'origine ethnique des familles et la situation matrimoniale des parents. Par la suite, nous présenterons l'âge des enfants concernés par les mesures et leur place au sein de la fratrie. Dans un troisième temps, il s'agira de décrire les niveaux de qualification des parents en lien avec les emplois occupés et les ressources économiques des familles. Par la suite, nous allons aborder les conditions d'habitation qui ont un impact sur l'organisation des mesures et leur contenu. Dans les parties contextuelles consacrées aux caractéristiques des familles et à l'organisation des mesures, nous avons choisi de distinguer nos analyses selon les trois régions, car la population et l'organisation des mesures se sont montrées bien distinctes sur ces trois territoires. En revanche, les actions menées dans le cadre des mesures se sont davantage différenciées selon le type des professionnels et selon les besoins de la famille.

1. Origine ethnique des familles et situation matrimoniale des parents

Pour la *région Nord-Pas-de-Calais*, trois familles ont été rencontrées. Deux couples vivant en concubinage (situation N ; situation P) depuis longtemps et une femme responsable d'une famille monoparentale (situation O). Les parents sont tous français. Parmi eux, seul un père a des parents d'origine italienne. Dans les trois situations, on notera l'absence de mariage. Celui-ci a été parfois envisagé, mais jamais réalisé à ce jour.

Dans la *région Rhône-Alpes*, quatre familles ont été rencontrées, toutes d'origine et de nationalité françaises. Dans deux situations (C et D), on note une séparation du couple. Ainsi, dans la situation C, la mère assume les tâches quotidiennes d'éducation suite à l'incarcération du père. Dans la situation D, les parents sont divorcés, l'enfant vit avec la mère et maintient des contacts réguliers avec le père.

Les familles rencontrées dans la *région Ile-de-France* ont des caractéristiques tout à fait différentes. Dans le cadre de huit mesures analysées, huit mères ont été interviewées dont une en présence des enfants (situation I). Cinq parents interviewés sont d'origine étrangère (Afrique du Nord et Afrique subsaharienne pour les situations H, E, F, J, L). Un couple vit en

concubinage (situation F). Les autres mères vivent seules ou même si elles sont en couple, elles ne partagent pas le même habitat avec leur partenaire, le plus souvent pour des raisons économiques. Dans ce cas, les mères assurent la garde des enfants.

2. Âge des enfants³, d'unions différentes ou pas

Les différentes interviews ont apporté des informations plus ou moins explicites concernant les histoires familiales. La question au sujet de la naissance des enfants s'est montrée révélatrice des relations conjugales parfois complexes. Les âges des enfants

Dans *la région Nord-Pas-de-Calais*, les mesures analysées concernaient les familles N, P, O. Dans la situation N, les parents, tous deux âgés de 25 ans, se sont rencontrés alors qu'ils étaient mineurs. Ils vivent ensemble depuis sept ans et ont donné naissance à 4 enfants qui, en 2010, sont âgés de 6, 4, 3, 1 ans.

Dans la situation P (mère âgée de 33 ans et le père de 30 ans), les parents forment un couple qui constitue la seconde union de la mère. En effet, celle-ci a vécu avec un premier conjoint et a donné naissance à une fille (13 ans) et un garçon (9 ans), tous deux reconnus par leur père qui en assure la garde. De la deuxième union (qui dure depuis 2003) sont nés 6 enfants. Les cinq premiers avaient 7, 6, 5, 3 et 2 ans au moment de la naissance du nouveau-né en 2011. Deux enfants nés durant une période de rupture du couple, portent le nom de famille de leur mère et non celui de leur père biologique.

Dans la situation O., la mère âgée de 40 ans vit seule. Elle a connu une vie de couple agitée et a donné naissance aux 8 enfants.

Après avoir donné naissance à un premier enfant (N. 28 ans) de père inconnu, elle s'est mise en ménage avec un homme qui n'a pas reconnu le garçon issu de cette union (D. 25 ans), puis a rencontré le père de sa fille (H. 20 ans) qui l'a reconnue tardivement. Elle a ensuite rencontré un quatrième géniteur dont elle a eu un garçon (T. 19 ans) qu'il a reconnu ainsi que son 1^{er} enfant N., son 2^e enfant D. et la fille qui naîtra ultérieurement B. La mère part ensuite en Belgique avec le deuxième géniteur, père biologique de D. Là-bas, elle donne naissance à deux filles (B. née en 1997, P. née en 1998). La fille P. n'étant pas reconnue portera le nom de famille de la mère. Rentrée en France, elle a ensuite vécu avec un cinquième géniteur duquel elle a eu un garçon, reconnu par son père (né en 2003). Au cours d'une phase d'errance, elle a rencontré furtivement un sixième géniteur et a donné naissance au dernier de la fratrie (2010) qui porte également son nom de famille. Les trois familles de la région Nord-Pas-de-Calais

³ Les âges des enfants ont été relevés au début de l'enquête.

sont des familles nombreuses. Deux d'entre elles ont vu la naissance d'un enfant en 2010-2011, tandis que la mère dans la situation O, qui est la seule à ne pas avoir accouché, a accompagné sa jeune sœur mineure qui vient de donner naissance à son premier enfant.

Les trois mesures étudiées *en Rhône-Alpes* concernent des familles élevant, soit un enfant (d'un an en début de mesure dans la situation A et de huit ans dans la situation D), soit deux enfants (8 et 13 ans dans la situation B). Dans la situation C, suite à l'incarcération du père, la mère élève seule 5 enfants âgés de 7, 11, 12, 14 et 15 ans. Tous les enfants sont issus d'une seule union. Parmi les 4 mesures, seuls les parents de la situation D sont divorcés.

Dans *la région Ile-de-France*, les enfants sont âgés de 5 mois à 22 ans⁴. Les fratries varient entre 2 et 5 enfants par foyer (une famille de 5 enfants, deux familles de 4 enfants, deux familles de 3 enfants, deux familles de 2 enfants et une famille d'un seul enfant). Dans 5 situations sur 8, les enfants vivant au foyer sont rarement issus de la même union, cependant les relations conjugales ne montrent pas une si grande complexité que celles présentes dans les situations O et P. Dans plusieurs situations en Ile-de-France les parents ne vivent pas sous le même toit ainsi qu'on observe que certains enfants de la fratrie soient placés hors du domicile familial.

3. Les niveaux de qualification, les professions des parents et les ressources économiques des familles

Les trois mères rencontrées dans *la région Nord-Pas-de-Calais* ne travaillent pas au moment de l'enquête. L'une (situation N) perçoit le RSA et semble être sur le point de devoir effectuer à la demande de Pôle emploi un stage en cantine scolaire (au moment de la deuxième phase de l'étude). L'une des mères (situation P) est titulaire d'un CAP Vente obtenu durant son cursus scolaire. Les deux autres mères ont quitté le collège sans qualification et n'ont pas poursuivi une scolarité marquée par des périodes d'absentéisme.

Les pères dans les situations N et P sont titulaires tous les deux d'un CAP. L'un est plaquiste, formation qu'il a acquise durant son parcours scolaire, l'autre sorti du collège sans diplôme vient d'obtenir récemment un CAP d'horticulture. Au moment de l'étude, ils effectuent différents stages ou emplois intérimaires. L'un après avoir été employé quelques mois à la mairie, effectue un stage dans un magasin de vêtements, l'autre venait d'obtenir un emploi en intérim dans une entreprise de recyclage au moment de la deuxième vague d'entretiens.

⁴ Même si la mesure d'AEMO ne concerne pas le garçon de 22 ans nous l'incluons dans l'analyse, car il vit au domicile.

Dans deux familles rencontrées dans *la région Rhône-Alpes*, le père occupe un emploi⁵ et la mère reste au foyer. Dans la situation C, la mère exerce une activité professionnelle quelques heures par semaine. Tandis que dans la situation D, la mère et l'enfant vivent chez les parents du compagnon de celle-ci et le père perçoit une allocation d'adulte handicapé.

Pour la région *d'Ile-de-France*, une mère travaille dans une cantine trois heures par jour (situation L), une autre est en congé parental (situation E.). Les autres mères sont bénéficiaires du RSA (situations : I, K, M, J, F, H), ou d'autres prestations familiales. En région Ile-de-France, le niveau de qualification des mères rencontrées est très bas (à part une mère qui exerce la profession de secrétaire) le niveau varie d'une déficience intellectuelle et de compétence inexistante en français écrit et lu, à un niveau de CAP. Au moment du deuxième entretien, une mère a entrepris une action de formation (situation J) et pour une autre cette démarche est en train d'être organisée par l'équipe de l'AEMO (situation M).

4. Type d'hébergement ou d'habitat

À l'exception de la famille B qui vit dans une villa dans une commune rurale, les trois familles rencontrées dans *la région Rhône-Alpes* habitent dans un appartement de type HLM dans une commune périurbaine. Aucun déménagement n'a été noté au cours de l'enquête.

Ce contexte s'est montré tout à fait différent dans *la région Nord-Pas-de-Calais* où la mobilité géographique des familles rencontrées s'est avérée être un facteur important, influençant la continuité des interventions socio-éducatives.

Au début de l'enquête, la famille N. venait d'emménager comme locataire d'une maison appartenant à un bailleur social et comportant 4 chambres ainsi qu'un jardin. Ils y sont restés durant l'étude.

Au moment du premier entretien, la famille P venait d'emménager depuis trois mois comme locataire dans une maison de 3 chambres appartenant à un particulier. Cependant, la pièce principale (12m² environ) était de faible surface au regard du nombre d'enfants (5 enfants). Pendant la deuxième vague d'entretien, un an après, la famille habitait une maison plus spacieuse appartenant à un bailleur social comportant 3 chambres (6 enfants) et un jardin. Cependant celle-ci a été déclarée insalubre par la CAF. La famille se prépare donc à un nouveau déménagement. Cependant, le prochain logement n'est pas encore trouvé.

⁵ Dans la situation A, le père alterne les périodes d'emploi intérimaire et de chômage, dans la situation B, la famille possède un niveau socio-économique aisé.

La famille monoparentale O. a changé quatre fois de lieu d'habitation, durant la période d'enquête. Au moment du premier entretien, la mère habitait dans un foyer maternel. Après quelques mois, durant lesquels la mère a été hébergée chez sa fille (dans un F2 en collocation), la famille habitait dans un foyer tenu par l'association Emmaüs. Maintenant, la mère est locataire d'un appartement où elle habite avec un enfant durant la semaine et 4 enfants lors des retours des 3 enfants placés en week-end ou pendant les vacances. Au total, les trois familles de la région Nord - Pas-de-Calais sont sans emploi ou exerçant par intermittence des emplois précaires. Deux d'entre elles habitent des maisons peu isolées. Aussi, les familles N et P ont des factures astronomiques de chauffage. Pour l'une d'entre elles, la maison quoique grande est à peine suffisante au regard des standards d'habitat (8 personnes, 3 chambres), mais la norme INSEE de suroccupation des logements semble entrer en concurrence d'une part avec les habitudes antérieures de vie de ces familles qui ne sont pas accoutumées à occuper un espace vaste, d'autre part avec l'offre du parc immobilier.

Dans la *région Ile-de-France*, la majorité des familles vivent dans un appartement de type HLM. Parmi elles, l'une vit dans des conditions de forte insalubrité (situation M), deux autres ont changé d'appartement au cours de l'étude. Dans la situation I, la famille est restée toujours dans la même cité, fortement dégradée. Cependant ce nouvel appartement a offert la possibilité à la mère d'avoir une chambre pour elle seule. Quant à la famille F, le déménagement dans un espace plus grand lui a permis d'accueillir pendant les vacances scolaires les trois aînés placés à l'Aide sociale à l'enfance. La famille H, déménagera dans un appartement plus petit, suite au divorce. Pour cette dernière famille, le relogement s'est fait plus rapidement que prévu suite à un incendie dans l'immeuble. Pour la famille E., le logement est trop petit (deux pièces pour trois personnes) mais la mère peut difficilement envisager un relogement compte tenu de sa situation financière (congé parental). Les logements sont récents. Deux autres familles vivent respectivement : l'une (situation L) dans un CHRS à Paris où le père ne peut pas habiter, une autre dans un hôtel social en banlieue lointaine (situation J). Cette dernière occupait avec ses 3 enfants un studio de 20m², très humide. Le lieu était mal desservi par le transport communal. L'absence de gardien à l'entrée de l'hôtel rendait difficiles les visites aux personnes extérieures. Les conditions sanitaires à l'intérieur du lieu semblaient se dégrader. Depuis trois ans, la mère (situation J) vivait dans des hôtels, pendant une durée d'environ sept mois. Sans aucune stabilité locative, ses contrats d'hébergement étaient prolongés tous les trois mois. L'hébergeant demandait à la mère une participation financière de 800 € cependant elle ne travaillait pas et ses revenus, composés

des allocations, ne dépassent pas 700 € Au cours de l'étude, la mère a quitté l'hôtel, elle est actuellement hébergée chez sa tante.

Conclusion

Il apparaît fréquemment dans l'ensemble des situations qu'un seul parent réalise la garde de l'enfant, en effectuant la majorité des tâches éducatives et de soins vis-à-vis des enfants. Cependant, dans cette étude, il ne s'agit pas seulement des familles monoparentales mais des parents qui pour différentes raisons (incarcération, absence de logement adéquat, etc.) ne vivent pas sous le même toit.

Les enfants concernés par les mesures analysées sont majoritairement en bas âge ou sont en période de préadolescence. Souvent il s'agit de fratries de 1 à 8 enfants, parfois les mesures de placement ont été prononcées vis-à-vis de certains d'entre eux.

Dans la plupart des situations, les mères ne travaillent pas et bénéficient des prestations sociales, les pères ont un niveau de qualification bas et un emploi précaire. Il s'agit d'une population précarisée. À part une famille, dans la région Rhône-Alpes qui est propriétaire d'une maison individuelle, la majorité des familles rencontrées vivent dans un logement de type HLM. Quelques situations montrent une forte suroccupation d'appartement et une forte insalubrité. L'évolution des situations durant les deux vagues d'entretiens a montré le changement d'appartement pour quelques familles interviewées.

III. Contexte des mesures étudiées

Ce chapitre sera consacré au contexte organisationnel des interventions des TISF sur le territoire de l'enquête (six départements) et aux motifs qui ont conduit à planifier et à mettre en place les co-interventions entre les services de l'AEMO / l'AED et autres professionnels.

1. Le début de l'AEMO et la mise en place du partenariat

Pour trois situations étudiées dans *la région Nord-Pas-de-Calais*, les mesures d'AEMO étaient souvent précédées par une intervention à caractère d'investigation éducative judiciaire ou administrative. Les raisons pour lesquelles les mesures d'AEMO ont été prononcées reflètent les situations des familles, considérées comme des facteurs de danger pour les enfants. Il s'agit, pour la famille N, de l'absence de domicile fixe et de coopération avec la PMI dans un contexte de maladie orpheline, diagnostiquée chez l'un des enfants (mesure prononcée en 2008). Cependant, les parents contestent ces raisons, en admettant qu'ils logeaient tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre.

Dans la situation P, caractérisée par une mobilité géographique forte de la famille, le début exact de l'AEMO et les précédentes interventions sociales dans la famille sont difficiles à préciser. Ces difficultés d'accès à l'information sont à comprendre dans un contexte de réticence de la famille à l'intervention, mais aussi dans un contexte de transfert d'un dossier très épais d'une ville à l'autre. Les mesures se sont succédées en raison des nouveaux motifs qui aux yeux de professionnels constituaient les facteurs de danger. La mesure en cours dure depuis l'emménagement de la famille dans cette ville, elle se déroule sur la période de novembre 2009 à novembre 2010. En février 2010, un signalement de l'école a donné lieu à une IOE en raison de suspicion de mauvais traitements, suite à des traces de brûlures sur une des filles. Suite à cela, une nouvelle IOE est en fin d'étude.

Les interventions dans la famille O. se sont succédé en fonction de la trajectoire de la famille et l'évolution de son contexte de vie. Deux mesures d'IEAD ont précédé l'AEMO. De 1991 à 1995, suite au signalement de carences alimentaires et d'une absence d'hygiène, envoyé par le voisinage, le service de protection de l'enfance avait mis en place une aide éducative pour les 3 aînés de la fratrie, pour des raisons de suivis médicaux irréguliers. En 1993, cette aide éducative se poursuit à la suite d'un signalement par l'école de comportements violents d'un enfant, de « sous-alimentation et absence de suivi scolaire ». En décembre 1995, une IOE est

suivie d'une première mesure d'AEMO suspendue en 1997, la mère part en Belgique avec un compagnon. Durant ces premiers épisodes, les garçons aînés ont été placés durant une période non précisée. Dès le retour de Belgique, une deuxième mesure d'AEMO a été mise en place de 1998 à 2002, motivée par les « limites éducatives » et « l'instabilité sentimentale » de la mère s'accompagnant toujours de problème d'alimentation des enfants. Puis de 2002 à 2005, une période assez calme où la stabilité de la vie conjugale de la mère a conduit à la levée de l'AEMO. Enfin, depuis 2005, une nouvelle mesure d'AEMO a été prononcée et reconduite jusqu'à présent. En effet, depuis cette date, les quatre enfants les plus grands ont révélé des violences sexuelles intrafamiliales. D'autres enfants sont nés et nécessitent la poursuite de cette aide éducative. La maman collabore, au gré de ses aventures sentimentales et de ses déplacements, mettant parfois en péril la sécurité de ses enfants.

Les corps professionnels spécialisés, mobilisés autour de ces situations, sont les suivants :

- juge, services de l'IOE, de l'AEMO, plusieurs TISF intervenant parfois d'une manière discontinuée (situation N, P⁶, O),
- service d'AGBF (mesure de tutelle, situation N, P, O)
- CESF responsable du Programme de réussite éducative PRE (situation N),
- bailleurs (situation N, P, O)
- la mairie qui soutient le dossier auprès du bailleur social (situation N),
- Pôle emploi (situation N),
- PMI (situation N, P, O)
- service du CHRU suivant la fratrie dont 3 des 4 enfants sont atteints d'une maladie orpheline (situation N),
- écoles (situation N, P, O),
- AS du Conseil général (situation N, P, O)
- associations caritatives pour aide alimentaire et emménagement (situation N, O),
- médecins (situation N, P, O)
- orthophoniste (situation P)
- Mouvement ATD Quart-monde (situation P)
- Service d'UT (Unité territoriale de circonscription)
- psychologue, éducatrices de la MECS (situation O)
- foyer Emmaüs (situation O)
- Deux foyers maternels (situation O.)

Dans les entretiens réalisés dans cette région, la présence des membres de la famille (beau-frère, grands-parents, ex-conjoints, famille élargie) et du voisinage apparaît comme plus signifiante par rapport aux deux autres régions.

⁶ Bien évidemment, les emménagements successifs effectués par cette famille ont impliqué les changements des professionnels dans le cadre de l'AEMO.

