

LaSSA.

Les professionnels face aux modes
d'expression des jeunes enfants
confiés à l'Aide sociale à l'enfance

Rapport final

Juillet 2017

Elsa Zotian



Convention LaSSA/ONPE/CD13





REMERCIEMENTS _____ 6

INTRODUCTION GENERALE _____ 7

A. Contexte _____ 7

B. Problématique _____ 8

C. Plan du rapport _____ 11

I. CONDITIONS ET LIMITES DE L'ENQUETE _____ 13

A. La première phase de terrain _____ 13

1) Observation participante en MECS verticale 13

2) Entretiens avec des assistantes familiales 14

3) La pouponnière, un terrain tardif 15

4) L' « entrée CAMSP » 15

B. La seconde phase de terrain _____ 16

C. Un terrain difficile, une étude impossible ? _____ 18

D. Les limites du dispositif d'enquête _____ 22

E. Méthodologie de la recherche _____ 23

F. L'encadrement de l'étude _____ 24

1) Le COPIL 24

2) Le suivi scientifique du LaSSA 24

II. LES MODES D'EXPRESSION QUI POSENT PROBLEME DANS LA PETITE ENFANCE _____ 25

A. Quels sont les comportements des enfants qui posent problème ? _____ 25

1) Les comportements de base : le sommeil et l'alimentation 25

▪ Mal dormir 25

▪ Ne pas se nourrir 26

2) Les comportements inquiétants associés aux bébés 27

▪ Faire des crises 27

▪ Pleurer et crier jour et nuit 27

▪ Ne pas babiller 28

▪ Décrocher du regard 28

▪ Etre passif, ne pas ramper, ne pas marcher 29

▪ Se balancer 29

3) Les comportements inquiétants associés aux jeunes enfants 29

▪ Faire des crises 29

▪ Décrocher du regard, s'hypnotiser, regarder avec inquiétude 30

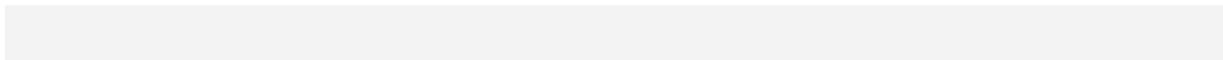
▪ Se cogner sans cesse, être insensible à la douleur, se mettre en danger 31

| | |
|--|-----------|
| ▪ Marcher sur la pointe des pieds | 31 |
| ▪ Ne pas parler..... | 32 |
| ▪ Se masturber en public..... | 33 |
| B. Socio-histoire des principaux registres d'interprétation mobilisés | 34 |
| 1) Trois principaux registres | 35 |
| ▪ La psychologie d'inspiration psychanalytique | 35 |
| ▪ La théorie de l'attachement | 37 |
| ▪ Le registre neuroscientifique | 41 |
| 2) Liens et concurrence entre les registres | 43 |
| ▪ Liens entre psychanalyse et théorie de l'attachement..... | 43 |
| ▪ Concurrence entre la psychologie d'interprétation psychanalytique et l'approche neuroscientifique | 46 |
| C. La question des comportements qui posent problème et la problématique de l'incertitude | 49 |
| 1) Produire des interprétations dans un contexte d'incertitude | 49 |
| 2) Quelques questions récurrentes | 51 |
| ▪ Stade de développement normal ou expression d'un trouble ? | 51 |
| ▪ Troubles de l'adaptation ou troubles du développement ? | 52 |
| ▪ Troubles de l'attachement ou troubles autistiques ? | 53 |
| ▪ Qui est responsable du trouble ?..... | 53 |
| Transition..... | 55 |

III. CONFIGURATIONS DE DISCUSSION AU SUJET DES COMPORTEMENTS ENFANTINS QUI POSENT PROBLEME 56

| | |
|---|-----------|
| A. Configurations de discussion en pouponnière | 57 |
| 1) Un attachement problématique..... | 57 |
| ▪ Signes..... | 57 |
| ▪ Interprétations..... | 58 |
| ▪ Actions | 59 |
| 2) Un exemple cumulé de saturation en pouponnière et de relations difficiles aux parents..... | 62 |
| ▪ L'entrée à la pouponnière | 62 |
| ▪ Une série d'épreuves | 62 |
| ▪ Saturation de la pouponnière..... | 65 |
| ▪ Les tentatives d'actions des professionnelles pour atténuer les épreuves | 68 |
| B. Configurations de discussion en placement familial | 72 |
| 1) Modèle « alliance thérapeutique » | 73 |
| 2) Modèle « multi-ressources » | 78 |
| ▪ Un retard de langage | 78 |
| ▪ Des difficultés multiples..... | 82 |
| 3) Modèle « Défiance »..... | 86 |
| ▪ Un enfant qui « fait des crises » | 86 |
| ▪ Un quotidien intenable | 88 |
| 4) Principaux points d'achoppement entre assistantes familiales, référents et professionnels du psychisme | 90 |
| ▪ Signes..... | 90 |
| ▪ Interprétations..... | 92 |
| ▪ Actions | 95 |

| | |
|---|------------|
| B. Configurations de discussion en MECS | 102 |
| 1) L'APP, principal espace-temps de discussion des comportements des enfants..... | 102 |
| 2) Un exemple de discussion au long court | 104 |
| ▪ Temps 1 : Les visites se passent mal..... | 104 |
| ▪ Temps 2 : Suspension des visites | 104 |
| ▪ Temps 3 : La rupture..... | 106 |
| ▪ Temps 5 : L'éloignement..... | 108 |
| 3) Quelles modalités de discussion ? | 109 |
| 4) Des discussions collectives en APP à la mise en œuvre quotidienne | 111 |
| ▪ Construire un ailleurs..... | 111 |
| ▪ Avoir la version de la mère | 114 |
| Conclusion | 115 |
| D. Configuration de discussion des comportements lors des orientations | 116 |
| 1) Le confiage à la cousine | 116 |
| 2) L'entrée à la pouponnière | 117 |
| 3) La vie à la pouponnière..... | 118 |
| ▪ Les visites avec la mère..... | 119 |
| ▪ L'évolution de Romane au cours de son séjour à la pouponnière..... | 120 |
| 4) L'orientation en MECS | 122 |
| 5) L'arrivée à la MECS | 124 |
| 6) La vie en MECS..... | 125 |
| Conclusion | 126 |
| E. Comparaison entre les modes de placement | 127 |
| 1) Points de convergence | 128 |
| ▪ Quoi dire à l'enfant ? Une tâche difficile pour tous..... | 128 |
| ▪ Un consensus autour des comportements qui posent problème | 133 |
| 2) Points de divergence | 134 |
| ▪ Configurations de discussion | 134 |
| ▪ Registres d'interprétation mobilisés..... | 135 |
| ▪ La question de l'efficacité des actions | 139 |
| Conclusion | 143 |
| CONCLUSION GENERALE | 145 |
| LISTE DES ACRONYMES | 152 |
| BIBLIOGRAPHE | 154 |





REMERCIEMENTS

Nos premiers remerciements vont à l'ONPE et au Conseil départemental des Bouches-du-Rhône qui ont financé cette recherche.

Cette étude n'aurait pu se faire et aboutir sans le concours de nombreuses personnes : en premier lieu, les cadres des services de la branche Enfance-famille. En second lieu, les équipes et professionnels qui ont bien voulu me recevoir, m'accueillir et répondre à mes questions, mais aussi les enfants qui m'ont acceptée parmi eux.

Je remercie également les membres du comité de pilotage de cette étude, qui ont bien voulu se lancer avec moi dans l'aventure consistant à établir, au fil de l'étude, un dialogue à l'intersection entre science et pratiques professionnelles.

Je remercie par ailleurs les membres de mon laboratoire, qui ont apporté leurs compétences et leur expertise pour m'aider à mener cette recherche, sans être toutefois aucunement responsables de son contenu.

Je remercie enfin Clément Q. qui, par son investissement domestique, a permis que je consacre tout le temps nécessaire à cette recherche.

INTRODUCTION GENERALE

A. Contexte

Dans le système actuel de prise en charge de l'ASE, les statuts des modes d'expression des enfants se répartissent entre deux pôles. D'un côté, leur droit à être entendu, qui repose sur l'idée selon laquelle ils sont des individus à part entière, doté d'agentivité¹ dont la parole est « à prendre au sérieux ». Cette conception de l' « expression-sujet » est encadrée par la Loi du 5 mars 2007 et constitue une injonction problématique concernant les jeunes enfants, maîtrisant encore peu le langage.

De l'autre côté, les modes d'expression ont le statut d'étalon à partir duquel sont évaluées, indépendamment de l'individu, un ensemble de données biographiques et intimes relatives à l'état de bien-être ou de santé global des enfants.

Ici l'expression est une « expression-objet », c'est-à-dire objet d'évaluation et d'écoute thérapeutique dans le même temps. Qu'elle soit verbale ou non, l'expression des enfants est donc à la fois reflet d'une souffrance évaluée au quotidien par les travailleurs sociaux et par les professionnels de santé ; moyen pour y remédier dans les dispositifs d'aide qui lui sont proposés ; et support de l'évaluation de l'efficacité des dispositifs thérapeutiques mis en place.

Cette étude a donc pour objectif de travailler sur les pratiques professionnelles autour des modes d'expression qui s'étirent entre ces deux pôles, de réfléchir à la répartition des différents modes d'expression (parole, corporéité) selon les contextes d'interaction, et à leur traitement à l'intersection du champ de l'éducatif et de celui de la santé mentale dont le partenariat est un enjeu de la Protection de l'enfance.

Deux principales raisons motivent le choix de documenter cette thématique des modes d'expression à partir de la petite enfance.

Un enjeu local tout d'abord : Dans les Bouches-du-Rhône, l'état global de santé psychique de cette catégorie d'âge apparaît particulièrement préoccupant. Ainsi, l'étude de L. De Montaigne révèle une proportion importante de notifications MDPH chez les enfants placés

¹ La notion d'agentivité vient de l'anglais « agency » et renvoie à l'idée d'un acteur social en capacité d'agir sur le monde et disposant d'une marge de manœuvre dans sa propre trajectoire. Les travaux en sociologie et anthropologie de l'enfance ont mis en avant et confronté empiriquement cette notion (Sirota, 2006)

(17% contre 2% en population générale) et la sur-représentation des déficiences du psychisme : « les troubles mentaux et du comportement représentaient 60% des pathologies des enfants âgés de moins de 6 ans, et étaient plus fréquemment décrits chez les enfants plus grands : 73,1% des pathologies des 7-13 ans » (de Montaigne L., Bernard O., Da Fonseca D., Gaudart J., Richardson A., Sofferd M., Chabrol B., Dubus J.C, E. Bosduref E., à paraître). De ce point de vue, les résultats de cette étude recoupe ceux des recherches soutenues en 2010 par l'ONED sur la santé des enfants en protection de l'enfance qui soulignent tous l'importance des troubles psychiques des populations enquêtées (Corbet, 2012 ; Sellenet, 2013 ; Fanello, Rousseau, 2013).

Or, si nous disposons d'études épidémiologiques attestant de ces faits, peu de travaux documentent qualitativement et au temps présent les processus diagnostiques et les itinéraires thérapeutiques de ces nombreux jeunes enfants confiés à l'ASE identifiés comme présentant des troubles du développement ou des conduites.

La seconde raison motivant le choix de cette catégorie d'âge est liée à la pertinence épistémologique de documenter les modes d'expression à partir d'une période de vie où les frontières entre le normal et le pathologique sont particulièrement ténues et mouvantes. Ici, la prudence des professionnels est de mise comme le soulignent l'ensemble des travaux en pédopsychiatrie² et les débats suscités en 2005 par la sortie du rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, la petite enfance faisant de ce point de vue l'objet d'une circonspection particulière³.

En outre cet âge correspond aussi à une entrée progressive dans un nouveau mode d'expression, la communication linguistique pour les petits (Kail, 2010), certes liés à des modifications organiques, mais surtout inscrit dans des attentes sociales. Ainsi, les modes d'expression se trouvent au temps de la petite enfance un moment de reconfiguration qui complexifie leur prise en charge par les professionnels.

B. Problématique

Cette recherche porte sur les pratiques professionnelles qui se déploient autour des modes d'expression des jeunes enfants (2-4 ans) confiés à l'ASE. Nous entendons par modes d'expression des jeunes enfants à la fois leurs pratiques langagières et corporelles. Nous nous intéressons ici aux comportements enfantins, qui parce qu'ils sont difficiles à gérer et/ou suscitent l'inquiétude des professionnels, posent problème à ces derniers.

² Comme l'indique notamment P. Huerre chez les adolescents (Huerre, 1997).

³ Cf : « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans », Ed Erès, Paris, mai 2006



Plus précisément, notre propos est de décrire la façon dont ces modes d'expression problématiques sont recueillis et interprétés par les professionnels et d'analyser les discussions dont ils sont l'objet. L'objectif est de documenter les articulations entre des modes d'expression enfantins et des registres interprétatifs professionnels de ces expressions. Il s'agit également de repérer ce que ces interprétations produisent en termes de choix d'accompagnement, de prise en charge et de parcours de placement.

Quels sont les modes d'expression spontanés ou suscités, légitimes et illégitimes, tolérables et intolérables qui se déploient dans les institutions auxquelles sont confiés les enfants ? Quels sont les modes d'expression des enfants qui posent problème aux professionnels ? Comment ces derniers font-ils avec ces modes d'expression ? Quelles réponses y sont apportées ? A quelles discussions donnent-ils lieu ? Sur quels éléments sont construites, dans la pratique, les frontières entre expression normale et anormale ?

Les enfants, dès lors que l'on prête attention à leurs manières de faire et à leurs points de vue, font bien souvent entendre des voix en dissonance avec celles des adultes (Robin, 2010 ; Zotian, 2014). Ainsi, les enfants ne répondent pas toujours aux attentes de ces derniers, les surprennent par leurs comportements et transgressent régulièrement les normes qu'ils tentent de leur faire intérioriser.

Face à ces modes d'expression enfantine dissonants, les adultes déploient différents registres interprétatifs et pratiques : si l'enfant a vocation à être entendu, il doit également faire l'objet d'un travail éducatif. Il est aussi un être fragile, pour le développement duquel il convient d'être vigilant.

En protection de l'enfance, les professionnels en charge des jeunes enfants confiés à l'ASE sont confrontés à la gageure de prendre en compte le droit de l'enfant à être entendu alors que les enfants ne maîtrisent pas encore, ou sont en train d'acquérir, le langage. Ils ont également une vocation à prendre soin et éduquer. A ces deux injonctions déjà difficiles à articuler, s'ajoute pour les professionnels, la nécessité d'être vigilants par rapport à l'apparition d'éventuels troubles du développement chez des enfants présentant de ce point de vue des risques importants (Berger, 1999 ; 2003).

Comment les professionnels font-ils au quotidien avec cet ensemble de contraintes dans la prise en charge des enfants de 2-4 ans qui leur sont confiés ? Quels registres interprétatifs mobilisent-ils ? Dans quels termes en discutent-ils entre eux ? Comment tentent-ils d'y faire face ?

L'analyse de la littérature existante fait sur ce plan état d'un angle mort :



Des travaux en sociologie portent sur la place de la parole de l'enfant en amont des placements. Ils montrent que la question de l'aveu est au centre du processus qui conduit dans certains cas à l'élaboration d'une « information préoccupante » et comment le statut de la parole enfantine constitue pour les professionnels une problématique délicate. Ils mettent en exergue le fait que, pour les jeunes enfants, la procédure se fonde souvent sur l'interprétation d'éléments non-discursifs par les professionnels (Serre, 2009).

Il existe également des travaux de sociologie portant sur le point de vue des enfants sur leurs trajectoires de placement (Potin, 2009). On observe toutefois que si de fortes recommandations existent dans les pays du Nord en faveur d'une « évaluation participative », les réalités sont dans les pratiques bien plus nuancées et complexes, en particulier en ce qui concerne les jeunes enfants (Robin, 2010; Robin, Grevot, 2012 ; Robin, 2013b).

Il existe enfin de nombreux travaux en psychologie/psychopathologie et en pédiatrie qui font état des troubles des enfants confiés à l'ASE dans une perspective clinique ou épidémiologique et alimente les débats autour des moyens de prévention en protection de l'enfance (Berger, 1999 ; 2003 ; Bonneville, 2006).

Aucune étude ne propose toutefois une analyse ethnographique de la manière dont en situation, une fois les enfants placés, modes d'expression enfantins et pratiques d'interprétation professionnelles s'articulent à l'intersection de divers registres et injonctions. De même, aucune étude qualitative ne rend compte des discussions dont les comportements des enfants qui posent problème sont l'objet entre professionnels. On ne connaît pas davantage comment ces pratiques professionnelles autour des modes d'expression enfantins problématiques se déclinent selon les cultures institutionnelles, ni comment s'organisent les prises en charge plurielles de ces comportements selon le mode de placement.

A travers l'analyse d'observations et d'activités professionnelles, ethnographiées ou racontées, ainsi que par l'examen de discussions au sein des équipes, directement observées ou rapportées, cette étude propose d'appréhender dans un continuum de pratiques l'attention quotidienne au bien-être de l'enfant et l'émergence de seuils d'alerte où se pose la question de l'existence de trouble d'ordre psychopathologique chez les jeunes enfants.

Les pratiques discursives des professionnels sont donc au centre de l'analyse. Il s'agit de rendre compte des activités professionnelles autour des modes d'expression problématiques que développent certains enfants, de leur repérage à leurs interprétations, jusqu'aux décisions portant sur leurs trajectoires, en termes de prise en charge et d'orientation.

Cette recherche aborde cette problématique dans une perspective comparative. En effet, les enfants âgés de 2 à 4 ans confiés à l'ASE peuvent aujourd'hui en France être accueillis dans différents types de placement : placement d'urgence ou de moyen séjour, individuel ou collectif. Il s'agit dans cette recherche de voir dans quelle mesure les pratiques professionnelles autour des modes d'expression enfantins problématiques varient selon le type de placement, de même que les réponses qui leur sont apportées.

Cette recherche porte donc sur la façon dont, dans le quotidien d'une pouponnière, d'une MECS verticale et de familles d'accueil, se donnent à voir et sont interprétés par les professionnels un ensemble de comportements qui posent problème, les actions potentiellement mises en œuvre pour y remédier, de même que l'ensemble des discussions dont ces thématiques sont l'objet.

C. Plan du rapport

Pour tenter de répondre à cette problématique, ce rapport s'organise en trois grandes parties :

- La première est consacrée à la description des conditions et limites de l'enquête. Elle fait état du travail de terrain accompli dans les trois types de placement et des données ethnographiques recueillies. Elle présente également les difficultés rencontrées et les réorientations qu'elles ont nécessitées. Elle met enfin en exergue les limites de l'étude.
- La seconde partie propose de penser séparément les comportements enfantins qui posent problème, les registres d'interprétation mobilisés et la question de l'incertitude dans le champ de l'aide sociale à l'enfance. Ainsi, un panorama des modes d'expression difficiles à gérer et/ou inquiétants est d'abord esquissé. Un chapitre est ensuite consacré à la socio-histoire des principaux registres d'interprétation repérés dans les pratiques professionnelles. Enfin, une approche du travail des équipes en termes d'« activités prudentielles » est proposée.
- La troisième partie donne à voir les articulations entre modes d'expression qui posent problème, registres d'interprétations et actions mises en œuvre dans le quotidien des pratiques professionnelles. Elle analyse ainsi les configurations de discussion dont les modes d'expression des jeunes enfants sont l'objet en pouponnière, en familles d'accueil et en MECS. Cette partie se clôture sur une tentative de comparaison entre ces différents types de placement portant sur les points communs et de divergences observés dans les pratiques professionnelles déployées autour des comportements enfantins problématiques.



La conclusion propose d'aborder les résultats de l'étude en termes d'économie morale de la petite enfance et en souligne quelques spécificités dans le champ de la protection de l'enfance. Elle présente enfin des pistes de travail concrètes pour les professionnels.

I. CONDITIONS ET LIMITES DE L'ENQUETE

Cette étude repose sur un terrain ethnographique en deux phases : la première avait une fonction exploratoire et a eu lieu entre novembre 2015 et juin 2016. La seconde s'est déroulée de novembre 2016 à avril 2017 et visait à recueillir des données sur un petit nombre de trajectoires de placement de certains jeunes enfants confiés. Le caractère institutionnel du terrain mené, les conceptions du jeune enfant et des principes qui président à sa protection en vigueur dans le champ professionnel enquêté, de même que la question délicate du rapport des professionnels aux parents ont fait que cette enquête ethnographique n'a pu être menée dans les conditions proposées au départ. Nous en analyserons les raisons et conséquences pour cette étude, avant d'aborder plus largement les limites de l'enquête et les choix méthodologiques qui sont les nôtres.

A. La première phase de terrain

Au cours des huit premiers mois de l'étude, nous avons pu mener le travail de terrain suivant :

1) Observation participante en MECS verticale

En MECS, les objectifs du projet de recherche ont fait l'objet d'une présentation lors d'une réunion institutionnelle. La rencontre de l'équipe du groupe des 0-6 ans – qui compte six enfants âgés de 2 à 6 ans – a permis ensuite d'acter le principe et les modalités de ma présence dans l'institution. Ma participation aux temps de vie collective n'a fait l'objet d'aucune restriction de la part des professionnels, habitués à accueillir fréquemment des stagiaires au sein de leur équipe.

J'ai effectué dix séquences d'observation correspondant à divers temps de vie sur le groupe. J'ai ainsi mené des observations de matinées, d'après-midi, de soirées et passé une nuit avec les enfants. J'ai également fait en sorte d'être présente à différents moments de la semaine (mercredis après-midi, week-ends, jours d'école).

