



HAL
open science

La prise en charge des familles monoparentales dans les institutions médico-sociales : un traitement psychologique des difficultés scolaires

Marion Charpenel, Sandrine Garcia, Alexandra Piesen, Jessica Pothet

► To cite this version:

Marion Charpenel, Sandrine Garcia, Alexandra Piesen, Jessica Pothet. La prise en charge des familles monoparentales dans les institutions médico-sociales : un traitement psychologique des difficultés scolaires. Produire le prolétariat, Université Paris Dauphine, Nov 2019, Paris, France. hal-03243932

HAL Id: hal-03243932

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03243932>

Submitted on 31 May 2021

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

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

Journée d'étude : « Produire le prolétariat »

Université Paris Dauphine PSL – 29 novembre 2019 (salle Raymond Aron)

Communication : « La prise en charge des familles monoparentales dans les institutions médico-sociales : un traitement psychologique des difficultés scolaires »

Auteurs :

Marion Charpenel, MCF en sociologie à l'Université de Rouen, Dysolab

Sandrine Garcia, Professeure en sciences de l'éducation à l'Université de Bourgogne, IREDU

Alexandra Piesen, chercheuse associée au Cerlis à l'Université Paris Descartes

Jessicat Pothet, MCF en sociologie à l'Université de Lorraine, 2L2S

Introduction

La recherche, sur laquelle prend appui cette communication, porte sur les familles monoparentales¹ dont les enfants sont suivis en centre médicopsycho-pédagogiques (CMPP) ou en médico-psychologiques (CMP) (voir encadré méthodologique). Ces centres sont des établissements publics ou privés (principalement associatifs), qui s'adressent aux enfants ou adolescent-es ayant « des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement ». Ils regroupent différents professionnel·les du soin, qui « ont pour fonction d'effectuer des bilans, de diagnostiquer d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement au maximum quelques heures par semaine » (Coldefy 2005, 2). Dans une grande partie des cas, « les troubles sont repérés à l'école, au moment de la socialisation, ce qui explique la prépondérance des 5-9 ans (49,5%) dans la population suivie » (Coldefy 2005, 3).

En analysant le processus de médicalisation² des enfants issus des familles monoparentales, cette communication entend mettre en évidence les catégorisations dont font l'objet ces familles et leurs conséquences matérielles sur l'organisation familiale, les relations avec l'école et l'insertion professionnelle des parents. La production du prolétariat observée sur notre terrain prend ainsi deux formes : d'une part, une relativisation des enjeux scolaires par le personnel médico-social lors de la prise en charge d'élèves pourtant envoyés par l'école et présentant des difficultés d'apprentissage ou/et de comportement et d'autre part, de très

¹ La définition retenue est celle de l'INSEE : « Une famille monoparentale est une famille comprenant un parent isolé, vivant sans conjoint cohabitant, et avec un ou plusieurs enfants célibataires (et n'ayant pas d'enfant). L'enfant, ou les enfants, passent en général une partie du temps (au plus la moitié) avec leur autre parent. En cas de résidence alternée, l'enfant est compté comme vivant principalement dans le logement où il est présent le premier jour de la collecte » (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss67.pdf>)

² Le terme médicalisation est entendu au sens de Stanislas Morel, c'est-à-dire « le processus qui conduit un élève en difficulté dans le cadre scolaire à être appréhendé en tant qu'individu nécessitant des 'soins' et à consulter des professionnels », qui dans leur grande majorité appartiennent aux professions médicales ou qui, n'appartenant pas à ces professions, voire contestant les approches médicales dominantes, exercent néanmoins dans des secteurs médico-social ou sanitaire sous tutelle médicale » (Morel 2014, 19).

grandes attentes à l'égard des parents (majoritairement des mères) en termes de disponibilité et d'investissement dans les prises en charge de leurs enfants. Pour résumer en quelques mots notre constat : les soins reposant essentiellement sur le temps scolaire et professionnel, le suivi en CMP conduit à un éloignement des enfants du monde scolaire et à un enfermement des monoparents dans leur rôle parental au détriment de leurs carrières.

Notre exposé sera articulé en trois parties : dans une première partie, nous donnerons quelques éléments de cadrage sur la situation sociale des familles monoparentales et sur l'exposition plus grande de ces enfants à l'échec scolaire. Nous verrons ainsi que, dans un contexte général de « psychologisation de l'échec scolaire » (Morel 2014; Garcia 2013), ils et elles constituent un public cible pour les professionnel·les du soin psychique. Dans une seconde partie, nous nous attacherons à montrer la manière dont ces professionnel·les tendent à relativiser la question scolaire, faisant de l'échec scolaire un symptôme plutôt qu'une cause de souffrance. Enfin, dans une troisième partie, nous accorderons notre attention aux contraintes que font peser sur les mères les prises en charge préconisées, notamment leurs effets en termes de fragilisation des parcours professionnels.