Dans *la région Rhône-Alpes*, trois mesures d'AEMO et une mesure d'AED ont été étudiées.

La mesure A, ordonnée à l'automne 2009 pour une année, a fait suite à un placement judiciaire de l'enfant en pouponnière qui a duré trois mois. Pendant ce placement, la mère a été hospitalisée dans un service psychiatrique. La mesure d'AEMO est dite « renforcée » pour les six premiers mois. C'est l'équipe d'AEMO qui a immédiatement sollicité le service de l'ASE pour mettre en place l'intervention d'une TISF 2 fois trois heures par semaine. Cette proposition a été acceptée par les parents. L'intervention de la TISF est renouvelée tous les trois mois.

Dans la situation B, les interventions des TISF, à la demande de la mère, ont précédé la mesure éducative. La mère se plaignait alors de ne pas être obéie par son fils et des difficultés scolaires de celui-ci. Rapidement, il a été envisagé de renforcer cette modalité d'aide. Une Observation Administrative (OA) de trois mois a été contractualisée. C'est suite à cette OA que la mesure d'AED, d'une durée d'une année, a été contractualisée à l'automne 2009.

La situation C présente des similitudes avec celles étudiées dans la région Nord-Pas-de-Calais (familles de 5 enfants, élevés par la mère suite à l'incarcération du père pour suspicion d'actes graves en famille). La famille ayant déménagé à trois reprises ces dernières années, plusieurs travailleurs sociaux se sont succédé, les assistants sociaux de secteur en particulier. Plusieurs mesures éducatives ont été exercées depuis plus de huit années. Sur proposition de l'assistante sociale de secteur, c'est l'intervention de la TISF qui a d'abord été organisée à l'automne 2009. Cette intervention est renouvelée tous les six mois. Puis, la mesure d'AEMO a été ordonnée en fin d'année 2009, pour une année.

La mesure D, ordonnée à l'automne 2009, a été prononcée suite au retour de l'enfant du placement familial qui a duré trois années. Depuis ce retour, la fille vit avec sa mère chez les parents du compagnon de celle-ci. La TISF intervient chez le père une demi-journée par semaine lorsque l'enfant y est accueilli. La TISF n'intervient pas chez la mère. Elle se rend chez le père tous les mercredis après-midi pour épauler le père lorsqu'il reçoit sa fille. Cette mesure a été mise en place au cours des derniers mois du placement. L'assistante sociale en charge de l'AEMO intervient chez les 2 parents afin de veiller à l'évolution de l'enfant et de médiatiser la relation entre les 2 parents.

Dans *la région Ile-de-France*, trois mesures d'AEMO ont commencé en 2009 pour les raisons suivantes : fugues de l'adolescente, problèmes d'addiction à des drogues « douces » (cannabis) et alcool (situation E), méconnaissances des besoins d'un enfant de 3 ans et les difficultés éducatives dans une famille (situation F), violence conjugale et familiale pour la troisième famille (situation H). Les placements antérieurs ont été considérés comme un facteur aggravant la situation de l'enfant.

Les autres mesures analysées sont moins récentes : la mesure I a été mise en place en 2003, date à laquelle le premier signalement a été envoyé par la PMI suite à la violence conjugale et familiale, menant aux placements d'enfants ; la mesure K a été initiée en 2001 afin de préparer le retour de l'enfant au domicile du placement dans la famille d'accueil mis en place suite à la suspicion d'inceste et la dépendance du père à l'alcool ; la mesure L a commencé en 2008 au motif de maltraitance physique du père vis-à-vis du fils, laquelle finalement s'est avérée un acte isolé. Cependant, les pratiques éducatives de la mère, considérées comme incohérentes, ont réorienté la mesure vers une préparation au placement d'un des enfants. Quant à la mesure M, elle a été prononcée en 2004, selon la mère, suite à une erreur de l'assistante de service social du CCAS. En 2003, en voulant se séparer de son mari, la mère souhaitait bénéficier d'une médiation familiale et non d'une AEMO. Dans la situation J, la mesure d'AEMO n'a jamais démarré. La famille est suivie par l'assistante sociale de circonscription. Suite au signalement envoyé par la voisine de l'hôtel, une mesure aurait dû commencer en décembre 2010, mais l'intervention n'a pas été mise en place (avril 2011). L'information préoccupante envoyée par le voisinage a porté sur le fait que la mère a laissé ses enfants seuls durant leur sommeil.

En Ile-de-France, les professionnels spécialisés mobilisés autour des familles varient entre 3 et 5. Ils sont presque les mêmes dans chaque situation (juges, services de l'AEMO, associations des TISF, CMP, hôpital du jour, service de polyvalence, service d'accueil séquentiel, service du placement familial, crèche, école, associations d'insertion, bailleurs sociaux, associations de loisirs).

2. Mêmes motifs d'intervention des TISF dans les trois régions

Les interventions des TISF répondent aux diverses problématiques de la vie familiale. Cependant, nous retrouvons des motifs d'intervention semblables dans toutes les mesures analysées. Il s'agit principalement de l'état dépressif de la mère (situations A, N, M, E), du problème d'alcoolisme d'un des parents (situations N, K), des problèmes d'hygiène

personnelle à des degrés divers et d'entretien du logement (situation H, J, K, I), de rangement des documents et de soutien dans des démarches administratives (situations P, M, K), de problème d'autorité dans la relation parent-enfant et difficultés scolaires (situations B, C, L, K, J, I, E, F, H, P,), et de problème de garde causé par l'emploi d'un des deux parents (situation C). Il s'avère que la dimension du contrôle est associée à l'intervention des TIFS, notamment lorsque la professionnelle est chargée d'observer si les actes de maltraitance au sein de la famille ne se renouvellent pas (situations P, L). Cette dimension est plus ou moins bien vécue par les TISF. De même, elles se positionnent différemment face à une telle injonction. Le malaise est renforcé lorsqu'on prend en compte la proximité et l'intensité qui caractérisent l'intervention de la TISF au domicile. Dans toutes les situations étudiées, la structuration du rythme de vie familiale et les soutiens dans les tâches éducatives sont délégués aux TISF interviewé(e)s. Ces tâches éducatives ont la même nature mais elles n'ont pas la même teneur.

Tandis que les services médicaux (dans la PMI) interviennent dans la prise en charge des maladies diagnostiquées ou dans les soins aux nouveau-nés, l'éducatrice aide dans la gestion de l'organisation de l'ensemble des tâches, dans les prises de contact avec les différents interlocuteurs et la gestion d'événements. Les TISF accompagnent la famille dans l'apprentissage ou la mise en œuvre des tâches domestiques. Il se peut que deux TISF alternent leur accompagnement autour des familles. De même, lorsque les enfants sont hébergés chez la famille élargie ou chez l'un des deux parents, l'intervention des TISF s'organise en fonction de ce contexte.

3. Aspect organisationnel des mesures analysées

Dans *la région Nord-Pas-de-Calais*, une seule association d'AEMO a été sollicitée pour l'étude dans cette région. Les mesures proposées par le service concernent toutes les trois des familles nombreuses présentant des problèmes multiples et comportant de très jeunes enfants. La précarité économique, les dettes, les déménagements et emménagements successifs ont été à l'origine d'une double mesure : AEMO + AGBF (Aide à la gestion du budget familial) pour les trois familles. Ceci n'était pas prévu dans les critères d'inclusion dans l'étude. Pour deux d'entre elles, ces 2 mesures sont exercées au sein de la même association contrairement à la 3e (situation P). Pour la famille N, les TISF qui sont intervenues étaient salariées d'une autre association, tandis que celles qui ont travaillé dans les autres familles étaient salariées de l'association gérant la mesure d'AEMO. Dans les 3 cas, l'intervention de la TISF a été

inconstante. Pour l'une des trois familles (situation O) la maltraitance est avérée et a donné lieu à un procès. Dans les deux autres cas, ce sont plutôt des négligences, des suspicions associés à des défauts de collaboration qui ont été à l'origine de la mesure d'AEMO et de sa poursuite.

Dans la famille N, la fin de l'intervention de la TISF n'a pas été planifiée. Elle est consécutive au fait que les parents n'ont pas fait pas les démarches nécessaires pour la poursuite de l'intervention. Dans un contexte où la mère souhaite que la famille s'émancipe des différents travailleurs sociaux qui interviennent, la longue séquence nécessaire au renouvellement de la mesure n'a pas été effectuée. La démarche que la famille devrait suivre est la suivante : s'adresser à l'assistante sociale de l'UT (Unité territoriale, circonscription) et définir avec elle les objectifs de l'intervention, obtenir l'accord pour un certain nombre d'heures d'intervention, puis aller à l'association employant les TISF, pour demander la mise en œuvre en payant régulièrement la part qui revient à la famille. En l'absence de cette procédure menée à son terme, l'aide de la TISF s'interrompt d'elle-même, sans véritablement faire l'objet de relance active de la part de l'AEMO qui se contente de rappeler les démarches à la famille.

Dans cette situation, la fin de l'activité des TISF durant l'été 2010 peut être considérée à la fois :

- comme la fin de l'emménagement de la famille dans sa nouvelle maison,
- comme le résultat d'une absence de coordination entre les acteurs
- comme l'expression d'un souhait d'émancipation du couple
- comme la conjonction de circonstances liées à la demande de Pôle emploi qui propose un stage à la mère.

Dans les deux autres familles, deux TISF qui sont intervenues sont employées par l'association d'AEMO. Il semble que son intervention ne réponde pas à la logique d'aide au quotidien, mais davantage à une logique de diagnostic éducatif centré autour des questions suivantes : est-ce que la famille ouvre la porte ? Est-ce qu'elle coopère ? L'intervention d'une TISF plus durablement est-elle nécessaire ? Aussi, l'intervention dans la famille P a-t-elle été de courte durée : le temps que la famille se familiarise avec les professionnels de la ville où elle venait d'emménager, qu'elle fasse connaissance avec l'éducatrice et que la TISF s'assure des compétences de la mère dans les tâches domestiques quotidiennes et constate ses difficultés à débloquer des aspects plus centraux (les papiers d'état-civil). Son intervention chez la famille O. avait duré plus longtemps. Son évaluation de la situation a contribué à élaborer avec la mère et l'éducatrice d'AEMO, l'idée d'un accueil provisoire. L'intervention a

repris dès que la mère a emménagé dans son appartement avec la perspective d'accompagner le retour des enfants les mercredis et week-end auprès de leur mère, retour devenu incertain en raison d'une maladie grave récemment déclarée par la mère.

Dans *la région Rhône-Alpes*, trois associations d'AEMO et quatre associations de TISF ont été sollicitées pour l'étude. Toutes les TISF sont externes aux services de l'AEMO, toutes payées en fonction du nombre d'heures travaillées auprès des familles. En Isère (mesures A et B), le « Plan départemental de l'aide à domicile à la famille » prévoit que, « lorsque l'aide à domicile croise d'autres interventions de professionnels du social auprès d'une même famille, il est essentiel de rechercher cohérence et complémentarité par une approche pluridisciplinaire de la problématique familiale et un travail en réseau ». Mais la concrétisation de cette intention n'est pas facilitée par la procédure de contractualisation des mesures des TISF. Ainsi, dans la situation A, lors de la première contractualisation, c'est la coordinatrice du service des TISF qui était présente, la TISF, lors du renouvellement. Dans la situation B, l'AED n'a pas participé aux contractualisations des mesures des TISF et celles-ci n'ont pas participé à la contractualisation de l'AED. C'est l'assistante sociale de l'ASE qui organise ces instances. En Savoie (mesures C et D), un contact direct a été établi entre AEMO et AED et l'association des TISF, lors du renouvellement de l'intervention de la TISF.

Dans la situation A, pendant les six premiers mois (octobre 2009 - avril 2010), l'AEMO a été exercée sous forme « renforcée » par un service habilité. Ainsi, durant les deux premières semaines, les éducatrices spécialisées et la psychologue se sont rendues quotidiennement au domicile familial, 2 fois par semaine pendant les trois mois suivants, puis une fois par semaine pendant les mois suivants. Deux psychologues du service d'AEMO ont fait passer des tests à l'enfant en présence de la mère. La situation était étudiée chaque semaine en réunion de service. En juillet 2010, suite à une décision du Conseil général interrompant toutes les mesures renforcées, l'ASE a pris le relais (sans audience). L'éducatrice spécialisée de l'ASE qui exerce la mesure d'AEMO connaissait la famille pour avoir participé au placement en urgence de l'enfant à la pouponnière. Elle « se met en position de fil rouge pour coordonner toutes les interventions ». Elle se rend environ une fois par mois au domicile. En octobre 2010, la mesure a été prorogée pour une année sans audience. Pour les parents, ce changement d'intervenants a été vécu très difficilement. Ils disent se reposer aujourd'hui sur l'intervention de la TISF qui a débuté en octobre 2009 et a été renouvelé tous les 3 mois, et était toujours exercée en avril 2011. Cette intervention a été sollicitée par l'AEMO et les parents et a été acceptée par le Conseil Général.

Le changement de professionnels a été repéré dans la situation C où pour des raisons de service, 3 TISF différentes se sont succédé durant les premiers mois d'exercice. Cela n'a pas favorisé le travail auprès de la famille. Les enfants cherchaient à « faire craquer » la TISF en ne respectant aucune de ses consignes. Ainsi, nous l'avons déjà remarqué dans le chapitre précédent : la mobilité géographique des familles provoque la discontinuité du suivi. Cette discontinuité peut être aussi émancipatrice pour les familles ou constituer une stratégie permettant d'alléger la violence symbolique qui découle des injonctions d'aide contrainte.

Dans la *région Ile-de-France*, huit mesures analysées proviennent de quatre associations d'AEMO distinctes : trois mesures sur le département de la Seine-Saint-Denis (exercées par le même service), deux mesures sur le département de Paris (exercées par le même service), trois mesures sur le département des Hauts-de-Seine (deux services de la même association interviennent pour deux d'entre elles, la troisième mesure est exercée par une autre association spécialisée dans la prise en charge d'enfants en bas âge). Pour une famille la mesure d'AEMO n'a pas démarré. Au moment de la deuxième vague d'entretiens, une mesure d'AEMO (famille I) qui durait depuis huit ans a pris fin, ce qui a également clôturé l'intervention de la TISF. Dans d'autres situations, l'AEMO se poursuit (parfois avec quelques pauses entre les renouvellements). La fin de l'intervention s'avère un moment fragile de la mesure, surtout lorsque la transmission de l'information n'est pas assurée par les professionnels (dans la situation I, c'est la mère qui a informé la TISF de la fin de son intervention). Dans la situation E., la mesure d'AEMO a été suspendue à un moment, faute de collaboration de la jeune fille, puis à nouveau mise en place par le juge des enfants, afin de soulager la mère, démunie face à l'attitude de sa fille.

Pour ces 8 mesures, deux associations des TISF ont été sollicitées. En fonction des départements différents services de ces associations ont été mobilisés. Dans une des 8 mesures, l'intervention est effectuée par la TISF interne au service de l'AEMO, ce qui a influencé la fréquence des rencontres, l'analyse de la mesure et donc sa coordination. Dans les départements de Hauts-de-Seine et de Paris, dans le cadre des mesures analysées, nous observons l'organisation habituelle des interventions dans le cadre de l'AEMO (Rousseau, 2007). Les rencontres entre les professionnels de l'AEMO et la famille se sont étalées entre quinze jours et un mois (sauf une mesure jugée difficile à réaliser). Le contact téléphonique a été privilégié en fonction de l'urgence familiale, aucun changement du professionnel n'a été observé durant le temps de l'enquête.

Dans la plupart des cas, les TISF externes au service ont été rémunérées en fonction du temps passé dans chaque famille. Elles intervenaient deux ou trois demi-journées par semaine. Le département 93 a introduit un autre mode fonctionnement par rapport aux interventions des TISF financées par l'Aide sociale à l'enfance. Les TISF ne sont pas rémunérées à l'heure mais ont un salaire fixe attribué au type de poste qu'elles occupent. Le nombre d'heures effectuées auprès de la même famille est pris en compte mais il n'est plus décisif pour la reconduction ou l'interruption de l'intervention, les renouvellements des interventions s'opèrent tous les six mois.

Ce changement du mode organisationnel a conduit l'équipe à instaurer deux temps de réunions différents : réunion interne durant laquelle les accompagnements sont discutés et une réunion de supervision des pratiques, ce qui est assez exceptionnel pour un service de TISF.

Ce fonctionnement a également modifié les outils de travail. Précédemment, une signature de la famille suffisait pour rendre compte de la rencontre avec la TISF. Au moment du changement de cadre, une dimension pédagogique portant sur l'objectif de chaque rencontre a été ajoutée à ce document. D'une part, cela permet de mieux analyser les actions, leur sens et les résultats, d'autre part cela formalise davantage le travail et le rend protocolaire.

Sur le territoire du département 93, les interventions des TISF effectuées dans le cadre de l'ASE sont gratuites pour les familles. Ce qui n'est pas le cas ailleurs. La plupart du temps, les familles doivent contribuer financièrement à cette aide, ce qui peut constituer un obstacle à la reconduction de l'intervention. Compte tenu de la précarité dans laquelle vivent ces familles, on peut se demander pourquoi on demande une contribution financière des parents. D'un côté l'ASE demande aux familles de financer l'intervention de la TISF et de l'autre côté met en place des mesures de surendettement afin de soulager les parents.

Les TISF intervenaient deux à trois heures par semaine. Le nombre d'heures effectuées chez une famille semble constituer un enjeu pour cette dernière. Au moment où le temps d'intervention des TISF diminuait, les familles se montraient mécontentes et développaient des arguments contre les professionnels de l'AEMO à l'origine de ces changements. Les changements de TISF n'ont pas eu lieu pendant l'étude, en revanche 3 interruptions définitives ont eu lieu dont l'une a été accompagnée par la fin de la mesure d'AEMO (situation I). Dans deux autres cas, deux motifs ont été décisifs : le départ de l'enfant en internat scolaire a mis fin à l'intervention de la TISF (situation K) et le désaccord de la mère quant au paiement de l'intervention de la TISF.

4. Enumérations des actions par profession

La plupart des tâches qu'effectuent les intervenants ont plusieurs rôles. Pour en faciliter la compréhension, nous tentons de diviser ces tâches selon la typologie de Paul Durning, créée pour décrire les tâches de suppléance familiale. Cette typologie a déjà été adaptée à cette profession de soutien au domicile des familles en 2004 par Bernadette Tillard (Tillard, 2004).

On distingue ainsi différents types de tâches :

- domestiques (préparation des repas, entretien du linge...),
- techniques (réparations, aménagements des locaux...),
- de garde (surveiller...),
- d'élevage (nourrir, habiller, laver..) ou de « parentage »,
- éducatives ou socialisantes (différents apprentissages, acquisition de comportements sociaux...),
- de suivi ou de coordination (avec le médecin, l'école...)
- de référence sociale (garantie civile et pénale, différentes décisions par rapport à l'orientation des enfants dans des domaines divers).

