



GRAPE INNOVATIONS

L'humain à part entière

115 rue Vendôme
69006 LYON

Tél : 04 37 24 04 79
<http://www.grape-innovations-coop.com>

VOTRE FORMATION

Accueillir un enfant en situation de handicap en Petite Enfance

Document pédagogique

I - QUELQUES REPERES SUR LE HANDICAP

Définition selon la loi du 11 février 2005

« Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Définition donnée par l'OMS en 1980 : « Est handicapé, un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

Définition donnée suite aux travaux de Philippe Wood, épidémiologiste à Manchester qui a travaillé sur les conséquences découlant des maladies.

Trois dimensions entrent en jeu dans le handicap :

- Les organes et fonctions physiologiques.
- La personne et ses compétences.
- Les rôles sociaux.

Ces trois dimensions donnent lieu aux notions de Déficience, Incapacité, Désavantage définies dans la CIH : Classification Internationale des Handicaps par l'INSERM en 1988.

Modèle de WOOD

a) La déficience

Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique (fonction de l'organisme) ou anatomique (forme, disposition et structure des organes).

Elle peut être temporaire ou permanente.

Aspect lésionnel du handicap : niveau du CORPS

b) L'incapacité

Elle correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain. Elle peut être temporaire ou permanente, réversible ou non, progressive, stable ou régressive.

Aspect fonctionnel du handicap : niveau de la PERSONNE

c) Le désavantage

Il résulte, pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Aspect situationnel du handicap : niveau des RÔLES SOCIAUX

Modèle de FOUGEYROLLAS

Dans ses travaux, Patrick FOUGEYROLLAS prend en compte les facteurs environnementaux et plus seulement les facteurs individuels. Il suit un modèle BIO-PSYCHO-SOCIAL qui considère également les interactions entre les individus.

Notion d'environnement **facilitateur** ou faisant **obstacle** qui inspire la nouvelle classification (CIF) : vision plus positive, qui accentue les notions d'autonomie, de capacités et de possibilités des personnes.

Notion de restriction de participation qui sera compensée en intervenant auprès de l'individu et de son environnement.

Le cadre législatif

Les droits des enfants

Convention sur les Droits des Personnes Handicapées adoptée par l'Organisation des Nations Unies, **13 décembre 2006** : « Enfants handicapés : Les États Parties prennent toute mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants. » (Article 7)

La Convention Internationale des Droits de l'enfant, ONU le 20 décembre 1989 : « Les États parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité. » (Article 23)
« Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation » (Article 28)

L'accueil des enfants

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. [...] A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. » (Article 2)

Décret n° 2000-762 du 1er août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans : « Les établissements et services d'accueil veillent à la santé, à la sécurité, et au bien-être des enfants qui leur sont confiés, ainsi qu'à leur développement. Ils concourent à l'intégration sociale de ceux de ces enfants ayant un handicap ou atteints d'une maladie chronique... » (Article 1)

Précise que les projets d'établissement peuvent inclure des « dispositions particulières prises pour l'accueil d'enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique. » (Article 10)

Décret n° 2021-1131 du 30 août 2021 relatif aux assistants maternels et aux établissements d'accueil de jeunes enfants :

Art. L. 214-1-1. CASF II Les missions des modes d'accueil de la petite enfance

Les personnes physiques ou morales constituant un mode d'accueil du jeune enfant :

1. Veillent à la santé, la sécurité, au bien-être et au développement physique, psychique, affectif, cognitif et social des enfants qui leur sont confiés ;
2. Contribuent à l'éducation des enfants accueillis dans le respect de l'autorité parentale ;
3. Contribuent à l'inclusion de toutes les familles et de tous les enfants, particulièrement celles et ceux confrontés à la pauvreté et à la précarité ;
4. **Mettent en œuvre l'accueil inclusif des familles et enfants présentant un handicap ou atteints de maladies chroniques ;**
5. Favorisent la conciliation par les parents de jeunes enfants de leurs temps de vie familiale, professionnelle et sociale, notamment pour les personnes en recherche d'emploi et engagées dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle et les familles monoparentales ;
6. Concourent à la recherche d'une plus grande égalité entre les femmes et les hommes

Référent santé et accueil inclusif Art. R. 2324-39. – I. – Un référent "Santé et Accueil inclusif" intervient dans chaque établissement et service d'accueil non permanent d'enfants. « Le référent "Santé et Accueil inclusif" travaille en collaboration avec les professionnels mentionnés, les professionnels du service départemental de la protection maternelle et infantile mentionné et autres acteurs locaux en matière de santé, de prévention et de handicap. Il peut, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant, consulter le médecin traitant de celui-ci.