Encadré méthodologique

Cette recherche a été conçue dans le cadre d'un appel à projet, émanant du Ministère des solidarités et de la santé, de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et du Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes et de la lutte contre les discriminations, portant sur la thématique « Monoparentalité et discriminations ». Nous avons choisi de travailler plus particulièrement sur les discriminations vécues par les familles monoparentales issues des catégories populaires, en portant attention à la fois au rôle des institutions dans la fabrique de ces inégalités et aux représentations des personnes visées par ces discriminations. Pour ce faire, l'enquête se déploie selon deux volets : un premier centré sur le vécu subjectif des discriminations par les familles monoparentales et un second portant sur les familles monoparentales dont les enfants sont suivis en Centre médicaux psychopédagogiques pour comprendre les effets de cette prise en charge sur l'articulation entre contraintes familiales et professionnelles.

La présente contribution s'inscrit dans le second volet de cette enquête (entamé en janvier 2019) et s'appuie sur une enquête ethnographique en cours dans un CMP de Lyon. Outre plusieurs semaines d'observations dans ce CMP, nous mobiliserons un corpus de 22 entretiens conduits avec 13 professionnel·les du CMP et 9 chef·es de familles monoparentales dont les enfants sont suivis au CMP. Les professionnel·les interviewé·es sont 4 psychiatres, 1 psychologue, 3 infirmières, 1 éducatrice spécialisée, 2 psychologues, 1 secrétaire, 1 assistante sociale. Les entretiens d'environ une heure à deux heures sont biographiques et/ou semi-directifs, ils se sont déroulés pour une majorité d'entre eux au sein du CMP. Pour les professionnel·les, le guide d'entretien utilisé s'articule autour de quatre grandes thématiques : la trajectoire professionnelle, les publics accueillis, la monoparentalité, le travail d'accompagnement. Pour les parents, le guide d'entretien est centré sur les thématiques suivantes : la trajectoire personnelle, le temps parental, le suivi en CMP et les expériences de la discrimination.

I/ Des enfants plus exposés à l'échec scolaire et aux prises en charge dans les CMP et CMPP

La situation des familles monoparentales issues des milieux populaires cumule de nombreuses inégalités. Les études de l'INSEE montrent que le fait d'être catégorisé « famille monoparentale » constitue un facteur de vulnérabilité supplémentaire, ces familles étant souvent en situation de précarité. Les « monoparents », dont une majorité sont des femmes (85%, INSEE, 2015), sont deux fois plus touchés par le chômage que les femmes vivant en couple (22% des mères isolées sont au chômage, contre 11% des mères vivant en couple³). De plus, « *le niveau de vie médian de ces familles est nettement plus faible que celui des autres familles, traditionnelles ou recomposées* »⁴, ceci participant notamment à la fragilité de leurs conditions de logement (autour de 20 % habitent un logement où il manque une ou deux pièces, selon l'indicateur usuel de surpeuplement, contre seulement 8% pour les couples avec enfants⁵) et plus largement de leur situation économique.

De plus, les enfants élevés au sein de familles monoparentales sont plus souvent en échec scolaire. Selon les données disponibles « *les écarts de réussite entre les enfants vivant avec un seul parent et ceux vivant avec leurs deux parents seraient assez importants et subsisteraient quel que soit le milieu social* » (Crétin 2012, 51). En effet, même si on contrôle les différences de revenus et les conditions de logement qui distinguent fortement les familles monoparentales des autres familles, Kevin Lang et Jay L. Zagorsky montrent que le fait de vivre avec un seul parent a toujours des conséquences négatives sur la réussite scolaire, même si elles sont d'une amplitude réduite (Lang et Zagorsky 2001; Crétin 2012, 53). Par exemple, les résultats aux évaluations nationales de sixième de ces enfants sont plus faibles que ceux des élèves vivant dans des familles bi parentales (41 % contre 53 % en français atteint le score médian en français, tandis qu'en mathématiques, ils sont 40 % contre 55 %) ⁶. Ils et elles redoublent également plus fréquemment à l'école primaire (25 % contre 14 %) alors même que les redoublements sont fortement limités à l'école primaire. Ils et elles sont aussi plus exposés à des risques de régression de leurs performances scolaires au collège (Crétin 2012, 54).

En raison de ces difficultés scolaires précoces et durables, les familles monoparentales font souvent l'objet d'une prise en charge par les institutions médico-sociales. Une étude quantitative portant sur la population suivie dans les CMPP en 2003 met en évidence la part relativement importante des enfants issus de familles monoparentales. En effet, alors qu'en

³ Source : Insee, enquête Famille et logements 2011.

⁴ Insee Analyses Languedoc-Roussillon n° 02 - Octobre 2014. Voir s'il existe des chiffres nationaux. Mais sinon on peut mettre les chiffres régionaux : Insee Dossier Alsace n° 1 - Mars 2015 ; Insee Analyses Corse n°24 - Février 2019 ; Insee Analyses Grand Est n° 76 - Juillet 2018 etc.

⁵ Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007.

⁶ Source : MEN-MESR-DEPP panel d'élèves 2007 du second degré.