On peut supposer que la coopération entre les familles et les professionnels et le partenariat entre les intervenants se développent autour des actions menées auprès des familles. Pour mieux comprendre le déroulé du partenariat et les modalités de collaboration, nous classerons les tâches énoncées par les professionnels et les familles durant deux vagues d'entretiens.

Intitulé de la tâche	Actions qui en font partie	TISF dans la mesure X	Actions qui en font partie	TS de l'AEMO / AED dans la mesure X
<i>Tâches domestiques</i>	<p>Trie le linge, la nourriture, vérifie la conservation des aliments Fait les courses avec la mère Fait la vaisselle, le repassage</p> <p>Prépare, organise les repas Fait le ménage de l'appartement</p> <p>Vérifie que les enfants ont des repas réguliers</p>	<p>N, O, F</p> <p>J, K, L, M, E J, K, L, M, E, A</p> <p>J, K, L, M, H⁷ J, K, L, M, E⁸</p> <p>O.</p>		
<i>Tâches techniques</i>				
<i>Tâches de garde</i>	S'occupe des enfants quand la mère effectue les tâches domestiques ou exerce d'autres activités hors domicile (club de sport, travail)	P, H, E, C		
<i>Tâches de nursing</i>	<p>Donne le bain à l'enfant Donne à manger aux enfants</p>	I, F, J		

⁷ Dans la situation H, il advient très vite le refus de la mère que les deux TISF participent aux tâches domestiques.

⁸ Lors de la deuxième série d'entretiens, la mère entretient plus régulièrement seule son logement.

<p><i>Tâches éducatives</i></p> <p>Typologie de Paul Durning adaptée par Bernadette Tillard dans le rapport PRS 2004)</p>	Apprend à la mère les notions d'équilibre alimentaire	F, K, L, I, J	<i>Observe et participe à des moments familiaux</i>	N ⁹ , F, C
	Soutient dans l'organisation des rendez-vous	N	Organise une activité cuisine ou les jeux avec la mère et les enfants afin de permettre à la mère de se consacrer à la relation avec les enfants, de souffler.	N, M,
	Aide la mère à l'habillement et la toilette de l'enfant	E, J, A,	Sort avec la mère et les enfants, observe les liens entre la mère et les enfants.	I, K, L, M, C
	Soutient à l'organisation de l'espace habitable	N, B	Réalise les entretiens à domicile avec les enfants et les parents individuellement ou ensemble	E, F, H, C
	Vérifie l'organisation pratique de la maison, constate que les parents aménagent bien leur maison, savent s'occuper des enfants	P, H,	Améliore le dialogue entre le parent et l'enfant	
	Aide au rangement des papiers, accompagne dans les démarches administratives	M, J, P, K, L,	<i>Aide aux parents dans leur rôle éducatif auprès des enfants</i>	A, B ¹⁰ , N, M, I, K, M
	Prépare les documents administratifs	N, J, K, L, I	Recherche de solution avec les parents, comment répondre aux difficultés de l'enfant	A, B, N, M, P
	Aide la mère à gérer les crises de colère des enfants	N, K, J	Donne des conseils (entretiens), suscite une réflexion	K, M, C, M, D,
	Accompagne le parent dans ses déplacements et fait sortir le parent avec les enfants (au parc, à bibliothèque ou au restaurant) tout en apprenant aux enfants à obéir	P, I, J, K, M, E, C, A, B, D	Encourage la mobilité des plus jeunes enfants	
	Initie à l'éveil de l'enfant	P, J, F	Organise l'espace pour l'enfant à domicile	N, C
		Soutient la mère dans l'accompagnement des enfants aux RDV, accompagne le parent à l'école de son enfant	O	
		<i>Créer des occasions de rencontre des enfants pour avoir un lien spécifique avec eux</i>	M, K, I, N,	
			O.	
			P	

⁹ La période où la TISF n'intervient plus auprès de cette famille.

¹⁰ Les mesures A et B sont basées principalement sur les entretiens relèvent de tâches d'aide des parents dans leur fonction éducative auprès de leur(s) enfant(s). Dans la situation A, nous parlerons de travail comportant une dimension psychologique, car la psychologue participe à tous les entretiens

<p>Aide aux devoirs de l'enfant</p> <p>Favorise l'apprentissage de la marche, de la propreté, du langage de l'enfant</p> <p>Discute en faisant le jogging avec le père</p> <p>Aide dans l'élaboration des CV et de projet de formation de la mère</p> <p>Permet à la mère de se confier</p> <p>Travaille l'investissement équilibré de la mère auprès de tous les enfants de la fratrie</p> <p>Apprendre à la mère à jouer avec son enfant</p> <p>Incite la mère à entreprendre un suivi psychologique, aide à la compréhension de l'histoire familiale de la mère</p>	<p>I, J, K, L, B, C, D F, J,</p> <p>L</p> <p>I, J, K, L, M, A</p> <p>I, M,</p> <p>K, M, J,</p> <p>C, B</p> <p>M, J, K, I,</p>	<p><i>Prend les enfants pour un repas</i></p> <p>Recueille les déclarations du fils abusé Part en séjour de vacances avec les enfants et / ou les parents</p> <p><i>Intervenir pour assurer la sécurité des enfants</i></p> <p>Se déplace pour rechercher les enfants que la mère a laissés à la garde de son frère (risque de maltraitance) S'assure de la santé du père (ATCD d'addiction) S'assure de la qualité des relations entre les membres de la famille (suspicion de mauvais traitements) Recherche une information légale concernant une situation éducative Se renseigne sur les droits de la grand-mère maternelle en matière de visite des petits-enfants (alors qu'elle serait déchue de ses droits parentaux vis-à-vis de sa fille)</p> <p><i>Participer à un travail psychologique sur l'histoire familiale</i></p> <p>Travaille avec la psychologue du service auprès de la mère sur la maladie et les dénis de grossesse successifs et leurs répercussions sur la fratrie Incite la mère à entreprendre un suivi psychologique, aide à la compréhension de l'histoire familiale de la mère</p>	<p>P</p> <p>P</p> <p>A, P</p> <p>M, K,</p>
--	---	--	--

<i>Les tâches de coordination et de suivi</i>	Accompagne les enfants au CMP, à la mission locale, au planning familial	N, M, L, I, J, K,	Accompagne les enfants au CMP, à la mission locale, au planning familial	M, H
	Achat des fournitures pour la rentrée scolaire	N ¹¹	Choisit et achète avec la mère des lits superposés	M
	Se met en lien avec l'école pour organiser les fournitures scolaires pour les enfants ou pour que les enfants mangent à la cantine	M, B	Met en place les démarches pour les travaux d'entretien de l'appartement (électricité, fuite d'eau, fenêtre cassée, conduite d'eaux usées)	M,
	Choisit et achète avec la mère des lits superposés	M,	Se met en lien avec l'assistante sociale scolaire pour les fournitures scolaires des enfants, suit la situation de l'enfant à l'école	M, L
	Initie un partenariat, accompagne le parent et le met en contact avec le nouveau partenaire, vérifie si les relations sont maintenues	M, J, A	Met en place l'accueil en crèche pour l'enfant	H
	Aide la mère à remplir les documents administratifs		Collabore et mobilise le partenariat autour de la famille Initie un partenariat pour l'accompagnement de la mère et la met en contact avec le nouveau partenaire	N, O, M, I, K,
	Contacte le médecin généraliste du père quand celui-ci va mal, avant d'être hospitalisé	H, M, J,	Provoque les réunions de concertation avec d'autres intervenants (MECS, PMI, PRE, CMP, accueil de jour, circonscription, etc.) ou se met en contact direct avec le professionnel concerné afin de trouver une solution ou suivre l'évolution des enfants	L, P, F, H,
		D	S'assure de la qualité des relations entre la famille et l'extérieur (surtout des relations avec les TISF)	P, M, K, L, I, M, F
			S'assure de l'équilibre budgétaire	P, M,
			Vérifie si l'enfant est inscrit à l'école	P,
		Tente de s'assurer du suivi médical des enfants, recherche une association pour aider à la coordination des problèmes médicaux multiples.	P,	

¹¹ En lien avec la mesure de tutelle.

			<p>Intervient pour la demande de logement</p> <p>Intervient auprès de l'école maternelle au sujet des poux et au sujet l'accusation portée par l'école</p> <p>Se met en relation avec les associations pour organiser les vacances des enfants</p> <p>Reste en contact avec l'école</p> <p><i>Intervenir pour connaître la situation administrative de la famille</i></p> <p>Met à jour la situation administrative (absence de papiers d'identité et de livret de famille)</p>	<p>P, M, I,</p> <p>P</p> <p>I, M,</p> <p>L, F,</p> <p>P</p>
--	--	--	---	---

<i>Les tâches de référence sociale</i> ¹²	<p>Evocation du refus du père à être considéré comme handicapé et difficulté à envisager de passer par la MDPH pour les enfants.</p> <p>Constata l'aide apportée par la famille paternelle.</p> <p>Constata la connaissance de ses droits par la famille</p> <p>Rapporte les réticences des parents quant à une autre mesure</p> <p>Témoigne du mépris de l'assistante sociale et de la puéricultrice à l'égard de la mère et vis-à-vis d'elle.</p>	<p>N</p> <p>P</p> <p>P, M, J,</p> <p>P, J, K,</p> <p>P, J,</p>	<p>Rapporte les réticences des parents quant à une autre mesure</p> <p>En ce qui concerne les tâches de référence sociale dans le cadre de l'AEMO / de l'AED, nous pensons que leur petit nombre relevé dans les entretiens découle du fait que ces actions constituent une partie inhérente de ces mesures (rapports au juge, synthèses) et à ce titre les travailleurs sociaux ne les perçoivent pas comme spécifiques pour les familles étudiées.</p>	<p>M</p>
<i>Animation</i> ¹³				
<i>Mise en lien avec les associations caritatives et dons directs ou indirects.</i>	<p>Apporte des couvertures, matelas, vêtements, accompagne en voiture</p> <p>Recherche avec la mère de l'équipement pour l'appartement</p>	<p>N</p> <p>M</p>		

¹² Typologie de Paul Durning adaptée par Bernadette Tillard dans le rapport PRS 2004. Chaque fois que la TISF fait référence à des connaissances de la famille issues de son travail dans le cadre des relations hiérarchiques ou de partenariat.

¹³ Typologie de Paul Durning adaptée par Bernadette Tillard dans le rapport PRS 2004.

Ce tableau permet de constater que les professionnels exerçant l'AEMO ou l'AED fondent leurs interventions principalement sur les tâches de coordination et de suivi et les tâches éducatives. Cependant, les mêmes types d'actions sont rarement effectués par les professionnels de l'AEMO / l'AED et les TISF, sauf lorsque la TISF est interne au service. Ainsi, en ce qui concerne la mesure M, on observe que la TISF peut faire la même chose que l'assistante de service social, l'inverse n'étant pas forcément vrai. Même si leurs objectifs sont semblables, les actions éducatives recensées en AEMO / AED et celles recensées chez les TISF n'ont pas la même nature. Les mesures d'AEMO reposent majoritairement sur des entretiens, tandis que les actions opérées par les TISF sont plus concrètes. Cependant tous ces professionnels visent un travail réflexif sur l'organisation familiale et sur le développement de compétences parentales. Si dans les situations A et B ce travail de réflexion est le seul mode d'intervention mis en œuvre, il est réalisé sans lien avec les interventions d'autres professionnels. À la question de l'organisation du partage des compétences entre les TISF et l'AEMO, les professionnels répondent que l'AEMO est centrée davantage sur les enfants alors que l'intervention de la TISF concerne l'ensemble de la famille. À notre connaissance, il n'existe aucune formalisation à cet égard et tout dépend d'une éventuelle convention interinstitutionnelle. Toutefois, nous pouvons constater que c'est la présence de l'enfant au domicile qui justifie l'intervention de la TISF, cette dernière est souvent interrompue lorsque l'enfant est placé.

5. Les actions concertées et non concertées

Les situations exposées permettent de constater les modalités aléatoires de concertation entre les professionnels mobilisés autour des familles rencontrées. Tout dépend des équipes, de la dynamique associative impulsée sur les territoires ou de la complexité de la situation familiale (facteur particulièrement visible dans la région Nord-Pas-de-Calais). Il n'y a pas une trame unique de collaboration. Cependant, cela pourrait constituer une des pistes de réflexion sur les territoires où les protocoles spécifiques de collaboration sont actuellement mis en place. Toutefois, la question de fond est de savoir, s'il est nécessaire que ces professionnels se concertent et ce qui en découlera pour la famille.

La question de la coordination se présente différemment selon que la TISF est ou n'est pas embauchée par le service éducatif. Le partage des mêmes locaux peut favoriser la transmission d'informations. Le groupe de travail mis en place dans une des associations franciliennes a relevé que lorsque la TISF participe aux réunions hebdomadaires de

régulation, elle apporte une observation du fonctionnement familial, un regard au quotidien qui aide à l'évaluation en AEMO (et accentue la dimension du contrôle exercé sur les familles qui se manifeste dans un objectif d'observation et de diagnostic). En revanche, lorsque le service éducatif sollicite une TISF extérieure, ce n'est pas nécessairement la TISF intervenante qui rend compte de l'intervention, mais son responsable hiérarchique. Cela renforce le caractère extérieur de l'intervention et ajoute un filtre à la transmission des informations. Il s'avère intéressant de savoir si pour un certain nombre de tâches, il est plus convenable de dissocier les tâches qui seront attribuées aux TISF internes et externes, ou au contraire de convenir que l'implication des TISF externes sera semblable à celle demandée à la TISF interne.

En Ile-de-France, le temps de concertation entre l'équipe de TISF et celle de l'AEMO révèle les enjeux de pouvoir entre les différents types de professionnels. Nous avons observé que l'absence de concertation peut mettre en péril la fin de la mesure éducative ou ses réorientations, mais permet aux familles de contrôler davantage l'information qui est transmise à son sujet. Dans la situation (I) où les réunions de coordination n'ont pas eu lieu, on observe l'apparition d'un jeu implicite entre les parents, la TISF et l'AEMO dans lequel la transmission d'informations préoccupantes constitue l'enjeu relationnel¹⁴.

La fin de l'intervention s'avère un moment délicat de la mesure, surtout lorsque la transmission de l'information n'est pas assurée par les professionnels dans un délai court après la prise de décision (dans la situation I, c'est la mère qui a informé la TISF de la fin de son intervention). Dans deux mesures (K et M) sur huit analysées en Ile-de-France, on observe une logique de concertation conduisant au processus décisionnel partagé. Dans la situation K, deux temps de coordination ont été instaurés : celui entre la TISF et l'éducatrice où la mère est présente dans la deuxième partie de la réunion et celui de synthèse entre la responsable du placement, l'assistante familiale, l'éducatrice, la TISF, et la mère (présente depuis le début de la réunion). Dans la mesure M, le service de l'AEMO constitue le fil conducteur, mais c'est la mère qui impulse la dynamique de concertation. Le service (le premier interlocuteur de la mère) maintient les contacts fréquents avec les partenaires, aussi

¹⁴ La mère sait que lorsque la TISF voit son mal-être, elle en informe les professionnels de l'AEMO, mais cette information ne concerne jamais les enfants. Si la TISF aborde le sujet des enfants avec les éducatrices spécialisées cela provoque un sentiment d'insécurité de la mère qui craint le placement (l'information préoccupante constitue ici un enjeu relationnel).

avec lesquels la famille n'est pas en contact direct¹⁵. Dans la situation J même si la mesure d'AEMO n'a pas démarré, la TISF propulse l'intervention, centralise l'information sur les aides engagées ou celles qui n'ont pas été mises en place par d'autres professionnels. Elle débloque les relations conflictuelles entre la mère et certains services. Son intervention a notamment conduit au changement de l'assistante sociale référente de la famille au sein de la circonscription. Dans la famille E, il n'y a pas de concertation entre les professionnels de l'AEMO et les TISF. Dans les familles F, H, L, les travailleurs sociaux de l'AEMO ont un contact ponctuel permettant de faire un point sur l'évolution des enfants, mais nous notons l'absence d'actions conjointes.

L'absence de contact peut être argumentée par l'évolution très favorable de la situation familiale ou par l'absence des besoins spécifiques de la famille nécessitant une logique de concertation. Dans la situation A, deux contacts ont eu lieu entre AEMO et TISF au domicile de la famille, entre octobre 2000 et juillet 2010 (neuf mois). Dans la situation B, l'éducateur spécialisé de l'AED et une TISF se sont rencontrés, par hasard, une fois au domicile familial, mais l'éducateur spécialisé n'avait pas prévenu la TISF de sa venue. Les deux TISF ne se concertent pas entre elles. Elles estiment que dans cette situation, ce n'est pas nécessaire. L'éducateur spécialisé dispose du numéro de téléphone des TISF mais il ne l'a pas encore utilisé. Aucun travail en commun n'a été réalisé.

La situation C constitue un exemple de concertation qui peut constituer un fort soutien dans le travail éducatif mené avec la famille (semblable à la mesure K). De janvier 2010 jusqu'à l'été 2010, AEMO (exercée par 2 éducateurs spécialisés) et TISF ne sont pas en contact. Les éducateurs spécialisés disaient ne pas entretenir de liens particuliers avec la TISF, car la responsable de celle-ci téléphonerait en cas de besoin¹⁶. La TISF était au courant des rendez-vous des membres de la famille avec les différents services, la mère les écrivait sur des papiers collés au frigidaire. Au départ du service, pour raisons personnelles de l'éducateur, l'éducatrice exerce alors seule l'AEMO, et prend contact avec la TISF. Depuis, elle participe à tous les renouvellements des contrats des TISF auprès de cette famille. TISF et AEMO se rencontrent également pour faire le point à propos des objectifs posés avec la mère. La TISF

¹⁵ Une réunion de synthèse à laquelle nous avons participé a permis de relever ce constat. Parmi les partenaires présents, il y avait ceux que la famille rencontrait souvent et ceux qui avaient un rôle d'arrière-plan et servaient d'appui aux professionnels situés « sur la première ligne ».