Ce travail m'a permis d'observer comment se déroulait le quotidien du groupe (accompagnements, repas, douches, siestes, couchers, veillées, temps de jeu, visites médicales, etc.), mais aussi assister à des activités plus exceptionnelles (éveil musical, médiation animale, etc.). Enfin, j'ai participé à deux temps forts de l'institution que sont la fête du carnaval et le CVI (conseil de vie institutionnelle).

J'ai par ailleurs passé une demi-journée avec le groupe des 0-6 ans lors de la colonie des vacances de Pâques.

Enfin, j'ai pratiqué l'observation participante en réunion d'analyse de la pratique professionnelle (animée par une psychologue) et en réunions d'équipe.

2) Entretiens avec des assistantes familiales

En ce qui concerne l'accueil familial, après un premier rendez-vous avec l'adjointe au chef de service d'accueil familial (SAF), j'ai rencontré l'équipe des référents. Au cours de cette réunion, les référents qui ont pris la parole ont exprimé des réserves quant à ma demande de pratiquer l'observation participante au sein de familles d'accueil. Cette demande leur paraissait difficilement compatible avec la majorité des situations de jeunes enfants accueillis par les assistantes familiales du service : d'un côté, ont été exclus d'emblée les enfants en instance d'adoption, pour qui l'arrivée d'une nouvelle personne de sexe féminin pouvait être interprétée à tort comme une figure maternelle. De l'autre, on été mis de côté les cas d'enfants les plus en difficulté, en raison de la déstabilisation qu'engendrerait ma présence pour des situations déjà fragiles. Des mises en garde ont par ailleurs été exprimées au sujet du refus que ma demande rencontrerait auprès des équipes Enfance-famille. Enfin, l'attachement que les jeunes enfants doivent développer avec leur assistante familiale a été mis en avant comme incompatible avec l'introduction de nouvelles personnes dans l'entourage de l'enfant. A ce titre, ma présence présentait le risque de venir potentiellement mettre à mal le travail des équipes consistant à procurer aux jeunes enfants une figure d'attachement principale alternative aux parents.

Au terme de cette rencontre a été néanmoins convenu que les référents me donneraient les contacts d'assistantes familiales⁴ accueillant des enfants dans la tranche d'âge ciblée dont les situations leur paraissaient suffisamment stables, et favorables à l'idée de faire un entretien avec moi pour commencer. La possibilité que je puisse passer du temps au quotidien au sein de ces familles a été remise à un second temps de l'étude. J'ai finalement obtenu le contact d'une dizaine d'assistantes familiales.

Parallèlement, j'ai assisté au séminaire consacré à la santé des enfants confiés à l'ASE organisé en faveur des assistantes familiales du SAF. Ce séminaire fait intervenir des professionnels du soin ou des cadres extérieurs à l'ASE. J'ai ainsi assisté à trois séances, sur les thématiques du handicap, de l'autisme et de l'attachement. Ces séances ont été des

⁴ Dans ce rapport, en raison de la majorité écrasante de femmes que comptent la profession, nous parlerons d'assistantes familiales au féminin.

moments d'observation « en soi » que j'ai ethnographiés, et l'occasion de prendre contact avec des assistantes familiales.

Au total, j'ai effectué des entretiens avec sept assistantes familiales.

3) La pouponnière, un terrain tardif

La pouponnière constitue dans cette première phase de l'étude le terrain le plus tardif. Lors de ma rencontre avec la directrice, d'importantes réserves ont été exprimées au sujet de ma demande d'observer les interactions entre professionnelles et enfants dans le quotidien de l'institution. Ma requête est apparue en contradiction avec le principe de limitation du nombre d'adultes entourant l'enfant qui est au fondement de l'organisation de la structure, et inscrit dans l'architecture même du lieu⁵. Faire accéder l'anthropologue aux unités où les enfants passent la majorité de leur temps apparaissait comme incompatible avec la nécessité de leur offrir une continuité de soin.

Une réunion a été organisée afin de présenter le projet à l'ensemble des équipes et de solliciter les professionnels pour des entretiens. A la fin de la première phase de l'étude, j'ai finalement pu amorcer le travail de terrain en réalisant un premier entretien avec l'équipe visite, et en assistant à une « réunion de chambre ».

4) L' « entrée CAMSP »

Au bout de quelques semaines de travail, des échanges avec des acteurs de terrain au sujet des trajectoires institutionnelles et médico-sociales des enfants ainsi que la lecture du rapport du Défenseur des droits « Handicap et protection de l'enfance. Des droits pour des enfants invisibles », me font me pencher sur les CAMSP comme un des premières structures médico-sociales que rencontrent les jeunes enfants confiés à l'ASE dans leur parcours.

J'ai alors rencontré en entretien une psychologue clinicienne et une pédopsychiatre d'un CAMSP situé dans le département. J'ai par la suite tenté d'ethnographier des « cas d'enfants » suivis par la structure, mais cette demande m'a été refusée en raison des fortes tensions dont étaient l'objet les prises en charge des enfants pressentis. Je suis ainsi restée à la porte des situations « qui clivent » pour reprendre l'expression d'une des professionnelles.

⁵ La pouponnière où a été menée l'étude est en effet organisée en quatre pièces à vivre appelées « unités », regroupant lits, coin cuisine et salle d'eau. Chacune accueille 5 enfants. Les unités sont physiquement séparées de l'espace commun – appelé agora - par des sas dans les portes desquelles sont découpés des fenestrons.

B. La seconde phase de terrain

La seconde phase de terrain de cette étude s'est déroulée entre novembre 2016 et avril 2017. Elle devait être consacrée à recueillir des données sur un petit nombre d'enfants en vue de l'élaboration d'étude de cas. Pour un ensemble de raisons que nous allons détailler, ce travail n'a pu être que partiellement effectué.

L'objectif initial était pour ces six enfants de :

- reconstituer les trajectoires de placement
- procéder à des entretiens qualitatifs avec l'ensemble des professionnels de la protection et du soin qui s'occupent d'eux et, si possible, les parents
- ethnographier les discussions entre professionnels à leur sujet ainsi qu'éventuellement les réunions de synthèse ou CARS qui leur sont consacrées.

En octobre et novembre, après avoir pris le temps de discuter avec les différentes équipes et directions de service des pistes d'analyse proposées dans le rapport intermédiaire, j'ai formulé cette demande auprès des professionnels accueillants et équipes ASE en charge de ces enfants.

La réponse qui m'a été faite consistait à dire que pour travailler « par cas », il était nécessaire que j'informe et demande au préalable le consentement des parents des enfants choisis. Dans le même temps, il m'a finalement été à chaque fois refusé le fait que je sollicite les parents pour demander leur consentement à ce que je travaille sur le cas de placement de leur enfant dans le cadre de l'étude.

En ce qui concerne les enfants pressentis placés en MECS :

- Pour le premier, deux facteurs ont alimenté le refus que je formule une demande de consentement auprès des parents : d'abord l'inquiétude de l'équipe accueillante de la violence que pourrait constituer pour des parents très fragilisés la confrontation aux résultats de l'étude ; ensuite la peur de la part des référents et adjoint de l'enfant que ma demande ne vienne relancer l'investissement des parents au moment où le juge s'orientait vers une procédure de délaissement.
- Pour le second enfant, la demande éventuelle de consentement apparaissait à l'équipe accueillante comme particulièrement mal venue dans la vie de la maman, marquée par des procédures judiciaires. Par ailleurs celle-ci avait à plusieurs reprises expliqué qu'elle ne voulait pas garder de trace du placement de son enfant, ce qui paraissait incompatible avec une mise à l'écrit de la trajectoire de celui-ci. Enfin, la nécessité d'accompagner ensuite la



mère dans le travail de réception du rapport était apparue comme une nécessité que je pouvais difficilement mettre en œuvre.

En ce qui concerne les enfants pressentis confiés à des assistantes familiales, ceux-ci relevaient tous deux de la même MDS. Pour le premier, outre le fait qu'un changement de MDS étant en cours, les relations décrites comme extrêmement difficiles par les référents avec la mère excluaient toute démarche de ma part. Pour le second, après avoir obtenu l'accord de principe de ces derniers, ma demande a finalement été rejetée par le médecin et l'adjointe de la MDS : je n'ai jamais reçu l'autorisation d'adresser la lettre de demande de consentement que j'avais rédigée à l'attention des parents. Un entretien devait avoir lieu avec l'adjointe pour échanger sur les raisons de ce refus, mais il n'a finalement jamais eu lieu.

En ce qui concerne la pouponnière, les référents des enfants correspondant à la tranche d'âge étudiée n'ont jamais donné suite à mes sollicitations.

Dans cette situation d'injonction contradictoire (nécessité d'obtenir l'accord des parents *versus* impossibilité de les solliciter pour le leur demander), mon travail s'est trouvé bloqué. J'ai donc sollicité le comité de pilotage de l'étude pour trouver une solution. La proposition qui en est sortie, finalement validée par le conseil scientifique de l'ONPE, était de rendre compte des trajectoires des enfants de façon thématique.

J'ai recontacté les différents référents enfance concernés en ce sens, mais sans succès, à une exception près : une équipe enfance a accepté de me rencontrer pour faire un entretien. J'ai pu par ailleurs assister à une réunion de synthèse concernant l'enfant confié dont cette dernière est responsable.

Parallèlement à cette fermeture de terrain du côté des équipes enfance, s'est ouvert le terrain de la pouponnière.

Pour cette seconde phase, la réalisation d'entretiens avec les professionnels de la pouponnière a finalement constitué le principal volet ethnographique : 13 entretiens ont ainsi été réalisés avec 12 personnes (auxiliaires de puériculture, membres de l'équipe visite, infirmière, médecin, EJE, psychologue, psychomotricienne). La pédopsychiatre responsable du CMP partenaire de la pouponnière a également été interviewée. L'objectif des entretiens était de recueillir des récits à propos des prises en charge des enfants accueillies correspondant à la tranche d'âge étudiée, minoritaires dans les murs de l'institution. Un entretien avec la direction a également permis de clarifier la place du référentiel Lóczy à la pouponnière.

Parallèlement, une mise en contact *a minima* a été aménagée avec les « grands » de la pouponnière.

En plus de ce terrain à la pouponnière, des entretiens ont été également réalisés avec des inspecteurs Enfance-famille ainsi que certains membres des équipes enfance. Des assistantes familiales rencontrées lors de la première phase du terrain ont par ailleurs été recontactées afin de faire le point sur l'évolution des situations des enfants qui leur sont confiés.

Au total, nous avons effectué 20 entretiens auprès de 19 personnes pour cette seconde phase de terrain.

Nous avons pu, sous certaines conditions, mené un travail d'observation participante

- J'ai pu assisté à une réunion de synthèse pour un enfant
- En pouponnière, j'ai pu assister à séances de psychomotricité et des temps de prise en charge éducative consacrés aux plus grands et les accompagner lors d'une sortie culturelle.
- En MECS, j'ai continué à observer les réunions d'équipe et participer à des temps de vie quotidienne. Je n'ai pas contre pu poursuivre l'ethnographie des séances d'APP, suite à la lecture du rapport intermédiaire par la psychologue qui anime la séance, pour qui la mise à l'écrit d'échanges oraux dans le cadre d'APP revenait à rendre compte d'une parole « dévitalisée ».

Au total, le travail d'observation participante réalisé au sein de cette MECS verticale a permis de produire près d'une centaine de pages de notes ethnographiques.

Nous avons par ailleurs mis en œuvre en fin de terrain une « approche combinée » (Ulmann, 2015) qui consistait à confronter, lors d'un entretien collectif, ce que j'ai pu observer au cours des 12 mois de terrain aux points de vue des membres de l'équipe.

C. Un terrain difficile, une étude impossible ?

Tout d'abord, des délais importants, pour chaque phase de l'étude, se sont écoulés entre le moment où j'ai sollicité des interlocuteurs et celui où j'ai pu effectivement réaliser des entretiens et des observations, ou au contraire me voir refuser la possibilité de procéder au travail ethnographique. Plusieurs facteurs expliquent ce constat :

- La diversité des interlocuteurs à mettre d'accord. Cette complexité est au fondement de la difficulté à construire du partenariat autour des enfants de l'ASE, soulignée par de nombreux



professionnels rencontrés, et qui se décline ici pour l'entrée de l'anthropologue sur les terrains.

- La double tutelle propre au Département qui accentue cette complexité, avec d'un côté, la Direction des Territoires et de l'Action Sociale dont dépendent les équipes Enfance-famille des MDS ; de l'autre, la Direction Enfance-famille dont dépendent les inspecteurs et à laquelle est rattachée la DMEF. Cette organisation explique en grande partie le relatif échec de mes prises de contact avec les équipes enfance, le projet de recherche étant initialement porté par la branche Enfance-famille.

- Les emplois du temps extrêmement chargés de l'ensemble des professionnels, dont la majorité disent travailler dans l'urgence, et qui sont très peu disponibles.

- Enfin, les fréquents arrêts de travail et de relativement longue durée qui marquent les organisations professionnelles, à tous les niveaux hiérarchiques.

En socio-anthropologie de l'enfance, la question de l'accès au terrain est toujours dépendante des adultes qui autorisent ou rejettent la mise en lien du chercheur avec les jeunes enquêtés, et que l'on appelle les « gatekeepers » (Lignier, 2008). Dans le cadre de cette étude, la complexité administrative qui caractérise toute organisation institutionnelle d'importance, couplé aux réalités d'un champ professionnel qui paraît largement éprouvé, a constitué un premier obstacle : l'accès aux « gatekeepers » a elle-même souvent été longue et laborieuse.

En second lieu, la mise en œuvre de la méthodologie d'enquête pressenti, qui plaçait l'observation participante des interactions quotidiennes entre professionnels et jeunes enfants au centre du dispositif, a posé tout au long de l'étude de nombreuses difficultés.

Au final, l'entrée en contact direct de l'anthropologue avec les enfants n'a pu se faire que dans des conditions extrêmement limitées. Soulignons toutefois le contraste important qui s'est fait jour entre la facilité avec laquelle j'ai pu accéder aux enfants en MECS et les importantes réserves et restrictions que j'ai rencontrées en ce qui concerne les enfants placés en accueil familiale et en pouponnière.

Pour ces deux derniers modes de placement, les professionnels ont opposé ce qu'ils conçoivent comme l'intérêt supérieur des jeunes enfants à mes requêtes, en lien avec certains registres d'interprétation sur lesquels nous reviendrons largement. La velléité d'observer les interactions entre professionnels et jeunes enfants est apparue finalement comme entrant en contradiction avec la mission de protection qui est la leur.



En troisième lieu, travailler à partir de trajectoires d'enfants dont on déploierait la singularité dans une « pensée par cas », qui constitue l'une des méthodes majeures en recherche qualitative (Passeron, Revel, 2005), n'a été que partiellement possible.

En effet, le choix de cette approche a croisé la question de l'information et du consentement des parents, dont le rôle et la nécessaire prise en compte ont été réaffirmés par la Loi de 2005. Sur ce plan semble s'être articulés, voire opposés, des aspects légaux et éthiques : si les professionnels concevaient l'autorisation des parents comme indispensable, qu'ils le formulent en termes juridiques ou moraux, il leur a souvent semblé éthiquement contestable de les solliciter pour une démarche de recherche dont le travail d'objectivation de réalités sociales très dures mais intimement éprouvées en tant que parents produiraient nécessairement sur eux une forme de violence.

A cela s'est ajouté dans de nombreux cas, le caractère « interventionniste » qu'une démarche de notre part aurait revêtue de leur point de vue dans le travail qu'ils tentent de réaliser avec les parents, quand bien même il était entendu que je l'aurais faite en mon nom. Ici, le jeune âge des enfants enquêtés semble avoir été un facteur aggravant : l'ensemble des professionnels ont souligné la nature particulièrement explosive des relations avec les parents en début de placement. De ce point de vue, le projet de recherche a mis en lumière la tension dans laquelle sont pris les professionnels entre la prise en compte des droits des parents et la difficulté qu'il y a à dialoguer avec eux, en particulier dans le cadre du placement de jeunes enfants.

En anthropologie, les choix méthodologiques initiaux sont toujours l'objet d'adaptation en fonction des réalités de terrain, d'autant plus qu'ils sont « difficiles » (ONED, 2016). Il nous semble toutefois que dans le cadre de cette étude, les obstacles rencontrés et dilemmes posés mettent *in fine* en question de la possibilité de mener des recherches de type qualitatif auprès de jeunes enfants dans le champ de la protection de l'enfance.

Les questions éthiques sont ici nombreuses et complexes. Leur acuité doivent-elles mener les chercheurs qualitatifs à renoncer à investiguer les espaces physiques dans lesquels évoluent les jeunes enfants confiés ? Il nous semble que si les jeunes enfants ont le droit d'être protégés, on peut dans le même temps leur reconnaître le droit, alors qu'ils ne peuvent prendre la parole pour eux-mêmes comme c'est le cas d'autres catégories d'« usagers », à ce que l'on rende compte des prises en charge dont ils sont l'objet et des conceptions qui les accompagnent.

Le caractère incompatible de l'intérêt du jeune enfant placé et de la recherche qualitative aurait tout intérêt à être soumis à la réflexion des professionnels eux-mêmes.



Inscrire les recherches portant sur les jeunes enfants dans le temps long – ce qui pose la question du type de financement attribué – pour permettre au chercheur d'être une présence relativement stable pour les enfants pourrait permettre de contourner en partie le problème.

Une autre option consisterait pour le chercheur à travailler indirectement en coordonnant avec les équipes le recueil de données et en les accompagnant pour produire une analyse scientifique de leur travail. Un tel dispositif passerait par le développement de lieux alliant pratique, formation et recherche, comme cela fut d'ailleurs le cas lors de la naissance de l'Institut national de méthodologie des maisons d'enfants de 0 à 3 ans de Budapest.

Les configurations de discussion dont nous rendrons compte dans la seconde partie de ce rapport sont en partie articulées aux trajectoires de placement de certains enfants. Face à l'impossibilité dans laquelle nous étions d'anonymiser le rapport au niveau du département – ce qui pose la question des co-financements ONPE/Département enquêté – nous avons fait le choix de rendre les histoires des enfants méconnaissables, y compris, dans la mesure du possible, pour les acteurs de terrain indirectement concernés, en supprimant les éléments qui singularisent trop les situations. Nous avons également porté attention au fait que les professionnels ne puissent pas reconnaître qui a partagé les informations sur les trajectoires des enfants. Cette manière de rendre compte des données a pour corollaire un appauvrissement important du matériau, dont l'impact sur les analyses produites ne doit pas être minimisé.

Le déplacement opéré dans le découpage de l'objet de cette recherche, depuis l'étude des interactions enfants / professionnels vers les discussions professionnelles au sujet des modes d'expression enfantins qui posent problème, est en partie la conséquence des difficultés que nous avons rencontrées au cours du terrain, mais pas seulement : cette réorientation est également un choix de notre part. En effet, il nous est rapidement apparu que les moments où les professionnels ne sont pas en présence des enfants mais parlent des comportements enfantins qui leur posent problème ont une importance de premier ordre, aussi bien dans le quotidien des pratiques professionnelles qu'en termes de trajectoires de soin et de placement des jeunes enfants confiés.

Partant de là, il nous paraissait nécessaire, sous peine de rater un des enjeux majeurs du sujet proposé, d'inclure dans le travail ethnographique le recueil de cette épaisseur du travail et dans l'analyse, les difficultés qu'engendrent, dans l'exercice des métiers de la protection de l'enfance, les comportements enfantins qui posent problème et leur mise en discussion.

D. Les limites du dispositif d'enquête

Le dispositif d'enquête finalement mis en œuvre comporte selon nous deux écueils majeurs :

- Le premier est d'avoir laissé de côté les très nombreux écrits (cahier de vie des enfants ou des groupes, compte-rendu de réunions d'équipe, de synthèse, de CARS, courriers entre administrations, courrier aux parents, projet personnalisé de l'enfant, etc.) que produisent au quotidien les professionnels, où sont pourtant décrits, discutés, interprétés les comportements des enfants, et où sont également proposées et évaluées des actions.

Cette masse de documents pourrait être la source d'un travail sur archive extrêmement riche sur le modèle des recherches qui ont été menées par Arlette Farge et Jacques Revel sur les documents judiciaires du XVIIIe siècle consacrées aux enlèvements d'enfants (Farge, Revel, 1988).

Au-delà d'e l'apport heuristique que permettrait une recherche dont le matériau de base serait les documents écrits, leur mise à l'écart dans le cadre de cette recherche, présente le défaut d'oblitérer partiellement le réel : en effet, l'activité quotidienne des professionnels est marquée par des allers-retours très nombreux entre échanges oraux et rédaction de notes écrites, que ce rapport ne permet pas d'appréhender. L'influence réciproque de l'oral sur l'écrit, les nombreux « filtrages » (omissions, euphémisations, etc.) pratiqués lors de la rédaction, de même que les « cristallisations » qu'engendrent le fait d'inscrire une idée ou une interprétation dans un document constituent des dimensions centrales du quotidien des professionnels.

Le caractère pléthorique de ces documents, de même que la complexité du suivi ethnographique de tels allers-retours constituaient pour la présente étude une tâche bien trop importante que nous avons laissée de côté.