2005, les familles monoparentales représentent 19,8%⁷ des familles avec enfants de moins de 25 ans (dont 85% ont des femmes à la tête de la famille monoparentale et 15% des hommes)⁸, 30 % des enfants suivis en CMPP vivent chez un seul parent (Coldefy 2005, 4)⁹. Cette surreprésentation interroge. Quels sont les facteurs sociaux qui peuvent expliquer l'importante prise en charge de cette population et quelles en sont les conséquences à la fois sur les familles monoparentales et sur l'école ? En documentant les attentes des familles et la manière dont ces dernières sont pensées (Douglas 2004) par les professionnel·les qui les prennent en charge – et en intégrant la diversité des approches mobilisées par ces professionnel·les – nous allons voir que les familles monoparentales constituent des publics cibles de la prise en charge médico-psychologique.

En entretien, une des éducatrices spécialisées du CMP évoque ainsi les évolutions du public traité par le CMP :

« Parce qu'au départ c'était un petit service avec des enfants de divorcés et tout ça, comme partout dans les CMP, mais petit à petit en CMP sont arrivés les trucs qui venaient des écoles, les enfants violents, c'était pas que du petit machin genre souffrance d'enfants divorcés, maintenant on reçoit vraiment du lourd ici. » (Jeanne, éducatrice spécialisée au CMP)

Si cette citation minimise la gravité des pathologies associées à la monoparentalité, elle montre aussi en creux combien historiquement ces familles constituent un des publics privilégiés des CMP.

Une première raison à cela semble la confrontation régulière des familles monoparentales, en particulier le plus précaires, avec des travailleur·ses sociaux. En effet, en raison de leur plus grande vulnérabilité sociale et parce que leurs trajectoires les exposent parfois à différentes formes de violences, les monoparents sont plus que d'autres parents soumis au contrôle des institutions ou amené·es à solliciter leur aide. Ainsi, ils et elles sont plus susceptibles d'être dirigé·es vers des CMP. A titre d'exemple, lorsque Vanessa quitte Thomas, le père de sa fille Coralie (alors âgée d'un peu plus d'un an), ce dernier décide de déclencher une information préoccupante visant à obtenir la garde de Coralie, au motif que le passé anorexique de Vanessa remettrait en cause ses capacités à s'occuper de sa fille. Suite à cette information préoccupante, une enquête est menée à son domicile par des travailleurs sociaux et c'est dans le cadre de cette procédure, qui donnera lieu à un classement sans suite, que les assistantes sociales repèrent un mutisme de l'enfant et l'orientent vers une PMI, puis un CMP.

On peut faire l'hypothèse qu'un contact plus régulier des monoparents avec les travailleur·ses

⁷ <http://www.observationsociete.fr/structures-familiales/personnes-seules/de-plus-en-plus-de-familles-monoparentales.html>

⁸ Données : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281271>

⁹ Dans cette étude menée par Magalie Coldefy, un enfant dont les parents, séparés, ont la garde de façon alternée et qui passe un temps environ identique en durée chez l'un ou chez l'autre, est considéré comme vivant chez ses deux parents, alors que cet enfant entrerait dans la catégorie « issu de famille monoparentale » selon la définition de l'INSEE. Ce qui signifie qu'en 2003, plus de 30% des enfants suivis en CMPP appartenaient à une famille monoparentale telle que nous la définissons.

sociaux explique qu'ils ou elles entrent proportionnellement plus souvent que les autres parents dans les CMP. On ne peut pas exclure non plus qu'une partie des enseignants, dont les dispositions à la psychologisation des difficultés scolaires sont connues (Morel 2012), tendent à orienter ces familles de manière préférentielle car elles s'écartent de la norme familiale. De plus, les familles monoparentales vivant davantage dans les pôles urbains que dans le milieu rural¹⁰, elles sont dans une plus grande proximité géographique avec ces centres de soins. Mais le fait d'être dirigé·e vers un CMP n'implique pas nécessairement l'engagement dans des soins. Pour comprendre le processus de médicalisation des enfants issus des familles monoparentales, il faut donc aussi considérer la façon dont les professionnel·les du CMP se représentent ces formes familiales.

Les entretiens avec les psychiatres du CMP révèlent qu'elles perçoivent la monoparentalité comme un facteur de risque médico-psychologique. Ainsi, selon la Docteure Dermiter, les enfants issus de ces familles partagent une forme de retenue pathologique.

