

## UN PEU D'HISTOIRE

L'**A.P.A.T.E** : Association Pour l'Accueil de Tous les Enfants, a été créée en 1990 par Jeanine LEVY<sup>1</sup>, et Cécile HERROU<sup>2</sup>.

François FOUCAT, commissaire aux comptes a porté ce projet dès 1990, dans sa dimension administrative, financière et juridique en soutenant ses valeurs.

Entre temps, Philippe GAUDON, alors Directeur au siège de l'A.P.F (Association des Paralysés de France) s'intéresse personnellement au projet et s'associe à Jeanine LEVY et Cécile HERROU. Il deviendra Président de l'A.P.A.T.E en 1995 et Jeanine LEVY sera alors nommée Présidente d'Honneur.

Monsieur François FOUCAT prend la présidence de l'A.P.A.T.E en septembre 2015.

Cécile HERROU a posé les principes fondateurs du fonctionnement des établissements gérés par l'A.P.A.T.E :

Cécile HERROU propose *une place sur trois aux enfants en situation de handicap*. Cette proportion s'avère un bon équilibre dans une pratique d'accueil collectif de jeunes enfants en situation de handicap et/ou atteint de maladie chronique invalidante.

- **La Maison Dagobert**, structure multi accueil, située dans le 12<sup>ème</sup>, ouverte en février 1992. Capacité d'accueil 20 places.
- **L'Ecole Gulliver**, jardin d'enfants, située dans le 12<sup>ème</sup>, ouverte en février 1998. Capacité d'accueil 36 places.
- **La Caverne d'Ali Baba**, comporte un multi accueil et un jardin d'enfants. Située dans le 11<sup>ème</sup>, ouverte en octobre 2006, elle accueille capacité d'accueil : 57 places.
- **Le Sourire du Chat**, multi accueil, situé dans le 15<sup>ème</sup>, ouvert en novembre 2017. Capacité d'accueil : 45 places

&

- **La Taverne d'Ali Baba**, espace de soutien à la parentalité, située dans les locaux de La Caverne d'Ali Baba, 27-29 avenue Philippe Auguste -75011 Paris-

En 2015, l'Association Mowgli constituée de deux établissements, Baloo et Mowgli, a rejoint le périmètre de l'A.P.A.T.E.

- **Mowgli**, crèche située dans le 10<sup>ème</sup>, géré par l'A.P.A.T.E depuis 2015. Capacité d'accueil 22 places.
- **Baloo**, crèche située dans le 18<sup>ème</sup>, géré par l'A.P.A.T.E depuis 2015. Capacité d'accueil 28 places.

---

<sup>1</sup> Jeanine LEVY : fondatrice du premier CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) et de l'ANECAMSP (Association Nationale des équipes et des Centres d'Actions Médico-Social Précoce)

<sup>2</sup> Cécile HERROU Directrice Générale de L'A.P.A.T.E, depuis janvier 1992 (date de l'ouverture du premier établissement géré par l'association).

*« Comme les autres, les enfants handicapés sont des enfants, mais ne sont pas des enfants comme les autres ».*

Les premiers principes posés par Cécile HERROU s'appuient sur son expérience d'assistante sociale (de 1979 à 1992) au C.A.M.S.P (Centre d'Assistance Educative du Tout Petit, créé et dirigé par J. LEVY jusqu'en 1985) et sur un travail de recherche sur « le mode de traitement social et l'intégration des enfants handicapés dans les collectivités de jeunes enfants » associé à une réflexion sur le fonctionnement institutionnel, mené dans le cadre du Diplôme Supérieur en Travail Social (D.S.T.S. option formateur, Université de Créteil).

C'est dans un contexte d'intégration « sauvage » de l'enfant handicapé que s'inscrit l'action de l'A.P.A.T.E. Depuis les années 70, quelques enfants handicapés ont été admis dans des crèches, mais était sur le « bon vouloir » de directrices. Cette forme d'intégration peu réfléchie était parfois tellement mal supportée par les équipes, qu'elle se transformait en exclusion au nom même de l'intégration : l'enfant était bien présent physiquement (souvent sur des temps très partiels) mais, bien souvent, ni lui, ni ses parents n'étaient véritablement accueillis. Dans ces conditions, leur expérience singulière n'était pas prise en compte.