- Le second écueil principal est inhérent aux limites du travail par entretien. Mais il se décline ici d'une manière spécifique. En effet, même si nous avons pu directement ethnographier certains échanges à propos des comportements des enfants qui posent problème, une partie importante du matériau sur lequel se fonde cette recherche consiste en des récits de discussion. Ce dispositif sollicite donc à la fois la mémoire, la réflexivité et la capacité à parler oralement de son travail des professionnels. Or d'une part, ces savoir-faire sont inégalement partagés selon les personnes et les métiers de la protection de l'enfance, nous aurons l'occasion d'y revenir ; ce qui fait que la méthodologie d'enquête a finalement redoublé ces écarts au lieu de les contourner. D'autre part, elle a induit la récolte de données où se donnent à voir de nombreux « trous ». Les limites de la mémoire professionnelle individuelle - confrontée au fort *turn over* des enfants et aux nombreuses prises en charge -, de même

que celles de la mémoire collective souvent éparpillée en raison du nombre d'interlocuteurs autour d'un enfant et des départs et remplacements fréquents, ont finalement rendu la reconstitution des trajectoires de placement et de soin difficiles. Là encore, le dispositif d'enquête n'a fait que redoubler une réalité professionnelle : la confrontation à des histoires institutionnelles « hachées » des enfants.

E. Méthodologie de la recherche

Les pages qui précèdent en fond la démonstration, nous avons procédé dans ce travail, aussi bien dans la production des données que dans l'élaboration des résultats, par itération.

Jean-Pierre Olivier de Sardan identifie l'itération comme un principe de la « rigueur du qualitatif » (Olivier de Sardan, 1996). Il distingue deux niveaux d'itération. La première concerne la récolte des données : « À la différence en effet d'un enquêteur « par questionnaires », qui commence par un bout de la rue ou de l'annuaire pour finir à l'autre, le chercheur va chez X, qui lui dit d'aller chez Y de l'autre côté du village ou de la cité, puis revient chez Z qui habite près de X. C'est que ses interlocuteurs ne sont pas choisis à l'avance par une méthode de tri (statistique, aléatoire), mais ils prennent place selon un compromis permanent entre les plans du chercheur, les disponibilités de ses interlocuteurs, les opportunités qui se présentent » (Olivier de Sardan, 1996, 2013 pour version électronique, § 57)

Le second niveau concerne la manière dont le chercheur construit ses résultats. Il travaille par aller-retour permanents entre travail de terrain et questionnements de recherche, entre lectures théoriques et constats empiriques : « la phase de production des données peut être ainsi analysée comme une restructuration incessante de la problématique au contact de celles-ci, et comme un réaménagement permanent du cadre interprétatif au fur et à mesure que les éléments empiriques s'accumulent » (Olivier de Sardan, 1996, 2013 pour version électronique, § 62).

Les données récoltées sur le terrain peuvent donc amener le chercheur à modifier ses premières hypothèses ou même à détourner son attention initiale vers des réalités qu'il n'avait pas soupçonnées. Il s'agit d'accepter d'être guidé par les constats issus de l'enquête.

De manière plus générale, nous nous inscrivons dans le modèle méthodologique de l'induction, pratiquée par une certaine sociologie qualitative et l'anthropologie, qui propose un mode d'intelligibilité du social différent du raisonnement hypothético-déductif (Passeron, Revel, 2005). La construction des interprétations s'élabore dans l'association de données empiriques de nature hétérogène (extraits d'entretien, de conversations informelles, de descriptions ethnographiques, de documents divers). La visée est essentiellement

descriptive et les analyses proposées relèvent du « régime de la plausibilité » et non de la réfutabilité (Olivier de Sardan, 2008).

F. L'encadrement de l'étude

En plus de l'encadrement effectué par le conseil scientifique de l'ONPE, cette recherche fait l'objet de deux autres suivis.

1) Le COPIL

D'une part, un comité de pilotage *ah hoc* a été mis en place par le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. Il a réuni les cadres des lieux de placement où a été mené le travail de terrain, afin de leur présenter des points d'étape, de nourrir les analyses proposées de leurs « retours » et permettre *in fine* une meilleure appropriation et diffusion de l'étude par les professionnels. Au total, ce comité de pilotage s'est réuni cinq fois et a constitué un lieu de discussion important dans les processus d'itération décrits à l'instant.

2) Le suivi scientifique du LaSSA

Par ailleurs, cette étude a fait l'objet d'un suivi de la part des membres du Laboratoire de sciences sociales appliquées auquel je suis rattachée. Celui-ci regroupe huit sociologues et anthropologues ayant une conception commune du travail de terrain et de la manière de problématiser les questions de recherche. Des temps de présentation-discussion de l'étude en ont ponctué le déroulement et alimenter la réflexion quant aux problématiques rencontrées et aux hypothèses formulées.

II. LES MODES D'EXPRESSION QUI POSENT PROBLEME DANS LA PETITE ENFANCE

A. Quels sont les comportements des enfants qui posent problème ?

Le travail ethnographique a permis de recenser les comportements des jeunes enfants considérés comme problématiques, c'est-à-dire à la fois difficiles à gérer pour les professionnels et/ou suscitant leur inquiétude.

Nous avons pour cela pratiqué une analyse croisée des comportements qui sont mis en avant dans les récits des professionnels en entretien, discutés lors de réunions d'équipes ou d'échanges informels entre professionnels, et créant des difficultés lors de l'observation directe d'interactions enfants-adultes dans le quotidien des placements.

Ainsi, nous avons pu repérer un ensemble de comportements fréquemment identifiés et discutés comme posant problème à propos des jeunes enfants.

D'un mode de placement à l'autre, d'un métier de la protection de l'enfance à l'autre, ces items sont communs, et en nombre fini. Il y a donc consensus à propos de ce qui fait souci ; *A contrario* la façon dont sont interprétés ces comportements et ce qui convient de faire en réponse est parfois l'objet de désaccords (cf partie III).

Les comportements identifiés comme posant problème ne sont toutefois pas les mêmes selon l'âge des enfants. On peut distinguer deux grands ensembles : d'un côté, ceux qui concernent les bébés, c'est-à-dire les enfants qui ne savent pas encore, ou commencent tout juste, à marcher et à parler ; de l'autre ceux qui concernent les jeunes enfants, c'est-à-dire les individus qui parlent ou marchent ou – comme nous ne verrons – sont en âge de le faire. Cette distinction n'est pas, dans la pratique, si clairement délimitée, nous avons cependant remarqué que la focale n'est pas la même selon la tranche d'âge : certains comportements conçus comme problématiques, centraux chez les jeunes enfants, sont périphériques ou inexistantes pour les bébés et inversement.

1) Les comportements de base : le sommeil et l'alimentation

Les manières de faire ou d'être des enfants problématiques qui touchent au sommeil et à l'alimentation sont communes aux deux tranches d'âge, même si l'on observe quelques variantes selon qu'il s'agisse de bébés ou de jeunes enfants.

- *Mal dormir*

Quel que soit le type de placement et l'âge des enfants, le sommeil est l'objet d'une attention importante de la part des professionnels. En accueil collectif, en raison de l'existence d'équipes de jour et de nuit, le sommeil des enfants fait systématiquement l'objet de comptes-rendus écrits dans les cahiers de liaison.

Les comportements consistant à ne pas dormir, faire des cauchemars, se réveiller au cours de la nuit, se réveiller en pleurs sont fréquemment décrits par les professionnels. De nombreuses assistantes familiales racontent également comment les enfants qui leur sont confiés n'ont « pas dormi » pendant les premiers mois, voire les premières années de l'accueil.

On repère également le comportement chez les enfants qui consiste à s'auto-bercer pour trouver le sommeil, au point de se cogner sur les rebords du lit et de se blesser.

Assistante familiale : Pour s'endormir il se berce, mais il se cogne [elle fait avec sa main un mouvement de va et vient du dessus ou dessous de la main]

Anthropologue : Ah, c'est pour se bercer ?

Assistante familiale : Oui, voilà, lui, il a besoin de « boum, boum! »

Conjoint de l'assistante familiale : Il tourne violemment la tête d'un côté puis de l'autre, et du coup, il fait bouger le lit.

Assistante familiale : Et en même temps, il peut se faire mal à lui.

Conjoint de l'assistante familiale : C'est un état anxieux, c'est une habitude, pour s'endormir, il fait comme ça. Et il se fait de façon consciente et inconsciente. Pendant la nuit, pendant qu'il dort, il peut se mettre à faire ça parce qu'il éprouve un certain plaisir et il renouvelle ce plaisir, il est dans les vapes, il cherche l'état de transe.

Assistante familiale : Donc le lit se déplaçait hein, bien sûr, parce qu'il fait ça avec une...c'est pas juste la tête, il fait ça avec tout le corps hein ! Moi, je l'ai vu plusieurs fois, c'est violent !!

A contrario, le sommeil est l'un des éléments sur lequel se base les professionnels pour dire que l'enfant « va bien », comme cette assistante familiale qui répond, alors que je lui demande comment s'est passé l'arrivée du petit garçon qu'elle accueille :

« Ça s'est très bien passé ! Moi, je peux considérer, j'étais contente. Alors, il a pleuré un petit peu, très, très faiblement la nuit, il nous réveillait, mais il se rendormait. On y allait de temps en temps si on voyait qu'il persistait, mais franchement, ça a pas trop duré. »

▪ *Ne pas se nourrir*

Manger insuffisamment ou trop, refuser de se nourrir ou, pour les jeunes enfants, avoir d'importantes polarités alimentaires constituent un autre ensemble de comportements fréquemment évoqués par les professionnels. Outre le fait d'avoir de fortes préférences

alimentaires ou au contraire des dégoûts prononcés, le fait de « refuser de manger les morceaux » est un comportement souvent décrit. Il arrive alors que des enfants en âge de manger solide soient presque exclusivement nourris au biberon.

Je demande à la maîtresse de maison si tout le monde mange bien dans le groupe, elle me dit que oui « à part [prénom de l'enfant], un peu ». Elle me raconte qu'ils avaient autrefois accueilli une petite fille qui ne mangeait rien, à tel point que le médecin avait fini par lui donner un traitement pour lui ouvrir l'appétit.

Il arrive également que face à un enfant qui ne montre aucun appétit, des équipes prennent l'initiative de lui donner à manger à la cuillère, alors qu'il est d'ordinaire autonome dans la prise des repas.

2) Les comportements inquiétants associés aux bébés

Certains comportements semblent spécifiques aux bébés.

▪ *Faire des crises*

En ce qui concerne les bébés, les professionnels parlent de « crise » lorsque l'enfant ne cesse de pleurer et de crier, en dépit des tentatives infructueuses des professionnels pour le calmer.

Assistante familiale : Elle avait d'énormes crises où on savait pas comment réagir, à 11h, 15 heures et 18 heures tous les jours ! [...] Bon à quelques minutes près mais en gros c'était les mêmes moments : elle se mettait à hurler, elle se tendait, elle se crispait, elle se tendait, elle se crispait. Et on savait pas quoi faire. On a tout essayé : de la voiture, du bain, de la poussette des bras, la laisser sans rien faire, sans s'en occuper... qu'est-ce qu'on a fait aussi ? On a deux chiens : la faire jouer avec les chiens, aller dans la piscine lui faire mettre les pieds dans l'eau, enfin on essayait tout, tout ce qui nous passait par la tête, on essayait de le faire.

▪ *Pleurer et crier jour et nuit*

Parfois, les bébés sont « en crise » sans discontinuer : ils pleurent et crient alors nuit et jour, cela peut durer des mois.

Assistante familiale : La petite fille de quatre ans, quand elle est arrivée, elle avait un mois... c'est un bébé qui pleurait nuit et jour ! Elle hurlait nuit et jour...

Anthropologue : Et pendant combien de temps elle a fait ça ?

Assistante familiale : 11 mois...Nuit et jour ! Les temps qu'un enfant est réveillé, là, quand ils sont tout-petits, ben, c'est les temps qu'elle était endormie, en fait. Elle avait totalement tout inversé.

Cet état de « crise permanente » a alors des effets sur l'ensemble de la vie du bébé : sur son sommeil comme l'évoque l'extrait ci-dessus, mais aussi sur son alimentation.

Ces bébés qui crient et pleurent jour et nuit sont parfois des « bébés médicamenteux », c'est-à-dire des bébés nés dépendants à une substance toxique et sevrés à la naissance.

- ***Ne pas babiller***

L'absence de babillage constitue parallèlement une source d'inquiétude. De nombreux professionnels racontent ainsi que le seul mode d'expression verbale des bébés qui leur sont confiés consiste en des cris à l'exclusion de tout usage doux et modulé de leur voix.

- ***Décrocher du regard***

Ce type de comportement s'observe pour certains bébés. Voici le récit que fait une assistante familiale, lors de la mise en contact avec l'enfant qu'elle accueille actuellement, alors âgée de 3 mois et demi.

Assistante familiale : Ils m'ont dit qu'elle était vraiment temps qu'elle soit placée parce qu'elle commençait à décrocher du regard. Et effectivement, il y avait des moments où le regard partait sur le côté. L'autre petit qui avait le même âge qu'elle, qui était en même temps qu'elle à la pouponnière, lui avait déjà complètement lâché du regard.

Anthropologue : Comment ça s'est passé ? C'est vous qui avez fait la remarque ou c'est l'auxiliaire ?

Assistante familiale : C'est l'auxiliaire. Un moment, je l'avais dans les bras et il y avait une autre petite qui ne marchait pas, qui faisait l'avion en fait, qui était sur le ventre, qui avait un an et demi et qui ne voulait pas marcher. Et donc, elle était à côté de moi, elle rampait et elle commençait à s'agripper, à monter sur ma jambe, et à ce moment-là [prénom de l'enfant], j'ai vu... au départ elle avait vraiment les yeux tournés vers moi à me regarder, à être dans l'interaction [...]. Et au moment où la petite a commencé à grimper sur mes genoux, elle a commencé à tourner la tête, mais vraiment... et pas la regarder. Parce que la petite était à ma droite en train de grimper et elle était positionnée avec sa tête vers la gauche, la tête vraiment... ffff. C'est difficile à décrire parce que c'est vraiment un sentiment ou on voit les yeux qui hop là, partent sur le côté et qui sont dans le vague. Et j'ai dit « il y a un souci là, [prénom de l'enfant], elle... ». Ça m'a choquée, parce que je me suis dit, elle a les yeux qui... elle est dans le vide ! Et donc l'auxiliaire m'a dit « oui, elle commençait à le faire avant que vous arriviez et c'est pour ça que le placement est nécessaire maintenant ! ».

Je reviens ensuite sur le cas de l'autre bébé évoqué.

Assistante familiale : Ah lui, on pouvait même pas interagir avec lui ! Il était même pas présent dans la pièce il avait les yeux dans le vague il était comme ça tout le temps (la jeune femme mime un bébé les bras tendus, inanimé). Il ne jouait pas avec ses mains [...]. Les enfants, plus grands, ils disaient « non, mais lui, il bouge pas ! On peut pas jouer avec

lui ! Il dit rien, il fait rien ! ». Bon, dans leurs propres termes je me souviens pas exactement mais je sais qu'il y en avait un qui disait « ah non, lui, il parle pas, il bouge pas ! ».

- *Etre passif, ne pas ramper, ne pas marcher*

La passivité des bébés, le fait qu'ils ne se mettent pas à se retourner, ramper, se mettre à quatre pattes puis marcher (ultime étape qui marque la sortie du statut de bébé et l'entrée dans la petite enfance du point de vue des professionnels) est, comme le montre l'extrait ci-dessus, une fréquente cause d'inquiétude. Ici, l'ampleur du décalage entre ce que devrait être en mesure de faire l'enfant à tel âge et ses comportements a valeur de signe d'alerte. Cela suppose l'existence d'une échelle de développement partagée, parfois adaptée lorsque les enfants sont nés prématurés.

- *Se balancer*

Il est fréquent que les enfants, à l'orée de la petite enfance, développe des comportements qui consistent à se balancer. Dans la position « quatre pattes », ils remuent d'avant en arrière ou de gauche à droite sans s'arrêter, s'absorbant dans ce mouvement perpétuel.

Une professionnelle explique « Quand [l'enfant] commence à se balancer, les yeux ouverts et qu'en effet, on passe devant, et il y a pas de réaction au niveau pupille, donc, là, ça veut dire qu'il est plus complètement là. »

Associée au fait de décrocher du regard, cette tendance à se balancer, constitue du point de vue des professionnels un comportement très inquiétant.

3) Les comportements inquiétants associés aux jeunes enfants

Lorsque les bébés grandissent, aux alentours des deux ans, d'autres comportements sont repérés comme inquiétants par les professionnels. Ils s'ajoutent aux premiers ou constituent des déclinaisons, propres à la tranche d'âge, de manière de faire problématiques antérieurement repérées.

- *Faire des crises*

Si les professionnels parlent de bébés qui « font des crises », ce terme est utilisé dans le cas des jeunes enfants pour désigner les colères auxquelles ils sont sujets, ce qu'on appelle communément « piquer une crise ». La colère est une thématique extrêmement récurrente en ce qui concerne les jeunes enfants de l'aide sociale à l'enfance. Les discours et discussions des professionnels sont émaillés de récits de colères qui inquiètent et rendent le travail



difficile par leur fréquence, leur longueur et leur violence. Ainsi, une assistante familiale raconte :

« [prénom de l'enfant] a vraiment besoin que ça soit toujours pareil. S'il y a des choses qui viennent perturber, depuis tout petit, là ça va plus. C'est « je perds pied » [...] ou alors il va partir en crise, vraiment ça va être quelque chose d'intolérable, une frustration ou quelque chose. Si je ne lui mets pas ce qu'il a envie à la télé, il peut partir en crise. Moins maintenant parce qu'on travaille dessus etc. Mais il y a un mois, c'était « la reine des neiges » du matin jusqu'au soir par exemple. Si je ne lui mettais pas, il se mettait par terre, à pleurer, à se taper la tête sur le sol ! »

Ou encore cette discussion entre deux membres d'une équipe de MECS :

« Une éducatrice raconte à une collègue que c'était difficile dimanche soir, que les enfants étaient tendus, elle parle en particulier d'un enfant : « il était vraiment dans la provoc, je lui disais d'éteindre la télé, il criait « non, j'éteindrai pas la télé ! », alors j'ai levé le ton, et j'ai senti qu'il allait vriller, alors je l'ai pris dans mes bras ». Sa collègue acquiesce, elle a l'air de très bien savoir de quoi parle la jeune femme. Elle rétorque « oui, et quand il est parti, c'est très difficile de l'arrêter, il va être là « je veux ma tutu », si tu lui donnes sa tutu, il va dire « je veux pas ma tutu », et si tu lui tends à nouveau sa tutu, il va à nouveau dire « je veux pas ma tutu », et tu tournes en rond comme ça pendant une demi-heure ! ».

Ces crises sont parfois l'occasion de formes de violence : les jeunes enfants tapent alors les adultes ou les autres enfants qui les entourent, leur jettent des objets et parfois les mordent.

▪ ***Décrocher du regard, s'hypnotiser, regarder avec inquiétude***

Le regard des jeunes enfants est l'objet d'une importante attention de la part des professionnels, qui racontent souvent être frappés par l'expression renvoyée par les yeux de tel ou tel enfant.

On retrouve la thématique du « regard qui décroche » à propos des jeunes enfants, mais le comportement prend souvent une autre forme : les enfants regardent tourner des objets - du linge dans la machine à laver, une roue de vélo - pendant de longues minutes, s'absorbant dans cette contemplation.

A ces regards qui « se perdent » et sont des formes de soustraction aux interactions, s'ajoutent des regards que les enfants adressent à autrui et donnent à voir leur inquiétude.

Une assistante familiale fait la description suivante :



« [prénom de l'enfant], quand il était en insécurité ou inquiet, d'un coup, c'était un petit enfant qui se raidissait et avec des yeux grands ouverts ».

▪ ***Se cogner sans cesse, être insensible à la douleur, se mettre en danger***

Un ensemble d'items, souvent associés les uns aux autres, concernent l'*hexis* corporelle des enfants, c'est à dire leur manière d'habiter leur corps et de se mouvoir (Bourdieu, 1980).

La propension des jeunes enfants confiés à « se cogner » contre des murs et des meubles, à tomber dans les escaliers semble très importante. Souvent, elle se combine à une insensibilité à la douleur.

Assistante familiale : On s'est rendu compte qu'elle était pas trop sensible à la douleur [...] Elle se cognait en marchant contre un poteau, un gros poteau en tube, comme ça, ça a fait un bruit d'os qui... aïe ! Elle a fait ça : ouïe, et puis, elle continuait, quoi. Elle tombe à genoux, des fois, elle marche, elle tombe direct sur les genoux, comme ça, après avoir fait un bond en avant, et plus, elle se relève ! Avec le vélo, de temps en temps... elle a fait un tonneau avec, et elle avait rien. Alors que j'en aurais eu une des deux autres qui aurait fait ça...Elles ne seraient pas remontées dessus ! Je regardais, j'ai touché partout, y'a rien de cassé ?

Cette insensibilité à la douleur va elle-même souvent de pair avec le fait de se mettre en danger. Cette assistante familiale et son conjoint me décrivent les comportements du petit garçon dont elle s'occupe au parc, et qui ont fait qu'elle a pour l'instant renoncé à s'y rendre avec lui :

Assistante familiale : Ah non non ! On pouvait pas, même à deux, on pouvait pas [aller au parc], parce qu'il aurait sauté ! Il sautait !

Conjoint de l'assistante familiale : Il sautait d'une hauteur de 2,5 mètres, il envoyait le pied comme ça !

Assistante familiale : Sur les petits cheval à bascule là, tac tac tac, à fond, et puis...et puis...il croit qu'il peut en sortir comme ça !

Conjoint de l'assistante familiale : Il descend !

E: Sans s'arrêter ?

Conjoint de l'assistante familiale : Sans arrêter le mouvement...ou alors, il est sur un jeu où il y a des glissades, des trucs comme ça...

Assistante familiale : la tête en avant !

Conjoint de l'assistante familiale : Il envoie le pied là où il faut pas !