*« Il y a un truc, après je ne sais pas si mes collègues auront la même observation, mais régulièrement, c'est pas constant mais régulièrement, j'ai quand même l'impression **que la parole de l'enfant est freinée**. De lui-même, que **l'enfant se limite**. Un peu dans le sens où si j'attaque ma mère ou mon père alors que c'est le seul parent et s'il s'effondre, je fais quoi ? Il y a une forme un peu de... Une attention à protéger un peu son parent. **C'est des enfants j'ai l'impression qui vont prendre un peu plus sur eux**, qui ne vont pas trop... qui vont essayer de protéger le parent... (...) Sachant que voilà, souvent c'est des parents, en tous cas ceux qu'on voit nous au CMP c'est peut-être biaisé mais **c'est des parents qui ont une forme de fragilité quoi qu'il en soit**. **C'est des parents qui vont être plus fragiles, avoir les larmes aux yeux plus facilement**. Ou peut-être juste fatigués, j'en sais rien, plus vulnérables d'une certaine manière, plus débordés, plus angoissés dès qu'il se passe quelque chose parce qu'ils doivent être sur le qui-vive non stop donc forcément dès qu'il se passe quelque chose, ils sont à l'affût, des parents qui veulent tout savoir... Et **donc au niveau des réactions c'est des réactions plus extrêmes on va dire**. Soit d'un côté soit de l'autre. Où en tous cas, l'enfant, il fait attention. » (Docteure Dermiter, psychiatre au CMP)*

Une autre des psychiatres, qui met pourtant l'accent sur l'hétérogénéité des familles monoparentales, identifie des constantes et présente la situation monoparentale comme pouvant générer une indifférenciation des personnalités.

*« Ce qu'on distingue c'est du coup le **huis clos souvent dans lequel ils s'enferment**. Cette impression de huis clos ensemble. Ils se regroupent et ils ont souvent **une indifférenciation assez forte des uns des autres**, car ils sont tellement ressoudés que du coup il y a **quelque chose qui devient assez explosif** au bout d'un moment en cherchant la différenciation. » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)*

Ces discours globalisants, et relativement essentialisant, tendent à faire de la famille

¹⁰ Source : Insee, Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007.

monoparentale le creuset de pathologies. D'ailleurs, dans l'étude par questionnaire menée en 2003 par Magalie Coldefy auprès des CMPP, les facteurs d'environnement relatifs au contexte sociofamilial identifiés par les équipes de soins comme causes des pathologies des enfants suivis sont les suivants : « **parents divorcés**, famille immigrée ou transplantée, **famille monoparentale**, gémellité, adoption, milieu sociofamilial très défavorisé » (Coldefy 2005, 5). Plusieurs CMPP indiquent explicitement sur leur sites internet qu'ils s'adressent plus précisément aux familles monoparentales.

II/ La relativisation des enjeux scolaires

Stanislas Morel parle d'un transfert de la légitimité pédagogique en dehors du monde scolaire. Sur notre terrain, on observe plutôt une mise à distance de la question pédagogique. Au CMP, l'éducatif semble s'effacer progressivement au profit du psychologique.

D'ailleurs, au sein des CMPP, « la catégorie professionnelle qui connaît la plus forte diminution entre 1997 et 2001 est celle des personnels éducatifs, pédagogiques et sociaux avec 15 % de moins qu'en 1997. Cette tendance est particulièrement marquée chez les éducateurs spécialisés (-25 %), chez le personnel d'enseignement (-17 %) (instituteurs spécialisés, professeurs des écoles), et dans une moindre mesure chez les assistants sociaux (-7 %) » (Coldefy 2005, 3). Cette évolution a des conséquences sur le type de soins apportés aux enfants pour qui l'horizon scolaire s'éloigne donc progressivement. A titre d'exemple, c'est Marjory, l'infirmière du CMP, qui faisait réviser son bac français à Lise pendant les soins. Mais ce travail scolaire est progressivement abandonné au profit de la relaxation.

« Avec Marjory, elles ont plutôt travaillé... Au début elles ont travaillé pour préparer le bac car elle passe le bac français en fin d'année (...) puis vite Marjory s'est aperçue que Lise ne pouvait pas et donc elles ont fait des exercices de relaxation des choses comme ça... Et donc là elle va le passer ? Finalement non parce qu'elle a pris conscience de son retard et elle se dit qu'il fallait mieux redoubler et faire une année un peu plus sereine l'année prochaine et voilà. » (Véronique, mère de Lise, âgé de 16 ans et suivie au CMP)

Autre indice de l'éloignement entre l'institution scolaire et le CMP : le personnel médical des CMP ne se rend plus dans les écoles.

*« Elle [l'assistante sociale] va dans les écoles, faire les équipes éducatives, les réunions et tout ça souvent c'est l'assistante sociale qui se déplace. C'est un peu notre ambassadeur sur les partenaires extérieurs.
C'est pas vous qui allez directement participer aux équipes éducatives ?
On n'a plus le temps. Ça peut si vraiment on veut. Si vraiment on a des situations extrêmement compliquées. Donc dans de rares cas, moi je me suis déjà déplacée. Avant, les personnes se déplaçaient peut-être plus facilement. » (Docteur Dermeter, psychiatre au CMP)*

Les liens entre l'institution scolaire et le CMP ne reposent plus que sur les assistant-es

social·es, ces acteur·ices qui occupent une position de « marginal sécant », c'est-à-dire des acteur·ices qui sont « parties prenantes dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires » (Crozier et Friedberg 1981, 73), mais qui ne sont pas celles qui disposent du plus de poids dans les relations internes au CMP.