A cette époque, de nombreux enfants étaient exclus d'emblée des collectivités pour jeunes enfants et nombreux étaient les parents qui n'envisageaient même pas de faire la demande d'une place, malgré l'encouragement des thérapeutes, tant les mentalités étaient fermées au « vivre ensemble ».

Depuis la loi de 2005<sup>3</sup>, une amélioration en matière d'inclusion a évolué de manière positive, cependant les enfants atteints de trouble du spectre autistique ou atteints de certaines maladies chroniques invalidantes et leur famille souffrent encore de l'exclusion.

## **QUELQUES CONSTATS**

Très vite, l'équipe du CAMSP que J. LEVY a créé et dans lequel Cécile HERROU travaille depuis 1979, en qualité d'assistante sociale, ne conçoit pas le projet thérapeutique sans l'intégration de l'enfant en situation de handicap dans une collectivité. Le soin prend sens par l'intégration et inversement. Par conséquent, la seule condition à l'inclusion d'un enfant en situation de handicap dans une structure de l'A.P.A.T.E est son suivi spécialisé, par une équipe de soins spécialisés : CAMSP, SESSAD, CMP, services hospitaliers...

Inclure un enfant en situation de handicap, c'est d'abord tenir compte de la nécessité du soin :

---

<sup>3</sup> **LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**

- accueillir les thérapeutes dans les lieux d'accueil, si le dispositif qui les emploie le permet (SESSAD, thérapeutes libéraux...) pour soulager les parents des accompagnements hebdomadaires aux séances de rééducation.
- Introduire dans le lieu d'accueil le matériel spécialisé (sièges, déambulateurs, verticalisateurs...) dont aura besoin l'enfant.

Lorsqu'un handicap se révèle, ou une inquiétude par rapport au développement d'un enfant, en cours de séjour dans la collectivité, les parents sont orientés vers les consultations spécialisées adaptées. Cet accompagnement est toujours une source de soulagement pour les parents si il est bien mené, jamais une cause d'angoisse surajoutée : les parents sont conscients des difficultés de leur enfant sans pouvoir toujours les formuler. Rien de pire que le « non-dit » et qui plus est, émanant de l'entourage professionnel.

## LES PRINCIPES FONDATEURS

**Le 1<sup>er</sup> principe** des établissements gérés par l'A.P.A.T.E est *de permettre à tout enfant quelque soit la nature et la gravité de son handicap ou de sa maladie chronique invalidante d'y être admis, sans condition, dès lors que ses parents et l'équipe médicale qui le suit en font la demande.*

Les équipes des établissements gérés par l'A.P.A.T.E ne se posent surtout pas comme «centres de soins», mais avec la conscience des effets thérapeutiques indéniables de la collectivité.

Les professionnels qui y travaillent, quel que soit leur métier : EJE, AP, titulaire du CAP petite enfance ont un regard « averti ».

Ne pas choisir les enfants, qu'ils présentent ou non un handicap relève de l'évidence et des principes de base de l'A.P.A.T.E. Par conséquent, notre mission est de démontrer que l'accueil des enfants en situation de handicap encore exclus aujourd'hui, doivent être admis « sans condition ». De plus cet accueil collectif de **Tous** les enfants est une source de réflexion pour les équipes qui participent à ce travail.

A l'origine de l'A.P.A.T.E, l'idée était avant tout de ne pas freiner les quelques intégrations d'enfants traditionnellement admis : des enfants trisomiques, infirmes moteurs sans troubles associés, des enfants atteints d'un handicap sensoriel (surdité) sans troubles associés..., mais de faire reculer les barrières de l'intégration en la proposant à **tout** enfant quelle que soit la nature et la gravité de sa pathologie. Aujourd'hui, l'ambition de notre association est de faire tomber ces barrières...

**Le 2<sup>ème</sup> principe** s'appuie sur le souci de rendre une vie sociale aux mères, à ces dernières en particulier du fait de notre organisation socio-économique et nos traditions culturelles. Leur vie sociale et professionnelle est souvent interrompue ou restreinte du fait de la naissance d'un enfant en situation de handicap ou atteint d'une grave maladie. Il s'agit de *donner à ces mères –et parfois aux pères- la possibilité de reprendre un travail si elles le désirent ou de se réserver des temps de liberté leur permettant de renouer des liens sociaux. Une vie en dehors de cet enfant.*

Ce 2ème précepte s'étaye sur la conviction qu'une dépendance prolongée mère-enfant -risquant de se transformer en interdépendance (symbiose)- fabrique du « sur-handicap » qui constitue une source d'isolement pour toute la famille.