▪ ***Marcher sur la pointe des pieds***

S'il concerne également l'*hexis* corporelle, nous avons pris le parti de consacrer une sous-section à cette manière de se mouvoir car elle est l'objet d'une forte charge signifiante et



émotionnelle. Elle est en effet étroitement associée chez les professionnels à l'autisme – pathologie sur laquelle nous reviendrons – en vertu de quoi, elle effraie souvent. Si certains comportements mis en œuvre par les enfants peuvent relever, du point de vue des professionnels, de l'éducatif comme du psychopathologique, marcher sur la pointe des pieds est essentiellement appréhendé comme un signe clinique.

▪ **Ne pas parler**

Le fait qu'un enfant ne parle pas, ou très peu, passé sa deuxième année est toujours source de préoccupation pour les professionnels. Il est très fréquent qu'ils identifient chez les jeunes enfants qui leur sont confiés un « retard de langage ».⁶

Parfois, les enfants sont silencieux⁷, ou utilisent un petit nombre de mots et ne font pas de phrases. Souvent, une communication alternative au langage, basée sur l'usage de sons, est établie par les enfants.

Une autre assistante familiale raconte ainsi à propos du petit garçon, âgé de deux ans et demi, dont elle s'occupe :

Assistante familiale : [prénom de l'enfant] le seul mot qu'il disait, c'était « hein ! hein ! hein ! »

Anthropologue : mais pour dire quoi ?

Assistante familiale : Tout ! Pour nous appeler « hein ! hein ! ». « Hein ! Hein ! » [pointe des objets avec sa main]

Anthropologue : Pour montrer des choses ?

Assistante familiale : Voilà, y a avait pas « de l'eau », « j'ai faim », « j'ai soif », « papa », « maman », y avait rien ! C'était que des « hein ! », des « hein ! », des « hein ! ».

Une autre variante des comportements langagiers qui inquiètent les professionnels consiste pour les enfants à parler beaucoup mais de manière totalement incompréhensible.

[Fin d'un entretien avec une assistante familiale] La petite fille confiée nous rejoint sur la terrasse, elle joue avec un ballon, elle vient très vite vers moi et me parle dans un langage globalement incompréhensible. Elle me donne une petite peluche. Elle parle

⁶ Les données ethnographiques corroborent ici les travaux statistiques effectués dans les Bouches-du-Rhône mettant en avant que les déficiences du langage et de la parole constituent le second trouble le plus diagnostiqué (26,4%) parmi les enfants de l'ASE faisant l'objet d'une notification MDPH (de Montaigne L., Bernard O., Da Fonseca D., Gaudart J., Richardson A., Sofferd M., Chabrol B., Dubus J.C, E. Bosduref E., 2015).

⁷ Dans ce cas, la suspicion de surdité induit la pratique de bilans ORL, tests dont fait l'expérience nombre d'enfants confiés   l'ASE au cours de leur petite enfance.

beaucoup. Nous rentrons dans la maison pour prendre le goûter. L'enfant continue à parler énormément, c'est un vrai moulin à paroles. Elle me montre son verre et le mien, je lui propose de trinquer, « tchin ! ». L'assistante familiale lui dit à plusieurs reprises qu'on ne comprend pas ce qu'elle raconte, elle essaie de lui faire répéter certains mots, mais la petite fille ne se prête pas du tout au jeu.

L'assistante familiale me raconte que la référente de l'enfant lui a demandé il y a quelques temps si ils parlaient une autre langue que le français à la maison : elle se demandait si la petite fille ne mélangeait pas deux langues.

▪ *Se masturber en public*

Les pratiques masturbatoires chez les jeunes enfants constituent un autre type de comportement qui attirent l'attention des professionnels. Toutefois, ce n'est pas en tant que telles qu'elles sont l'objet de préoccupation mais dans la mesure où elles présentent un caractère envahissant c'est-à-dire répétitif et surtout public. Comme le rappelle Michel Bozon dans un article consacré aux « significations sociales des actes sexuels », l'invisibilité des pratiques sexuelles est une « obligation sociale qui fait d'ailleurs de l'exhibitionnisme un délit » (Bozon, 1999 : 4). Cette norme d'invisibilité, rappelle l'auteur, est valable dans toutes les cultures et existe avant même la naissance de l'« intimité » dans les sociétés occidentales. Or, certains enfants pratiquent la masturbation en présence d'autrui. Voici le type de récit que nous avons pu recueillir :

Une assistante familiale explique qu'elle participe à un groupe de parole qui réunit plusieurs assistantes familiales. Elle me rapporte l'histoire que leur a racontée l'un de ses collègues. Celle-ci accueille une enfant qui « fait que se masturber. Un jour, elle a carrément joui à table pendant le repas ! »

Ces comportements que nous venons de décrire ne suscitent bien évidemment pas le même degré d'inquiétude et n'engendrent pas pour les professionnels le même niveau ni le même type de difficulté. C'est souvent en lien avec d'autres qu'un comportement va devenir « problématique ». Dans la pratique professionnelle, repérer s'il y a conjonction de plusieurs de ces comportements constitue d'ailleurs la référence pour établir s'il convient ou non de s'inquiéter.

Ces comportements présentent toutefois tous un écart par rapport à une norme implicite de ce que les bébés ou les jeunes enfants devraient avoir comme comportements. Dans la perception de ces déviations, l'âge constitue le principal étalon (le fait de faire ou ne pas faire telle chose à tel âge), mais celle-ci s'adosse aussi aux thématiques du non-contrôle des émotions, de la violence, de la sexualité en tant qu'éléments transgressifs de l'ordre social dans son ensemble.

On remarque enfin que certains comportements sont enchâssés dans une littérature psychopathologique connue, en vertu de quoi ils sont fortement identifiés et appréhendés d'emblée comme des signes cliniques – c'est le cas de la marche sur la pointe des pieds – tandis que d'autres sont en quelque sorte moins « connotés ».

Nous allons maintenant procéder à la socio-histoire des registres interprétatifs en présence.

B. Socio-histoire des principaux registres d'interprétation mobilisés

Le travail d'interprétation des comportements problématiques des enfants que produisent au quotidien les professionnels de l'ASE s'inscrit dans un paradigme commun : celui de la psychologie, qui en Occident domine la façon dont, au delà des « états mentaux »⁸, on conçoit aujourd'hui les personnes, leurs « raisons d'agir », envers eux-mêmes et avec les autres. La psychologie est un paradigme, au sens où elle détermine aujourd'hui la façon dont des acteurs sociaux voient le monde, donnent sens aussi bien aux relations sociales qu'aux conduites individuelles.

Le paradigme psychologique a une histoire. Sa montée en puissance au delà de la sphère scientifique est le fait d'acteurs et d'institutions. Il ne constitue pas un champ lisse et unifié : divers courants le traversent qui entretiennent entre eux des liens plus ou moins étroits, concurrentiels et conflictuels.

Les activités d'interprétation des comportements des enfants qui posent problème par les professionnels de l'ASE se déploient dans ce paysage en même temps qu'elles en sont une scène. Comprendre ce travail quotidien des professionnels nécessite donc d'entreprendre au préalable une sorte de cartographie socio-historique des registres en présence. Cela implique un travail de synthèse forcément un peu grossier de très nombreux travaux scientifiques et épistémologiques. Nous proposons toutefois quelques points de repères dont la compréhension nous semble utile pour appréhender *in fine* ce qu'il « se passe » dans le quotidien des pratiques professionnelles.

⁸ L'anthropologie de la santé nous permet de concevoir la psychologie comme un paradigme, c'est-à-dire un ensemble de représentations et croyances partagées et dominantes, distinct d'autres dans la manière dont les sociétés appréhendent la santé mentale. Le « magico-religieux », où la maladie est l'expression d'une intervention de modes invisibles, constitue un autre paradigme en vigueur dans certaines aires géographiques et milieux sociaux. Certains professionnels du soin, confrontés à cet autre paradigme dans la prise en charge de populations migrantes, ont développé la psychologie transculturelle dont nous avons d'ailleurs pu repérer la pratique sur le terrain dans le cas d'un placement.

Nous parlons dans cette étude de registres d'interprétation, au sens de références scientifiques qui se sont diffusées dans la société et font l'objet d'usages plus ou moins forts ou faibles (Morel, 2012) selon les professionnels rencontrés.

Aujourd'hui, il semble que le « monde psy » se caractérise par son « éclatement » (Dodier et Rabeharisoa, 2006). Dans la prise en charge des jeunes enfants confiés à l'ASE, nous avons identifié la co-présence de trois principaux registres interprétatifs : la psychologie d'inspiration psychanalytique, la théorie de l'attachement et l'approche neuro-scientifique.

1) Trois principaux registres

▪ *La psychologie d'inspiration psychanalytique*

La psychanalyse, inventée par Sigmund Freud à la fin du XIXe siècle, est à la fois une clinique et une théorie des comportements humains. Sa portée, révolutionnaire à l'époque où elle est formulée (Imbasciati, 2007), tient à la place centrale qu'elle attribue à l'inconscient dans la vie psychique de l'individu. « La psychanalyse propose par ailleurs une manière très particulière de penser le social, à travers son travail sur les dynamiques susceptibles d'être établies entre les pulsions inconscientes, leur refoulement, le statut des interdits, les processus de sublimation, et ultérieurement, dans la psychanalyse lacanienne, la place de la Loi. » (Dodier et Rabeharisoa, 2006 : § 5)

Si Freud intègre l'enfance dans ses travaux – à la fois pour penser les stades de développement du psychisme et mettre en exergue le rôle clé des événements vécus durant l'enfance dans l'explication des névroses –, les théoriciens et praticiens de la psychanalyse commencent réellement à s'intéresser aux enfants après la fin de la seconde guerre mondiale. Précisément, ils se penchent sur les processus psychiques propres aux enfants et s'interrogent sur la possibilité de mener avec eux un travail d'analyse. Ces questions sont à l'origine de travaux désormais classiques (Winnicott, Dolto) et aussi d'importantes controverses dans les années 1950, dont la plus célèbre est celle qui oppose les deux grandes figures de la psychanalyse britannique : Mélanie Klein et Anna Freud.

L'implantation de la psychanalyse a en France une histoire qui remonte au début du XXe. La diffusion de la psychanalyse dans les champs médical et social a cette particularité qu'elle se fait à travers des individus, regroupés en société (les associations de psychanalyse). Leur formation à cette discipline se fait *via* la fréquentation de cercles et la pratique, pour eux-mêmes, d'une psychanalyse. De fait, en France, la psychanalyse ne correspond ni à une discipline académique, ni à une profession réglementée (Lézé, 2010). Les professionnels du psychisme, du soin, de l'éducatif, qui mobilisent la psychanalyse comme registre interprétatif sont des personnes qui se sont individuellement formées à cette discipline. Ils



utilisent la psychanalyse dans leurs pratiques professionnelles en tant que psychologue, pédopsychiatres, éducateurs, assistants sociaux etc., et non en tant que psychanalystes.

A partir des années 1970 émerge en France une « culture psychanalytique de masse » (Castel, Le Cerf, 1980). Cette « vulgarisation » a pour principal canal le développement d'une presse et d'une édition généraliste et spécialisée en direction des profanes.

La « cause des enfants » en constitue l'un des principaux axes. Sous l'impulsion de certains psychanalystes, au premier rang desquels Françoise Dolto, se diffuse une nouvelle conception de l'enfant – personne à part entière – et de la relation éducative autour du « dire » par opposition au « faire » : il s'agit de « parler-vrai » à l'enfant (Garcia, 2011, Cecotti Stievenard, 2017). Les émissions radiophoniques auxquelles participe la pédiatre entre 1976 et 1978 sur France-Inter, sont un vecteur clé de diffusion de cette nouvelle façon de concevoir l'enfant.

Si cette conception renouvelée de l'enfant et des relations familiales imprègne nécessairement les professionnels en charge de l'enfance alors « inadaptée », la psychologie d'inspiration psychanalytique se diffuse dans le champ du travail social d'une façon spécifique.

Elle s'inscrit dans le processus de professionnalisation de ces métiers (Fablet, 2010). Aux « pionniers » de l'après-guerre, dont le travail a pour fondement la vocation, succède une génération d'éducateurs qui se questionne sur la façon dont concrètement ils agissent auprès des personnes qui leur sont confiées.

« Quels sont en définitive les savoirs sur lesquels les bonnes intentions sont susceptibles de s'étayer ? Et à partir de ceux-ci, comment mettre au point des modalités d'approche d'autrui dans la relation d'aide, afin de diagnostiquer les problèmes, de déterminer les solutions les plus appropriées et d'élaborer et suivre les démarches correspondantes censées y conduire ? Les réponses à ces questions commencent à être fournies dans la période des années 1950 et c'est principalement vers les diverses formes de psychologie dynamique que s'orienteront les professionnels du travail social. » Les travailleurs sociaux deviennent alors des « techniciens de la relation » (Castel, Le Cerf, 1980).

Cette culture « psy » que les professionnels s'approprient connaît des « variantes dans le temps : de la psychopédagogie à la psychanalyse ou au systémisme » (Chauvière, 2009 :30). La psychologie d'inspiration psychanalytique s'impose toutefois durablement à partir des années 1970 comme référence incontournable, à la fois pour penser les difficultés des enfants, mais également la manière dont les professionnels doivent interagir avec eux. Ainsi, elle tient une place centrale dans les supervisions et analyse de la pratique (Fablet, 2002)

que les travailleurs sociaux mettent en œuvre pour exercer leur réflexivité, garante de leur professionnalisme.

Parallèlement à l'essor de la psychanalyse dans le travail social, se développent dans le cadre de la psychiatrie de secteur les CMP et CMPP Créés dans les années 1950 pour remédier aux difficultés scolaires des enfants, ces structures connaissent à partir des années 1970 une phase de croissance sans précédent face à la massification de « l'échec scolaire », désormais érigé en problème public.

Fréquemment dirigés par des psychiatres-psychanalystes, les CMP/CMPP ont été et sont encore aujourd'hui des espaces privilégiés de diffusion de la psychanalyse comme registre interprétatif et de soin des difficultés des enfants (Castel, Le Cerf, 1980, Pinell et Zafiroopoulos, 1983, Morel, 2012).

▪ *La théorie de l'attachement*

La théorie de l'attachement est développée par John Bowlby, psychiatre anglais, dans les années 1950. Elle stipule que le bébé produit un certain nombre de « comportements instinctifs (tels que pleurer, s'accrocher, sucer, sourire) qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique » (Bowlby cité par Savard, 2010 : 10). Face à lui le « caregiver », en donnant au bébé soins et attention, devient alors sa figure d'attachement. Mais lorsque ce lien est mis à mal ou rompu, l'enfant s'en trouve fortement insécurisé et peut développer des troubles plus ou moins sévères, allant de la dépression à la difficulté à créer des liens avec autrui.

Sous la direction de John Bowlby, James Robertson repère ainsi les phases évolutives de la séparation durable chez le jeune enfant à partir d'observations en milieu hospitalier. Mary Salter Ainsworth, psychologue canadienne, donnera par la suite à la théorie de Bowlby un prolongement expérimental : c'est la « situation étrange », « situation standardisée de 7 épisodes de séparation et réunion » (Guédeney et Guédeney, 2009 : 6) qui permet de repérer des styles d'attachement mère-enfant (sécure, ambivalent, évitant).

En 1951, Bowlby est missionné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour faire le point sur les différents modes d'accueil en pouponnière à travers l'Europe. Il rassemble l'ensemble des travaux existant dans ce domaine dans une monographie, *Soins maternels et santé mentale*, publiée en 1951. « Il met l'accent sur les conséquences dramatiques d'une situation où l'enfant ne jouit pas d'un lien affectif, intime et constant, avec sa mère, ou un substitut maternel et qu'il désigne sous le nom de « carence de soins maternels ». » (Dugravier, 2006)



Parallèlement, à la même époque, René Spitz, psychiatre hongrois émigré aux USA, décrit les phases comportementales de déchéance psychique et physique, allant jusqu'au marasme, de bébés en pouponnières. Il est le premier à parler de dépression du nourrisson et définit le syndrome d'hospitalisme.

La théorie de l'attachement se développe donc dans le contexte d'après-guerre directement en lien avec l'analyse des situations d'enfants séparées de leurs parents (en fait à l'époque les mères) et placés en institution.

En France, les acteurs – ou plutôt les actrices – de la diffusion et de l'enrichissement de la théorie de l'attachement sont principalement Jenny Aubry, Geniève Appell et Myriam David.

En 1946, la pédiatre Jenny Aubry prend la tête de la Fondation Parent de Rosan, un foyer de l'assistance publique alors rattaché au service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré (Paris). Elle a lu les travaux de Spitz et Bowlby, qui, s'ils sont connus et reconnus sur la scène internationale, bénéficient d'une audience encore bien faible en France (Mougel-Cojocar, 2007). Avec Geneviève Appell, psychologue clinicienne, elles s'efforcent de transformer cette institution où les enfants sont dans un état de quasi-abandon et de grande détresse. Elles sont rejointes quelques temps après dans cette entreprise par Myriam David, pédiatre qui s'est formée aux Etats-Unis à ce qu'on n'appelle pas encore la pédopsychiatrie (Dugravier, Guédeney, 2006).

« Dès 1950, [Jenny Aubry] et son équipe travaillent en collaboration étroite avec l'équipe londonienne de John Bowlby à la Tavistock Clinic, avec l'aide financière du Centre international de l'enfance (CIE), à une étude des « effets produits sur le développement de la personnalité de l'enfant lorsqu'il est séparé de sa mère au cours du premier âge » (Dugravier, Guédeney, 2006 : § 20). Les résultats de cette recherche donnent naissance au livre ayant longtemps fait référence en France, *La carence de soins maternels* (Aubry, 1955).

A la suite de cette première expérience, David et Appell travaillent sur les facteurs de carences à la pouponnière Amyot et intègrent dans les années qui suivent le séminaire organisé par Bowlby sur l'attachement et les effets de séparation précoce. Ces travaux donneront lieu à un article sur les patterns d'interaction parents-enfants.

La spécificité de la posture de ces « pionnières » (Dugravier, Guédeney, 2006) réside dans le fait d'avoir toujours allié dans leur travail clinique, recherche, réflexion organisationnelle et formation auprès des professionnels (Dugravier, 2006).

Dans un second temps, Appell et David découvrent l'expérience menée en Hongrie par la pédiatre Emmi Pickler.



En 1967, à l'occasion d'une conférence au centre national de l'enfance, Geneviève Appell rencontre Judith Falk, directrice adjointe de l'institut national de méthodologie des maisons d'enfants de 0 à 3 ans, plus communément connu du nom de sa rue, Lóczy. Cette rencontre initiale donnera lieu à la visite de David et Appell à l'institut Lóczy en 1971. Le but de ce séjour est d'en comprendre le fonctionnement : elles observent le quotidien des enfants de la structure, décortiquent l'organisation qui y prévaut et discutent très régulièrement avec la pédiatre qui dirige l'institut : Emmi Pickler. En effet, comme le rappelle David et Appell, leur découverte de la pouponnière et des principes qui l'organisent ne va pas de soi, elle suscite chez elles « perplexité », « stupéfaction », voire « agacement ». Alors qu'en France, le débat est âpre entre les tenants du caractère irremplaçable et primordial de la mère et ceux qui ont la conviction qu'elle peut l'être, Emmi Pickler a développé une option claire : « si un jeune enfant ne peut être élevé par sa mère, la relation maternelle ne peut pas être reproduite, mais il est possible de lui offrir dans le cadre d'une collectivité une expérience tout à fait différente qui favorise son développement » (David, Appell, : 2016 : 45)

Cette « étrangeté » que constitue l'institut Lóczy réside dans le fait que Emmi Pickler est à la fois très préoccupée des effets carenciels que peut avoir le placement en institution sur les enfants et a organisé le fonctionnement l'institut en conséquence (alors qu'en France, le travail d'Appell et David pour faire évoluer les pratiques professionnelles est un combat), sans pour autant avoir comme référence – en tout cas à la fondation de l'institut en 1946 – les travaux sur l'attachement ni la psychanalyse de l'enfant (nous y reviendrons) ; elle donne par ailleurs une place primordiale à l'activité motrice libre du bébé : en effet, avant de fonder l'institut, elle a mené des recherches montrant que « le bébé est capable de réaliser ses différentes acquisitions motrices, de sa propre initiative, sans nécessiter d'enseignement de la part de l'adulte » (Rasse, Vamos, 2009), découverte qu'elle met en pratique à Lóczy.

En fait, l'institut est organisé sur le rapport dialectique entre deux grands principes : d'un côté, les enfants doivent avoir une relation affective privilégiée avec leur « auxiliaire personnelle ». Cette relation se construit dans les moments de soin individualisés au cours desquels les professionnelles portent une extrême attention aux enfants, leurs mouvements, leurs réactions, les font participer et agissent toujours avec douceur et constance. De l'autre, au cours des inter-soins, les enfants sont livrés à eux-mêmes et tout est organisé pour favoriser leur activité motrice libre : les enfants sont placés au sol dans des parcs ou les espaces extérieurs – qui tiennent une place centrale – avec des objets. « Ce qui frappe surtout, c'est combien dans l'ensemble les enfants sont actifs, autonomes et présentent peu de signes de frustration, ils jouent longuement, s'essayant encore et encore à vaincre les obstacles avec une ténacité étonnante et un plaisir intense évident » (David, Appel, 2016 : 99-100).



L'organisation de la pouponnière est donc fondée sur une alternance entre des moments où les professionnelles ont une relation directe et proche avec l'enfant pendant les soins et des relations indirectes et à distance pendant l'inter-soin.