Si l'identification de difficultés scolaires est une des principales voies d'entrée au CMP, on observe ainsi une rapide disparition de cette question une fois l'enfant pris en charge par les professionnel·les du soin.

*« Parfois il y a des personnes qui vont arriver en disant il a une dyslexie, une dysgraphie ou je ne sais pas quoi, et la dysgraphie on va voir qu'il ne tient pas bien son crayon, et que finalement c'est carrément le tonus corporel qui ne va pas bien. Mais il n'y a pas que le tonus, il y a aussi la régulation des émotions et tout un accordage avec la famille, un milieu familial qui est compliqué et là on va voir qu'il y a beaucoup de travail mais de façon très large. **Et là on va voir qu'il avait effectivement une dysgraphie mais on ne va pas forcément le mettre... ça va pas être l'objet principal du suivi.** » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)*

« Et ces enfants quand ils sont en hôpital de jour, ils travaillent sur des objets scolaires ? Non pas du tout, c'est purement le soin. Alors effectivement, les parents nous disent "il ne va pas à l'école", mais nous ce qu'on dit c'est que s'il va mieux forcément que les apprentissages iront mieux, donc il faut d'abord privilégier les soins et après les apprentissages. Parce qu'un enfant qui n'arrive pas à apprendre, il vaut peut-être mieux qu'il vienne aux soins ici. » (Docteur Vanruicek, psychiatre au CMP)

Comme le montre cette citation, le discours du bien-être de l'enfant est privilégié et est construit comme objectif du travail thérapeutique en lieu et place de la résolution des difficultés scolaires.

*« **Nous notre objectif c'est l'épanouissement de l'enfant.** Ce qui n'est pas forcément le même objectif que l'académie, que l'éducation nationale. Et donc un enfant peut s'épanouir avec un parcours scolaire un peu atypique, avec des formations un peu différentes. Nous l'idée c'est vraiment l'épanouissement de l'enfant. » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)*

Cet éloignement de l'horizon scolaire peut s'expliquer aussi par le fait que la liste d'attente pour la prise en charge dans les CMP et CMPP est de plus en plus longue : cela conduit donc à privilégier le traitement des cas de plus en plus lourds, dont l'intégration dans l'école est très difficile.

Le discours sur l'amélioration du bien-être de l'enfant, contre la recherche de la performance scolaire, est en phase avec la vision de la psychiatrie que veulent porter les médecins, à savoir une médecine fondée sur la longue durée et sans résultats vraiment mesurables. On peut faire

l'hypothèse que ce discours répond à une logique professionnelle de défense contre l'évaluation. Effacer l'objectif de lutte contre l'échec scolaire permet aussi de mettre à distance une potentielle évaluation du travail psy par la seule prise en compte de l'amélioration ou non des résultats scolaires.

« On nous pousse à devenir des experts justement, à être de plus en plus précis, on nous demande un peu des résultats quand même sauf que on se rend compte qu'on ne peut pas... Ça serait mal faire notre métier que de répondre à cette demande je pense. Il y a des choses où les familles ont besoin de temps, besoin justement de ne pas avoir d'attentes précises pour laisser venir des choses qui sont complexes, qui sont transgénérationnelles. » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

L'évolution parallèle de ces deux secteurs sociaux (l'école et le monde médico-psychologique) aux objectifs indépendants s'explique par le fait que chacun des secteurs bénéficie du travail de l'autre. Les psy sont déchargés d'un impératif de résultats court-termismes évalués par la disparition des difficultés scolaires et l'école est elle aussi déchargée de son travail d'intégration d'élèves qu'elle a des difficultés à inclure.

« Après avec l'inclusion des enfants autistes, des enfants avec handicap, l'inclusion en milieu scolaire depuis 2011 on est aussi plus en lien avec les écoles de ce fait car les enseignants ne sont pas non plus forcément formés à certaines pathologies, à certains accompagnements, ils peuvent être seuls avec des classes de je ne sais pas combien... » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

D'une certaine façon, l'école peut ainsi se décharger des enfants les plus difficiles. Docteur Vanruicek explique que les professionnel·les du soin doivent parfois même insister pour que les enfants soient davantage réintégrés à l'école afin de soulager des monoparents accablés par leur travail parental.

« Souvent les mères qui ont un enfant qui est dans une pathologie autistique, elles s'arrêtent de travailler et elles s'occupent de leur enfant. Et il faut plusieurs années pour qu'elles puissent... de toute manière quand vous avez un enfant qui est en centre de jour, un centre de jour... là on a un enfant, dans une famille monoparentale...

C'est un hôpital de jour ? Il est déscolarisé ?

Oui c'est un hôpital de jour, l'enfant peut être scolarisé, le milieu ordinaire aussi ou dans des classes spécialisées mais il va en soin toute une matinée, toute une demie journée ou une journée complète, ou à partir de 14h. Il est accompagné en taxi, les transports se font en taxi. Mais là par exemple j'ai un enfant qui va être accueilli au centre de jour de 11h15 jusqu'à 14h30. Mais la maman dit "là il faut qu'il retourne à l'école", on lui dit "non il va pas retourner à l'école à 15h", mais vous vous êtes parent, vous travaillez, vous n'allez pas récupérer votre enfant à 14h30 au Centre de jour. C'est un exemple.