Les missions du référent santé et accueil inclusif Art. R. 2324-39 II.

- Informer, sensibiliser et conseiller la direction et l'équipe de l'établissement ou du service en matière de santé du jeune enfant et d'accueil inclusif des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique ;

- Présenter et expliquer aux professionnels chargés de l'encadrement des enfants les protocoles portant sur la santé et la sécurité
- Apporter son concours pour la mise en œuvre des mesures nécessaires à la bonne adaptation, au bien-être, au bon développement des enfants et au respect de leurs besoins dans l'établissement ou le service ;
- Veiller à la mise en place de toutes mesures nécessaires à l'accueil inclusif des enfants en situation de handicap, vivant avec une affection chronique, ou présentant tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière ;
- Pour un enfant dont l'état de santé le nécessite, aider et accompagner l'équipe de l'établissement ou du service dans la compréhension et la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé élaboré par le médecin traitant de l'enfant en accord avec sa famille ;
- Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels, notamment en matière de recommandations nutritionnelles, d'activités physiques, de sommeil, d'exposition aux écrans et de santé environnementale et veiller à ce que les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux puissent être associés à ces actions
- Contribuer, dans le cadre du dispositif départemental de traitement des informations préoccupantes, en coordination avec le référent technique de la micro-crèche, le responsable technique ou le directeur de l'établissement ou du service, au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être et à l'information de la direction et des professionnels sur les conduites à tenir dans ces situations ;
- Contribuer, en concertation avec le référent technique de la micro-crèche, le responsable technique ou le directeur de l'établissement ou du service, à l'établissement des protocoles annexés au règlement de fonctionnement
- Veiller à leur bonne compréhension par l'équipe ;
- Procéder, lorsqu'il l'estime nécessaire pour l'exercice de ses missions et avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux, à son initiative ou à la demande du référent technique de la micro-crèche, du responsable technique ou du directeur de l'établissement ou du service, à un examen de l'enfant afin d'envisager si nécessaire une orientation médicale ;
- Délivrer, lorsqu'il est médecin, le certificat médical attestant de l'absence pour l'enfant de toute contre-indication à l'accueil en collectivité.

Les modalités d'exercice du référent santé et accueil inclusif

R2324-39-IV. – Les modalités du concours du référent "Santé et Accueil inclusif" sont fixées dans le contrat de travail ou par voie conventionnelle entre le professionnel d'une part et l'établissement ou le service d'autre part ou l'organisme qui l'emploie, conformément au règlement de fonctionnement, en fonction du nombre des enfants accueillis et de leur état de santé. « Le référent "Santé et Accueil inclusif" intervient auprès de l'établissement ou du service autant que nécessaire et conformément au projet défini. Son concours respecte un nombre minimal annuel d'heures d'intervention dans l'établissement ou le service selon le type et la catégorie de l'établissement ou du service, conformément aux articles R. 2324-46-2, R. 2324-47-2, et R. 2324-48-2. « Lorsque les fonctions de référent "Santé et Accueil inclusif" sont assurées par un membre du personnel de l'établissement ou du service, le temps de travail dédié à cette fonction ne peut être confondu avec du temps d'encadrement des enfants ou du temps de direction. « Dans le cas d'un accueil saisonnier ou ponctuel défini à l'article R. 2324-49 et des établissements d'accueil régulier de vingt-quatre places au plus, et notamment dans les établissements à gestion parentale, un professionnel de santé du service départemental de protection maternelle et infantile peut assurer, dans le cadre d'une convention ou d'une délégation, tout ou partie des missions définies au présent article. Ce professionnel ne peut être également chargé du contrôle de l'établissement ou du service d'accueil.» ;

« Ils concourent à la mise en œuvre des mesures nécessaires à l'accueil inclusif des enfants en situation de handicap, vivant avec une affection chronique, ou présentant tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière.

La discrétion professionnelle

Circulaire du 8 septembre 2003, concernant l'accueil en collectivité des enfants et ados atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période : « Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels paramédicaux et aux travailleurs sociaux. Il importe, par ailleurs, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont tous les personnels de la structure d'accueil doivent faire preuve pour

tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant ou de l'adolescent. (...) La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille. »

Administration de médicaments

Art. R. 2111-1. – I. – Le professionnel d'un mode d'accueil du jeune enfant mentionné à l'article L. 2111-3-1, pouvant administrer des soins ou des traitements médicaux à un enfant qu'il prend en charge, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux, est, selon le mode d'accueil du jeune enfant :

« 1o Un professionnel d'établissement d'accueil du jeune enfant ayant l'une des qualifications mentionnées aux articles R. 2324-34, R. 2324-35 et R. 2324-42 ;

« 2o Un assistant maternel agréé accueillant l'enfant dans le cadre d'un contrat d'accueil ;

« 3o Un professionnel de la garde d'enfant à domicile mentionné au 3o du I de l'article L. 214-1-1 du code de l'action sociale et des familles auquel est confié l'enfant dans le cadre d'un contrat de travail.