¹⁶ Ce type d'échange informel est très présent dans les mesures étudiées. Dans ce cas, la concertation découle de la recherche de solution aux difficultés familiales. De même, les TISF ont mentionné que les professionnels de l'AEMO / AED ont tendance à s'adresser directement à leurs responsables hiérarchiques pour échanger sur les situations familiales. Cela constitue, selon elles, un obstacle à leur reconnaissance professionnelle. Pourrait-on supposer que ceci découle d'une représentation sous-estimée du travail éducatif effectué par les TISF ?

tient l'éducatrice informée du climat familial à l'aide de notes écrites qu'elle lui adresse. Elle éprouve également un sentiment de soutien de la part de l'AEMO qui se saisit des informations et les travaille avec la famille. Toujours dans la situation C, pendant les premiers mois, la TISF n'était pas en lien avec le service exerçant la mesure d'AGBF alors qu'il lui aurait semblé intéressant de coordonner leur manière d'intervenir. Mais elle ne dispose pas de temps pour cela. Au début de l'été 2010, un contact s'est établi pour organiser l'été. TISF et AGBF ont donc coordonné leur action. Puis, TISF, AEMO et AGBF se sont réunies en septembre et ont ensuite travaillé ensemble pour organiser les vacances de la Toussaint. Ainsi, le plus jeune a pu participer aux activités d'un centre aéré. Concernant les relations entre l'AEMO et le service exerçant l'AGBF, jusqu'à l'été 2010, aucun contact n'a été établi. À l'automne, l'éducatrice est entrée en contact avec ce service (une rencontre en octobre 2010 pour organiser le financement d'activités pour les enfants et acheter du matériel domestique, des lits, par exemple).

Dans la situation D, assistante sociale exerçant l'AEMO et TISF se sont rencontrées en dehors des temps protocolaires (contractualisation ou renouvellement de la mesure TISF auxquels la tutelle et l'assistante sociale de secteur participent). La TISF a rencontré l'assistante sociale, à la demande de celle-ci, au service social, ce qui a permis à l'assistante sociale de comprendre certains aspects de la vie familiale. De plus, l'AEMO se rend, une fois par trimestre, chez le père lors d'un temps de présence de la TISF pour faire le point avec eux. Ces temps partagés permettent d'échanger sur l'évolution de la situation et d'harmoniser leurs interventions respectives.

6. Comment cette intervention est investie et vécue par les familles

Dans la situation A, les parents expriment une satisfaction quant à l'exercice conjoint de l'AEMO et de la TISF. La mère dit avoir apprécié d'être entourée de professionnels. La bonne évolution de l'enfant a également été constatée. Les parents constatent un décalage dans la pratique au moment du placement de l'enfant qui précède la mesure. « *Pendant le placement de l'enfant, personne n'est venu nous voir. On allait à la pouponnière 3 fois une heure par semaine* ». Les parents ont le sentiment que l'ASE « impose les choses », qu'« il n'y a pas de dialogue ». Au cours de l'enquête, la mère a repris confiance en elle, se dit de ne plus avoir peur du regard extérieur. La confiance accordée à la mère par la TISF a permis à la mère de

prendre confiance en elle. Cependant, les parents disent avoir mal vécu la fin brutale de l'AEMO exercée, pendant neuf mois, par l'association et la prise de relais par l'ASE.

Lors du renouvellement de juillet 2010, les parents ont exprimé leur satisfaction quant aux interventions des TISF dans la situation B., Mais ils auraient apprécié qu'elles interviennent plus avec le garçon pour faire l'aide aux devoirs. Un lien de confiance a été tissé entre la mère et les TISF. Les parents ont également énoncé que l'AED ne correspondait pas à leur attente. Lors de la contractualisation de la mesure, ils avaient compris que l'AED organiserait des sorties avec les enfants ; ce qui n'a pas été le cas. Ils pensaient que l'éducateur spécialisé travaillerait plus avec le garçon. La relation entre les parents et le service est marquée par la crainte du placement.

Dans la situation C, la mère sait que la TISF est « débordée » lors de ses interventions, mais elle n'en a pas parlé avec elle. Elle « se dit comprise par l'AEMO », mais cependant elle sera complètement satisfaite si les enfants reprennent confiance en eux. Elle accepte petit à petit toutes les interventions. Les interventions sont discutées entre la mère et les enfants.

Dans la situation D, l'assistante sociale exerçant l'AEMO a soutenu la mère et le père lors du retour de placement de la fille. Le père se dit totalement satisfait des interventions de l'AEMO et de la TISF, en qui il a pleinement confiance et sur lesquelles il sait qu'il peut compter¹⁷.

Dans la situation E., la mère vit de façon positive l'intervention de l'assistante sociale de l'AEMO et de la TISF. Cependant, elle se sent davantage comprise par la CESF de la CAF qui est « comme sa psychologue, je peux tout lui dire, elle me comprend ». En revanche, l'enfant qui bénéficie de la mesure d'AEMO conteste les propositions faites (placement, rendez-vous à la mission locale, rendez-vous avec l'assistante sociale de l'AEMO) par le travailleur social.

Dans la situation F, les parents vivent de façon très négative la mesure d'AEMO. Leurs trois autres enfants ont été placés en urgence par l'ASE et ils pensent qu'il va en être de même pour leur dernier enfant. Ils précisent qu'ils font toutes les démarches demandées par le professionnel de l'AEMO (inscription de l'enfant à l'école, rendez-vous chez le médecin, changement de logement pour un appartement plus grand) mais que « rien n'avance ». Lorsqu'elle rencontre des difficultés avec son fils, la mère « n'ose pas en parler à l'éducateur spécialisé de l'AEMO », car elle a peur des conséquences si elle lui fait part de ses difficultés.

¹⁷ Nous soulignons le bon accueil que ces quatre familles nous ont réservé à chacune de nos rencontres. Ce qui semble témoigner d'une confiance entre travailleurs sociaux et familles interviewées.

En revanche, l'intervention de la TISF est vécue positivement. Le couple a donné son accord pour l'intervention de la TISF au moment de la mise en place de l'AEMO, à la condition que ce soit la même professionnelle que pour leurs filles (aujourd'hui placées).

Dans les entretiens concernant la mesure H, la mère est restée très évasive sur le ressenti de l'aide apportée, son discours est plutôt positif à l'égard de l'éducatrice spécialisée de l'AEMO et elle souligne qu'elle préfère se débrouiller seule. Elle est très négative à l'égard de la première TISF disant qu'elle ne l'aidait absolument pas pour ses démarches administratives ce dont elle avait besoin. On observe un décalage entre la perception de la mère sur la raison de ses difficultés (les membres de sa belle-famille) et les motifs de la mesure de l'AEMO (« elle sait s'occuper de ses enfants et « tout va bien » »).

Nous pouvons constater que parfois ce sont les événements survenus dans la vie familiale qui font accepter aux familles une nouvelle intervention. Dans la situation K, la mère ne souhaitait pas être aidée. Elle refusait toute remarque sur sa manière de vivre. Selon les professionnelles, son changement d'attitude s'est opéré après la séparation d'avec son conjoint. Ceci est aussi le cas de la famille I. La mère ayant une première expérience du travail de la TISF au moment du placement des enfants refusait une nouvelle intervention de ce type. Lorsque la séparation avec son compagnon est arrivée et que le retour des enfants au domicile s'est avéré effectif, la mère a accepté l'aide étant alors submergée par les difficultés que cette nouvelle situation provoquait. Avec le temps les relations soutenant se sont tissées entre la TISF et la mère. Toutefois, la mère se montre très passive quant au déroulement de l'intervention. Elle ne propose pas d'alternatives quant aux propositions éducatives faites par la TISF. Dans cette situation, la distance relationnelle posait question. La mère partageait tout avec les enfants, en leur confiant souvent des informations sur sa vie intime. Il appartenait souvent à la TISF d'établir la distance dans ces relations familiales qualifiées de confuses par la TISF. La distinction faite par cette mère entre les accompagnements réalisés par l'AEMO et la TISF se base sur le temps passé avec les enfants (« les éducatrices discutent parfois avec les enfants, déjeunent avec eux et organisent nos vacances »). Selon la TISF de la situation I, la mère a été satisfaite de la fin de mesure d'AMEO qui constituait pour elle « la fin du flicage ». Cependant, selon les éducatrices rencontrées au cours de la mesure, la mère insistait en voulant maintenir la mesure judiciaire, lorsque les professionnels lui ont proposé de passer en AED.

Dans la situation J, la mère avait du mal à maintenir le suivi à la PMI près du lieu de son domicile, mais loin de l'endroit de son hébergement. Selon la TISF, la mère faisait les mêmes démarches que la PMI lui avait demandées, mais pas auprès des interlocuteurs indiqués par les travailleurs sociaux. La mère s'opposait à tout suivi social. La TISF se dit être la seule personne qui comprend la posture de la mère.

Dans la situation L, la mère a souligné une absence quasi totale du suivi en AEMO malgré l'ordonnance du juge. Depuis le début de l'année scolaire, elle a pu rencontrer l'assistante sociale juste une seule fois depuis sept mois. La mère ne connaît pas le contenu des rapports envoyés au juge et ne sait pas les motifs de reconduction de la mesure. L'ordonnance du juge a préconisé un placement de l'enfant en internat. Selon la mère, aucune proposition concrète n'a été faite à ce sujet. L'assistante sociale se dit en difficulté dans cette mesure, mais selon elle, la situation est trop fragile pour interrompre l'intervention. Elle a suggéré quelques activités extrascolaires pour les enfants qui sont restées à la charge financière de la mère. En ce qui concerne l'aide de la TISF, la mère a appris brusquement que l'intervention de TISF prendra fin et que si elle souhaite l'intervention d'un autre professionnel, il lui sera demandé de financer cette intervention, ce qu'elle refuse. Pour compenser, les bénévoles d'une association caritative viennent au domicile pour soutenir la famille.

Une situation tout à fait différente apparaît dans la mesure M. La mère investit beaucoup les professionnels de l'AEMO, initie les rencontres entre les différents partenaires. Selon les professionnels de l'AEMO, la mère met parfois en concurrence leur service d'AEMO et l'accueil séquentiel. Selon la mère, les éducateurs de l'accueil séquentiel n'ont pas compris la difficulté de son fils. La mère se demande si l'enfant a réellement sa place au sein de ce service. Elle souhaite participer à une synthèse pour décider si la poursuite de cet accueil est bénéfique pour l'enfant.

Dans la situation N, la mère entretient un bon contact avec la CESF responsable du Programme de réussite éducative à la mairie et collabore très bien avec elle. Cette professionnelle joue un rôle important dans les relations entre la famille et l'école. Elle organise, hors de la commune, des activités, sportives ou manuelles, auxquelles elle convie les enfants de la famille pendant les vacances et une fois par mois le mercredi. C'est aussi cette professionnelle qui, en accord avec l'éducatrice, a débloqué le dossier de logement et qui a organisé le détour du ramassage scolaire afin d'éviter les absences répétées des enfants à l'école. Durant deux vagues d'entretiens, nous avons pu observer comment la place de la CESF devient centrale dans le dispositif de soutien à la famille. La place qu'elle occupe

permettra sans doute une transition en douceur après le départ de l'éducatrice d'AEMO qui a quitté l'association durant la seconde vague. Sans que cela soit réellement énoncé, le début de la mesure d'AGBF et le renforcement de l'intervention de la CESF du PRE prennent le relais de l'intervention de proximité de la TISF auprès de la famille.

Dans la famille N, nous observons une sorte d'échec face aux multiples problèmes de santé pour lesquels il n'y a pas d'interlocuteur susceptible de faire l'interface avec les travailleurs sociaux. La famille n'entretient pas de relations avec la PMI, mais préfère passer par le médecin de famille. Si l'éducatrice a créé des liens initiaux, ceux-ci n'ont pas perduré. La mère voit la psychologue du service d'AEMO mais ne semble pas vraiment apprécier cet exercice, contrairement à ce qui est perçu par le service. Les rendez-vous de l'aîné au CMP pour des problèmes de comportement et de langage (pédopsychiatre et orthophoniste) ne sont pas respectés. La mère dit faire les choses seules, l'éducatrice intervient et prépare les interventions des parents auprès de l'école. Cette discordance évoque un souhait d'émancipation de la mère par rapport à la mesure. Il en est de même pour l'AGBF. La mère dit ne pas vouloir se retrouver dans la même dépendance que sa propre mère qui a eu ce genre de mesure et qui maintenant ne sait pas s'occuper de ses papiers et qu'elle doit aider. Dans cette famille, l'absence de problématique de maltraitance ou de violence conjugale, ainsi que la présence d'un couple de parents chaleureux, amènent le service d'AEMO à laisser une relative autonomie aux parents dans le choix de leurs interlocuteurs privilégiés. Cependant l'AEMO est maintenue en raison de la complexité de la situation et de l'absence d'évolution favorable, de nouveaux problèmes éducatifs venant progressivement en remplacer d'autres (problèmes de relations avec l'école où le comportement de l'aîné n'est pas accepté, problèmes financiers remplaçant le problème d'absence de logement résolue par l'installation de la famille).

Au début de l'intervention, dans la situation P, la TISF est bienvenue, l'éducatrice a davantage de mal à entrer en relation avec la famille, il en est de même pour la tutelle qui ont parfois porte close et qui ne parviennent pas à obtenir la coopération de la famille quant aux pièces administratives nécessaires aux différents dossiers. Le mépris du duo « Puéricultrice – Assistante sociale de circonscription » rapporté par la mère et confirmé par la TISF et l'éducatrice contribue à maintenir la méfiance de la famille quant à l'aide qu'on lui propose, voire le paradoxe d'une relation plutôt acceptable avec le service d'AEMO alors que le service de droit commun (PMI) entretient des relations difficiles avec eux.

Au cours de la deuxième vague d'entretiens, les relations entre l'éducatrice et la famille sont plus étroites (l'éducatrice est appréciée par la mère en raison de sa franchise). Grâce au déménagement, au contact avec une nouvelle équipe de PMI, de bonnes relations ont été établies entre la famille et ce service. La mère espère calmer les inquiétudes des différents professionnels en étant complaisante vis-à-vis de la PMI, mais les soucis des travailleurs sociaux se reportent dans la sphère éducative (école, manque d'éveil, etc.) et sur la présence d'un oncle au passé violent et vis-à-vis duquel des soupçons imprécis continuent de planer.

La mesure d'AGBF reste très mal vécue par ces parents. La mère désire se passer des mesures éducatives et de tous les différents contrôles qui sont exercés sur la famille. Au total, la collaboration de la famille ne semble pas évidente. Une problématique revient souvent dans les entretiens des professionnels concernant cette famille : vérité ou mensonge, occultation ou expression. Ainsi à propos du rôle de la belle-famille, des rencontres avec les enfants du premier lit, des contacts avec la famille maternelle... tous ces éléments sont tantôt confiés par bribes, tantôt retenus.

Dans la situation O., malgré l'obstacle de la distance ou de l'absence de logement indépendant (changement du lieu d'habitation à 3 reprises en un an), la mère garde le contact avec l'éducatrice d'AEMO et les éducatrices spécialisées de la MECS. Elle accepte le suivi psychologique à la MECS et met en réflexion les éventuelles hypothèses quant au mal-être de ces enfants. Le lien entre son suivi psychologique et les soins que ses enfants reçoivent à la MECS motivent cette collaboration. À la fin de la recherche, l'événement majeur est celui de l'installation de la famille dans un appartement, le retour des enfants chez elle le mercredi matin en vue de préparer le retour maternel au domicile familial. Malgré ce progrès, de nouvelles incertitudes viennent s'ajouter aux changements antérieurs et fréquents de domicile. En effet, la mère présente un problème de santé nécessitant un suivi médical conséquent (suspicion de cancer).

Globalement, la mère semble faire une grande confiance aux travailleurs sociaux et collabore à hauteur de ses moyens. Si elle est imprévisible, elle n'esquive cependant pas l'aide qui lui est prodiguée. Ayant été à plusieurs reprises incapable de les protéger, elle leur procure néanmoins une présence chaleureuse et leur manifeste des signes d'attachement. Les discordances dans les faits recueillis sont le fait d'une vie tumultueuse et donc d'une trajectoire difficile à reconstituer avec précision, mais non le fait de désaccord entre la parole des travailleurs sociaux et celle de la mère.

Conclusion

Compte tenu du grand nombre d'informations, nous allons structurer cette conclusion en fonction des différents points distingués dans ce chapitre.

Le cadre organisationnel des mesures étudiées

À la base des situations étudiées, on peut constater que l'organisation des co-interventions TISF-AEMO se fait en fonction des équipes ou du projet de service, aucune trame commune n'existe. Ainsi, une fonction d'investigation peut être attribuée à la TISF interne au service dans le Nord-Pas-de-Calais, alors que ce rôle ne sera pas accentué dans un autre service en Ile-de-France. Cependant, nous pouvons souligner que le travail se présente différemment pour la TISF elle-même lorsqu'elle est embauchée par le service socio-éducatif. Elle fait partie de l'équipe éducative et à ce titre participe au temps d'élaboration et d'évaluation des mesures d'une manière régulière. Ces liens ne sont pas aussi aisés lorsqu'une association de TISF intervient dans le cadre d'une mesure en milieu ouvert mise en œuvre par les éducateurs d'une association différente.

Le constat majeur qui découle de l'analyse porte sur le paiement des prestations par les familles. Lorsque le renouvellement de l'intervention de la TISF est difficile à faire pour les familles, cette dernière est davantage libre dans son choix. Sa décision dépendra de sa volonté à poursuivre cette aide et de sa capacité à se mobiliser pour effectuer les démarches. Éventuellement, cela peut être l'occasion pour les parents d'envisager d'autres solutions, moins institutionnelles. D'un autre côté, quand l'aide est gratuite, elle est accessible aux familles qui en ont vraiment besoin. Dans ce cas, il est aussi plus difficile pour la famille de ne pas accepter cette intervention.

Nous avons repéré un protocole spécifique entre le Conseil général du département 93 et l'Association Familles et Cités qui pour l'équipe et les familles concernées change significativement la manière dont l'intervention se déroule.

Type et nature de tâches effectuées par la TISF et les intervenants en AEMO / AED

La coordination des différentes actions appartient aux professionnels exerçant l'AEMO ou l'AED, il est exceptionnel (mesure J) que cette tâche soit effectuée par la TISF. Bien que leurs actions ne sont pas de même nature, les professionnels de l'AEMO comme la TISF effectuent des tâches éducatives. Les mesures d'AEMO reposent majoritairement sur des entretiens, des visites, des appels téléphoniques auprès des parents et des activités de concertation à propos

de la mesure, tandis que les actions opérées par les TISF s'appuient sur des activités ménagères, des démarches administratives et des déplacements avec les parents. À travers ces différentes perspectives, tous ces professionnels visent un travail réflexif sur l'organisation familiale et sur le développement de compétences parentales.

Concertation

Les moments de concertation ne mobilisent pas l'ensemble des intervenants. On peut supposer que les orientations ou les décisions prises auront un caractère partiel. Dans deux situations, nous avons pris connaissance des moments de synthèses globales (l'audience chez le juge peut également servir d'espace de concertation). Dans les situations O., P, il existe une coordination régulière à l'initiative de l'éducatrice d'AEMO. Au cours de la mesure N, des rencontres et des actions communes ont eu lieu, regroupant alternativement quelques intervenants, sans qu'il soit possible de dire précisément qui en est à l'initiative.