Du coup comment elle s'organise ?

Ben là la maman ne travaille pas mais... On va essayer d'insister pour que ça soit l'école qui puisse quand même le récupérer parce que cette maman c'est peut-être important qu'elle pense après à pouvoir reprendre un travail. » (Docteur Vanruicek, psychiatre au CMP)

Les parents se trouvent confrontés aux injonctions à la déscolarisation et cela participe de leur enfermement dans le rôle parental.

*« Et avec l'école comment ça se passe ? Est-ce que vous avez eu des soucis, des manques de compréhension de vos contraintes comment ça s'est passé ? Comme l'enfant, il est beaucoup agité. Ils vous poussent à ne pas l'amener à l'école. A ne pas l'amener des journées... Ça vous l'avez senti ? Oui, je l'ai senti. Encore là, mardi. Elle a dit "oui, il n'a pas besoin de revenir après l'école... euh... après l'hôpital de jour". Ils ne veulent pas. Ils veulent que tu le gardes avec toi. Déjà, je le dis à la maîtresse. Déjà, qu'il ne va pas à l'école le lundi après-midi, euh... s'il ne va pas mardi après-midi à l'école. Jeudi après-midi, il ne va pas à l'école. Bon, vendredi, il va... Pour eux, c'est une charge lourde de garder un enfant. Alors qu'il est suivi par une AVS quand même. Il y a quand même quelqu'un avec lui, 18 heures par semaine. Après, c'est pas que ça me fatigue moi. Je veux bien garder mon fils, il n'y a pas de souci. Mais, il faut bien qu'il découvre. Il ne va rien apprendre avec moi. A la rigueur, je peux lui faire faire des dessins, des jeux. Mais, il ne suit pas comme un enfant normal, vous savez. Il n'a pas forcément envie de jouer à ce que vous lui proposer. »
(Houda, mère de Driss, 6 ans, et Karima, 4 ans, suivis en CMP)*

III/ Une fragilisation des parcours professionnels maternels

Si les familles monoparentales constituent un public cible de la prise en charge médico-psychologique, on observe de leur part une forme de participation active à la médicalisation de leur(s) enfant(s). Précisons d'emblée que la méthode d'enquête inclue un biais dans la mesure où nous n'avons pas interviewé de parents qui auraient fait cesser les soins de leur(s) enfant(s). Néanmoins, une vraie implication des parents est observable et elle n'est pas réductible aux CMP : elle s'inscrit dans un « paradigme de la coopération » (Deshayes et al. 2018, 106), observé à l'école (Giuliani et Payet 2014), dans le travail social (Astier 2009) ou même avec le personnel médical (Arborio et Lechien 2019). Quelles sont les logiques qui poussent les monoparents à adhérer à ces programmes de soin ?

Tout d'abord, pour les monoparents situés dans des formes d'isolement, les professionnel·les du CMP constituent des ressources. Quand elles sont démunies, les mères seules nous expliquent qu'elles demandent régulièrement comment agir au personnel du CMP. Vanessa explique aussi que ses choix sont parfois remis en cause par le père de Coralie (qui s'oppose à la poursuite des soins) ainsi que par sa propre famille, qui pense qu'elle perd son temps. Le CMP constitue pour elle un soutien et elle utilise parfois les savoirs et le statut des professionnel·les pour s'autonomiser à l'égard de son entourage. Les thérapeutes offrent une forme de légitimité à ses choix et lui permettent ainsi de contredire ceux ou celles qui essaient d'exercer un contrôle sur son éducation.

La contribution des familles monoparentales à la médicalisation de leur(s) enfants est aussi

liée à une forme de disponibilité biographique. Comme l'explique la Docteure Vanruicek, le suivi en CMP demande un investissement temporel parfois très important de la part des parents :

« Mais par exemple pour l'accompagnement, c'est aux parents de le faire donc si vous avez un groupe thérapeutique de 10h à 11h30 toutes les semaines, pendant le temps scolaire, je ne sais pas si vous voyez comment vous pouvez vous organiser pour arriver à le faire. C'est pas tout parent qui a un travail avec des horaires variables, qui peut moduler, qui peut arriver plus tard ce matin mais finir plus tard ce soir. C'est pas donné à tout le monde. Ou avoir une nourrice qui peut aller le chercher à l'école, l'amener à son groupe car pour les groupes on ne demande pas forcément aux parents de rester. » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)

Cela est d'autant plus vrai pour les familles issues des catégories populaires qui ne disposent pas des ressources financières leur permettant d'externaliser le transport et la garde de leur(s) enfant(s). Or le taux d'activité moyen des monoparents et la fragilité de leur insertion professionnelle constituent des facteurs facilitant leur implication dans le processus de médicalisation. On sait par exemple que 22% des mères isolées sont au chômage, contre 11% des mères vivant en couple¹¹.