David et Appell soulignent : « La diversité rigoureuse du temps entre « activité sans intervention de l'adulte » et « soins où l'adulte se consacre entièrement à l'enfant est, à cet égard, une discipline des plus intéressantes ». En dépit des apparences, elle donne à l'enfant plus qu'elle ne lui retire. Certes, elle comporte pour lui quelques frustrations à certains moments de son développement. Mais toute éducation en comporte nécessairement, et il semble bien qu'ici il existe une importante compensation : la possibilité d'avoir sa nurse à soi tout seul pour les soins qui, de plus, ont toujours un caractère agréable et reviennent sans faute au moment prévu et attendu. Cette certitude développe chez les enfants leurs capacités à attendre. Parallèlement, cette manière de faire permet à la nurse de se consacrer complètement à chaque enfant au moment des soins, sans être divisée intérieurement, ni culpabilisée de ne pas répondre aux demandes que les autres lui adressent et dont elle serait, comme chacun de nous, tentée de s'irriter ou auxquelles, à l'inverse, elle céderait ici et là de façon impulsive au gré de son humeur ou des circonstances. Non tiraillée, elle peut se laisser aller au plaisir d'être avec les enfants les uns après les autres. Tout ceci facilite la naissance et le développement de la relation privilégiée soulignée précédemment, tout en stimulant indirectement le développement psychomoteur au cours des périodes d'activité autonome ». p 181-182

A leur retour, Appell et David rendent compte de ce qu'elles ont observé sous la forme d'un livre « Lóczy ou le maternage insolite », édité en 1973. Ce livre décrit les principes de Lóczy et en fait le bilan. En sont discutés, de manière critique, les résultats sur les enfants : si ceux-ci présentent un développement harmonieux, acquièrent une « solide base narcissique », ont une « faculté à intérioriser les disciplines sur un mode positif », se posent pour Appel et David la question des effets de ce fonctionnement institutionnel sur la personnalité des enfants : alors que les enfants se construisent à travers le conflit, les enfants de Lóczy en sont totalement préservés « comment pourront-ils faire face plus tard, aux « conflits affectifs qui font partie intégrante de la vie de famille ? » (David, Appel, 2016 : 210) ? Est également interrogée leur capacité à « s'engager dans des relations affectives profondes » (David, Appell, 2016 : 210). Enfin, si on dénombre à Lóczy peu d'enfants « perturbés », leurs troubles sont appréhendés par les professionnelles sous l'angle de l'organicité ou de l'hérédité. David et Appell posent la question de ce qui pourrait être fait dans la prise en charge de ces enfants pour éviter qu'ils évoluent vers « un état psychotique » ou « un syndrome d'insatisfaction affective » (David, Appell, 2016 : 212).

A la fin des années 1970 en France, le mouvement de pensée autour des carences de soins en institution à l'intersection entre recherche et pratique, débouche sur l'« opération

pouponnière », qui correspond à « un ensemble d'actions de sensibilisation et formations initiée par le ministère des affaires sociales pour améliorer les conditions de vie des enfants en pouponnière » (Comité de pilotage de l'opération pouponnière, 1997)

Deux références y tiennent une place centrale : d'une part la recherche-action menée par Janine Levy et Danielle Rapoport, qui donne lieu en 1977 à des publications scientifiques et surtout à un film « Enfants en pouponnière demandent assistance » et sera à l'origine de la notion de bien-traitance ; de l'autre les travaux de Myriam David et Geneviève Appell rendant compte de l'expérience Pickler. Lóczy devient alors un « modèle » pour de nombreuses de pouponnières françaises.

▪ *Le registre neuroscientifique*

Les neurosciences se développent à partir des années 1980. Elles sont le fruit de la rencontre entre la psychologie cognitive, la neurobiologie, et l'informatique. Le développement des techniques d'imagerie cérébrale catalyse la montée en puissance de ce qu'on appelle aussi « la biologie de l'esprit ». « Elles regroupent un ensemble hétérogène de chercheurs et de praticiens : biologistes, neurologues, pédiatres, pédopsychiatres, neuropsychologues, psychologues cognitivistes, linguistes, spécialistes de l'intelligence artificielle, de l'imagerie cérébrale ou de la modélisation, etc. » (Morel, 2016 : paragraphe 5).

Les neuroscientifiques se sont d'abord intéressés aux activités cognitives fondamentales (comme la mémoire) puis se sont progressivement ouverts aux problématiques des émotions et des comportements sociaux, en lien avec les processus hormonaux. Les neurosciences se développent donc sur deux versants, l'un concerne les opérations mentales en jeu dans les processus d'apprentissage ; l'autre les états affectifs des individus et ses relations avec autrui.

Dans les années 1990, les neuroscientifiques s'intéressent aux maladies mentales : il s'agit de comprendre le fonctionnement « normal » du cerveau à partir de cas pathologiques. « Les neuroscientifiques se sont alors naturellement tournés vers les maladies mentales dont, depuis un demi-siècle, ils avaient, à quelques exceptions près, abandonné l'étude et la prise en charge aux psychiatres devenus très majoritairement psychodynamistes, sinon psychanalystes. Comme avant eux les psychologues du XIXe siècle – Taine ou Ribot, en France ; Bain, en Grande-Bretagne ; comme Freud lui-même – ils espéraient trouver dans les maladies mentales, selon une méthode datant de Claude Bernard, une expérimentation naturelle par défaut, qui leur permettrait de mieux comprendre les mécanismes du fonctionnement mental. » (Hochmann, 2007). Ces travaux amènent à une nouvelle façon de concevoir et de traiter certaines pathologies, dont l'autisme, nous y reviendrons.



Par ailleurs, l'étude du développement de la cognition chez l'enfant fait l'objet de très nombreux travaux. « Comment l'enfant apprend-il à parler, à lire, à écrire ou à compter ? Quels raisonnements met-il en œuvre ? Comment mémorise-t-il les informations qui lui sont transmises ? Comment apprend-il à être attentif, à focaliser son attention sur certaines tâches ? [...] Les enfants sont des sujets d'étude d'autant plus intéressants que la plasticité de leur cerveau en construction se prête particulièrement à la démarche expérimentale des chercheurs en NC [neurosciences cognitives] » (Morel, 2016 : § 6).

Les résultats produits par les neurosciences au sujet des processus d'apprentissage et des vécus émotionnels pénètrent progressivement le champ éducatif. A ce titre est significatif l'écho que rencontre actuellement l'expérience menée par Cécile Alvarez en zone d'éducation prioritaire fondée sur deux principales références théoriques : la pédagogie Montessori d'un côté, et la plasticité du cerveau de l'autre.

L'attraction que suscitent ces nouvelles théories dans l'éducation se donne aussi à voir à travers le succès que rencontrent aujourd'hui les ouvrages et « formations à la parentalité » proposés par Isabelle Filliozat (d'ailleurs citée en référence dans le « livret des AP » de la pouponnière enquêtée). Au sujet des colères enfantines par exemple, le discours proposé en « discipline positive » est fondé un modèle de fonctionnement du cerveau proposé par un neuropsychiatre américain, Daniel Siegel. Dans cette perspective, la colère est conçue comme une déconnexion du cortex préfrontal, siège de régulation de nos émotions, face à laquelle la solution consiste à tenir l'enfant contre soi, de manière à produire la sécrétion d'ocytocine, l'hormone qui « calme nos circuits nerveux ».⁹

Ces phénomènes de diffusion, d'appropriation et d'application des neurosciences hors des laboratoires où elles sont créées ne va pourtant pas de soi (Morel, 2016). L'hypothèse développée par Stanislas Morel est que l'approche scientifique proposée par les neurosciences les favorise : résolument pragmatiques et tournées vers l'action, elles allient la description des processus cognitifs à des propositions d'intervention dont elles analysent les résultats, auto-promouvant ainsi leur scientificité et leur efficacité.

« Ainsi, outre la fascination associée à la découverte des mystères du cerveau, une partie de l'attrait actuellement exercé par les NC est étroitement liée à l'espoir, entretenu à la fois par les chercheurs et par leurs auditoires, de résolution totale ou partielle de certains « problèmes » qui perturbent le fonctionnement de nos sociétés. » (Morel, 2016 : 3).

⁹ <http://papapositive.fr/colere-reaction-etre-ecoutee-isabelle-filliozat/>

Les trois registres interprétatifs que nous venons de décrire ne sont pas étanches les uns aux autres. Ils entretiennent entre eux des liens plus ou moins directs et conflictuels. Nous proposons ici d'en rendre compte au prisme des liens que la psychologie d'inspiration psychanalytique entretient avec la théorie de l'attachement d'un côté, l'approche neuroscientifique de l'autre. En tant qu'ensemble théorique le plus ancien et le plus influent sur le territoire français, la psychanalyse a eu à dialoguer avec les deux ensembles théoriques qui lui ont succédé.

2) Liens et concurrence entre les registres

▪ *Liens entre psychanalyse et théorie de l'attachement*

Historiquement, les scientifiques et praticiens – présentés plus haut – qui ont développé, diffusé et enrichi la théorie de l'attachement ne sont pas étrangers à la psychanalyse. Bowlby a pratiqué une psychanalyse avec une proche d'une des plus influentes psychanalystes britanniques de l'après-guerre, Mélanie Klein, avec qui il entretient par ailleurs des liens. Il a également collaboré avec Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste qui a travaillé sur les relations précoces mère-enfant et la place du jeu dans le développement psychique des tout-petits, et à qui on doit la notion d' « objet transitionnel » aujourd'hui largement diffusée. En France, Jenny Aubry, Myriam David et Geneviève Appell ont toutes été formées à la psychanalyse, par l'expérience personnelle d'une analyse et leur formation professionnelle. Jenny Aubry rencontre Anna Freud, autre figure majeure de la psychanalyse britannique, rencontre à la suite de laquelle elle entame une psychanalyse. Myriam David y est initiée sur le plan clinique lors de son séjour aux Etats-Unis par James Jackson Putnam, neurologue qui est l'un des plus importants propagateurs de la psychanalyse sur le sol américain. Cet ensemble théorique constitue pour les trois pionnières des carences de soin maternels en France un outil pour penser et prendre en charge les difficultés et souffrances des jeunes enfants qu'elles rencontrent dans les établissements où elles travaillent ensuite.

Il existe cependant un désaccord théorique entre théorie de l'attachement et psychanalyse qui se déploie sur la scène britannique et ont pour décor les « controverses scientifiques »¹⁰ qui se déroulent dans l'après-guerre au sein du mouvement psychanalytique outre-Manche.

Ce désaccord porte essentiellement la remise en cause par Bowlby de la théorie des pulsions que Freud a élaborée pour donner une explication globale du fonctionnement psychique -

¹⁰ [https://fr.wikipedia.org/wiki/Les_Controverse Anna_Freud-Melanie_Klein_\(1941-1945\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Les_Controverse Anna_Freud-Melanie_Klein_(1941-1945))

qu'il a appelé « métapsychologie » - en y intégrant l'inconscient. On peut la résumer ainsi : les individus sont pris entre des pulsions contradictoires (libido versus agression) qui se heurtent de surcroît aux règles de la société fondée sur le contrôle des pulsions. « Freud a adopté le modèle de la neurophysiologie du XIX^e siècle, dominée par les études électrophysiologiques : celles-ci, impliquant l'observation de charges électriques, suggéraient l'idée d'un flux d'énergie à la base du fonctionnement cérébral. Il était ensuite logique de transposer cette conception en une explication des processus mentaux. D'autres principes des sciences de cette époque, tels que ceux de la thermodynamique, de l'homéostasie, des vases communicants, ont contribué à la formulation freudienne du concept de pulsion, puis d'une dynamique plus générale des quanta d'énergie qui, avec l'économie en découlant, auraient expliqué l'origine et le développement de l'« appareil » mental. Cette théorie avait d'ailleurs le mérite d'offrir à Freud une stratégie politique d'affirmation de la psychanalyse comme science, s'appuyant sur une théorie « forte » car en accord avec celle des autres sciences contemporaines. » (Imbasciati, 2007)

« Pour Bowlby, la psychanalyse en tant que science se doit d'utiliser les modèles pertinents de son époque » (Guédeney et Guédeney, 2009 : 64). Aux modèles de la thermodynamique et de l'hydraulique, il substitue ceux de la cybernétique, de la théorie de l'information et des systèmes, et surtout de l'éthologie.

Bowlby propose ainsi à la place de la théorie des pulsions « un ensemble de systèmes innés de comportements qui sont à la recherche de la relation » (Guédeney et Guédeney, 2009 : 64) : c'est pour survivre que le bébé se met à téter, s'accrocher, sourire, suivre du regard et pleurer. Il s'agit d'attirer et fixer l'attention de son « caregiver » de manière à ce qu'il devienne la « figure d'attachement » dont il a besoin pour se développer.

Ce point de divergence initial va induire des différences quant aux centres d'intérêt cliniques et théoriques que privilégient les deux registres : si la psychanalyse s'intéresse principalement à la description du paysage intra-psychique, la théorie de l'attachement a pour principal objet la description du paysage interpersonnel (Guédeney et Guédeney, 2009).

La théorie de l'attachement met du temps à se diffuser en France, en raison de l'influence très forte qu'y exerce la psychanalyse (Guédeney et Guédeney, 2009). Michel Soulé, Serge Lebovici, Bernard Golse, qui sont à l'origine du développement de la psychanalyse précoce sur le territoire hexagonal font au cours des années 1980 et 1990 le lien entre psychanalyse et théorie de l'attachement dans le cadre de la pédopsychiatrie.

Cette jonction passe également par le travail entrepris dans le cadre de l'association Pickler-Lóczy de France, fondée en 1984, « comme réponse à la demande croissante d'information



et de formation en France » et espace d'approfondissement de la compréhension des idées d'Emmi Pickler au regard d'autres courants de pensée, en premier rang desquels la psychanalyse (David, Appell, 2015).

En effet, comme le rappelle Geneviève Appell dans sa postface à *Lóczy ou le maternage insolite* « alors que sur le plan clinique nous nous rencontrons, nos cultures professionnelles et nos références théoriques diffèrent trop » (David, Appell, 2015 : 219), « notamment avec la psychanalyse » ajoute-t-elle quelques pages plus loin (David, Appell, 2015 : 222)

Plusieurs colloques et journées sont organisés au tournant des années 1990. Ainsi les journées de mars 1994 « du corporel au psychique » sont « consacrées à la confrontation du corpus d'idées sous-tendant le travail de l'Institut Emmi-Pickler avec d'autres théories, notamment celles de Winnicott » (David, Appell, 2015 : 230). Ils donneront lieu, sur l'initiative de Serge Lebovici, à des groupes de travail dont les réflexions seront exposées lors de congrès internationaux de psychiatrie de l'enfant.

Bernard Golse, dans sa préface à la nouvelle édition de *Lóczy ou maternage insolite*, pointe la « dialectique à double sens, permettant certes, de faire connaître en France les travaux de l'institut Pickler, mais aussi, à l'inverse, d'ouvrir cet institut à la clinique et à la réflexion psychodynamique » que Myriam David, Geneviève Appell et Emmi Pickler ont initiées (David, Appell, 2015 : 15).

Si Geneviève Appell parle d' « affinement mutuel de la pensée », du côté français, il semble bien que l'appropriation du « modèle » Lóczy ait pris la forme d'un métissage avec la psychanalyse.

Psychanalyse et théorie de l'attachement s'opposent donc sur le plan théorique et induisent des pratiques cliniques différentes : tandis que la première est globalement une théorie du sujet et s'intéresse aux processus intra-psychiques, la seconde est une théorie de la relation et s'intéresse prioritairement aux processus psychiques liant parents et enfants. L'une et l'autre convergent toutefois sur un point, dont l'influence dans les prises en charge institutionnelles des plus jeunes aussi bien que sur l'économie des relations familiales, doit être soulignée : le rôle que l'une et l'autre accordent à la relation primaire entre l'enfant et sa mère pour penser le développement du bébé et du jeune enfant et interpréter les comportements inquiétants et problématiques qu'ils sont susceptibles de déployer au cours de la petite enfance.



▪ *Concurrence entre la psychologie d'interprétation psychanalytique et l'approche neuroscientifique*

Les neurosciences, de par le modèle explicatif des conduites individuelles qu'elles déploient, et plus spécifiquement des troubles – allant des difficultés d'apprentissage aux pathologies psychiatriques –, et de part les moyens qu'elles proposent pour y remédier, constituent un registre concurrent à la psychologie d'inspiration psychanalytique.

La psychanalyse propose en effet une approche psychodynamique du fonctionnement : c'est la théorie des pulsions présentée plus haut. L'approche proposée par les neurosciences est pour sa part organique : elle explique les troubles par le fonctionnement du cerveau. Là où la psychanalyse propose une théorie, l'approche neuroscientifique produit des images.

Les débats entre tenants d'une approche psychanalytique versus neurocomportementale des troubles peuvent être résumés ainsi : les premiers reprochent aux seconds de prôner un « réductionnisme biologique » qui ne prend nullement en compte l'histoire des individus et présentent le risque de les « figer » dans leur maladie. Ici surgit le spectre d'un retour à la conception de la maladie mentale préexistante à l'avènement de la psychanalyse, comme relevant de tares et de l'hérédité.

Du côté des partisans de l'approche neuroscientifique est mis en accusation l'inefficacité de la psychanalyse (Lézé, 2006), son incapacité à produire du mieux-être et plus encore à guérir les individus.

La montée en puissance d'une « psychiatrie des preuves » (Dodier et Rabeharisoa, 2006) participe de cette disqualification de la psychanalyse : en effet, les neurosciences, qui sont structurées autour de l'évaluation de leurs remédiations, sont capables de prouver expérimentalement leur efficacité, ce dont les professionnels se réclamant de la psychanalyse ne font pas, et se refusent de surcroît de faire (Lézé, 2006 ; Morel, 2016).

En ce qui concerne les enfants, ces débats se déclinent de façon spécifique et particulièrement virulente : la psychologie d'inspiration psychanalytique a placé les relations parents-enfants – et pendant longtemps exclusivement la relation mère-enfant – au centre des difficultés de ces derniers (Neyrand, 2000).

A contrario, la question de la responsabilité familiale se trouve évacuée de l'approche neuroscientifique. Centrée sur la description de processus cognitifs et l'élaboration de prises en charge permettant d'y remédier, elle laisse largement de côté la question des causes des troubles des enfants.



Nous présentons ici deux catégories de troubles pour lesquels on repère un basculement dans le registre dominant d'interprétation, de la psychanalyse à l'approche neuroscientifique : l'autisme et les troubles des apprentissages.

- *L'autisme*

La façon dont la psychanalyse a été disqualifiée dans le cadre de l'autisme est exemplaire de cette montée en puissance de l'approche neuro-scientifique. Dans cette évolution, les associations de parents d'enfants autistes jouent un rôle de premier plan (Médadel, 2006).

Contre les discours des professionnels du soin, qui s'appuyant sur la psychanalyse, « font de l'enfant autiste un psychotique et de ses parents, et singulièrement de sa mère, la cause principale de ses troubles » (Meadel, 2006), les familles mobilisent l'approche neuroscientifique qui établit l'autisme comme une maladie neurologique.

A partir de 2005 se succèdent en France les « plans autisme » dans l'élaboration desquels les associations de parents font office de *lobby*. Ces plans donnent naissance aux centres de ressources autisme (CRA) qui sont implantés dans chaque région. Les méthodes d'éducation, fondées sur des interventions cognitives et comportementales, notamment ABA, TEACCH et PECS, y sont progressivement l'objet de formations. En 2012, La Haute autorité de santé, organisme public indépendant, classe les « approches psychanalytiques » comme « non-consensuelles » dans la prise en charge de l'autisme. Le troisième « plan autisme », établi pour la période 2013-2017 préconise de poser des diagnostics avant deux ans¹¹.

Aujourd'hui, on repère le développement d'une littérature qui prône de sortir de la controverse en construisant une articulation entre approche psychanalytique et neuroscientifique de l'autisme (Golse, 2010, Hochmann, 2007, Imbasciati, 2007)

- *Les troubles des apprentissages*

La notion même de « troubles des apprentissages » est le reflet de la « médicalisation de l'échec scolaire » qui caractérise la façon dont sont appréhendées et prises en charge les difficultés scolaires des enfants depuis le tournant des années 1990. La médicalisation correspond au « processus qui conduit un élève en difficulté dans le cadre scolaire à être appréhendé en tant qu'individu nécessitant des "soins" » (Diter citant Morel, 2014 : § 2).

Dans ce processus, le recours aux neurosciences comme modèle explicatif et de soin au détriment du registre psychanalytique est aujourd'hui croissant : si dans le cadre

¹¹ <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf>



interprétatif de cette dernière « l'échec scolaire est le signe d'un ensemble plus large de troubles psychoaffectifs, souvent inconscients, qu'il convient de détecter et de soigner par des psychothérapies », dans le registre neuroscientifique, l'échec scolaire est « un trouble d'origine organique voire génétique qui doit être mesuré et classé à l'aide d'épreuves standardisées » (Diter, 2014 : paragraphe 5). « Ainsi, dans le domaine de la lecture, où la compréhension des textes et la prise en compte du plaisir de lire ont été longtemps privilégiés, les NC [neurosciences cognitives] firent de l'intensification des exercices visant à améliorer la conscience phonologique (familiarité avec les structures élémentaires du langage) et, en particulier, du travail de décodage grapho-phonémique, la condition *sine qua non* de l'amélioration des performances, prouvée en laboratoire, de tous les élèves dans le domaine de la lecture. » (Morel, 2016 : paragraphe 19).

Ici aussi, l'approche neuroscientifique, perçue comme déculpabilisante et efficace au regard du registre psychanalytique, est soutenue par des associations de parents.

Progressivement, les troubles des apprentissages sont constitués en problème de santé publique, tandis que l'approche neuroscientifique est intégrée au référentiel de compétences des enseignants. Depuis le début des années 2000, plusieurs « plans d'action » élaborés par les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé ont pour objectif d'améliorer la détection et la prise en charge des enfants atteints par ces troubles.