« Le professionnel administrant le traitement maîtrise la langue française.

« Le professionnel de l'accueil du jeune enfant administrant des soins ou des traitements médicaux à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux se conforme aux modalités de délivrance de soins spécifiques, occasionnels ou réguliers, précisées dans le protocole écrit mentionné au 3o du II de l'article R. 2324-30 du présent code et qui lui ont été expliquées par le référent "Santé et Accueil inclusif" mentionné à l'article R. 2324-39.

« Art. L. 2111-3-1. – Dans le cadre des modes d'accueil du jeune enfant mentionnés à l'article L. 214-1-1 du code de l'action sociale et des familles, les professionnels encadrant les enfants ont la possibilité d'accomplir tout acte de soin et d'administrer des médicaments ou traitements aux enfants accueillis, notamment ceux en situation de handicap ou atteints de maladies chroniques, dès lors que le médecin n'a pas expressément demandé l'intervention d'un auxiliaire médical. La distribution de médicaments pourra ainsi être confiée à du personnel sans compétence médicale ou paramédicale.

Modalités d'administration des médicaments :

• Art. R. 2111-1-II II. – Avant d'administrer les soins ou les traitements médicaux, le professionnel de l'accueil du jeune enfant procède aux vérifications suivantes :

« 1o Le médecin n'a pas expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical ;

« 2o Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont expressément autorisé par écrit ces soins ou traitements médicaux ;

« 3o Le médicament ou le matériel nécessaire a été fourni par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ;

« 4o Le professionnel de l'accueil du jeune enfant réalisant les soins ou traitements médicaux dispose de l'ordonnance médicale prescrivant les soins ou traitements ou d'une copie de celle-ci et se conforme à cette prescription ;

« 5o Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant et, le cas échéant, le référent "Santé et Accueil inclusif" mentionné à l'article R. 2324-39, ont préalablement expliqué au professionnel de l'accueil du jeune enfant le geste qu'il lui est demandé de réaliser.

• Art. R. 2111-1-II III. – Chaque geste fait l'objet d'une inscription immédiate dans un registre dédié précisant :

« 1o Le nom de l'enfant ;

« 2o La date et l'heure de l'acte ;

« 3o Le nom du professionnel de l'accueil du jeune enfant l'ayant réalisé ainsi que, le cas échéant, le nom du médicament administré et la posologie. »

Prise en compte de la santé lors de l'admission

Art. R. 2324-39-1. •

I. – Pour chaque enfant admis, le référent technique de la micro-crèche, le responsable technique ou le directeur de l'établissement ou du service s'assure de la remise par les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux à l'établissement ou au service :

- «1o D'un certificat médical daté de moins de deux mois attestant de l'absence de toute contre-indication à l'accueil en collectivité. Ce certificat est remis au moment de l'admission et au plus tard dans les quinze jours suivant l'admission ;
- «2o D'une copie des documents attestant du respect des obligations vaccinales, conformément aux dispositions de l'article R. 3111-8. « L'établissement conserve jusqu'au terme du contrat d'accueil de l'enfant les documents mentionnés aux 1o et 2o.

II. – Lors de l'admission, le référent technique, le responsable technique ou le directeur, en lien avec le référent "Santé et Accueil inclusif" mentionné à l'article R. 2324-39, informe les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant des conditions dans lesquelles des soins et traitements médicaux mentionnés à l'article R. 2111-1 peuvent être le cas échéant administrés à leur enfant.

L'accueil d'enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique, Le cadre de référence

- Accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période Circulaire NOR : MENE2104832C du 10 février-2021MENJS - DGESCO C2-CT
- La circulaire précise les conditions dans lesquels un EAJE doit conclure un PAI, elle rappelle que tous les aspects de la vie de l'enfant ou de l'adolescent dans la structure collective doivent être pris en compte, y compris ce qui n'est pas toujours visible comme la fatigabilité, un état dépressif ou bien l'impossibilité à exprimer ses besoins. Elle précise également que dans un contexte de crise, les recommandations des autorités sanitaires s'appliquent aux élèves bénéficiant d'un PAI. La circulaire est applicable à tous les établissements scolaires et sert de cadre de référence aux EAJE ainsi qu'aux accueils collectifs de mineurs avec ou sans hébergement.
- Le PAI peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution de la pathologie, de l'environnement à la demande de la famille. Il peut également être arrêté.