On constate, chez nos interviewé-es (des deux volets de la recherche) une prévalence des situations de déclassement professionnel et même de mises en retrait du monde du travail (souvent temporaires) après l'entrée en monoparentalité. Ceci est accentué quand les enfants ont besoin de soins.

« On a un père où la mère a un peu disparu de la circulation. A Rilleux il y en avait un autre de papa qui s'est retrouvé seul, la maman est brutalement... ils avaient trois enfants et elle est partie du jour au lendemain brutalement, il s'est retrouvé du jour au lendemain seul avec du coup l'impossibilité de poursuivre son travail, parce qu'il a dû en fait s'arrêter parce que son fils aîné était suivi au CMP pour un ensemble de troubles assez complexes et il ne pouvait pas l'emmener chez l'orthophoniste, au CMP, s'occuper... aller le chercher à l'école, le sortir, il a dû démissionner, arrêter son travail pour pouvoir effectivement être auprès de ses enfants. Il doit être toujours... Et c'est quelqu'un de super... » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)

Certain-es concilient l'impératif de gagner leur vie et le besoin de disponibilité pour leur(s) enfant(s) en prenant des emplois à temps partiel, comme c'est le cas de Véronique (AVS 26h/semaine) :

« J'ai été 2 ans au chômage et j'ai trouvé un poste d'accompagnante d'enfants en situation de handicap. Et en fait finalement ce boulot c'est un peu... il y a beaucoup de mères, de mamans seules avec enfants dans ce genre de boulots. Finalement j'ai accepté parce que c'était des horaires d'école, donc ça m'allait bien, c'était les mêmes horaires que Lise, j'avais les vacances scolaires donc en fait finalement c'était

¹¹ Source : Insee, enquête Famille et logements 2011

*le job idéal parce que ça me permettait d'être avec elle, de l'accompagner. »
(Véronique, mère de Lise, âgé de 16 ans et suivie au CMP)*

Ces phénomènes de temps partiel ou d'éloignement du monde du travail dans les mois qui suivent l'entrée en monoparentalité offrent aux monoparents une disponibilité biographique qui leur permet de répondre favorablement, et parfois sans limites, aux injonctions de soins pour leur(s) enfant(s).

Cette implication des monoparents dans le traitement des difficultés de leur(s) enfant(s) a des effets pervers, dans la mesure où elle constitue un frein à la reprise d'une activité professionnelle.

« Il y a aussi quelque chose qui est très très dur quand on est maman seule c'est si par exemple pour Coralie qui a des soins 3 fois par semaine, j'ai postulé avant de choisir de faire cette reconversion, parce que j'étais AVS, auxiliaire de vie scolaire, comme par hasard je m'occupais d'enfants autistes, il y a jamais rien pour rien dans la vie. J'ai postulé et j'aurai pu avoir un super poste à XX qui est une école privée juste en dessous mais je leur ai dit tout de suite 3 fois par semaine je serai obligée de ne pas être là... »

Pour accompagner votre fille à ses différents rendez-vous ?

Voilà, et ça c'est quelque chose de très très lourd. Il faut passer le stade où on se dit, ça sera pas tout le temps comme ça mais quand on a pas de travail, qu'on veut travailler, qu'on veut faire quelque chose et que c'est une sacrée contrainte. C'est bête à dire car Coralie n'est pas une contrainte mais... C'est-à-dire qu'on se dit "mince comment je peux faire ? Là j'ai besoin de travailler, psychologiquement, financièrement, socialement mais je ne peux pas le faire parce que le lundi j'ai psychomot, le mardi j'ai orthophoniste, le mercredi j'ai pédopsy", voilà c'est vraiment quelque chose de compliqué. En quelque sorte, il faut se mettre entre parenthèse, être très opérationnelle pour son enfant, tout en sachant que ce qu'on fait là c'est pas ce à quoi on aspire parce que moi dans l'absolu, je voudrais que quelqu'un puisse prendre en charge Coralie pour l'emmener à ses soins et que moi je puisse travailler. » (Vanessa, mère de Coralie, âgée de 5ans, suivie au CMP)

*« Moi j'ai la chance l'année prochaine, normalement on me propose un CDI car ça fait 6 ans que je fais ce métier. Donc au bout de 6 ans on me propose un CDI mais ça reste quand même précaire. Donc c'est vrai que je pourrai chercher ailleurs... mais aujourd'hui Lise, malgré ses 16 ans et demi, demande encore beaucoup, c'est compliqué. C'est vrai que on vient quand même régulièrement au CMP... »
(Véronique, mère de Lise, âgé de 16 ans et suivie au CMP)*

La médicalisation des enfants issus de familles monoparentales participe ainsi insidieusement à une forme de désocialisation et une précarisation des parents (principalement des mères).