**Le 3ème principe** s'appuie sur la conviction que chacun trouve dans cette expérience du « vivre ensemble » dans le respect des singularités, un sentiment enthousiasmant de rencontre de l'Autre dans une société multiforme.

Rien d'altruiste dans cette proposition.

Pour un enfant en bas âge, tout est découverte. La présence d'enfants en situation de handicap ne constitue pas pour les autres enfants une particularité ; et ne génère pas un quelconque « effort ». Nous faisons le pari que pour ces futures adultes, l'inclusion n'aura plus de sens puisqu'il n'y aura plus de risque d'exclusion...

### **Au niveau institutionnel :**

Accueillir tous les enfants sans discrimination suppose un fonctionnement d'équipe s'appuyant sur le décloisonnement des fonctions, tout en respectant les compétences relatives à chaque métier et à chaque niveau de responsabilité. Un travail en relais et une analyse institutionnelle continue s'apparentant à la Psychothérapie Institutionnelle<sup>4</sup> permettent une diversification des réponses face aux besoins. En effet, force est de constater que le cloisonnement des fonctions et la rigidité peuvent empêcher l'émergence de savoirs et fabriquer de l'incompétence.

### **Une intrication, sans confusion, de vie sociale et de soins**

Il est fondamental d'éviter la médicalisation des lieux d'accueil petite enfance sous prétexte que les enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique les fréquentent, surajouter un personnel spécialisé ne répond pas aux besoins des enfants en situation de handicap, mais les stigmatise, dans ces lieux d'accueil de la petite enfance.

Par contre, les professionnels spécialisés des équipes de soins doivent pouvoir faire leur séance sur le lieu de vie de l'enfant et s'entretenir avec les équipes d'accueil dans le cadre d'un échange participant à la cohérence d'une prise en charge globale en assurant un lien entre intervenants.

L'aspect éminemment thérapeutique de la collectivité n'est plus à démontrer; les équipes de soins (CMP, CAMSP, SESSAD...), en nous confiant les enfants en situation de handicap en sont convaincues. Cet accueil en collectivité participe à l'amélioration de la situation des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique.

### **Des hypothèses vérifiées :**

### **Un choix averti des parents :**

---

<sup>4</sup> La psychothérapie institutionnelle a été inventée et mise en application la première fois par François Tosquelles à l'hôpital psychiatrique de Saint Alban.

Les populations sont, depuis longtemps, prêtes pour l'expérience de la « diversité » dans les établissements accueillant des jeunes enfants. Les parents qui ont fait ce choix sont convaincus de l'intérêt évident de cette expérience pour l'éducation de leur enfant. Il s'agit pour eux, tous milieux socioculturels confondus, de favoriser chez leur enfant une capacité d'adaptation à l'Autre quel qu'il soit et d'éviter les craintes habituellement liées au handicap.

Les motivations sont d'abord et avant tout éducatives, avec le souci de l'acquisition d'une intelligence face à la vie. Ces motivations peuvent être (simultanément ou individuellement) sous-tendues par des convictions religieuses, éthiques, militantes, liées aux histoires personnelles ou familiales.

Parfois, le choix est consciemment ou inconsciemment dicté par la crainte fantasmatique de ne pas avoir tout à fait un enfant comme les autres et l'idée qu'une équipe accueillant des enfants différents, est plus compétente. Un raisonnement qui se résumerait à : « qui peut le plus, peut le moins... »

**Pas d'à priori chez le jeune enfant :**

Les enfants n'ont pas d'à priori face au handicap. Mais les peurs des adultes contaminent peu à peu l'enfant qui intègre des sentiments et des conduites difficilement remises en cause par la suite, en grandissant.

Si l'adulte est dans des dispositions émotionnelles apaisées face au handicap d'une personne, l'enfant adopte une attitude ni surprotectrice, ni rejetante mais adaptée. Le handicap ne se guérit pas mais le traitement contre la peur des personnes en situation de handicap est efficace...