Dans le cas de l'autisme comme des troubles des apprentissages se donne donc à voir un processus identique : les pouvoirs publics, en lien avec des associations de parents, légifèrent en faveur de ces approches neuro-développementales. Toutefois, il convient de nuancer l'idée d'un « déclin de la psychanalyse ». Comme le souligne Samuel Lézé « la psychanalyse perdure en tant que référence théorique, critique et clinique en psychiatrie aussi bien qu'en psychologie, et ce d'autant quelle propose une théorie riche et structurée. » (Daccache, 2017). Certaines institutions, comme les CMPP, restent très fortement marquées par la psychologie d'inspiration psychanalytique. Chez les professionnels, que cela soit dans le domaine du soin et de l'éducatif, des effets de génération sont à l'œuvre, qu'il conviendrait d'étudier.

Psychologie d'inspiration psychanalytique, théorie de l'attachement et approche neuroscientifique, ces trois registres d'interprétation ont des histoires qui lient des productions scientifiques, des acteurs sociaux et des institutions. Ils entretiennent entre eux des liens, de filiation et de concurrence. On remarque enfin qu'ils sont en même temps des modèles explicatifs des difficultés des enfants et des modèles de soin. Il s'agit donc de registres théorico-pratiques (Morel, 2012) qui permettent à la fois de penser ce qu'« ont » les enfants et comment interagir avec eux.

C. La question des comportements qui posent problème et la problématique de l'incertitude

De manière un peu schématique, on peut dire que les pratiques professionnelles se situent à l'intersection des comportements qui posent problème décrits dans le premier chapitre de cette partie et d'un ensemble de registres interprétatifs dont nous venons de retracer à grands traits la socio-histoire.

Face aux premiers, ils prélèvent dans les seconds pour tenter de donner du sens aux difficultés et à la charge émotionnelle qu'induit leur confrontation aux modes d'expression des enfants dont ils s'occupent qui, pour le dire vite, ne vont pas bien.

1) Produire des interprétations dans un contexte d'incertitude

Les professionnels produisent donc au quotidien des interprétations en situation, qui s'articulent à la fois à leur niveau de connaissance des théories scientifiques et à leur place dans l'organisation institutionnelle.

Interpréter les comportements des enfants est une pratique ordinaire, qui traverse l'ensemble des équipes, se déploie de manière formelle et informelle, est l'objet de nombreuses discussions – mais aussi de tensions et de désaccords nous le verrons – entre les différents professionnels. Cette production continue d'interprétations constitue en quelque sorte le « bruit de fond » de l'activité professionnelle.

Certes, les pratiques consistant à observer et évaluer sont enseignées en formation, pratiquées et considérées par les équipes comme des compétences professionnelles. Elles sont à certains moments structurées sous forme d'écrits formalisés qui ponctuent et déterminent les prises en charge.

Il y a par ailleurs, parmi les professionnels prenant en charge les jeunes enfants confiés de nombreux psychologues dont l'interprétation est au cœur du métier. On repère par ailleurs un discours commun qui consiste à prôner la nécessité d'une rigueur et d'une prudence d'interprétation. En entretien, les professionnels, qui ne sont pas professionnels du psychisme, mettent souvent en avant le fait qu'ils doivent se contenter de faire et recouper des observations, ou bien déploient une rhétorique consistant à prévenir qu'ils sont dans le registre de la subjectivité. En voici un exemple :

Entretien avec une assistante familiale : « Cet enfant a subi plusieurs arrachements parce que quand il a été ramené à la pouponnière, c'est la brigade des mineurs, quand même, qui a été le chercher... Donc on a toujours l'impression qu'il y a un arrachement, quelque part, pour cet enfant. D'ailleurs, dans son comportement, on peut le



comprendre. Après, je suis pas psychologue, donc j'en réfère toujours. Mais du ressenti que moi, je peux avoir, personnellement, on sent que cet enfant a été dans l'instabilité, dans l'arrachement. »

Pour autant, dans le même temps, on observe que l'ensemble des professionnels qui participent à l'accueil des enfants confiés produit quotidiennement des interprétations face aux comportements des enfants difficilement gérables et/ ou qui suscitent leur inquiétude.¹²

Notre hypothèse est que cette activité interprétative « à bas bruit » remplit une fonction dans le travail quotidien : permettre de « réduire l'incertitude » (Lignier, 2015)¹³ quant aux modes d'expression des enfants qui posent problème, et bien souvent désespèrent. L'anthropologie de la santé a pointé la nécessité pour les hommes de donner du sens à la maladie (Augé, Herzlich, 1983). Nous pensons que ces discours interprétatifs ordinaires constituent une manière pour les professionnels de se doter de « prises » pour statuer sur ce qu'a l'enfant et ce qu'il aura.

Dans le cadre des professions de la protection de l'enfance, cette question des comportements enfantins problématiques prend place dans une activité globalement marquée par l'importance qu'y tiennent les interrogations sur la nature de ce qui doit être fait. Ces métiers relèvent en effet de ce qu'en sociologie des professions des « activités prudentielles »¹⁴.

Ce type d'activité se distingue d'autres par deux principaux traits :

- la singularité des cas auxquels les professionnels sont confrontés
- le fait de travailler sur des situations dont la complexité rend l'analyse potentiellement infinie

« Ainsi, singularité et complexité sont sources d'une incertitude qui, pour des raisons épistémiques, peut être totalement irréductible, quels que soient les moyens mis en œuvre [...] Ce travail ne consiste pas – ou pas principalement – à appliquer mécaniquement des

¹² Cette réalité des pratiques quotidiennes correspond sur le plan macro-sociologique au résultat conjoint de deux processus socio-historiques globaux : d'un côté, la diffusion d'une « culture psychologique de masse (Castel, 1980), dont nous avons déjà parlé ; de l'autre, une transformation des relations entre professionnels du soin et patients, avec une perte du monopole d'expertise des premiers au profit des seconds (Moujid, Carrère, 2000).

¹³ Dans un article paru en 2015, à partir de ces travaux portant sur les enfants identifiés comme « intellectuellement précoces », Wilfried Lignier propose le concept d' « identification cognitive » des enfants pour penser la façon dont nos sociétés tentent de réduire l'incertitude sur ce que l'on peut « raisonnablement espérer (des enfants) ou au contraire laisser craindre ».

¹⁴ Nous rejoignons ici l'analyse proposée par l'ONPE dans son rapport sur l'accueil familial (ONED, 2015)

routines ou des savoirs scientifiques. Face à des problèmes singuliers et complexes, les professionnels prennent des décisions qui comportent parfois une forte dimension de pari : le travail est alors conjecturel parce qu'il porte sur une réalité qui échappe à toute maîtrise systématique. Mais la conjecture doit être le mieux informée possible : les professionnels doivent s'engager dans une analyse approfondie du cas dont ils traitent, et dans une délibération sur ce que les observations leur permettent de comprendre. On retrouve ici les idées de réflexivité ou d'inférence : c'est bien parce que la réponse ne coule pas de source qu'une délibération plus ou moins longue du professionnel est nécessaire. » (Champy, 2012 : 81-82)

2) Quelques questions récurrentes

Dans ce contexte, nous avons repéré que certaines questions reviennent de manière récurrente à propos des comportements des jeunes enfants confiés qui posent problème. Elles constituent des points de débat qui peuvent se prolonger indéfiniment.

▪ *Stade de développement normal ou expression d'un trouble ?*

Un premier type de débat apparaît fréquemment au sujet de l'identité à attribuer à tel ou tel comportement de l'enfant : s'agit-il d'un comportement « normal », c'est-à-dire observé pour la majorité des enfants de la tranche d'âge concerné, ou bien d'un comportement atypique qui serait potentiellement le signe de l'existence d'un trouble plus sévère ? Ici, la question de la comparaison entre enfants, et donc l'existence de normes quant au développement des enfants jouent un rôle central.

Une assistante familiale explique ainsi en entretien : « Toutes ces questions entre deux et quatre ans, c'est ça qui est délicat : qu'est-ce qui relève d'un gamin normal, et qu'est-ce qui relève d'un gamin de placement ? »

Etre sujet à des réveils nocturnes peut ainsi à la fois être perçue comme l'expression d'un mal-être chez un enfant ou être considéré comme un comportement banal, observable chez de nombreux enfants du même âge.

En ce qui concerne les jeunes enfants, les colères sont particulièrement l'objet de ce type de débat. En effet, les notions de « crise des deux ans » ou « *terrible two* » ou encore « petite adolescence » sont aujourd'hui communément partagées. L'idée que l'enfant, aux alentours de deux ans, est dans la contestation, façonne la façon dont les adultes perçoivent et réagissent aux colères qu'il peut manifester. La question se pose alors de savoir si les colères des jeunes enfants confiés à l'ASE relèvent ou non de cette modalité anodine voire nécessaire d'expression, stade normal du développement de l'enfant.

Une assistante familiale explique à propos d'un petit garçon sujet à de violentes colères : « Après, moi, le collègue qui était dans ma formation, on parlait à un moment-donné de la violence dans un cours, et pendant la récré, [rires], donc j'en parlais avec lui, et il me disait : mais moi, mon petit-fils, à l'âge qu'a [prénom du petit garçon placé] aujourd'hui, il m'a levé la main dessus ! Il me dit, dans un contexte tout à fait harmonieux... enfin voilà. Donc après, y'a un passage dans la vie de l'enfant, où le gamin va avoir du mal avec la frustration, va avoir du mal avec le « non », et va tenter de lever la main... va essayer, quoi. Donc est-ce qu'on en est là avec [prénom de l'enfant placé], ou est-ce que c'est un truc plus profond... c'est l'avenir qui le dira !

▪ ***Troubles de l'adaptation ou troubles du développement ?***

Un second type de débat ponctue de manière récurrente les discussions entre professionnels auxquels les comportements inquiétants des enfants donnent lieu : l'enfant développe-t-il des troubles de l'adaptation ou a-t-on affaire à des troubles du développement ?

Les professionnels de la protection de l'enfance partagent l'idée selon laquelle le placement est en soi une expérience profondément perturbante, qui a nécessairement un impact négatif sur les comportements des enfants, et ce d'autant plus qu'elle vient s'ajouter aux événements graves survenus dans les familles, à l'origine de celui-ci.

Lorsqu'un jeune enfant développe des comportements posent problème en début de placement, il est généralement admis qu'il s'agit « troubles réactionnels ». On considère alors que si on laisse à l'enfant le temps de « se poser », d'« atterrir », ces comportements cesseront.

Entretien avec un pédopsychiatre : Alors, troubles de l'adaptation...bon, tous les enfants de l'ASE qui arrivent dans les foyers, dans les familles d'accueil sont fracassés. Les gamins placés, ils ont vécu des choses telles qu'il y a un placement qui a été demandé, c'est jamais rien, c'est vraiment pour des choses très graves, avérées etc...donc, ils sont dans des états affectifs de carences diverses, de maltraitements massives éventuellement. Donc, c'est des gamins qui ont des parcours de vie euh...chaotiques, ils vont super mal. Ils arrivent dans des lieux, ils mettent un certain temps à atterrir, à...ils ont de toute façon des manifestations de mal-être, c'est évident !

Ce temps d'adaptation peut être plus ou moins long. Pour la pédopsychiatre citée ci-dessus :

« Ça dure un certain temps l'atterrissage...et le fait que, tout d'un coup, il y est un environnement accueillant, plus adapté, qui est moins dysfonctionnel, qui est moins tordu, moins pervers, moins violent, un truc un peu qui tient debout, qui tient la route...que dans ce cadre là, ils s'apaisent petit à petit, les manifestations se calment

petit à petit...ça met du temps hein ! Moi, je trouve que souvent, ça met un ou deux ans. »

Un désaccord peut alors se manifester entre professionnels sur la nature des comportements problématiques observés : tandis que les uns peuvent adhérer à une lecture de la situation en termes de « troubles de l'adaptation », les autres vont faire valoir qu'il s'agit de troubles plus profonds, qui ne vont pas cesser, mais au contraire se développer si aucune démarche de soin n'est mise en place.

A mesure que le temps passe, si les comportements inquiétants persistent, le désaccord va se marquer de manière de plus en plus importante, puis l'interprétation basculer du côté de l'existence chez tel ou tel enfant de « troubles du développement ».

▪ *Troubles de l'attachement ou troubles autistiques ?*

Lorsqu'un consensus se dégage entre les professionnels pour considérer que les comportements de l'enfant sont la manifestation d'un trouble profond, un troisième type de débat récurrent consiste à se demander si ces difficultés relèvent de troubles de l'attachement ou de troubles autistiques. La nature des interactions que les enfants développent avec les adultes qui l'entourent, qu'elles se distinguent par une demande très forte, une forte ambivalence ou un retrait important est, dans un cas comme dans l'autre, au centre des questionnements.

Comme l'explique une pédopsychiatre en entretien « les enfants qui ont des gros troubles de l'attachement ont des symptomatologies pseudo-autistiques. »

Le recours à la pédopsychiatrie se fait d'ailleurs souvent en lien avec cette question : les professionnels de la protection de l'enfance remettent au corps médical le soin de trancher de quoi il s'agit : l'enfant manifeste-t-il des troubles de l'attachement ou son cas relève-t-il d'une pathologie lourde, appréhendée dans un registre neuro-développemental ?

▪ *Qui est responsable du trouble ?*

Un dernier type de débat apparaît particulièrement prégnant : il concerne la responsabilité des difficultés de l'enfant. A qui peut-on et doit-on imputer le développement chez l'enfant de comportements inquiétants et qui posent problème ? Nous avons ici affaire à une déclinaison spécifique de la recherche des causes des difficultés de l'enfant qui se concentre sur des individus et/ou des prises en charge institutionnelle.

- *Point de vue des parents*



Du point de vue des parents, les professionnels de la protection de l'enfance sont bien souvent tenus pour responsables des comportements de leurs enfants qui suscitent leur inquiétude et posent problème.

Plusieurs témoignages de professionnels pointent le fait que les parents ont recours de manière croissante au service d'avocats, et soulignent comment la séparation d'avec les parents est au centre de l'argumentaire que déploient ces derniers dans les plaidoiries : l'enfant va mal parce qu'il ne voit plus ses parents, en vertu de quoi sera demandé que l'enfant soit rendu, ou que le droit de visite ou d'hébergement soit étendu. D'après les professionnels, les juges semblent relativement sensibles à cet argumentaire puisqu'ils accordent selon eux de plus en plus de visites aux parents.

S'il se donne à voir et se met en scène dans le champ judiciaire, ce point de vue des parents se décline également dans la sphère du quotidien, et intervient dans les relations entre équipes accueillantes et les parents d'enfants confiés comme le montre l'exemple suivant :

[prénom de l'enfant], âgé de 5 ans et demi, est considérée comme une enfant difficile par l'équipe qui l'accueille. Celle-ci passe pendant plusieurs mois les week-ends chez sa mère, mais ces moments partagés sont ponctués de tension. Le père rend régulièrement compte à l'équipe des comportements de [prénom de l'enfant] qu'elle juge problématiques. L'un des éducateurs raconte ainsi que la mère a appelé, paniquée, pour dire que sa fille se cognait la tête contre le mur en rigolant. Il dit : « la mère a du se dire que sa fille était barjot, il a du se faire un film d'horreur dans sa tête, ça a du être une image très angoissante pour lui ! ». Il l'explique que la mère l'a interpellé sur le fait que sa fille soit devenue « comme ça ».

- *Point de vue des professionnels*

Du point de vue des professionnels, les parents sont responsables des comportements des enfants qui les inquiètent et leur posent problème. Cet axiome est au fondement même de la protection de l'enfance et du travail qui consiste à « réparer » des enfants dont les premiers mois de vie ont été marqués par diverses maltraitances ou carences. Dans les discours, les comportements conçus comme problématiques sont alors renvoyés à la vie des enfants antérieure au placement, quand bien même on ne sait pas précisément quelles en sont les causes.

Cependant, ce discours coexiste chez les professionnels avec un autre, incriminant le trop grand nombre de ruptures subies par les enfants au cours de leurs trajectoires de placement : rupture avec le ou les parent(s), rupture avec le personnel de la pouponnière, rupture avec une première assistante familiale, rupture avec l'équipe d'une MECS, etc. Nous reviendrons sur cette dernière question en conclusion de ce rapport.



Transition

Nous venons de présenter la description des comportements problématiques d'un côté, les registres d'interprétation mobilisés de l'autre, et un ensemble de questions récurrentes qui apparaissent de manière transversale pour des professionnels qui développent des activités prudentielles dans un contexte de forte incertitude. Nous allons maintenant nous intéresser aux articulations entre ces comportements et ces registres dans le concret des pratiques professionnelles, au cours de la prise en charge de situations précises. Le propos de la seconde partie de ce rapport est donc d'analyser les configurations de discussion auxquelles donnent lieu certains modes d'expression des enfants, dans les trois types de placement enquêtés : pouponnière, placement familial et MECS verticale.

Pour aborder cette partie, il convient d'avoir à l'esprit deux choses :

- dans ces processus, nous avons affaire à des acteurs de trois types :
 - des professionnels du psychisme (psychologues, pédopsychiatres)
 - des professionnels de l'éducatif ou de la petite enfance (assistantes sociales, éducateurs, EJE, AP, assistantes familiales) dont la psychologie n'est pas le cœur de métier, mais fait partie de leur formation
 - d'autres professionnels du soin (orthophonistes, psychomotriciens, pédiatres etc.) qui à l'instar des professionnels de l'éducatif ou de la petite enfance ont été partiellement formés à la psychologie.
- selon le mode de placement, les configurations entre ces métiers dans les prises en charge ne sont pas identiques, les rapports entre ces différentes catégories de professionnels se sont pas organisés de la même manière par l'institution.

Nous allons donc tenter de décrire ces configurations en y intégrant, au-delà des équipes accueillantes, les équipes enfance et les fréquents « partenaires » qui se trouvent impliqués dans la discussion des comportements des enfants qui posent problème et la façon d'y remédier.



III. CONFIGURATIONS DE DISCUSSION AU SUJET DES COMPORTEMENTS ENFANTINS QUI POSENT PROBLEME

Cette partie a pour but de présenter différentes configurations de discussion au sujet des comportements enfantins qui posent problème dans les trois modes de placement enquêtés : pouponnière, familles d'accueil et MECS. Une dernière est par ailleurs consacrée à la trajectoire d'un enfant sur le temps long du placement, depuis son entrée à la pouponnière jusqu'à son arrivée en MECS.

Lors des terrains ethnographiques entrepris, nous avons eu la possibilité d'une part d'assister à des discussions entre les professionnels, d'autre part de recueillir de récits de discussion lors d'entretiens. Des problématiques communes traversent ces conversations observées ou rapportées : qu'est-ce que l'enfant fait ; qu'est-ce que l'enfant « a » ; qu'est-ce qui doit être fait pour l'enfant ?

Dit autrement, ces configurations de discussion articulent des ensembles de signes, des registres d'interprétation, des répertoires d'action. Nous avons donc tenté de rendre compte des activités professionnelles dans ces trois dimensions.

Bien entendu, signes, interprétations et actions ne se déroulent pas de manière chronologique dans le quotidien des professionnels. Ces activités se caractérisent au contraire par leur entremêlement et une multiplicité d'aller-retour. Les analyses que nous proposons dans cette partie s'affrontent par ailleurs à la gageure de rendre compte de ces configurations de discussion de façon exhaustive. En effet, les activités prudentielles se caractérisent en partie par leur insaisissabilité (fugacité des échanges non-verbaux, oubli de ce qui a été dit à qui dans la masse des échanges quotidiens, caractère parfois minuscule ou difficilement objectivable des actions mises en œuvre, etc).

Distinguer ces trois axes qui traversent les discussions revêt ici une fonction méthodologique : il s'agit de se donner les moyens d'ordonner le réel complexe que nous avons ethnographié pour en proposer une analyse sociologique.

A travers ces configurations de discussion se pose de manière transversale la question de l'efficacité : qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné la discussion produit des interprétations et des propositions d'action qui permettent une amélioration de l'état de l'enfant ? Nous tenterons de répondre à cette question dans le second chapitre de cette deuxième partie.

Selon le mode de placement, ces échanges prennent une forme particulière dans la mesure où ils ne concernent pas les mêmes acteurs et ne sont pas l'objet d'organisations institutionnelles équivalentes.

A ce titre, il est important de souligner que des éléments structuraux ont un impact sur les activités qui consistent à se demander ce que l'enfant a et ce qu'on doit faire pour lui. Il est essentiel de ne pas écarter ces dimensions au profit d'une vision désincarnée des échanges, comme l'a souligné François Sicot au sujet des urgences pédopsychiatriques (Sicot, 2010). Les conditions matérielles qui président aux discussions mais aussi aux possibilités d'action des professionnels sont à intégrer à la compréhension des processus à l'œuvre.

Enfin, il nous faut préciser que les configurations de discussion présentées ici le sont essentiellement du point de vue des équipes accueillantes, qui ont été au centre du travail de terrain.

Il s'agit donc de penser un ensemble de configurations de discussion à propos des comportements enfantins qui posent problème à partir des questions suivantes : qui s'exprime et qui porte l'expression et comment ? Selon quelles références ? Quel est le circuit de l'expression ? Qu'est-ce qui en ressort ?

A. Configurations de discussion en pouponnière

Voici deux configurations de discussion telles qu'elles se déploient à la pouponnière.

1) Un attachement problématique

Ce cas concerne les modalités d'interaction entre une petite fille et les AP de leur unité. Il s'agit d'une petite fille arrivée à la pouponnière à l'âge d'un peu plus d'un an.