« J'ai deux enfants, je suis ... je travaille pas, sans emploi actuellement. Vous en recherchez un ou pas spécialement ? Oui, je.... Ben, j'en cherche un, en fait, mais.... Mais, je peux pas, en fait... euh.... Non, mon emploi du temps ne me le permet pas. Je peux pas parce que j'ai des enfants de bas âge. J'ai un enfant malade euh... »

Donc du coup... euh... j'ai tous les jours des rdy, donc c'est pas possible de trouver du travail. Je les amène à l'école et je les ramène. Y a pas de cantine, c'est moi qui les garde. » (Houda, mère de Driss, 6 ans, et Karima, 4 ans, suivis en CMP)

Docteure Vanruicek reconnaît l'absence de réflexion dans l'organisation des soins au sein CMP pour permettre aux chef-fes de familles monoparentales de mieux concilier travail parental et vie perso ou professionnelle.

« Je ne sais pas si vous voyez quand vous êtes maman, que vous avez plusieurs enfants, moi je trouve qu'on leur demande des choses qui sont vraiment énormes, vraiment énormes. Parce que si vous avez imaginons une maman seule qui a un enfant qu'elle amène en orthophonie une à deux fois par semaine, elle vient en CMP, elle voit le pédopsychiatre au moins une fois par mois. L'enfant peut avoir un groupe thérapeutique une fois par semaine, plus peut-être une thérapie individuelle. Je trouve que la pédopsychiatrie ne s'interroge pas là-dessus, sur qu'est-ce qu'on demande à ces femmes. Souvent elles accompagnent leurs enfants mais comment on les prend en charge elles aussi car elles sont souvent dans des grandes douleurs et souffrances et je trouve qu'on demande beaucoup nous. La pédopsychiatrie, on est quand même exigeant dans nos demandes. » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)

Conclusion

Selon les professionnel·les du soin rencontrés, un enfant qui ne va pas bien psychologiquement ne pourra pas apprendre, tandis que les soins psychiques qui lui seront prodigués lui rendront cette capacité. Ce discours semble ignorer que les savoirs ont, pour la plupart d'entre eux, un caractère cumulatif qui rend inopérantes les pratiques qui consistent à différer la prise en charge de la difficulté : la psychologie cognitive a montré qu'un élève qui n'a pas appris à lire à temps est bloqué dans d'autres apprentissages et c'est au moins autant le cas en mathématiques. Ainsi, les pertes en termes de temps scolaire occasionnés par les suivis en CMPP sont telles qu'elles seront difficilement compensées, quand bien même l'énergie scolaire de l'élève serait décuplée par ses soins. La mise à distance provisoire de la question scolaire lors de la prise en charge en CMP a ainsi des effets durables et contribue à produire du prolétariat, ou du moins de l'échec scolaire.

De plus, c'est le temps de travail potentiel des mères qui est mis à disposition de l'institution de soins et qui renforce la précarité auxquelles les familles monoparentales sont déjà exposées de manière plus significative que les autres. La contribution des monoparents à la médicalisation de leur(s) enfant(s) induit clairement des risques de désocialisation et d'éloignement du marché du travail.

Bibliographie

- Arborio, Anne-Marie, et Marie-Hélène Lechien. 2019. « La bonne volonté sanitaire des classes populaires ». *Sociologie* Vol. 10 (1): 91-110.
- Astier, Isabelle. 2009. « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociales ». *Informations sociales* 152: 52-58.
- Coldefy, Magali. 2005. « Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques - Ministère des Solidarités et de la Santé ». Etudes et résultats N° 392. Paris: DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-enfants-et-adolescents-pris-en-charge-dans-les-centres-medico-psycho>.
- Crétin, Laurette. 2012. « Les familles monoparentales et l'école: un plus grand risque d'échec au collège ? » In *Conditions de scolarisation et facteurs de réussite scolaire*, par Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance DEPP, p.51-66. Paris.
- Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. 1981. *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Paris: Ed. du Seuil.
- Deshayes, Fabien, Jean-Paul Payet, Julie Pelhate, et Diane Rufin. 2018. « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé ». *Education et sociétés* n° 41 (1): 105-20.
- Douglas, Mary. 2004. *Comment pensent les institutions: suivi de La connaissance de soi et Il n'y a pas de don gratuit*. La découverte.
- Garcia, Sandrine. 2013. *À l'école des dyslexiques: naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?* Paris, France: La Découverte.
- Giuliani, Frédéric, et Jean-Paul Payet. 2014. « Les logiques scolaires de la proximité aux familles ». *Éducation et Sociétés* 34: 5-21.
- Lang, Kevin, et Jay L. Zagorsky. 2001. « Does Growing up with a Parent Absent Really Hurt? » *The Journal of Human Resources* 36 (2): 253-73. <https://doi.org/10.2307/3069659>.
- Morel, Stanislas. 2012. « Les professeurs des écoles et la psychologie ». *Sociétés contemporaines* n° 85 (1): 133-59.
- . 2014. *La médicalisation de l'échec scolaire*. 1 vol. L'enjeu scolaire. Paris: la Dispute.