Les données recueillies permettent de constater que dans 7 mesures (P, O, C, D, K, N M¹⁸) sur 15 analysées une dynamique de concertation est développée. Dans ces situations, AEMO et TISF déterminent ensemble les choix dans lesquels elles sont impliquées. Ainsi, après s'être accordées à propos de l'objet sur lequel porte la décision, elles partagent les informations que chacune d'elles possède et traitent ensemble ces informations avant d'arrêter un choix soumis ensuite à la famille. Dans ces situations, nous n'avons relevé aucun désaccord, entre AEMO et TISF, dans les processus décisionnels évoqués. Le pouvoir de décision semble partagé entre les professionnels. Dans d'autres mesures, le travail commun de réflexion n'a pas été mis en œuvre. Les relations se sont limitées à des contacts téléphoniques au moment des obligations institutionnelles. Cependant, parfois des événements familiaux survenus au cours de la mesure influencent le partenariat (par exemple un déménagement ou une grossesse de la mère dans la mesure P ont rapproché l'éducatrice de l'AEMO et le service de la PMI).

Vécu des mesures par les familles

Si on devait dégager les tendances dominantes dans la manière dont les familles vivent les deux types d'intervention, on peut dire que les familles choisissent leurs interlocuteurs privilégiés parmi le réseau professionnel mobilisé. Le deuxième constat porte sur le fait que lorsqu'il s'agit d'un enfant adolescent, ces interventions constituent davantage un soutien pour la mère que pour l'enfant. La co-intervention entre la TISF et l'AEMO met en exergue le contraste entre les deux types d'aide (actions plus concrètes réalisées par la TISF avec une

¹⁸ La particularité de la situation N et M est que les TISF sont embauchées par le service de l'AEMO.

fréquence plus dense). En conséquence, les familles ont tendance à estimer les soutiens de la TISF comme plus significatifs. Les actes posés par la TISF sont plus visibles et plus facilement quantifiables par les familles.

Le parent perçoit une aide comme étant légitime, lorsqu'il considère que l'intervenant est compétent. L'autorité dont le travailleur social est doté vient évidemment de l'institution mais surtout de la personne aidée. Si la légitimité est basée sur le pouvoir institutionnel, l'aide est perçue davantage comme un contrôle. Dans les mesures d'AEMO et d'AED au sein desquelles la TISF intervient, cette dernière a plus d'occasions (en moyenne 2 fois par semaine) de construire une relation avec la famille, basée sur la reconnaissance qui découle des soutiens apportés à la famille dans la vie quotidienne. L'aide apportée par la TISF est vécue comme un accompagnement professionnel, mêlant d'une part une aide concrète dans la tenue du ménage et les tâches éducatives à l'égard des enfants et de la mère et d'autre part un soutien émotionnel, voire affectif et amical. Il en découle une forme d'« autorité » reconnue et acceptée par la famille. La mesure d'AEMO/ d'AED/ d'AGBF est acceptée sous la contrainte du juge, mais elle est vécue comme une intrusion dans l'économie et l'intimité du couple. Prononcées à la suite d'un constat d'endettement mettant en péril le maintien dans le domicile ou l'absence de réponse aux besoins élémentaires et physiques des enfants, ces interventions pointent une situation d'échec que la qualité relationnelle des professionnels l'exerçant a bien du mal à effacer. La plupart des familles rencontrées n'ont de cesse de vouloir se libérer de cette intervention qu'ils jugent particulièrement intrusive.

IV. Études de cas

Afin d'illustrer notre propos, ce chapitre du rapport sera consacré aux études de situations choisies. Nous avons ordonné les informations recueillies selon les 4 questions qui constitueront la trame de l'analyse des situations. Pour chaque cas analysé, il s'agira dans un premier temps d'aborder la situation familiale, la problématique qui motive les interventions. Dans un deuxième temps, nous allons présenter les actions qui sont menées conjointement par les professionnels pour ensuite aborder le déroulement des relations entre les familles et les professionnels et les impacts des mesures, si observés, selon les interviewés.

Famille A

A quelles réalités la collaboration entre intervenants est-elle reliée ?

Il s'agit d'une mesure d'AEMO concernant un garçon âgé de 9 mois en début d'enquête et ses 2 parents. La famille est d'origine européenne. Les parents vivent en concubinage. Le père travaille en intérim dans le bâtiment tout en connaissant régulièrement des périodes de chômage. En début d'enquête, la mère reste au foyer. La famille occupe un appartement d'un immeuble de type HLM dans une commune périurbaine. La mère est également mère de 2 autres garçons, âgés de 21 et 18 ans, qui partagent le logement. Le réseau informel de soutien des parents est limité aux grands-mères.

La mesure d'AEMO, ordonnée à l'automne 2009 pour une année, fait suite à un placement judiciaire de l'enfant en pouponnière qui a duré trois mois. Pendant ce placement, la mère a été hospitalisée dans un service psychiatrique. C'est l'équipe d'AEMO qui a immédiatement sollicité le service de l'ASE pour mettre en place l'intervention d'une TISF 2 fois trois heures par semaine. Cette proposition a été acceptée par les parents. En effet, la mère était très angoissée lors de son retour au domicile après son hospitalisation et le placement de son fils. Le concubin avait peur de laisser la mère seule avec l'enfant. Tous deux étaient donc demandeurs d'une présence au domicile. L'intervention de la TISF est renouvelée tous les trois mois. Sur le plan médical, mère et enfant sont suivis, toutes les deux semaines, par le CMP. La PMI intervient également.

Quels types d'actions communes sont menés ?

Pendant les six premiers mois (octobre 2009 - avril 2010), l'AEMO a été exercée sous forme « renforcée » par un service habilité. L'éducatrice spécialisée et la psychologue du service d'AEMO intervenaient systématiquement ensemble au domicile de la famille. Ainsi, durant les deux premières semaines, les éducateurs spécialisés et le psychologue se sont rendus quotidiennement au domicile familial, deux fois par semaine pendant les trois mois suivants, puis une fois par semaine pendant les mois suivants. Puis, une mesure d'AEMO « normale » a été ordonnée jusqu'en octobre 2010. Les professionnels exerçant l'AEMO ont reposé leurs interventions exclusivement sur des entretiens. Deux psychologues du service d'AEMO ont fait passer des tests à l'enfant en présence de la mère. La situation était étudiée chaque semaine en réunion de service. Les interventions de l'AEMO sont basées sur des entretiens. C'est donc quasi exclusivement un travail réflexif sur la situation familiale que ces interventions visaient. Ce travail comportait une forte dimension psychologique par la présence systématique de la psychologue.

En juillet 2010, suite à une affaire dramatique dans le département (décès d'une très jeune enfant pour laquelle une AEMO « renforcée » avait été ordonnée), le Conseil général a décidé de mettre fin à toutes les mesures de ce type. Dans cette situation, l'ASE a pris le relais (sans audience). L'éducatrice spécialisée de l'ASE qui exerce la mesure d'AEMO connaissait la famille pour avoir participé au placement en urgence de l'enfant à la pouponnière. Elle « se met en position de fil rouge pour coordonner toutes les interventions ». Elle se rend environ une fois par mois au domicile. En octobre 2010, la mesure a été prorogée pour une année sans audience. Cette éducatrice spécialisée assure donc essentiellement des tâches de suivi et de coordination.

L'intervention de la TISF a débuté en octobre 2009 et a été renouvelée tous les trois mois, et était toujours exercée en avril 2011. Pendant la première année, la TISF est intervenue 2 fois trois heures par semaine, puis les mois suivants, une fois par semaine. La mère dit savoir à l'avance ce qu'elle fera avec la TISF. La TISF a favorisé le partage de temps mère-enfant. Elle a, par exemple, proposé des sorties à la mère. L'enfant était alors détendu. Autre sujet abordé : la fatigue de la mère due aux traitements médicamenteux. Pendant un mois, la TISF était présente quand la mère donnait le bain à son fils. Elle a fait en sorte que la mère prenne sa place auprès de l'enfant en parlant à celui-ci : « ce serait bien que ce soit ta maman qui te donne le bain ». Elle apprend à la mère à répondre aux sollicitations de l'enfant en jouant. La TISF a encouragé la mère à accompagner l'enfant à la crèche. Elle a aidé à certaines tâches ménagères (repassage, change enfant). Elle a favorisé l'entrée en formation de la mère qui ne

travaillait plus depuis deux années : conseils pour la recherche de pistes, pour des courriers, accompagnements à des RDV. La TISF assure donc trois types de tâches : celles (domestiques et nursing) visant à aider les parents, et surtout la mère, dans leur rôle éducatif auprès de leur enfant ; celles de suivi et de coordination ; celles visant à épauler la mère dans un travail réflexif sur sa situation personnelle.

Deux contacts ont eu lieu entre AEMO et TISF au cours des neuf mois (octobre 2009-juillet 2010) au domicile de la famille. L'éducatrice spécialisée de l'ASE et la TISF se sont rencontrées une fois au domicile de la famille entre juillet 2010 et mai 2011. L'évolution très favorable de la situation familiale n'a pas nécessité, du point de vue des uns et des autres, de travail en commun. Ainsi, comme la TISF juge de bonne qualité sa relation avec la famille, elle dit ne pas avoir besoin d'entrer en contact avec les autres professionnels. De plus, elle énonce que l'absence de contact avec les autres intervenants relève d'une tactique de responsabilisation des parents qu'elle gère. En cas de questionnement des parents, elle les incite à prendre contact eux-mêmes avec l'interlocuteur pertinent. Ce qu'ils font. Mais en même temps qu'elle adopte cette position, il lui semble qu'une réflexion associant les autres intervenants pourrait permettre de travailler des « problèmes cachés », qu'un croisement des points de vue serait susceptible d'enrichir les interventions. Pour les intervenants de l'AEMO, l'absence de problème avec la famille justifie également l'absence de contact avec la TISF. La PMI et la TISF se sont rencontrées une fois au domicile de la famille. L'éducatrice spécialisée de l'ASE et le service de la PMI se sont rencontrés à 2 reprises.

Nous pouvons constater qu'AEMO et TISF visent des buts communs en mettant en œuvre des moyens différents. Il en est ainsi s'agissant du travail réflexif auprès de la mère. L'AEMO le réalise exclusivement par des entretiens avec les parents. La TISF l'effectue à partir d'actes partagés, des accompagnements. Mais les actions mises en œuvre par les uns et les autres ne sont pas du tout concertées. Nous ne qualifierons donc pas les relations de travail entre AEMO et TISF de « partenariales ».

La collaboration entre la famille et professionnels

Au début, les intervenants exerçant l'AEMO ont observé l'évolution de l'enfant, de la mère, du lien mère-enfant. Puis, un travail avec le couple a été engagé. Concernant les objectifs de ce travail, les parents pensent qu'ils sont en rapport avec le développement de leur enfant. Les intervenants surveillent la qualité de ce développement. S'agissant des thèmes abordés lors des entretiens famille-AEMO, ils sont négociés entre les professionnels exerçant cette mesure

et les parents. Ils sont organisés à partir des préoccupations parentales. Par exemple, la place de chacun des parents auprès de l'enfant, plaisir de la mère à élever l'enfant, la place des grands-parents, l'angoisse du père par rapport à la maladie de la mère.

La TISF a organisé ses interventions, selon les demandes de la mère, sur des accompagnements à l'extérieur ou des apprentissages (soins à l'enfant, en particulier). Elle s'est donc référée aux paroles de la mère telle « je ne sais pas faire avec mon enfant ». « Tout ce qui touchait à son fils, elle l'entendait tout de suite », énonce la TISF. Pendant plusieurs semaines, la mère a organisé ses rendez-vous avec les autres services (CMP, PMI, hôpital) en fonction de la présence de la TISF pour que celle-ci l'accompagne. Aujourd'hui, elle y va seule. Selon les parents, la TISF « donne son avis, mais n'impose pas ses idées ». La mère dit que « tout ce qu'elle fait avec la TISF est discuté avec celle-ci », que « la TISF dit les choses avec beaucoup de diplomatie ».

Ainsi, les démarches de co-construction entre parents et intervenants tiennent une place prépondérante. À propos de l'AEMO, c'est le contenu des entretiens qui est négocié. Et toutes les actions mises en œuvre par les parents et la TISF sont négociées entre eux.

Les évolutions des interventions

Plusieurs changements ont été observés au cours de l'enquête. La mère dit ne plus avoir peur du regard extérieur. Elle dit avoir repris confiance en elle. L'AEMO a permis aux parents de se dégager de l'emprise des grands-mères. En profitant pleinement de l'aide de la TISF, la mère a repris une activité extérieure (formation qualifiante d'agent d'accompagnement aux personnes handicapées et aux personnes âgées.) depuis janvier 2011. Elle suit donc des cours tous les jours de 9h à 17h. L'enfant va quotidiennement à la garderie pendant la formation de sa mère alors que celle-ci ne voulait pas en entendre parler en début de mesure. Les parents ont renforcé leur place auprès de leur enfant en tenant les grands-mères à plus grande distance. Ils ont déclaré leur vie en couple. La famille va emménager dans un logement plus adapté. La mère dit avoir apprécié d'être entourée de professionnels. Elle précise que pendant le placement de l'enfant personne n'était venu les voir. Selon la TISF, la mère ne rate aucun rendez-vous avec la puéricultrice. La mère a dit à la TISF qu'elle s'exprimait plus facilement avec elle qu'avec les intervenants qui « la forçaient à parler ». Elle a également énoncé que la confiance que lui accorde la TISF lui a permis de prendre confiance en elle. Pour les parents, le changement d'intervenants (AEMO exercée par un service habilité, AEMO exercée par l'ASE) a été vécu très difficilement.

Famille F

A quelles réalités la collaboration entre intervenants est-elle reliée ?

La famille F est composée d'un couple franco maghrébin vivant en concubinage. Ils ont 4 enfants : 3 filles de 18 ans, 16 ans, 6 ans et un garçon de 3 ans (au moment de la 1ère série d'entretiens). Le père et la mère sont présentés par l'éducatrice comme déficients intellectuels, sans profession, titulaires du Revenu de Solidarité Active. Ils vivent depuis le mois de juin 2010 dans un appartement de 4 pièces appartenant au parc locatif public.

Les trois filles sont placées à l'Aide sociale à l'enfance (famille était déjà connue du service d'AEMO et a réalisé, à l'époque, les trois placements). L'aînée, placée en bas âge, est revenue au domicile de ses parents à sa majorité sans projet, elle bénéficie d'un suivi par une déléguée à la tutelle. La deuxième fille de 14 ans, vit au sein d'une famille d'accueil, elle vient chez ses parents les week-end et pendant les vacances scolaires. Wendy (6 ans) a été placée en urgence en 2008 par le juge des enfants pour qu'elle « puisse recevoir les soins vitaux indispensables pour prendre en charge à la fois son obésité et ses graves problèmes orthopédiques et assurer une nécessaire séparation d'avec ses parents pour une bonne évolution de la fillette » (attendus du juge des enfants lus par l'éducatrice spécialisée de l'AEMO). Dans le même temps, le juge des enfants ordonne une mesure d'Investigation et d'Orientation Educative pour Wendy et Jordi « afin d'apprécier les capacités éducatives des parents, de même que la qualité de leurs liens tant avec leur fille Wendy qu'avec leur fils Jordi » (attendus du juge des enfants lus par l'éducatrice spécialisée de l'AEMO). À l'issue de cette mesure d'investigation, le juge des enfants maintient les retours un mercredi sur deux de Wendy (en présence d'une TISF) et ordonne une mesure d'AEMO pour Jordi (en mai 2009 avec un début d'exercice de la mesure en octobre 2009) et demande qu'il soit inscrit en crèche. Le père et la mère se sont toujours opposés au placement de leurs enfants, le vivant comme une injustice et une incompréhension de leur situation.

Les difficultés repérées en début de mesure d'AEMO sont liées aux capacités éducatives du père et de la mère qui ont très peu de repères. Ils ne savent ni lire, ni écrire, méconnaissent les besoins d'un enfant en bas âge. Au début de la mesure d'AEMO, Jordi est inscrit à la crèche, les parents l'accompagnent. Les premiers rendez-vous sont difficiles, le père et la mère sont réticents, ils ne viennent pas aux rendez-vous. C'est le frère de madame qui leur lit les courriers. Puis, progressivement, le père et la mère viennent aux rendez-vous à condition de les leur rappeler par téléphone. Lors du premier rendez-vous les parents ont exprimé leurs craintes, leur désaccord, cette écoute a permis de trouver un rythme de travail. L'éducatrice

spécialisée va régulièrement au domicile familial. Les rencontres ont lieu tous les quinze jours voire toutes les trois semaines.

Quels types d'actions communes sont menés ?

Le travail de l'éducatrice spécialisée porte sur les apprentissages (propreté, vocabulaire) de Jordi et sur l'observation des interactions parents/enfant. Elle fait des jeux avec l'enfant, prodigue des conseils aux parents, se montre à leur écoute. Le père et la mère sollicitent l'éducatrice spécialisée pour remplir des papiers, exemple le renouvellement de la carte d'identité. L'éducatrice spécialisée pense que les parents ont atteint leurs limites éducatives et qu'un placement de Jordi est à envisager, mais elle souhaite que ce placement se réalise avec l'accord des parents, du moins qu'ils comprennent les raisons du placement. La TISF intervient auprès de Jordi à la demande de l'éducatrice spécialisée de l'AEMO. Les parents ont accepté cette intervention dans la mesure où la professionnelle serait une TISF qui avait déjà travaillé chez eux pour Wendy, ce qui s'est passé. Lors de la première série d'entretiens, la TISF intervient un mercredi sur deux pour médiatiser les rencontres entre Wendy et ses parents et le mardi et le vendredi (à partir de février 2010) pour Jordi. L'objectif du travail auprès de Jordi concerne l'apprentissage de l'ensemble des soins à prodiguer à un enfant. Les parents se lèvent tard, notamment la mère. La TISF se retrouve souvent seule avec Jordi pour lui donner un bain, le faire jouer. De plus, au début de l'intervention, le frère et la sœur de la mère sont présents et empêchent la TISF de toucher Jordi. Progressivement, la mère se lève de son lit pour accueillir la TISF et le frère et la sœur ne sont plus présents. Les parents parviennent à ne plus donner systématiquement de bonbons à leur fils en présence de la TISF. Ils font les démarches d'inscription de Jordi à la maternelle.

La collaboration entre la famille et professionnels

Dans les premiers temps de la mesure, les parents sont très réticents à l'intervention de l'éducateur spécialisé de l'AEMO, principalement le père qui exprime sa crainte que son fils soit placé comme cela a été le cas pour ses filles. Le père et la mère estiment qu'ils ne sont ni compris ni entendus par le juge des enfants et par l'éducateur spécialisé de l'AEMO qui ferait « cause commune » avec le magistrat. Ils expliquent que pourtant ils accomplissent toutes les démarches demandées par ce travailleur social. La mère dira qu'elle « n'ose pas demander un conseil à l'éducateur spécialisé ». En revanche, ils se sentent en confiance avec la TISF. Madame s'est progressivement mise à préparer les repas avec la TISF, repas qu'elle a appris à

équilibrer grâce aux conseils de la TISF. Le père est plus effacé à l'égard de la TISF, il laisse sa femme s'occuper des aspects matériels du domicile.