II – L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Situer sa place et son rôle dans l'accueil

Le rôle des professionnel.le.s de la petite enfance se situe au **niveau des désavantages** sur le modèle de WOOD. Pas de rôle diagnostic, rééducatif ou thérapeutique.

Permettre la facilitation et lever les obstacles pour que l'enfant puisse être un acteur social. Offrir un **environnement facilitateur** c'est-à-dire qui lui permette de **développer ses potentialités**.

Besoins ordinaires et besoins spécifiques :

Les professionnel.le.s de la petite enfance répondent aux besoins ordinaires de l'enfant, les besoins spécifiques, liés à la déficience, la maladie, l'incapacité, étant pris en charge par d'autres professionnels.

Les besoins ordinaires de certains enfants demandent toutefois des adaptations dans les modes de fonctionnement et d'accueil pour pouvoir les accompagner dans leur vie quotidienne (manger, dormir, jouer, apprendre les règles de la vie sociale...)

Le modèle de l'inclusion/ le modèle du déficit

Tiré de « L'inclusion », VBJK, Gand, 2000

« L'idée du modèle de l'inclusion est de situer l'inclusion dans un cadre plus large de respect de la diversité. »

Le modèle du déficit met l'accent sur le manque. Tout doit être mis en œuvre pour réduire l'écart de la norme au maximum, de sorte que l'adaptation de l'enfant rende possible le « vivre ensemble ». La question est « comment faire disparaître la différence ? » plutôt que « comment gérer cette différence ? ».

Effets de ce modèle sur :

- *L'image de l'enfant :* On voit moins l'enfant lui-même que sa déficience. L'enfant est surprotégé ou retiré du groupe. L'accent est mis sur les limites, les manques, les anomalies et non les potentialités. On réduit l'identité de l'enfant à son problème de développement, ce qui a une incidence négative sur l'estime de lui-même.

- *L'image des accueillants* : Cela a une incidence sur les rôles donnés aux professionnels à qui on demande alors de devenir des spécialistes du handicap. Alors que leurs compétences sont ailleurs (développer des conditions de jeu qui favorisent les relations entre enfants, donner une place à chacun dans le groupe, accueillir les parents...)
- *L'image des parents* : leur rôle est minimisé

Le modèle de l'inclusion part du principe de la diversité dans la vie en société. Les milieux d'accueil prennent en considération les différences qu'il y a entre enfants et leur droit inaliénable d'être accepté et de faire partie du groupe.

Les enfants ayant des besoins spécifiques sont accueillis non pas pour devenir comme les autres aussi vite que possible mais parce que la différence est reconnue comme une valeur en soi. L'enfant ne doit pas coûte que coûte s'adapter à son environnement mais est accepté tel qu'il est.

Effets de ce modèle sur :

- *L'image des enfants* : *Le problème de développement est un des nombreux aspects qui composent son individualité. Un enfant ayant des difficultés de développement est un enfant qui diffère simplement au niveau moteur, mental, émotionnel ou social des enfants du même âge. L'enfant est d'abord un enfant qui a son propre sens de l'humour, sa manière de se lier aux autres, ses rituels, sa manière d'être actif, d'entrer en conflit, de s'imposer dans le groupe. L'enfant est vu avec ses potentialités et ses besoins spécifiques en termes de rythme, d'activité, de relations sociales.*

La question centrale est comment l'enfant fonctionne dans le groupe et quels ajustements sont souhaitables dans le groupe de vie au bénéfice de cet enfant et de tous les autres.

- *L'image des parents* : *Ils restent les experts de l'éducation de leur enfant*
- *L'image des accueillants* : on se centre sur leurs missions d'accueil des enfants en groupe. Pas besoin de compétences spécifiques mais d'accentuer les compétences existantes et indispensables pour un accueil de tous.