A son arrivée, elle est décrite par plusieurs professionnelles comme « rachitique », « chétive », « l'air triste et abattu », « tout le temps la bouche ouverte, bavant beaucoup, ne parlant pas ».

L'enfant se voit désigner une première référente qui quitte son poste à la pouponnière et ai remplacé par une seconde. La petite fille se met à développer avec son AP référente des comportements qui posent problème.

▪ Signes

Les comportements qui sont présentés par l'AP comme problématiques sont les suivants :



- L'enfant hurle qu'en l'AP s'en va
- L'enfant hurle quand l'AP s'occupe d'un autre enfant, pousse l'enfant, s'assoit sur lui
- L'enfant colle l'AP en permanence
- L'enfant se met à l'appeler « maman »
- L'enfant veut dormir avec sa veste

La psychologue de la pouponnière assiste à ces comportements lors de ses passages en unité. Ceux-ci sont fréquemment discutés au cours des réunions d'organisation qui regroupent les quatre AP d'une unité et la psychologue. A cette occasion sont repérés les écarts de comportements de la petite fille qui semble « faire sa vie » avec certaines AP, tandis qu'elle veut tout le temps rester avec les secondes.

Ces comportements sont également l'objet d'échanges lors des réunions de chambre qui regroupent l'ensemble des professionnelles autour des enfants d'une même unité (AP, équipe relais, équipe visite, équipe psycho-éducative, équipe sociale, direction, etc.)

Repérés, discutés, ces modes d'expression de l'enfant perdurent et finissent par mettre l'AP en très grande difficulté. Un événement déclencheur va conduire la référente, désemparée et très affectée, à aller voir directement la psychologue pour lui parler. La jeune femme raconte en entretien :

Un dimanche soir, ça a été compliqué - je la couche et, en fait, elle voulait pas que je parte, donc elle hurlait. Je suis retournée la voir, essayé de l'apaiser, de lui parler, de lui dire qu'elle était pas toute seule, qu'il y avait la tatie de nuit, que je revenais demain... J'ai essayé et en fait elle hurlait, elle voulait pas que je parte. Sauf qu'à un moment donné il fallait que je passe le relai et je suis partie en pleurant de mon boulot [...] c'était dur. Et le lendemain, je suis venue travailler et je faisais que pleurer, je me disais c'est pas possible. Je pleurais et je rigolais en même temps, je me disais : je suis folle ! J'étais dans le bureau de la psy, je lui disais : excuse-moi, mais je vais partir en thérapie ! [rire]. Et elle me disait : mais non, en fait elle t'a juste passé toutes ses émotions... c'est à travers toi qu'elle les exprime.

L'AP rapporte ainsi l'interprétation que la psychologue lui donne alors de la situation : « La psychologue me disait qu'en fait, elle m'avait pris pour la figure d'attachement, et du coup, la séparation, à chaque fois, était compliquée pour elle ».

▪ *Interprétations*

La grille interprétative mobilisée pour donner du sens au comportement de la petite fille est donc la théorie de l'attachement.



Ces comportements problématiques perdurent pendant plusieurs mois, et finissent par être une source de difficulté et d'inquiétude majeure pour toute l'équipe. La décision est finalement prise de consulter un pédopsychiatre.

La pouponnière enquêtée n'a, au moment de l'enquête, plus de pédopsychiatre dans les murs de l'institution, et ce depuis plusieurs mois. Cette fonction a été externalisée avec la mise en place d'un partenariat avec le CMP du quartier. La pédopsychiatre de la structure reçoit l'enfant et les quatre AP de l'unité à tour de rôle. L'AP référent raconte ainsi en entretien le discours tenu par la pédopsychiatre :

« La pédopsy me disait que ce qui était positif, c'est qu'elle ai pu investir quelqu'un. Donc pour elle c'était pas négatif, tout ça. Alors, elle me disait que ça peut être compliqué, pour moi, de gérer tout ça, mais que c'était bien parce qu'elle avait pu investir quelqu'un, s'accrocher à quelqu'un. »

Le discours du médecin vient appuyer cette transformation de la tonalité associée aux modes d'expression de l'enfant entamée par la psychologue de la pouponnière. L'interprétation qu'elle propose des comportements de l'enfant consiste à produire une inversion des ressentis de l'AP en attribuant une valeur positive à des comportements enfantins qui sont emprunts de négativité (pleurer, hurler, pousser les autres enfants, etc.)

Par ailleurs, on voit comment le discours de la pédopsychiatre vient légitimer le discours de la psychologue de la pouponnière, mise à mal par une inscription des comportements problématiques de l'enfant dans la durée. Le statut de médecin ainsi que son extériorité confèrent au discours de la première une autorité dont la seconde ne bénéficie pas du point de vue de ses collègues.

▪ *Actions*

Pour tenter de remédier à ces comportements extrêmement problématique, les actions mises en œuvre prennent essentiellement la forme de conseils prodigués aux AP de la part des professionnelles du psychisme. Ni la pédopsychiatre, ni la psychologue ne mettent en place un suivi thérapeutique en individuel avec la petite fille.

Il s'agit de la part du médecin d'une posture de principe, qui consiste à borner son rôle auprès de la pouponnière à deux fonctions : donner des avis cliniques d'un côté, prodiguer des conseils de l'autre. La pédopsychiatre parle en entretien de « guidance » auprès des AP. Du côté de la psychologue de l'institution, la mise en place de suivi individuel est l'objet de tension avec les collègues et la direction : conçue comme une norme du point de vue des équipes, la prise de l'enfant pour des temps de psychothérapie en face à face ne paraît pas toujours comme la réponse adéquate aux difficultés exprimés par l'enfant pour la



professionnelle du psychisme. En effet, elle considère que c'est la plupart du temps la problématique de la relation entre les enfants et leurs AP qui est centrale, et doit être travaillée.

En entretien, la psychologue explique que l'enjeu, selon elle, c'est pour la professionnelle de gérer le transfert de l'enfant sur elle, et donc la question de l'attachement de l'enfant. Elle explique que les enfants investissent fortement leur AP. C'est ce dont elle essaye de discuter elles.

- Les conseils de la psychologue de la pouponnière sont ainsi rapportés par l'AP :

« Suite à ma conversation avec la psy, j'ai fait aussi un travail sur moi-même de faire confiance à l'enfant. [sourire] Parce que j'avais beau lui dire : « mais t'inquiète pas, je suis là, je m'occupe des autres enfants, mais je pense aussi à toi », mais peut-être que... pas que je le pensais pas vraiment, mais peut-être que j'avais pas assez confiance en elle, peut-être que pour moi, elle était pas capable de patienter, alors qu'elle avait les ressources. [...] Et du coup, c'est vrai que la psy, elle m'a dit : essaie de lui faire confiance et... sois, pas plus ferme, mais plus sûre de toi quand tu lui dis les choses. Donc, j'ai fait un travail sur ça, et c'est vrai que j'ai vu l'efficacité, quand même. Parce que, du coup, je lui disais les choses en lui disant : mais, je te fais confiance, je sais que tu vas être capable de patienter, t'as les ressources nécessaires... Et c'est vrai que j'ai vu une évolution positive, quand même. »

Les conseils prodigués par la psychologue induisent donc un changement dans la façon dont l'AP interagit avec l'enfant.

Les termes dans lesquels sont prodigués et intériorisés ces conseils doivent être soulignés. Ils prennent la forme d'une caractérisation de l'action qui consiste à « faire un travail sur soi-même ». Ils mobilisent par ailleurs des catégories affectives, en premier lieu la confiance. Enfin, ils mettent en avant des normes d'action : il s'agit d'être « sûr de soi » dans son interactions avec l'enfant, et de transformer la manière dont on s'adresse à lui (« je te fais confiance, je sais que tu es capable de »). *A contrario*, la « fermeté », qui relève du registre éducatif, constitue une catégorie d'action écartée.

Du point de vue de l'AP, la mise en œuvre de ces conseils porte ses fruits. L'AP raconte en entretien :

« Quand j'ai pu partir de l'unité, sans qu'elle pleure et qu'elle hurle, je me suis dit : ah, ça y est ! Ça y est, elle arrive à accepter la séparation et elle la vit bien, quoi. Donc, là, je me suis dit « ouais, c'est chouette, quoi, ça y est ! Elle est assez sécurisée pour se dire : ben, c'est bon, elle peut rentrer chez elle, il va rien m'arriver, quoi ! »



En effet, au bout de quelques temps, les équipes repèrent un ensemble de signes qui les amènent à considérer que la petite fille va mieux.

En ce qui concerne les comportements problématiques des jeunes enfants, objectiver ce qui a permis une amélioration de la situation constitue une question complexe, aussi bien pour les professionnels eux-mêmes que pour l'anthropologue. Les liens de cause à effet sont en effet subtils et difficilement cernables. Certes, dans le cas que nous venons de présenter, se dégage un consensus sur l'efficacité des conseils que les professionnels du psychisme ont prodigué aux AP et que celles-ci ont mis en œuvre. Mais dans ce processus semble entrer en jeu d'autres facteurs plus indirects¹⁵.

Ainsi, la pédopsychiatre pointe en entretien plusieurs éléments qui fondent de son point de vue l'efficacité du recours à elle pour les enfants de la pouponnière.

- Tout d'abord, l'enfant perçoit dans l'organisation du rendez-vous le fort investissement dont il fait l'objet de la part de l'équipe : ses AP, des membres de l'équipe visite, la psychologue se déplacent pour lui. L'accompagnement de l'enfant au rendez-vous nécessite donc une importante mobilisation et une organisation complexe
- Les entretiens avec la pédopsychiatre sont pour les professionnelles l'occasion de prendre de la distance, faire le point sur la situation, exercer leur réflexivité
- La verbalisation de leurs difficultés devant l'enfant est en soi efficace
- Les questions posées par le médecin pour comprendre la situation de l'enfant amène les professionnelles à mieux partager l'information au sujet de l'enfant entre-elles
- La pédopsychiatre, par ses propositions, induit une coordination plus importante autour de la situation de l'enfant
- Enfin, en dernier lieu, le travail de guidance qu'elle effectue auprès des AP permet d'améliorer l'état de l'enfant.

On remarque que le rôle de la pédopsychiatre est de manière limitée directement lié à ses compétences savantes, tandis que le dispositif du rendez-vous en tant que tel, ainsi que les questions posées par le médecin semble en partie reconfigurer le contexte organisationnel du travail autour de l'enfant.

¹⁵ En anthropologie, produire des analyses qualitatives rigoureuses nécessite de se prémunir d'un ensemble de risque de surinterprétation, la réduction d'un phénomène à un facteur unique en étant l'un des principaux (Olivier de Sardan, 1996)

2) Un exemple cumulé de saturation en pouponnière et de relations difficiles aux parents

Ce cas concerne un petit garçon arrivé à la pouponnière en septembre 2015, il a alors presque un an.

▪ *L'entrée à la pouponnière*

Une professionnelle de la pouponnière se rend à l'hôpital où l'enfant se trouve depuis plusieurs jours. Arrivé dans l'institution, le petit garçon est pris en charge en unité. Un des AP raconte :

« Je me rappelle que c'était un petit garçon qui restait beaucoup couché par terre. Il se déplaçait pas encore, et tout. Enfin, en tout cas, nous, quand il est arrivé, il était dans cette position-là. Je veux dire, dans mon souvenir, il était plutôt calme. Il restait sur les tapis, il observait. C'est les souvenirs que j'ai du tout début. »

Cette faible capacité de l'enfant à se mouvoir avait déjà alerté les équipes de l'hôpital. Cette inquiétude, transmise au moment de la transition vers la pouponnière, est rapidement corroborée par les observations en unité et lors du bilan établi par la psychomotricienne. Très rapidement, le petit garçon est pris en charge par cette dernière pour des séances individuelles. Le travail consiste d'abord à amener l'enfant à la position assise « qu'il sache s'asseoir et s'en défaire », puis à l'accompagner jusqu'à l'acquisition de la marche.

Rapidement, le petit garçon, de l'avis de l'équipe, semble aller mieux, mais intervient par la suite une série d'événements qui ponctue sa trajectoire de placement et que les professionnelles identifient comme une suite d'épreuves qui vont mettre le petit garçon en grande difficulté.

▪ *Une série d'épreuves*

Ces épreuves se déploient sur deux versants : du côté familial et du côté de la vie institutionnelle.

• *Côté familial*

- L'arrivée de Gabriel à la pouponnière est consécutive de la mort d'un membre de sa fratrie de suite de maltraitance. Une AP raconte :

« J'ai souvenir que ça avait été un petit peu... comp'... [se reprend] pas compliqué, enfin, j'allais dire, un petit peu vaseux. J'ai souvenir qu'il y avait eu des discussions autour de : « qu'est-ce que Gabriel sait de ça ? » Donc je me demande si, au début, c'était très clair. Enfin, je me demande s'il y a pas eu quelques semaines, comme ça, où on se disait :



mais qu'est-ce qu'il sait, exactement, qui lui a dit quoi ? Jusqu'au jour où, voilà, où ça a été expliqué, vraiment, où on lui en a parlé très clairement, en mettant, vraiment, les mots. Mais j'ai souvenir qu'il y a eu, ouais, une période, comme ça, un petit peu, de flou où personne savait trop ce qui lui avait été dit et que, du coup, on savait pas trop quoi lui dire. »

De ce point de vue, la transmission d'informations avec le service hospitalier semble avoir moins bien fonctionner qu'au sujet de son retard psychomoteur. On repère donc un certain écart entre la relative facilité à transmettre des données qui relèvent du corps de l'enfant et la difficulté à communiquer au sujet de son esprit.

Ce qui est considéré comme un temps de latence du point de vue de l'AP citée plus haut correspond à un moment de recueil d'informations auprès des personnes qui ont pris en charge le petit garçon avant son arrivée à la pouponnière. Au final, il est établi que personne n'a annoncé au petit garçon qu'un membre de sa fratrie est mort, et que son placement est consécutif à ce décès. Un membre de l'équipe visite raconte :

« Personne ne lui en avait parlé, encore, même pas la psychologue du service hospitalier. Donc, nous, on n'a pas compris pourquoi est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui avait été dit à Gabriel, beaucoup plus tôt, avec le personnel qualifié pour faire ce genre d'annonce, aussi. En plus, à un tout petit garçon qui avait à peine un an. »

Apprendre à l'enfant ce qui s'est passé constitue une épreuve du point de vue des professionnelles, convaincues dans le même temps de la nécessité de « poser des mots » sur la situation. Nous reviendrons plus tard sur le travail effectué par les différents membres de l'équipe sur cette question de l'annonce. L'incapacité dans laquelle sont les parents d'annoncer à leur enfant ce qui s'est passé ajoute à la difficulté ressentie par les professionnelles.

- Des visites qui se passent mal

Un membre de l'équipe visite raconte :

« Gabriel, c'était un enfant qui manifestait pas grand-chose, qui était un petit peu en miroir avec ses parents au niveau émotionnel, qui... qui n'adressait pas ses demandes, qui n'adressait ni signe de bien être, ni signe de mal-être, qui subissait, un petit peu, ce qui se passait, quoi. Assez prostré, qui pouvait avoir des moments d'absence, pendant les temps de visite où, d'un coup, il avait le regard qui partait dans le vague. »

Ce comportement est également noté par les équipes en unité au retour des visites :

« En retour de visite, il y a eu des moments, où il était assis et on le voyait, par exemple, il était à table, il avait l'esprit complètement ailleurs, donc on faisait ça [elle mime de

passer sa main devant le visage de l'enfant] rien du tout. Il lui est arrivé, aussi, d'avoir des crises, de se jeter par terre. Au retour de visite, où c'était vraiment compliqué de le rassurer et de l'apaiser.

- Des visites qui se défont

Quelque temps plus tard, le père, mis en examen, est incarcéré en préventive. Le juge d'instruction en charge de l'affaire rejette la demande faite par le père que soient mises en place des visites en prison. Le père du petit garçon cesse de rendre visite au petit garçon. A partir de là, la mère se montre de plus en plus irrégulières dans ses visites.

Si elle téléphone au départ pour prévenir de ses absences, elle finit par ne plus donner signe de vie. Un membre de l'équipe visite raconte :

« A partir du moment où monsieur a été incarcéré, madame, elle a commencé à être de plus en plus irrégulière, voilà. Donc elle est irrégulière, c'est-à-dire que des fois elle vient pas. A chaque fois, quand elle vient, elle est très en retard ou alors elle part plus tôt. Elle peut être absente 2 ou 3 semaines d'affilées, puis, après, revenir... voilà. »

L'impact de ce délitement de la relation à ses parents préoccupe fortement les équipes. Une AP raconte :

« Sa mère est trop inégale au niveau des visites, il y a eu une période où elle venait quasiment plus, où elle venait une fois toutes les 3 semaines. Donc, lui, il comprend plus pourquoi elle vient plus, puis, d'un coup, elle revient, puis, d'un coup, elle lui ramène une moto. Enfin, voilà, pour lui c'est... je crois que c'est vachement compliqué. »

Un membre de l'équipe visite raconte :

« Gabriel, ça le met en difficulté, parce qu'à la limite les phases où sa maman ne vient pas, mais qu'elle téléphone, on peut aller lui en dire quelque chose, on peut aller le voir, lui dire : écoute, maman vient de téléphoner, elle pourra pas venir te voir aujourd'hui, il faut qu'elle se repose, elle est malade, elle t'embrasse, elle pense à toi. Voilà, et pour Gabriel, je sais pas si c'est plus facile pour lui à digérer, mais, en tout cas, il y a... il y a quelque chose, il a des mots qui sont posés sur l'absence de sa mère. Là, ça fait 2 semaines d'affilées qu'elle vient pas... et qu'elle prévient pas [...] tout ce qu'on peut lui dire c'est : écoute, maman n'est pas venue aujourd'hui, on espère qu'elle viendra la semaine prochaine. Mais on peut pas lui expliquer le pourquoi du comment. Là, ça fait 15 jours que, à chaque fois qu'il me croise, il vient me voir en me disant : maman Gabriel, maman Gabriel, maman Gabriel ! »

- *Côté pouponnière*



Côté pouponnière, deux événements, l'un survenant quelques temps après le début du placement, l'autre un an et demi plus tard, marquent le placement du petit garçon.

En novembre 2015, certains professionnels de la pouponnière subissent une agression : un père entre de force dans la structure et enlève son enfant. Il est finalement arrêté quelques heures plus tard. Gabriel est témoin direct de l'enlèvement. Une AP raconte :

« Après ça, les enfants ont été dispatchés dans les autres unités, et je me rappelle qu'on se disait, qu'en fait, l'enfant qui avait été enlevé, quand il est revenu, quand les policiers les ont retrouvés et qu'on l'a ramené, il était plutôt calme, et qu'en fait, on trouvait que c'était Gabriel qui avait vécu plus le truc... qui était... qui avait plus besoin de soutien, quoi, on avait l'impression.

Anthropologue : Ça s'exprimait comment ?

AP : « Apeuré, il avait du mal à se rendormir, besoin qu'on soit là... »

En janvier 2017, la « grande copine » du petit garçon, orientée chez une assistante familiale, quitte la pouponnière.

Le petit garçon avait développé avec cette petite fille confiée à la même unité que lui une relation privilégiée qui s'était renforcée sur plus d'une année. Chloé, un peu plus âgée que lui, était considérée par l'ensemble de l'équipe comme une enfant particulièrement joyeuse et débrouillarde. Une AP décrit :

« Ils s'entendaient trop bien, quoi. Ils jouaient ensemble, à table ils rigolaient, ils chantaient des chansons ensemble, le matin, ils se réveillaient ensemble, ils mettaient le boxon dans les lits, mais enfin, c'était pour s'amuser. [...] Je me rappelle, le soir, des fois, ils étaient là, ils jouaient à garer les petites voitures tout le long du tapis ».

▪ *Saturation de la pouponnière*

Au moment de l'étude, il existe un consensus au sein des équipes pour dire que Gabriel « sature de la pouponnière ». L'ensemble des événements décrits plus haut sont rapportés par les professionnelles sous la forme d'une accumulation de faits qui ont valeur d'explication de cette saturation.

• *Comportements de l'enfant*

Voici les comportements de l'enfant qui sont relevés par les différentes professionnelles comme autant de signes de cet état de « saturation ».

- Faire des bêtises



AP : « Le soir, c'est vraiment super dur, quoi, Gabriel fait tout pour attirer l'attention dans la provocation. J'étais au bout de ma vie. [rire] Maintenant j'en rigole, c'est ça qui est bien, c'est que deux jours après, on en rigole, mais là, la chambre qu'on a, c'est vraiment dur ! Il montre toutes les conneries à faire aux autres enfants, en me regardant du coin de l'œil, comme ça. On a des stores qui ont été installés donc, il y a des petits câbles transparents pour maintenir... et, on sait que ça va pas tenir longtemps, mais on essaie quand même de leur dire : on n'a pas le droit de toucher. Donc, dès qu'il voit que je ne suis pas dispo pour lui, il va toucher le truc, là, en me regardant du coin de l'œil. Il montre aux autres enfants comment faire, il leur montre comment se mettre le plus haut possible sur le fauteuil, en sachant que c'est super dangereux ».