Les évolutions des interventions

Lors de la seconde série d'entretiens, le travail de l'éducatrice spécialisée de l'AEMO se poursuit. Elle souligne la volonté de bien faire des parents qui sont pourtant en grandes difficultés dans l'éducation de Jordi : il babille, tâte ses sucettes en permanence, n'a pas été propre au moment de la rentrée scolaire ce qui a compliqué son admission en maternelle (il y va le matin et l'après-midi, il est au domicile familial). L'éducatrice spécialisée de l'AEMO s'achemine vers le placement de l'enfant, pressé par ses collègues du service qui estiment que le placement est nécessaire pour l'épanouissement de Jordi. L'éducatrice spécialisée souhaite préparer ce placement, il doit rencontrer l'institutrice pour connaître le niveau d'acquisitions de cet enfant. La TISF intervient toujours au domicile familial, mais ses heures concernent Wendy, lorsqu'elle revient chez ses parents un mercredi sur deux. La TISF se demande si l'éducatrice spécialisée en est informée et ce malgré une synthèse à l'ASE en présence du service de TISF et de l'AEMO. La TISF a pu noter les changements suivants : apprentissage pour la mère de la confection de repas équilibrés, une gestion plus régulière du lavage du linge. Cependant, elle estime que le placement de Jordi est nécessaire compte tenu des difficultés importantes des parents qui malgré leur « bonne volonté » sont « très démunis ».

Famille O

À quelles réalités la collaboration entre intervenants est-elle reliée ?

En 2010, lorsque nous la rencontrons, Colette (44 ans) est hébergée dans un « foyer mère-enfant » avec le dernier de ses 7 enfants (26, 25, 20, 18, 13, 12, 7 ans, ainsi qu'un nouveau-né). Elle a vécu longtemps chez son père. Ensuite, tandis que les enfants ont été placés, elle a passé quelque temps à la rue, puis à l'association Emmaüs où elle a rencontré un nouveau compagnon fréquenté durant un moment, avant de rejoindre un premier foyer maternel qu'elle a quitté sans explication pour rejoindre un nouvel amour, puis un second foyer maternel, plus éloigné, après la rupture du couple.

Les plus âgés autrefois accueillis en MECS sont maintenant autonomes. Plusieurs ont bénéficié d'une mesure d'AEMO depuis dix ans environ, en raison de l'absentéisme scolaire et des absences de la mère qui les laissaient, à cette époque, à la garde de son père, handicapé et dans l'incapacité d'assurer leur sécurité.

Quels types d'actions communes sont menés ?

Très rapidement, l'AEMO assuré par l'éducatrice s'est accompagnée du travail de la TISF au domicile du grand-père qui hébergeait l'ensemble de la famille (la mère et ses enfants). En raison de troubles du comportement alimentaire et d'angoisse de certains enfants qui ne voulaient pas quitter la maman pour se rendre à l'école, le travail de la TISF se centrait sur ces aspects en participant avec la mère à la préparation des repas, leur déroulement et les conduites des enfants. Après quelque temps, l'éducatrice a négocié avec la mère le placement en accueil provisoire des enfants durant la semaine (il y a deux ans). Les plus jeunes, à l'exception du nouveau-né, sont donc actuellement placés dans une MECS. La mère a reçu l'aide d'une TISF avant ce placement et la recevra de nouveau, dès qu'elle pourra trouver un logement et que les enfants la rejoindront.

Cette famille monoparentale présente une problématique très complexe d'inceste dans la fratrie et au sein de la famille élargie, révélée par la plus âgée des filles, mais suivie de la révélation de faits analogues par d'autres enfants. L'éducatrice est intervenue à plusieurs reprises pour s'assurer que les enfants soient bien maintenus séparés des membres de la famille soupçonnés d'agression à l'égard des aînés. Cependant, la reconstitution de la famille autour de la mère semble un objectif atteignable pour les partenaires durant cette première phase d'entretiens. Elle est présentée comme dépendant de la possibilité de trouver un logement adéquat. Cette perspective est nourrie par la coopération maternelle avec la MECS et l'éducatrice dans une période où malgré l'éloignement géographique (elle est hébergée à 30 km de la MECS), elle se déplace avec le bébé le mercredi et le samedi pour passer un moment avec ses enfants et les accompagner dans leurs activités. De plus, cette coopération a permis d'instaurer des retrouvailles : la mère reçoit ses enfants certains week-ends chez sa fille qui vit à proximité de la MECS. Elle a accepté les rencontres avec la psychologue de l'établissement en raison de troubles du comportement du plus jeune des enfants accueillis. Elle-même s'interroge sur l'éventualité d'un abus subi par son fils.

En dehors de l'intervention des professionnels de la MECS (éducatrice, psychologue), du foyer maternel, de la TISF et de l'éducatrice, une mesure d'aide à la gestion du budget familial existe.

La collaboration entre la famille et professionnels

Durant toute la durée de l'observation, la mère se consacre à l'éducation des enfants malgré l'obstacle de la distance ou de l'absence de logement indépendant. Elle change de lieu à 3

reprises en un an, mais garde le contact avec l'éducatrice d'AEMO et les éducatrices spécialisées de la MECS. Elle accepte le suivi psychologique à la MECS et se fait du souci pour l'avant-dernier. Elle s'interroge sur l'éventualité que lui aussi ait pu être victime de sévices sexuels en raison de ses difficultés et de son énurésie.

Globalement la mère semble faire une grande confiance aux travailleurs sociaux et collabore à hauteur de ses moyens. Si elle adopte des comportements imprévisibles, elle tient informée l'éducatrice spécialisée de ses revirements et n'esquive pas l'aide qui lui est prodiguée. Ayant été à plusieurs reprises incapable de protéger ses enfants, elle leur procure néanmoins une présence chaleureuse et leur manifeste des signes d'attachement. Les discordances dans les faits recueillis sont le fait d'une vie tumultueuse et donc d'une trajectoire difficile à reconstituer avec précision, mais non le fait de désaccord entre la parole des travailleurs sociaux et celle de la mère.

Les évolutions des interventions au cours de l'étude

La mère a quitté le foyer de C. pour venir vivre dans le F2 de sa fille où elle venait un week-end sur deux pour recevoir ses enfants en accueil provisoire en MECS. Les recherches de logements se poursuivent. La mesure d'AEMO a été prolongée et étendue au nourrisson en raison de « l'instabilité » de la maman. L'enfant semble se développer normalement sur le plan physique, mais comme son frère plus âgé à la même époque, il babille peu.

La mère continue à très bien collaborer avec les éducatrices de la MECS.

Elle semble ne pas avoir eu de nouvelle passion amoureuse depuis 18 mois ce qui aux yeux de l'éducatrice confère une certaine continuité à ses soins aux enfants

L'éducatrice d'AEMO a provoqué une réunion de synthèse avec les services du département pour attirer l'attention de la PMI sur le plus jeune des enfants, pour préparer la prolongation de l'acceptation par le CG de la prolongation de l'AP des 3 enfants en MECS, pour rappeler que la tutelle fait des démarches pour obtenir un logement privé en l'absence de réponse des bailleurs publics. Plusieurs décisions émanent de cette rencontre :

- visite de puéricultrice à domicile
- la psychologue va voir l'enfant durant son passage pour le bilan de 1 an pour lequel le rendez-vous est fixé ;
- la puéricultrice va présenter le lieu d'accueil mère-enfant à la maman lors de ce passage.

Quelques semaines plus tard, à la suite d'une dispute entre la mère et sa fille, Colette se trouve de nouveau sans logement et le foyer de la ville accepte de l'héberger. Après deux mois de présence dans ce lieu, la mère emménage dans un appartement. Au total, en un an, Colette aura été hébergée dans 4 lieux différents. La TISF de l'association qui n'était pas intervenue depuis la première vague d'entretien va de nouveau travailler au domicile de la famille, le mercredi matin en vue de préparer le retour progressif à domicile des enfants placés en MECS. Une mesure d'AGBF (professionnel de la même association que l'éducatrice d'AEMO) se poursuit. En septembre 2011, fin d'étude, le soutien apporté aux enfants se traduit également par un accompagnement de la mère confrontée à de graves problèmes de santé.

V. Partenariat et collaboration dans le cadre de l'AEMO et de l'AED

Avant d'exposer les éléments d'analyse issus de notre étude, rappelons que conformément au cadre théorique exposé en première partie, nous parlerons de partenariat pour rendre compte des relations entre les professionnels et de collaboration pour évoquer les relations entre les professionnels et les membres de la famille et son entourage.

1. Faible occurrence d'un partenariat global

Tout d'abord, si de multiples partenaires et collaborateurs ont été comptabilisés dans l'entourage de certaines familles (parfois jusqu'à 20, voire davantage), nous constatons qu'une seule situation a donné lieu à une concertation globale durant l'étude (il s'agit de la situation M). Cette synthèse globale a relevé un nombre important des professionnels mobilisés autour de la famille, bien que tous ne se situent pas en « première ligne » de l'intervention. Les actions de certains professionnels constituent une toile de fond de la mesure, ces professionnels ne rencontrent pas la famille mais servent d'appui aux intervenants les plus concernés par celle-ci. Selon les professionnels interviewés, ces grandes réunions sont peu opérationnelles, conduisent rarement à une prise de décision commune. Elles servent davantage à établir les grandes orientations, à apprécier les évolutions éventuelles et à permettre aux professionnels de faire connaissance entre eux.

Dans deux situations, nous n'avons pas relevé de dynamique d'information mutuelle. Dans 7 situations sur 15 analysées, nous constatons une logique de concertation, mais une certaine sélectivité du partenariat. Cette remarque est suscitée par la comparaison avec des dispositifs

du type de celui connu en Grande-Bretagne, *Team around the child* ou *Team around the family*, qui propose la résolution de problèmes par l'ensemble des personnes concernées et consultées, sous l'impulsion des travailleurs sociaux et dans un cadre qu'ils proposent. Ainsi, certains partenaires ne sont pas pris en considération dans les concertations, comme le médecin traitant ou l'orthophoniste qui en tant que libéraux ne sont pas contactés par les travailleurs sociaux.

Certains parents disent ne pas être gênés par l'absence de relation suivie entre les professionnels des différents services. Ils gèrent leurs relations avec les uns et les autres sans se préoccuper de l'absence de triangulation. Mais, dans une situation, nous avons perçu l'isolement de la TISF qui semble ne pas oser interpeller l'AEMO et exprimer les difficultés qu'elle rencontre avec la famille. Il faut dire que la succession des professionnels impliqués dans la mise en œuvre d'une intervention reposant sur une mesure d'AEMO ou d'AED et d'une mesure de TISF est importante. Ainsi, juge des enfants pour l'AEMO et responsable local de l'ASE pour l'AED impulsent la mesure d'action éducative. Ce même responsable local de l'ASE impulse la mesure exercée par la TISF. L'un et l'autre peuvent avoir comme interlocuteur le responsable du service ou le professionnel chargé de la mesure. De telles organisations ne favorisent pas toujours le rapprochement entre AEMO ou AED et TISF. C'est donc bien la famille censée être le principal interlocuteur de tous ces professionnels qui est en position de faire lien entre ces derniers.

De même, en ce qui concerne la collaboration, le réseau familial ou le réseau de proximité (concierge, voisins, amis) ne sont généralement pas considérés comme de potentiels collaborateurs dans le cadre de l'intervention. Il existe cependant des exceptions, comme la prise en compte de l'hébergement de Colette de la situation O par sa fille. Même si elle s'accompagne de certaines réserves, la demande de la mère est prise en considération (exemple repris dans le cadre des niveaux de collaboration). Dans d'autres situations, les professionnels déplorent l'isolement des familles, mais leur intervention ne porte pas ou peu sur les liens avec la famille élargie ou le voisinage. De plus, la présence de membres de la famille n'appartenant pas à la cellule familiale est plus souvent source de suspicion que de collaboration potentielle. Le beau-frère dans la situation P fait l'objet d'inquiétudes de la part de l'éducatrice. Cette inquiétude est fondée sur des faits de violence sur la mère, faits bien réels et passés. Cependant, cette crainte ne permet pas de prendre en compte les aspects positifs de sa présence (entraide).

Les familles ont parfaitement intégré cette occultation du réseau d'entraide familial dans le déroulement de la mesure. Ainsi, certains hébergements de dépannage ne seront pas mentionnés à l'éducatrice. Seule l'arrivée inopinée permet de constater la présence d'un tiers qui peut se présenter comme étant en visite. De même, l'éducatrice de passage chez la grand-mère pour emmener les enfants pour prendre un repas avec eux aura à peine le temps d'éteindre le moteur de son véhicule que les enfants seront accompagnés jusqu'à la voiture, ne lui permettant pas d'être reçue chez la grand-mère pourtant très aidée par la mère.

La frontière entre vie de la cellule familiale et vie de la famille élargie semble donc être entretenue de part et d'autre.

Malgré cette absence de vue d'ensemble du partenariat et de collaboration, il serait erroné de conclure à une absence de partenariat. Les multiples concertations, régulières ou non, formelles ou informelles, témoignent, au contraire, de diverses formes de concertation et de collaboration.

2. Efficacité des petits groupes de partenariat et de collaboration

Des petits noyaux de partenariat et de collaboration se forment, se dissolvent et se reconstituent au gré des besoins, des affinités, des proximités de travail et des lieux de domicile de la famille. S'il est rare que les réunions rassemblent plus de 2 institutions, avec association ou non de la famille lors de la concertation, de nombreux exemples de partenariat et de collaboration entre un petit nombre de protagonistes sont observés.

Ainsi, la synthèse dans la situation O réunissait 8 interlocuteurs et 11 dans la situation M. Il s'agissait seulement des partenaires institutionnels, mais on peut supposer que, compte tenu du rôle propulsif de la mère, elle sera invitée à la prochaine réunion de ce type. D'autre part, l'éducatrice d'AEMO à l'initiative de cette rencontre dans la situation O a institué une rencontre mensuelle entre deux autres partenaires (les éducateurs de la MECS, l'éducatrice d'AEMO) à laquelle la mère participe. Cette initiative cherche à développer la collaboration de la mère et son implication dans la vie des enfants en placement volontaire. Au cœur de la même association assurant des mesures d'AEMO, l'éducatrice a un troisième noyau de partenariat (éducatrice d'AGBF, TISF et elle-même), tandis que l'éducatrice d'AGBF régule dans son travail ordinaire et sans rencontre instituée les relations entre AGBF, association caritative, bailleur social, CAF.

Dans les exemples de la région Rhône-Alpes, nous observons également ce type de duo ou de trio de partenariat ou de collaboration. Ainsi dans le cas D, nous constatons un duo de

partenaires (service d'AEMO, service de TISF), et un trio régulier réunissant trois collaborateurs (assistante sociale d'AEMO, TISF, père). De même dans le cas C, le partenariat AEMO, TISF s'exerce pour l'organisation des vacances, tandis que la collaboration AEMO, TISF, mère fait partie des habitudes de travail.

3. L'influence variable des déménagements sur le partenariat

Dans certaines familles, le logement est une des questions centrales. Dans les régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais, les difficultés d'accéder aux appartements locatifs en raison des revenus insuffisants de certaines familles (J, L), les déménagements nombreux durant la période d'enquête (4 logements différents dans la situation O), les emménagements récents dans des situations N et I, les projets de déménagement de la famille P (2 logements et un troisième en perspective) ne sont pas sans répercussion sur les collaborations entre familles et professionnels du travail social. Dans ces évolutions, les déménagements familiaux occupent une place importante et contrastée.

Dans certains cas, cette mobilité géographique peut interrompre le suivi ou le mettre en péril durant un certain temps (situation J et P). Dans d'autres circonstances, le changement de logement offre l'opportunité d'une réconciliation de la famille avec une institution grâce une meilleure entente avec d'autres professionnels. Ainsi dans la même famille, grâce à la grossesse et à l'accouchement, la mère dans la situation P renoue avec les professionnels de la PMI implantée sur le territoire où la famille est venue s'installer après un 2^e déménagement. Ces deux exemples contradictoires relevés dans une même famille illustrent bien les conclusions tirées des entretiens : la mobilité familiale a des effets de nature différente, voire opposée.

Il en va de même du partenariat. Dans l'exemple relevé, le partenariat avec la PMI est facilité par le déménagement, de façon parallèle à la collaboration avec la famille. Cependant, nous pouvons imaginer que le déménagement peut avoir des effets divergents sur le partenariat et sur la collaboration. Le partenariat peut être favorisé et la collaboration affectée ou inversement. Cependant, il semble que si la collaboration entre la famille et certains professionnels ne s'établit pas, le partenariat entre l'AEMO et ces professionnels peut faciliter les contacts avec la famille, peut viser à la transformation de la relation de non-collaboration en collaboration, mais en cas d'échec de cette mutation, à moyen terme le partenariat s'interrompt, au moins pour le suivi de cette famille-là, faute de contact des partenaires avec la famille.

De ce point de vue, le partenariat est tributaire de la collaboration et comme dans le point précédent, nous sommes amenés dans nos conclusions à attirer l'attention des professionnels sur le rôle déterminant de ceux d'entre eux avec lesquels la famille développe des affinités électives.

4. Les niveaux de collaboration des parents dans les relations entre les institutions

Nous prendrons pour référence centrale l'article de Jean-Michel Fourniau, J-P Lacaze, J. Lafont paru en 1996 dans *Techniques, Territoires et Sociétés*, intitulé « *Transparence des décisions et participation des citoyens* »¹⁹. Cet article définit quatre niveaux de participation que nous allons illustrer avec différentes situations observées ou relatées par nos interlocuteurs. Même si parfois nous pouvons identifier un niveau dominant de participation dans certaines mesures, ils peuvent s'alterner en fonction de la relation entre les professionnels et la famille, en fonction de la nature des décisions que les acteurs sont amenés à prendre, au cours de l'intervention.

4.1. La communication

Il s'agit du premier niveau de participation qui à travers son unilatéralité s'apparente davantage à l'acte de s'exprimer. Il s'agit donc des situations où l'information ne va que dans un seul sens. Elle a pour fonction d'énoncer une opinion, une décision (le juge décide, l'éducateur prescrit, etc.). Nous avons pu observer ce type de participation dans la situation B. En effet, l'éducateur spécialisé exerçant l'AED a imposé à la famille l'entretien comme seule modalité d'intervention. Le choix des participants à chaque entretien relevait également de ce seul professionnel. Dans cette situation, les limites de ce type de participation semblent atteintes car les membres de la famille ont exprimé avoir peu investi ces temps de travail.