Quelques principes pour l'accueil

- Faire en sorte que ce qui est proposé au groupe soit adapté et accessible au plus grand nombre d'enfant : inclusion
- Réflexion sur l'aménagement, les propositions d'activités, les jeux.
- Offrir un environnement, des règles, des propositions accessibles au plus grand nombre.
- Diversifier les supports, les activités, le matériel.
- Faire la différence entre égalité et équité : l'égalité est un objectif et l'équité un moyen pour y arriver
- Reconnaître les différences, les expliquer, apporter des réponses. S'appuyer sur des jeux et de la littérature jeunesse
- Parler parallèlement des différences et des ressemblances
- Partir des ressources et des compétences de chacun
- Développer des outils de communication alternatifs
- Travailler en partenariat et considérer la famille comme un partenaire

III – L'ACCUEIL DES FAMILLES

Le vécu des parents

Être parent d'un enfant handicapé est une épreuve qui ébranle tous les repères sur lesquels les personnes s'appuient d'ordinaire dans le processus de parentalité.

4 phases sont mises en évidence pour représenter le cheminement des parents après l'annonce :

1. État de sidération au moment de la révélation. C'est un état de choc qui empêche d'entendre toute forme de discours médical (sidération de la pensée). Il y a alors une grande souffrance. Traumatisme psychique qui fait effraction dans le symbolique, les parents ne peuvent penser, élaborer, trouver du sens.

2. Phase de révolte, d'agressivité, de violence, de projection hostile à l'adresse de tout le monde voire contre eux même avec un mécanisme d'autopunition. Sentiment d'incompréhension, d'injustice, d'inégalité... ;

3. Phase dépressive, humeur dépressive, tristesse. Ce mouvement de dépressivité est lié à l'engagement du travail de deuil.

4. Phase de réorganisation en termes de redistribution des rôles parentaux et familiaux.

Le handicap peut provoquer des effets traumatiques sur l'environnement de l'enfant :

- Effet de désillusion brutale, de déception brutale
- Effet de blessure narcissique
- Échec du sentiment de parentalité
- Effet d'attaque des capacités de pensée : sidération

Les mécanismes défensifs mis en œuvre par les parents :

- L'immobilisation momentanée de la pensée
- La culpabilité de transmission (Le fantasme de culpabilité a deux fonction : rendre actif le sujet et rend possible le mouvement d'appropriation de l'événement.)
- Combattre le handicap, ses effets
- Rationalisation : recherche d'informations utilisables pour accompagner l'enfant
- Surprotection de l'enfant
- Dénier

La fratrie

La fratrie a une position très délicate, elle est parfois oubliée ou très sollicitée par la situation tout en étant véritablement concernée et touchée.

La fratrie sacrifiée : L'irruption du handicap dans la famille propulse la fratrie à une place secondaire et sacrifiée en termes de temps et d'investissement psychologique.

Très autonomes et très discrets pour pas poser de problèmes supplémentaires.

Une fonction réparatrice : elle constitue l'élément rassurant de la famille sur lequel on peut compter pour restaurer une image valorisante et positive.

Et puis, de lui-même, l'enfant peut favoriser une relation verticale de sollicitude, il améliore alors sa propre image, contre investit son agressivité.

« L'adoption d'une position parentale est également source de satisfaction où se mêlent le plaisir de prendre symboliquement la place des parents et celui d'asseoir sa domination sur un être humain auquel on devient indispensable. » (Scelles Régine)

La relation fraternelle : La fratrie joue un rôle central dans le processus de construction identitaire. C'est en s'identifiant à son frère, en le comprenant de l'intérieur par des jeux d'imitation – différenciation que l'enfant se construit comme sujet lié et séparé de son frère. De façon ambivalente, les frères et sœurs voudraient avoir un handicap, sans pour cela être handicapés, afin de réduire l'étrangeté de leur frère ou sœur, de le comprendre mais aussi pour bénéficier des avantages secondaires.

La jalousie et l'agressivité existant dans toute relation fraternelle peut se vivre avec culpabilité dans ces situations voir être interdites par l'entourage par surprotection.

Impact sur l'image de soi : les frères et sœurs ont souvent un idéal qu'ils aimeraient atteindre, ils aimeraient être un enfant idéal qui consoliderait ses parents et comblerait les manques. Le décalage entre cet idéal et ce qu'il se sent capable d'atteindre peut-être source de grande souffrance.

Le travail avec la famille : quelques principes

Travailler le lien de confiance,
soigner l'accueil

Considérer les parents comme étant
mobilisateurs du réseau et
décisionnaires pour tout ce qui
concerne leur enfant.

Considérer la famille comme un
partenaire central.

Être attentif au respect de l'intimité
et au principe de discrétion
professionnelle

Familles qui ont les mêmes besoins
que les autres par rapport à l'accueil.
Toutefois, il est nécessaire de
prendre en compte de possibles
points de fragilités (fatigue, solitude,
perte d'emploi...) dans le lien avec
l'enfant, le besoin de répit, le risque
de maltraitance, la peur du rejet.

IV – LES OUTILS