Les relations des éducatrices avec le juge sont, au moins durant la phase d'écriture du rapport, une phase de communication. Certaines éducatrices disent présenter et expliquer leur rapport aux familles avant l'audience, dans d'autres cas, les parents ne sont pas informés qu'ils ont droit d'accéder aux rapports et ne connaissent pas leur contenu. Lorsque les rapports sont

¹⁹ FOURNIAU, J.-M. (25 janvier 1996) « *Transparence des décisions et participation des citoyens.* » *Techniques, Territoires et Sociétés*, n°31, p. 9-47.

Cette typologie a été adaptée et citée par l'ANESM (avril 2010) dans les recommandations sur la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Les mêmes niveaux de participation (communication, consultation, concertation, codécision) figurent dans les recommandations de l'ANESM (mars 2008) relatives à l'expression et à la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (p.11).

présentés aux familles, il s'agit bien du respect des droits qui s'inscrit dans un ensemble de relations établies entre les professionnels et la famille. Cependant, les familles sont rarement informées et font rarement usage d'un tel droit. Ceci est le cas dans la situation L. La mère ne sait plus à quoi sert la mesure, car l'objectif initial, défini par le juge n'a pas été mis en œuvre, le contexte de vie de la famille ayant changé. Cependant, le sentiment de confusion du parent est à noter. La mère rencontre le travailleur social deux fois dans l'année, cependant ce dernier souligne que la situation familiale fragile ne permet pas encore une levée de la mesure. La mère sait que différents écrits sont transmis au juge mais elle se sent exclue de toute transmission d'informations qui par principe selon elle devrait être triangulaire. Elle ne savait pas non plus qu'elle pouvait consulter les rapports concernant ses enfants. Une autre question porte sur l'accompagnement dont ces familles peuvent bénéficier dans cette démarche de lecture des écrits professionnels. Dans la plupart de cas, la présentation du rapport aux familles sert à préparer la mise en situation devant le juge. Il ne s'agit pas d'une discussion ouvrant la possibilité de négociation. Certains professionnels interrogés soulignent le fait qu'il s'agit d'un rapport que l'éducateur est obligé de faire au juge. Cette logique exclut toute concertation avec la famille à ce sujet.

4.2. La consultation

La consultation a pour objectif de susciter une discussion et de recueillir un certain nombre d'informations qui d'une manière facultative peuvent aider dans le processus de décision. Celui qui détient le pouvoir dans la relation et souhaite s'informer de la réalité va mettre en place la consultation. Elle peut prendre différentes formes dont le questionnaire de satisfaction.

Nous avons pu observer que ce qui pour le travailleur social constitue une consultation pour la famille relève de la communication. Dans les deux cas, l'intention et le pouvoir sont également unilatéraux. La plupart des situations montrent ce niveau de participation.

4.3. La concertation

Quant à la « concertation », il s'agit de trouver des solutions communes. Elle peut se dérouler entre les professionnels ou entre les professionnels et la famille. Dans un premier cas de figure, devant les inquiétudes de l'éducatrice d'AEMO concernant les difficultés de langage du fils de O, la réunion PMI, Service social et AEMO peut être considérée comme une concertation entre partenaires qui aboutira à des décisions de travail et d'informations réciproques. Cependant, la concertation permet aussi l'expression non seulement de l'opinion

de l'utilisateur, mais également des solutions qu'il entrevoit. Cette concertation qui souvent concerne des microdécisions faisant partie de la mesure (devoirs scolaires, choix des activités ou choix du mode d'accueil par le jeune) peut constituer une modalité de participation de l'utilisateur, lorsque le professionnel considère que le jeune ou les parents connaissent la solution au problème et peuvent s'organiser pour la mettre en place. Dans la situation K, les deux temps de concertation ont eu lieu et la famille y a été associée. Cette lisibilité reconforte surtout la TISF et met en confiance les parents. La concertation avec la mère dans cette situation nous laisse perplexes, car nous avons pu repérer les éléments du discours des professionnels de l'AEMO qui victimisait davantage la famille. Par contre, le propos de la TISF accentuait les compétences de la mère et de la fille et des évolutions positives de la mesure. Parfois, les familles savent qu'il est nécessaire pour elles de participer aux instances de concertation lorsqu'elles y sont invitées pour que l'injonction du juge ne se perpétue pas ou que leur absence ne soit pas sanctionnée. En effet, cette absence pourrait signifier que la famille se montre non coopérante et pourrait alourdir la prise en charge.

4.4. La codécision ou coconstruction

Ce niveau de participation nécessite un partage de pouvoir et négociation pour parvenir à un accord. L'exemple de la mesure O montre bien ce processus. Au début de l'enquête, la mère a été hébergée avec son nouveau-né N. à 26 km de la ville où vivent ses enfants. Trois d'entre eux sont dans une MECS en placement volontaire. Durant la grossesse et depuis sa sortie de la maternité, deux fois par semaine, la mère prend le train avec la poussette, le bébé et le nécessaire. Elle se rend ensuite à pied de la gare à la MECS (trajet de 2 km) pour participer aux activités de loisir et d'encadrement des devoirs des enfants. Durant la rencontre précédente avec l'AEMO, la mère venait de demander à l'éducatrice d'AEMO s'il serait possible qu'elle reçoive ses enfants le week-end chez sa fille installée dans un F2 dans la même ville que la MECS. C'est donc la mère qui prend l'initiative en exprimant cette demande. Après une discussion téléphonique avec les éducateurs de la MECS, un premier exposé des conditions requises par l'éducatrice d'AEMO est énoncé lors d'un repas pris en commun : présence continue de la mère, les enfants ne doivent être confiés à des tiers, en cas de difficulté informer la MECS, un premier week-end sera tenté et si tout se passe bien, on estimera la fréquence possible. La mère accepte ces conditions. Ensuite, suivra une réunion de concertation mensuelle où sont présentes une éducatrice de la MECS, l'éducatrice d'AEMO et la mère. Durant cette réunion, l'éducatrice d'AEMO précisera de nouveau les conditions

qui rendraient possible cette requête. L'éducatrice confirme les demandes des enfants de pouvoir passer du temps avec leur maman et le petit frère. Elle parle de leur plaisir de voir le nouveau-né. Elle demande des informations sur le logement de la grande sœur des enfants. Elle n'ajoute rien aux préconisations précédentes, mais informera sa collègue et le chef de service. Dans cet exemple, à partir d'un souhait de la mère, l'AEMO et la MECS utilisent leur expérience de partenariat pour répondre à la demande tout en veillant à la sécurité des enfants, se partageant les rôles de proximité de la mère (AEMO) et de proximité avec les enfants (MECS). Cette distribution des rôles sera par ailleurs utile quand des confidences des enfants viendront exposer une difficulté rencontrée durant un week-end. Dans la situation C, l'aînée des cinq enfants de la famille a sollicité l'éducatrice spécialisée exerçant l'AEMO pour qu'elle la soutienne dans une demande de placement. Ce qu'elle a accepté et réalisé la professionnelle. Les modalités de placement ont été négociées entre la fille et sa mère avant l'intervention de l'ASE.

Dans d'autres exemples, la co-décision et la construction sont apparues davantage dans la relation entre le parent et la TISF. Il s'agit ici des microdécisions qui se réfèrent à la vie quotidienne de la famille (choix des repas à préparer, choix des activités de loisirs, etc.). Cela semble découler des caractéristiques de cette profession, du rôle et de la posture professionnelle. Comme illustration, nous pouvons prendre le positionnement de la TISF de la situation (J et I) qui souligne que la première question qu'elle pose au parent est la suivante : et vous qu'est-ce que vous avez envie de faire dans cette situation ? À partir de cette question, elle met en place chaque accompagnement. La négociation qui s'opère se situe entre les objectifs établis par l'ASE et la manière dont la famille projette son avenir.

4.5. Coopération : de la participation à la mise en œuvre

Nous constatons qu'il manque à cette classification un élément essentiel pour décrire l'activité des professionnels visant le soutien à l'éducation des enfants : la participation active du professionnel et du parent dans une activité nécessaire à la vie et à l'éducation de l'enfant, leur « faire ensemble ». Ce niveau existe dans la typologie de Kellerhals et Montandon citée dans la première partie de cette étude. Ainsi, la TISF fait avec la mère un grand nombre d'activités : trier le linge, préparer un repas, effectuer un aménagement, etc. L'éducatrice d'AEMO, à l'occasion se trouve dans des situations analogues pour familiariser les parents à une manière d'agir ou leur montrer comment procéder, par exemple lorsque l'éducatrice accompagne les parents dans un rendez-vous auprès de l'école ou de la PMI (voir le tableau présentant les tâches effectuées par les TISF et les professionnels du milieu ouvert).

4.6. L'impact de la loi 2007-293 réformant la protection de l'enfance sur la collaboration entre les familles et les professionnels de l'AEMO

Rappelons que la loi de 2007 met les mesures éducatives négociées avec les parents au centre du dispositif de protection de l'enfance, renforçant les prérogatives des Conseils généraux. Cependant, elle prévoit le recours à l'AEMO en cas d'absence de collaboration avec la famille, d'échec des mesures administratives ou d'impossibilité d'évaluer la situation. Nous nous sommes donc demandé pourquoi les mesures analysées restent dans le cadre de l'AEMO malgré la volonté des familles à collaborer. Nous allons donc, ci-dessous examiner les retombées de cette loi sur les relations entre professionnels et familles.

Pour deux des trois situations (N, P) explorées dans le Nord, les difficultés de collaboration entre la famille et les services sociaux ne permettent pas à ces derniers d'avoir le sentiment que les besoins des enfants sont pris en considération par les parents. Dans les entretiens, les familles ont cependant l'impression de pouvoir assurer cette sécurité et expriment le souhait d'agir sans rester sous le regard des éducatrices d'AEMO. Dans ces deux cas, il y a donc un décalage entre la perception de la société représentée par ses institutions (travail social, Éducation nationale, etc.) et les parents. Ce désaccord est la raison de l'intervention judiciaire, il entretient les résistances à collaborer avec les travailleurs sociaux et se traduit plus ou moins ouvertement dans un souhait d'émancipation.

La situation O est différente, les mesures administratives ont échoué, la mère coopère aux activités des partenaires (cf. implication dans les activités de la MECS à l'égard de 3 de ses enfants en placement volontaire), mais n'est pas parvenue jusqu'à présent à assurer la sécurité des enfants durant une période suffisamment longue pour permettre d'apaiser les craintes des travailleurs sociaux qui depuis des révélations graves d'abus sexuels assure un suivi pérenne depuis 2005. Au total dans ces trois situations, il semble qu'une aide de type administratif ne peut être envisagée actuellement, les cas relevant bien d'une intervention judiciaire auprès de familles aux besoins multiples.

Dans la région Rhône-Alpes, trois des quatre situations étudiées (A, C et D) relèvent du cadre judiciaire. Ce cadre judiciaire n'entrave en rien les négociations entre familles et professionnels sur le contenu des interventions. Dans les quatre situations, les parents disent pleinement apprécier les interventions. Ainsi, nous n'avons pas repéré de structure de pression ou de service impliquant l'ensemble des intervenants et les familles. Dans une seule situation (C), la TISF exécute ce que la mère attend d'elle. Mise à part cette relation, toutes les autres relèvent de structure de coopération entre professionnels et familles. Ce constat nous incite à

étudier les modalités d'intervention susceptibles de favoriser un passage au cadre administratif : dynamique allant dans le sens d'une responsabilisation des familles. Les professionnels ne peuvent se contenter d'évoquer l'incapacité des familles à faire une demande d'accompagnement pour justifier le recours au cadre judiciaire. Travailler dans cette direction participe à l'enrichissement de la relation de coopération entre familles et professionnels et contribue à l'amélioration de la situation des familles.

En Ile-de-France – une grande partie des mesures choisies a commencé avant la réforme et ce sont les facteurs de danger qui ont déterminé leur inscription dans le cadre judiciaire. Cependant, dans la situation I, les professionnels ont plusieurs fois proposé à la mère de passer à l'AED et avec un double agrément de l'équipe, mesure qui pourrait être menée par les mêmes professionnels. Cependant, la mère n'a pas voulu changer de cadre, elle soulignait que la dimension judiciaire la restaure dans son rôle parental et lui permet de maintenir ses fonctions.

Conclusion

De multiples partenaires et collaborateurs ont été comptabilisés dans l'entourage de certaines familles, nous constatons qu'une seule situation a donné lieu à une concertation globale durant l'étude. Cependant l'activité de partenariat est intense et se structure sous forme d'un regroupement restreint de partenaires. Dans ces petits groupes, la personne qui initie le travail occupe une place importante. Elle détermine les contours du groupe et, selon les objectifs qu'elle définit, explicitement ou implicitement, elle décide ou non d'y associer les parents.

Si nous avons envisagé le partenariat entre TISF et AEMO comme base de notre réponse à l'appel d'offre, d'autres professionnelles ayant des préoccupations du même ordre que celles des TISF se sont révélées être des partenaires privilégiés de l'éducateur d'AEMO : les personnes en charge de la mesure d'AGBF, l'accueil de jour, les CESF du secteur, le CMP, etc. Dans les situations où la concertation n'est pas effective, certains parents disent ne pas être gênés par l'absence de relation suivie entre les professionnels des différents services. Ils gèrent leurs relations avec les uns et les autres sans se préoccuper de l'absence de triangulation.

Des professionnels de santé s'ajoutent aux professionnels du travail social, d'une part en raison du bas âge des enfants, d'autre part en raison de problèmes spécifiques (maladie orpheline, maladie de longue durée en phase de diagnostic). Un autre partenaire important est l'école dont le rôle se situe surtout dans l'identification des éléments non résolus (papier

d'état-civil) ou encore pour souligner les comportements inadéquats (violence, vol, mise à l'écart de l'enfant) qui conduisent les éducatrices d'AEMO à jouer les médiatrices entre l'école et la famille. En ce qui concerne les institutions du secteur médical ou d'éducation, il s'agit dans la plupart des cas d'une coordination qui se réalise par l'échange d'informations d'une institution à l'autre, à l'exception de la situation M où le pédopsychiatre, l'assistante sociale du CMP et l'assistante sociale scolaire ont été présents pendant la synthèse.

Un autre élément s'est montré très important dans les mesures étudiées – le logement. Nous notons dans les régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais, les difficultés des familles d'accéder aux appartements locatifs en raison des revenus insuffisants, les déménagements nombreux durant la période d'enquête, les emménagements récents ou les projets de déménagement de la famille. Cela n'est pas sans répercussion sur les collaborations entre familles et professionnels du travail social.

En ce qui concerne la collaboration entre les familles et les professionnels, la famille choisit son interlocuteur privilégié et nous ne pouvons pas identifier s'il s'agit d'une relation plus participative parmi d'autres. Même si on peut identifier les mesures dominées par les différents niveaux de participation, la plupart du temps ils peuvent s'alterner en fonction de la nature des décisions que les acteurs sont amenés à prendre, au cours de l'intervention.

Conclusion générale

L'objectif de l'étude était de connaître la manière dont les professionnels de l'intervention socio-éducative construisent le partenariat autour des familles aux besoins multiples. Nous avons centré notre analyse des situations autour de trois questions afin de dégager les constats présentés dans ce rapport. Ces questions sont les suivantes : À quelles réalités cette collaboration est-elle reliée ? Quelles actions communes sont menées ? Comment cette intervention est investie et vécue par les familles ?

Dans un premier temps nous avons présenté le cadre légal des mesures étudiées et le cadre théorique et la définition des familles aux besoins multiples utilisée dans l'analyse. Ensuite, afin de contextualiser notre analyse, nous avons décrit les familles rencontrées et le cadre organisationnel dans les 6 départements dans lesquels l'étude s'est déroulée. Puis, en nous basant sur la typologie des tâches de suppléance familiale élaborée par Paul Durning (1995), nous avons présenté les actes professionnels repérés dans les entretiens. Le cinquième chapitre a été consacré aux modalités du partenariat et de collaboration entre les professionnels et entre les professionnels et les familles.

Les résultats qui se réfèrent à chaque point abordé sont synthétisés dans les conclusions des chapitres. Maintenant nous voulons présenter et résumer les constats globaux qui découlent de l'étude, ils se réfèrent aux quatre points suivants : la collaboration entre les familles et les professionnels et le choix par la famille de son interlocuteur privilégié, l'impact de la réforme sur l'organisation des co-interventions, la discontinuité de la prise en charge psychologique, l'évolution des besoins familiaux au cours de la mesure.

Le faire ensemble

Le fait de s'intéresser aux co-interventions entre les TISF et les professionnels de l'AEMO et de l'AED conduit à faire plusieurs constats en ce qui concerne le déroulement des mesures éducatives. Tout d'abord, même si les rôles de ces deux professionnels sont bien distincts dans la plupart des cas, le « faire-ensemble » avec les familles amène la TISF à une plus grande participation des familles. Nous avons pu observer que cette co-action, le « faire-ensemble » des tâches très concrètes est davantage présent dans la manière dont les TISF exercent leur intervention. Cependant, nous ne pouvons pas constater que les professionnels

de l'AEMO et de l'AED ne co-agissent pas avec la famille ou n'interviennent pas sur les tâches quotidiennes, lorsque l'intervention de la TISF n'est pas mise en place.

L'impact de la réforme sur l'organisation des co-interventions

Le point précédent se trouve en lien avec le cadre organisationnel des mesures. Selon les professionnels, la réforme de la protection de l'enfance a provoqué un chaos dans les procédures institutionnelles au niveau organisationnel ce qui influence le processus de prise de décision lors d'une co-intervention. Sauf le département 93 qui a mis en place un protocole spécifique pour les interventions des TISF dans le cadre de la protection de l'enfance, la question du renvoi des bilans d'intervention est qualifiée par les professionnels de « problématique ». L'association employant les TISF renvoie les informations à l'ASE, financeur des interventions; le service d'AEMO transmet les rapports au juge, le juge transmet sa décision à l'ASE et l'ASE reçoit deux rapports (TISF, juge). L'association des TISF et le service de l'AEMO ne se renvoient pas des copies de ces documents, car il n'y a aucune relation de subordination entre eux, l'échange d'information, lorsqu'il a lieu, se fait à travers les réunions, les situations informelles ou par les appels téléphoniques. Les opinions de professionnels recueillies sur le terrain soulignent le fait qu'une telle procédure alourdit les démarches. Cela a un impact sur la situation familiale lorsqu'il s'agit de prolonger l'intervention ou d'augmenter le nombre d'heures du travail que la TISF réalise auprès de la famille. En ce qui concerne les professionnels de l'AEMO ou de l'AED mais aussi des TISF, la question qu'ils jugent problématique porte sur la définition des objectifs de la mesure. Dans le cadre de l'AED, la contractualisation des interventions se fait entre l'ASE et la famille sans que les professionnels de l'AED et les TISF puissent y participer. Parfois, ils ont le sentiment d'être des exécutants d'objectifs qui ne sont pas les leurs. Ce constat amène à s'interroger sur les effets de cette absence de coordination dans la définition des objectifs sur l'implication des familles et des professionnels dans la mesure.

La discontinuité de la prise en charge psychologique

La prise en charge au CMP concerne la plupart des enfants accompagnés en AEMO ou en AED. Nous avons pu nous rendre compte de la difficulté de certaines familles à poursuivre cette prise en charge psychologique. Il peut avoir plusieurs raisons qui expliquent cette discontinuité, soit les parents ne sont pas d'accord sur les effets que cet accompagnement peut apporter aux enfants, soit les horaires de travail des parents ne leur permettent pas d'accompagner les enfants à la structure. Dans ce dernier cas de figure, soit la TISF réalise

l'accompagnement soit les psychologues des autres institutions pallient cette absence (PMI, MECS).

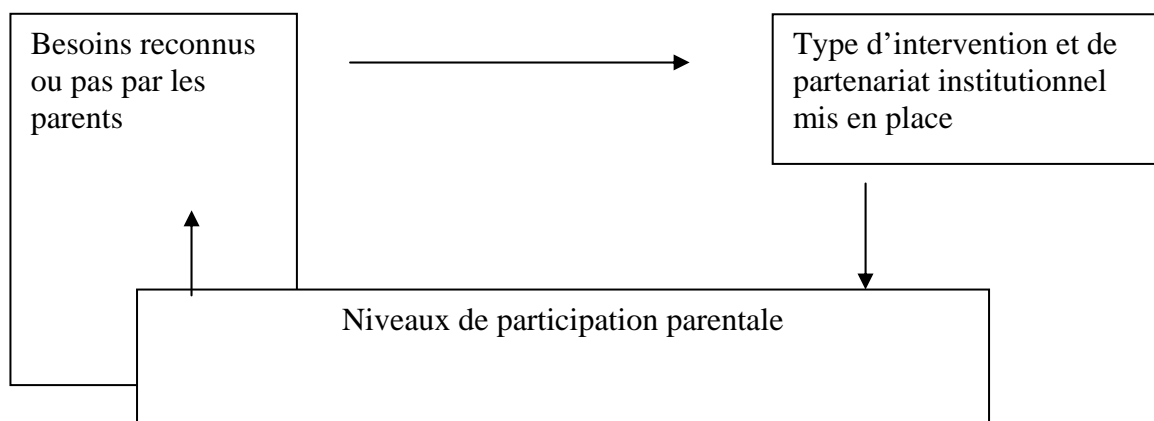
La famille et ses interlocuteurs privilégiés

Nous avons pu observer que les familles ont globalement des difficultés à collaborer avec les services du Conseil général (service social de polyvalence et PMI). Elles ont tendance à aller plus volontiers vers les partenaires municipaux autour de questions concrètes comme le logement et les loisirs des enfants. Même si parfois la liste des partenaires est longue, il faut prendre en considération qu'ils n'interviennent pas simultanément, mais souvent alternativement. En lien avec ceci se trouve le constat que la famille choisit le partenaire avec lequel elle établit une relation privilégiée. Elle peut choisir un acteur institutionnel sans pour autant qu'il soit officiellement le fil rouge de la mesure. Pour que cette autorité soit attribuée au professionnel par l'utilisateur, il est nécessaire que le parent reconnaisse chez lui les compétences qu'il ne reconnaît pas chez les autres professionnels (Rurka, 2008). Au cours de l'intervention, cette attribution peut évoluer et l'utilisateur peut changer d'interlocuteur privilégié. Dans un réseau partenarial, comment les professionnels acceptent-ils le choix de l'utilisateur ? Le vivent-ils comme une mise en concurrence ou au contraire perçoivent-ils cette relation comme une ressource pour optimiser l'intervention ? Les alliances que la famille peut avoir avec certains professionnels peuvent aussi signifier qu'elle n'accepte pas l'idée que les informations la concernant sont transmises sans sa participation. On peut aller plus loin dans ce questionnement, est-ce que le partenariat a un sens, si la famille remet en cause la légitimité d'un ou de plusieurs intervenants ? Nous avons vu que les réunions partenariales en petit groupe jouent un rôle important et constitue un facteur d'efficacité. La transmission d'informations constitue ici une question centrale. Ainsi, être en relation de collaboration ne veut pas dire que chaque partenaire doit avoir une partie égale des informations concernant la situation familiale. On peut envisager que chaque professionnel soit dépositaire des informations concernant l'objectif spécifique sur lequel il intervient. Dans cette logique, le fait que la famille ne dise pas tout à tout le monde serait vu comme une compétence de la famille qui fait la distinction entre les compétences des professionnels.

Les besoins familiaux, leur évolution et leur reconnaissance versus la collaboration entre les professionnels et les familles

Le constat essentiel de cette étude porte sur les besoins des familles. Il s'agit tout d'abord de s'interroger sur l'acteur qui identifie le besoin de la famille : elle-même ou le professionnel ou encore le mandataire (juge ou inspecteur de l'ASE). De quel outil dispose le professionnel

pour effectuer une telle évaluation ? Nous avons pu constater durant un an d'enquête que le pôle principal des besoins familiaux se déplace au cours de la mesure et que les besoins évoluent. Cependant, il semble que malgré cette évolution les motifs officiels de l'intervention restent les mêmes. Pour certaines familles, les professionnels ajustent l'intervention mais ne réorganisent pas la configuration partenariale initiale en fonction de cette évolution. Parfois, le diagnostic initial aurait besoin d'être actualisé, la temporalité de l'intervention n'épouse pas la même dynamique que l'évolution familiale. Dans certains cas, ce décalage aboutit au constat que les besoins des familles ont changé mais que les partenaires du réseau restent les mêmes. En ce qui concerne les réticences ou la non-collaboration des familles, nous avons pu constater que c'est la non-reconnaissance par les parents des besoins identifiés par les professionnels comme essentiels pour le bon développement des enfants qui constitue l'obstacle à une collaboration entre eux. Le sentiment de contrainte ressenti par les parents peut également être compris par ces décalages entre besoins identifiés par les professionnels et diagnostics non acceptés par les familles. Les familles reconnaissent certains besoins et pas d'autres et en conséquence elles seront plus favorables à certains types d'aide et n'accepteront pas ou esquivent d'autres types d'intervention. Cette interdépendance peut être présentée de la manière suivante :



Compte tenu de ce qui a été exposé nous pouvons formuler plusieurs recommandations :

- Dans les mesures dites contractuelles, il s'avère important de prendre en considération qu'il appartient à la famille d'identifier les besoins auxquels la mesure devrait répondre. L'intervention fondée à la base des besoins et non pas des difficultés, engendre une moindre stigmatisation et favorise la négociation et la compréhension mutuelle du rôle de chacun (famille et professionnel).
- Pour que la participation soit visée à tous les niveaux, il est souhaitable que les professionnels de l'AEMO, de l'AED, du Conseil général et les TISF puissent contribuer à l'élaboration des objectifs des mesures éducatives.
- Même si l'organisation du partenariat en petit groupe a pu montrer son efficacité, les effets positifs que pourrait avoir une consultation globale des partenaires dans certains cas sont à envisager.
- Aussi bien dans la formation des travailleurs sociaux que dans l'exercice de la mesure, il est important de prendre en considération les soutiens informels dans lesquels les familles sont engagées vis-à-vis de la famille élargie et éventuellement vis-à-vis du voisinage. Et réciproquement, il peut être utile d'identifier les soutiens informels dont elle fait l'objet.
- Pour optimiser l'intervention, repérer les partenaires avec lesquels les familles développent des affinités et considérer ces relations comme une ressource et non pas comme un obstacle.
- Compte tenu des différents cadres organisationnels qui régissent les interventions des TISF, les protocoles mis en place dans le département 93 constituent l'exemple des bonnes pratiques. Compte tenu des tâches effectuées par les TISF auprès des familles, ces interventions nécessitent un cadre institutionnel approprié. Il s'agit de garantir à ces professionnelles des conditions de travail pour qu'elles puissent mettre en œuvre une réflexion sur le travail effectué, afin que les différentes dimensions des soutiens qu'elles apportent aux familles soient reconnues, réfléchies et construites collectivement.

Bibliographie

- ANESM (avril 2010). *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles*. Paris : ANESM, www.anesm.sante.gouv.fr
- ANESM (mars 2008). *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. Paris : ANESM. www.anesm.sante.gouv.fr
- BEADLE S. (2009). Complex solutions for complex needs. Towards holistic and collaborative practice *Youth Studies Australia*, vol. 28 n°1.
- BARBE, L. (2006). *Une autre place pour les usagers*. Paris : La Découverte
- BARKER, R. (2003). *The Social Work Dictionary*. New York : Publisher Silver Spring Md. NASW (National Association of Social Workers).
- BATIFOULIER, F. (dir.) (2008). *La protection de l'enfance*. Paris : Dunod.
- BERGER, M. (2004). *Échec de la protection de l'enfance*, 2^e édition, Paris : Dunod.
- BERGIER, B. (1998). *Intérêts et limites de la restitution*. Habilitation à diriger des recherches, sous la direction de V. de Gaulejac, Université Paris 7.
- BERGIER, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
- BONAMY, B. (1997). *Les défis de la travailleuse familiale, entre travail social et services de proximité*. Toulouse : Erès.
- BONAMY, B. (2005). *Technicien de l'intervention sociale et familiale. Un travailleur social de proximité*. Paris : Erès.
- BOUTANQUOI, M. (2001). *Travail social et pratiques de la relation d'aide*. Paris : L'Harmattan.
- BOUTANQUOI, M., MINARY, J.-P., DEMICHE, T. (2004). *La qualité des pratiques en protection de l'enfance*. Besançon, Université de Franche-Comté.
- BREUGNOT, P. DURNING, P. (2001). L'Aemo: objet de recherche en émergence, in DURNING, P. et CHRETIEN, J. (eds). *L'Aemo en recherche*, Vigneux-sur-Seine : Matrice, p. 15-92.
- CHATENOUD, A. (2004). *Interventions socio-éducatives : le point de vue des usagers. Action éducative en milieu ouvert, externat médico-professionnel, centre d'hébergement et de réinsertion sociale*. Paris : Matrice.
- CHATENOUD, A., CORBILLON, M. (janvier - avril 2004). Le travail avec les familles. Le point de vue de parents accueillis en CHRS. *Les Cahiers de l'Actif* n° 332-335, p. 247-256.
- CHOPART, J.N. (2000). *Les mutations du champ social*. Paris : Dunod.
- CNAF (2003). *L'aide au foyer : un soutien matériel et éducatif aux familles*. Publication électronique de la CNAF. *Direction des Statistiques, des Etudes et des Recherches*, n°14.
- CONSEIL DE L'EUROPE, *Recommandations (2006 - 19) du Comité des ministres aux États membres relatives aux politiques visant à soutenir une parentalité*. www.coe.int
- CORBY, B., MILLAR, M., & YOUNG, L. (1996). Parental participation in Child protection work : rethinking the rhetoric. *British Journal of Social Work*, 26, p. 475-492.

- CRESSON, G., (2003). Restructuration du système de santé, aide et soins à domicile en France. In SAILLANT F., BOULIANE M., *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*. Paris : L'Harmattan.
- DHUME, F. (2001). *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*. Paris : Édition ASH
- DEANA, C. (2004). « Faire ensemble » Tenir la loi et soutenir le lien. *Les Cahiers de l'Actif*, n°332-335, p. 19-29.
- DONZELOT, J. (dir.) (1991). *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Paris : Esprit.
- DREES (août, 2006). Les étudiants et les diplômés des formations aux professions sociales de 1985 à 2004. *Études et Résultats*, n°513.
- DUCALET, P., LAFORCADE, M. (2001). *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux, méthodes*. Paris : Seli Arslan.
- DUMARET, A.-C., MACKIEWICZ, M.-P., BITTENCOURT-RIBEIRO, F., « Évaluation en protection de l'enfance : croiser les points de vue des acteurs dans une approche pluridisciplinaire », *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], n°3 | printemps 2007, mis en ligne le 10 mai 2007, Consulté le 31 août 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index350.html>
- DUMOULIN, P., DUMONT, R., BROSS, N. et al. (2003). *Travailler en réseau ; méthodes et pratiques en intervention sociale*. Paris : Dunod.
- DURIEZ, B., NIZEY, J. (septembre 1990). *Les services d'aide familiale du mouvement populaire des familles, du mouvement confessionnel à l'action sociale spécialisée*. Rapport de fin de recherche. Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE).
- DURIEZ, B. (1996). « L'aide familiale à domicile : entre le respect et la transformation de l'organisation familiale », in Jean-Claude Kaufmann, *Faire ou faire-faire ?* Rennes : PUR, p. 141-154.
- DURIEZ, B. (2000). « Missions implicites de la famille dans l'aide familiale à domicile », in Michel Chauvière, M. Sassier, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes, *Les implicites de la politique familiale. Approches historiques, juridiques et politiques*, Paris : Dunod, p. 89-98.
- DURNING, P., McCORD, J. (1995). Attentes de rôles et représentations de la vie familiale des enfants et de leurs parents. In PRETEUR Y., DE LEONARDIS M. (dir.). *Éducation familiale, image de soi et compétences sociales*. Bruxelles : De Boeck.
- DURNING, P. (1999). *Le partage de l'action éducative entre parents et professionnels*. Vaucresson : CNFE-PJJ.
- DURNING, P. (1995). *Education familiale. Acteurs, processus et enjeux*. Paris : L'Harmattan.
- FABLET, D., MACKIEWICZ, M.P. (1996) *Les modalités de coopération entre professionnels et parents d'enfants placés en pouponnière à caractère social*, Paris : MIRE.
- FERRAND, C. (dir.). (2008). *Le croisement des pouvoirs*. Paris : Éditions Quart Monde.
- FOURNIAU, J.-M. (25 janvier 1996). Transparence des décisions et participation des citoyens. *Techniques, Territoires et Sociétés*, n°31, p. 9-47.
- GADREY, N. (2003). *Travail et genre. Approches croisées*. Paris : L'Harmattan.
- GALLIMORE A., HAY L., MACKIE P. (2008). *What do people with multiple and complex needs want from services ? A literature review of service users' views*. Partnership for Access to Healthcare (PATH) Project, Part of the Multiple & Complex Needs Initiative : NHS.

- GRAY, B. (2008). Befriending Excluded Families in Tower Hamlets: The Emotional Labour of Family Support Workers in Cases of Child Protection and Family Support, *British Journal of Social Workers*, Vol.39, Issue 6, p. 990-1007.
- GROUPE DE RECHERCHE ACTION-FORMATION QUART MONDE PARTENAIRE. (2002). *Le croisement des pratiques*. Paris : Éditions Quart Monde.
- HAMMAN, P. (2002). Quand le souvenir fait lien, *Sociologie du travail*, n° 44, p. 175-191.
- HUMBERT, C. (dir.). (2000). *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires*. Paris : L'Harmattan.
- KELLERHALS, J., MONTANDON, C. (2003). *Les stratégies éducatives des familles* Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- KIMBERG, (1996). *Services axés sur la famille*. Ramonville Saint Agne : Erès
- KOTARBINSKI T. (1969 édition polonaise, 2007 édition française). *Traité du travail efficace*. Traduction du polonais coordonnée par J-L. Dumont. Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- LAVIGUEUR, S., LAURENDEAU, R. (1990). La collaboration éducateur – famille : un choix qui modifie l'attitude de l'intervenant. *Revue canadienne de Psychoéducation*, 20(2), p. 123-137.
- LE BOSSE, Y. (2001). *Maximiser la participation des parents au sein des initiatives communautaires : vers une nécessaire négociation des enjeux mutuels*. http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/parental_involvement_f.html
- LEOMANT, C., SOTTEAU-LEOMANT, N. (2001). *Aide contrainte et citoyenneté*. Rapport de recherche, GERS-CNRS.
- LHERBIER MALBRANQUE, B. (1997). *La collaboration des organismes et autorité concourant à la protection de l'enfance*, thèse de doctorat en droit, Université de Lille 2.
- MASCLET, O.; ROZIER, S. (2000). « *Se livrer pour se délivrer* », *les groupes de parents animés par les écoles des parents et des éducateurs*. Paris : Fnepe.
- MINARY, J.P., PERRIN P. (2003). Les travailleuses familiales en prévention : les risques d'une contrainte masquée et sous-traitée, *Thérapie familiale*, Genève, vol 24, n°4, p. 403-415
- MORIN, E., (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.
- MORIN, E., (1994). *La complexité humaine*. Paris : Flammarion.
- NAVES, P., CATHALA, B. (2000). *Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille*. IGAS/IGSJ.
- POIRIER, M-P., CHAMBERLAND, C., & WARD, H. (2006). La collaboration lors d'un placement en famille d'accueil : une étude sur les interactions entre les adultes qui prennent soin d'un enfant placé. *La revue internationale de l'Éducation familiale*, 20, p. 51-85.
- POILPOT, M. P., BOUKOBZA, C., CAUSER, J. Y. (coord.). (1999). *Être parents en situation de grande précarité*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- RANKIN, J, REGAN, S. (septembre 2004), Meeting complex needs in social care. *Housing, care and Support* n°7 vol 3.
- ROUSSEAU, P. (2007). *Pratique des écrits et écriture des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- RURKA, A. (2008). *L'efficacité de l'Action éducative d'aide à domicile*. Paris : L'Harmattan.
- SAINT-ARNAUD, Y. (2003) *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- SOREL, M., WITORSKI, R. (coordonné par) (2005). *La professionnalisation en actes et en questions*. Paris : L'Harmattan.

- SPRATT, T., DEVANEY, J. (2009). Identifying Families with Multiple Problems: Perspectives of Practitioners and Managers in Three Nations, *British Journal of Social Work* 39, 418–434
- SPRATT, T. (2009). Identifying Families with Multiple Problems: Possible Responses from Child and Family Social Work to Current Policy Developments *British Journal of Social Work* 39, p. 435-450
- TILLARD, B. (2004). *Rapport sur les interactions entre les familles et les technicien(ne)s d'intervention sociale et familiale [TISF]*, Lille : Uriopss, <http://www.oned.gouv.fr/recherche.htm>
- TILLARD, B., RURKA, A. (2009). *Du placement à la suppléance familiale*. Paris : L'Harmattan.
- TILLARD, B. (2010). Échanges entre familles et professionnelles. Don et contre-dons. *Ethnologie française* XL, 1, p. 131-139.
- THOBURN, J. (2010). Towards knowledge-based practice in complex child protection cases: a research-based expert briefing, *Journal of children's services*, 5, 1, p.9-24.
- TULKENS, F. & MOREAU, T. (2000), *Droit de la jeunesse*. Bruxelles : Larcier.
- VALLERIE, B. (2000) *La prise de décision comme moment éducatif*. Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- WILKINSON R., MARMOT M. (2003), *Social determinants of health. The solid facts*. World Health Organization Europe. Second edition.

Annexe