- Agresser les bébés

AP : « Gabriel, il va taper sur la tête du bébé, ou alors, il va le pousser, juste, ben, pour que... il nous interpelle, en fait, c'est sa façon de nous interpeler. »

Ses comportements sont interprétés comme des demandes d'attention permanente, difficilement compatibles avec le fonctionnement des unités. Une AP raconte :

« Au moment où on revient dans la chambre et où je lui dis : maintenant, je vais m'occuper des autres copains, pour les changer et tout, c'est là où, généralement, ça passe pas, où il a du mal à laisser la place. Donc, là, il commence à pleurer, à se jeter par terre. Il y a des moments de colère [...] Il est en colère, j'ai beau lui expliquer, il est en colère, donc il se met à pleurer, il peut se jeter par terre, il se roule par terre. C'est arrivé que les infirmières, elles ouvrent la porte, qu'elles fassent : « oh, ben, Gabriel, qu'est-ce que tu fais là ? » Je dis : « ben, ouais, Gabriel, il est en colère et il veut pas que je m'occupe des autres enfants, sauf qu'il faut que je m'occupe des autres enfants ». Donc, à un moment donné, je peux pas être, non plus, tout le temps avec lui. »

Cette interprétation est renforcée par l'attitude contrastée que l'enfant adopte lorsqu'une professionnelle lui consacre un temps en individuel.

AP : « quand on a des moments pour lui, ben, il est bien, il est... parce qu'il est adorable, Gabriel, c'est un super petit, il est intéressant, enfin, on se régale avec lui, il parle de mieux en mieux, il est trop rigolo. Donc, quand on est seul avec lui, ben, c'est super, il est bien, il est posé, on peut faire des activités, il est vraiment calme, enfin. Et dès qu'on lui dit : bon, ben, Gabriel, maintenant il va falloir que j'aille m'occuper des autres enfants, on sent que ça vrille ».

- Les différentes professionnelles pointent le fait que l'enfant « va mal ». Le fait qu'il alterne entre moment d'abattement et moment de surexcitation en est un signe important.

AP : « Il a un truc, c'est qu'il a des phases de surexcitation. Et ça, c'est impressionnant à voir parce qu'il est clairement pas bien. Enfin, c'est vraiment dans le... dans... C'est



plus que de l'exagération, quoi ! Il court en hurlant de rire, c'est des fous rires incessants. Donc, on dirait que c'est de l'excitation, sauf que, bon, Gabriel, il va pas bien, donc... pour lui, c'est pas juste de l'excitation. Donc, il y a les autres grands enfants qui le suivent [...] Et, donc, à 3, c'est des terreurs, c'est des terreurs ! [...] ou alors, il peut avoir autant des grands moments de tristesse, où il se met dans un transat avec son grand doudou, et puis, il est dans ses pensées. Il est complètement dans ses pensées. Il pleure pas, ni rien, hein, il demande pas qu'on soit là et, du coup, ça fait un peu de la peine parce qu'on se dit, bon, il est... voilà, il va se recroqueviller dans son doudou-couverture. »

- *L'incident et passage de nuit de l'AP référente*

Cet événement, raconté ici par l'AP concernée, vient ajouter une rupture dans la trajectoire de placement de Gabriel.

« Gabriel, était pris en charge [par l'EJE] et il ne devait revenir qu'à 18h00, donc, j'ai calculé le temps, je me suis dit, les grands, ils sont pas là - j'en avais 2 à cette époque-là. Ils n'étaient pas là, donc j'étais qu'avec les bébés. Sachant qu'il y avait les 2 bébés. Il y avait les moyennes qui étaient dans leur lit, parce qu'elles avaient le bain le soir, donc je leur faisais que la toilette et je les mettais dans leur lit, histoire qu'elles se reposent 20 minutes, le temps que je me consacre aux autres. Il y avait la petite Agathe, qui était dans son landau. Je me suis dit, il y a pas les grands, donc je vais le laisser dans l'unité, je vais pas la faire entrer dans la salle de bain, je vais pas la mettre dans son lit, elle est bien, elle dormait très bien dans son landau. Gabriel, il devait revenir qu'à 18h00, donc je suis occupée, je me rappelle plus avec quel autre enfant. Et, Gabriel, il arrive avant 18h00, il arrive à moins le quart. Qu'est-ce qu'il fait ? Il me voit occupée dans la salle de bain, il va directement, il prend le landau - heureusement qu'il y a le tapis par terre - et il a fait tomber Agathe. Je l'ai vraiment très mal vécu. Oh, mon dieu, ça a été des chutes de larmes, parce que, le pauvre bébé, il dormait tranquillement, d'un coup, il se retrouve par terre. Heureusement, grâce à dieu, il y avait le tapis, parce que vous imaginez, s'il était tombé sur le sol !? »

Suite à cet incident, l'AP demande à passer « de nuit ».

Rester quand les autres enfants partent est l'un des effets de la prolongation du placement d'urgence dans le temps. De la même manière, effectuer un séjour prolongé augmente le risque d'être confronté au *turn over* des équipes. Ce qui est perçu par les professionnelles comme l'incapacité de l'enfant à tolérer davantage le fonctionnement de l'institution, en débouchant sur un incident, vient ajouter une épreuve qui renforce ce qui rend le séjour en pouponnière désormais insupportable au petit garçon : l'accumulation des ruptures.

Gabriel, au moment de l'étude est entré dans le langage. Il formule à ses différentes interlocutrices des questions qui confirment du point de vue des professionnelles la



préoccupation que constitue ces absences qui s'accumulent dans son quotidien : Où est Chloé ? Où est [prénom de l'AP référente] ?

▪ *Les tentatives d'actions des professionnelles pour atténuer les épreuves*

• *Du côté de la vie quotidienne à la pouponnière*

Les équipes tentent de préparer et accompagner le départ de la « grande copine ». Il est ainsi demandé en réunion de chambre que l'on commence à séparer les deux enfants sur les temps de prises en charge EJE, pour que Gabriel s'habitue à ne plus être tout le temps avec Chloé. Malheureusement, la demande est mal transmise, et la réorganisation des groupes ne se fait pas.

Certaines AP prennent soin d'évoquer avec les enfants le départ à venir. Cette tâche, pour nécessaire qu'elle paraît, est un moment éprouvant sur le plan émotionnel.

AP : « [Au moment de la collation du matin] je m'étais dit « c'est peut-être l'occasion, du coup, de reparler du départ de Chloé avec tous et... Comment ça s'était passé exactement ? Ça m'avait fait de la peine ! Parce que j'avais dit : « Chloé, elle va s'en aller bientôt » Et en fait, ouais, c'est Chloé qui m'avait dit : « Gabriel ? » J'avais dit : « non, Gabriel, pour l'instant, il va rester avec nous. C'est toi, pour l'instant, qui va t'en aller avec tatie Linda. Gabriel, on va s'occuper de lui, on lui trouvera aussi une tatie, mais pour l'instant, c'est toi qui t'en vas. » Et, en fait, quand j'avais dit ça, Gabriel, au début, il m'écoutait et puis il avait regardé le sol, comme ça. C'était d'une tristesse ! »

Au moment du départ de Chloé, une attention particulière est portée au petit garçon. Comme celui-ci se met à jouer avec une petite voiture rouge qui fait partie des jouets de l'agora¹⁶, les professionnelles le laissent emporter l'objet dans l'unité et dormir avec pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'enfant, de lui-même, le délaisse. Une AP explique :

« Moi, je me suis dit, bon, peut-être que pour lui c'est associé, j'en sais rien. C'était à ce moment-là, en tout cas, qu'il a choisi cette petite voiture, donc je pense que c'est important de lui laisser, quoi. »

Par ailleurs, les AP de son unité lui propose à ce moment là de dormir dorénavant dans un lit de grand. Cette proposition est articulée pour les professionnelles à l'idée de « mettre

¹⁶ L'Agora est le grand espace central sur lequel donne l'ensemble des unités de la pouponnière et qui est occasionnellement un espace de jeux pour les enfants. C'est également l'endroit où ont lieu les goûters de départ des enfants.



Gabriel en valeur », de lui faire comprendre « qu'il est important pour nous », qu'on « pense à lui ».

De manière plus globale, les professionnelles tentent d'accorder à Gabriel le plus de temps privilégiés possibles. Dans les murs de l'institution, Gabriel est régulièrement autorisé à prendre le petit déjeuner dans l'agora, les temps de repas sont parfois individualisés. Par ailleurs, les AP lui propose des activités en face à face en unité comme la lecture ou la manipulation de sable magique. En dehors de la pouponnière sont organisés des sorties, dont la concrétisation est parfois remise en cause par l'organisation complexe de l'institution.

On repère donc un travail d'attention très minutieuse effectué par les professionnelles en unité, mais dont la mise en œuvre semble fréquemment entravée par des problèmes d'organisation.

- *Du côté des liens familiaux*

Parallèlement, l'équipe visite travaille sur un ensemble d'axes visant à démêler, atténuer voire compenser la problématique familiale du petit garçon, pour lequel le constat d'un effet néfaste sur l'enfant est partagé par l'ensemble des professionnelles.

Tout d'abord, il s'agit d'annoncer à Gabriel l'événement dramatique qui a entraîné son placement à la pouponnière. Le fait que Gabriel ne soit pas au courant de la mort d'un des membres de sa fratrie structure pour l'équipe visite un axe de travail avec les parents, comme l'explique une professionnelle en entretien :

« On s'était dit : bon, au final, c'est quelque chose qu'on peut travailler, aussi, avec les parents. Les parents viennent le voir en visite, ils peuvent aussi avoir ce rôle-là, d'annoncer eux-mêmes à leur enfant. Sauf que, les parents étaient vraiment dans une forme de sidération... euh... de tout, voilà. Donc, sidération par rapport à la situation, sidération au niveau émotionnel, il n'y a rien, rien, qui transparissait. [...] Aucun mot posé sur : « pourquoi Gabriel est arrivé à la pouponnière ? » aucun mot posé sur : « elle est passé où cette sœur ? »

Face à cette situation, l'équipe visite sollicite l'appui de la psychologue :

« Donc, on a fini par en parler, aussi, avec la psychologue de la pouponnière, où on s'était dit : ben, ce serait bien que sur une visite elle soit présente, pour faire ce travail avec les parents. Les parents ont été reçus, on s'était dit : bon, allez, pendant la visite, il va falloir expliquer à Gabriel ce qui s'est passé pour lui et sa soeur. Au final, c'est pas moi qui ai fait cette rencontre, c'était ma collègue, avec la psychologue, où les parents n'ont pas, du tout réussi à en dire quoi que ce soit. Et, du coup, c'est ma collègue et la psychologue qui ont dû dire à Gabriel, devant ses parents, ce qui s'était passé. »



Ce moment est vécu comme très difficile par les professionnelles impliquées qui en rendront compte aux autres membres de l'équipe. Cette difficulté est renforcée par l'attitude des parents, dans la mesure où, comme le souligne la psychologue en entretien « il y avait un tel décalage entre ce que j'annonçais et le comportement des parents ! ».

On remarque qu'en miroir de l'épreuve que représente pour l'enfant le fait d'apprendre la survenue d'un événement dramatique, il y a celle que constitue pour les professionnelles le fait d'annoncer un événement dramatique à l'enfant.

Faire « accéder les parents à la dimension psychique » de leur enfant constitue un autre axe de travail de l'équipe visite.

Les visites sont pour les professionnelles l'occasion de faire verbaliser aux parents les interprétations qu'ils font des comportements de leur enfant. Les explications que ceux-ci peuvent formuler sont conçues comme désajustés, ainsi que le pointe un membre de l'équipe visite en entretien : « Ils étaient sur des besoins primaires : « il pleure parce qu'il a faim ou parce qu'il a sommeil », ou alors « parce qu'il a besoin des bras, ou alors parce qu'on lui manque ».

Le travail d'accompagnement effectué par les professionnelles consiste alors à familiariser les parents à une autre conception de l'enfant, en tant qu'être doté d'un psychisme. La tendance de Gabriel à se jeter en arrière lorsqu'il est dans les bras de ses parents est alors investi comme point de départ concret pour échanger sur cette question.

Ce comportement, que les professionnelles qualifient de « mise en danger », est l'objet de discussion entre les membres de l'équipe visite et les parents, comme le rapporte une professionnelle :

« On a essayé de travailler, un petit peu, avec les parents, par rapport à ça : est-ce qu'il le fait pour savoir s'il y a quelqu'un derrière lui qui va le rattraper ? Pour tester la confiance en l'adulte ? Est-ce qu'il le fait pour signifier qu'il y a quelque chose qui ne lui convient pas ? Est-ce qu'il le fait suite à une frustration, pour signifier qu'il n'est pas content, qu'il est en colère, qu'il est frustré. Et puis, on s'est rendu compte que c'était pas forcément systématiquement au même moment qu'il se jetait en arrière, que ça pouvait être, et quand on le frustrait et, quand ses parents avaient été absents une visite, par exemple, la fois d'après, il allait se jeter en arrière, donc, on se disait : ben, là, c'est peut-être l'élément qui nous montre qu'il teste la confiance : « est-ce que vous allez être là, vraiment, pour moi, est-ce que je vous fais confiance ou pas ? »

Un « travail » est alors mis en place qui consiste pour la maman à prendre son enfant sur ses genoux face à elle et dans une forme de jeu, à laisser tomber le petit garçon vers l'arrière puis à le rattraper, le but étant « qu'il comprenne qu'on pouvait l'accompagner à se mettre

en arrière, mais qu'il fallait toujours qu'il revienne, après ». Au bout de quelques temps, le dispositif semble porter ses fruits : Gabriel cesse de se jeter en arrière lors des visites.

- *La prise en charge par la psychologue*

Face à une situation familiale et institutionnelle perçue par les professionnelles comme particulièrement difficile, et alors que l'état de Gabriel préoccupe l'ensemble des équipes, un suivi de l'enfant par la psychologue semble allait de soi, aussi bien pour cette dernière que pour les autres membres de l'équipe.

Toutefois, la mise en œuvre de ce suivi apparaît difficile. Suite à l'annonce de la mort de la soeur lors de la visite des parents, la psychologue tente de prendre le petit garçon en séance individuelle, mais celui-ci refuse la plupart du temps de quitter son unité pour la suivre. La professionnelle fait le lien être le rôle de messenger qu'elle a joué dans l'annonce de l'événement dramatique et l'attitude du petit garçon : « Suite à cette visite, à chaque fois que j'essayais de prendre Gabriel avec moi dans mon bureau, il partait en courant ! ».

Cette difficulté à mettre en place un suivi individuel est source d'incompréhension pour le reste de l'équipe.

Malgré l'irrégularité de ces séances en tête à tête avec la psychologue, la professionnelle rencontre à plusieurs reprises l'enfant. Ces séances peuvent avoir des objets divers. Elles permettent d'abord à la psychologue d'« accompagner l'enfant dans son travail de deuil », tout en évaluant dans le même temps où l'enfant en est sur cette question. Le dispositif est donc double. Des supports variés sont alors utilisés : photographies, jeux, livres, etc. Plus tard, les séances sont l'occasion de préparer le petit garçon à la mise en place des visites avec ses grands-parents, que l'enfant n'a plus vu depuis son entrée à la pouponnière.

AP : « La semaine dernière, la psychologue voulait le voir pour lui montrer les photos de papi et mamie, et du coup, lui lire une nouvelle histoire où il était question de mamie aussi. Et donc, moi, j'étais là, et elle est venue lui dire : Gabriel, ça te dit de venir avec moi ? Il lui disait : « Non, non, non, non ». Il ne voulait pas y aller du tout. Elle lui a dit : « mais, j'ai une nouvelle histoire, j'ai des nouvelles photos ». - « Non, non, non ». Donc, au final, comme il y avait qu'un bébé avec nous, dans l'unité, elle m'a dit : « ben, si ça te dérange pas, je viens », j'ai dit : « il y a pas de souci ». Du coup, c'est elle qui est venue dans l'unité, du coup, moi, je suis restée, Gabriel est resté assis sur moi et il a regardé les photos et tout ça. [...] Elle a essayé de lui faire comprendre qui c'était, ce qui est compliqué parce que, lui faire comprendre que c'est le papa et la maman de son papa, enfin, c'est vraiment pas évident, donc... bon, il a beaucoup regardé les photos, hein, il a beaucoup regardé. Il a reconnu son grand frère, donc ça, c'était bien parce qu'il y avait le lien, il y avait son grand frère sur les photos avec sa mamie donc on pouvait dire : oui, t'as vu, ils sont avec ton grand frère. On lui a dit que, ben, « ils avaient envie de le voir

parce que ça faisait très très longtemps qu'ils l'avaient pas vu, et est-ce que, lui, peut-être, ça lui dirait de les voir ». [...] Il comprenait pas trop, il voulait pas trop en parler, je crois. Il regardait les photos mais il était pas très ouvert à discuter dessus. »

Parallèlement à ces différentes actions que les professionnelles - en fonction de leur lien avec l'enfant et de leurs métiers - mènent auprès de Gabriel en réponse à ce qu'elles perçoivent comme une « saturation » de la pouponnière et des difficultés familiales très aiguës, un travail est effectué au niveau institutionnel pour faire remonter l'urgence de l'orientation du petit garçon vers une famille d'accueil, démarche qui aboutit au printemps 2017.

Les deux cas analysés dans ce chapitre regroupent selon nous trois problématiques centrales autour des comportements enfantins qui inquiètent dans l'accueil en pouponnière :

- La question de l'attachement potentiellement excessif ou au contraire insuffisant que les enfants peuvent développer avec leurs auxiliaires au sein de l'institution
- La question du mal-être de l'enfant en lien avec les comportements de ses parents qui est au fondement même du placement. Les professionnelles qui accueillent dans l'urgence les enfants doivent leur permettre de « se reconstruire » ainsi que cela est stipulé dans le « livret de l'AP » rédigé par l'institution
- La question de la saturation de la pouponnière, catégorie d'expérience à laquelle sont confrontés un nombre croissant de jeunes enfants, qui restent dans les murs de l'institution bien au-delà de la période d'urgence

B. Configurations de discussion en placement familial

Autour des assistantes familiales gravitent de nombreux professionnels : référents du SAF, référents ASE, équipes de CAMSP ou CMPP, équipe éducative, parents. De leur point de vue, ce sont les relations qu'elles entretiennent avec les référents ASE qui apparaissent toutefois au centre de la prise en charge.

Cette partie est consacrée à décrire des configurations de discussion au sujet des comportements enfantins qui posent problème dans le cadre du placement familial. Les données recueillies ont permis d'identifier trois situations « idéal-typiques »¹⁷. Il s'agit de

¹⁷ Les idéal-types procèdent d'un travail de grossissement et d'idéalisation des traits les plus spécifiques et les plus distinctifs de l'objet de recherche. Ils sont donc un instrument d'intelligibilité du réel qui permet de comprendre les principes qui commandent au phénomène étudié (Weber, 1959), c'est-à-dire, dans notre cas, les configurations de discussion autour des comportements enfantins qui posent problème. Bien sûr, cette typologie idéal-typique que nous proposons se fonde sur un petit nombre de cas. Il conviendrait désormais de la mettre à l'épreuve



configurations qui présentent un fort contraste les unes par rapport aux autres et qui concernent chacune plusieurs des assistantes familiales rencontrées. Nous proposons de les appeler modèle « alliance thérapeutique », modèle « multi-ressources » et modèle « défiance ».

Les matériaux dont nous disposons sont, du fait des conditions de l'enquête, essentiellement des entretiens et non des observations de pratiques. Par ailleurs, les propos recueillis sont uniquement ceux des assistantes familiales, les autres acteurs professionnels concernés par ces discussions n'ayant pu être interviewés dans le cadre de l'étude (cf partie I).

Les données dont nous disposons, pour incomplètes qu'elles soient, présentent cependant l'intérêt de donner à entendre les manières dont les assistantes familiales se racontent en tant que professionnelles. Elles nous permettent d'appréhender la façon dont elles conçoivent leur travail, la place qu'elles se donnent et celle qu'elles attribuent à leurs interlocuteurs, en premier lieu les référents enfance-famille.

En aucun cas il ne s'agit donc ici d'établir une « vérité » sur la façon dont s'est déroulé le travail autour de telle ou telle situation. Notre propos est de rendre compte, dans une perspective compréhensive, de configurations de discussion du point de vue des assistantes familiales.

1) Modèle « alliance thérapeutique »

Nous présentons ici le cas d'une assistante familiale qui accueille un petit garçon âgé de 7 mois. C'est son premier accueil. Cette assistante familiale est une ancienne éducatrice spécialisée en reconversion professionnelle. Lors de l'entretien, elle raconte comment chaque décision concernant la manière dont elle doit s'occuper de l'enfant est discutée avec les référentes de l'enfant et surtout la psychologue de l'équipe. Dans ces échanges, parole de l'assistante familiale et discours des référentes ne sont pas symétriques : ces dernières produisent des indications que l'assistante familiale a le souci d'appliquer. Cette manière de travailler a été mise en place dès la préparation de l'accueil. Ainsi, à l'arrivée de l'enfant, la psychologue de la MDS lui a demandé de ne pas faire passer l'enfant de bras en bras « pour permettre à l'enfant de créer du lien et d'accéder à une sécurité, d'être rassuré ».

d'un travail de recherche établi sur un plus grand nombre d'assistantes familiales et élargi à d'autres territoires, dans une perspective comparative. En raison des contrastes observés, elle constitue toutefois une proposition de montée en généralité des résultats de cette recherche qu'il nous paraît pertinent de présenter.



La prise en charge est immédiatement et explicitement adossée à un ensemble théorique qui a valeur de référence : les travaux de Myriam David et la théorie de l'attachement. La nécessité pour l'assistante familiale de devenir la figure d'attachement principal de l'enfant structure la prise en charge.

Assistante familiale : En fait, il fallait qu'il y ait une figure d'attachement principale. Et même, la demande du service, c'était que moi, perso, je m'occupe des soins quotidiens du bébé pendant le premier mois. Donc j'ai assuré tous les bains, les couches, les biberons... pendant un mois, en fait. Du coup, l'idée c'était que l'enfant m'identifie comme sa figure d'attachement principale. [...] En fait, la psychologue avait beaucoup étudié Myriam David, elle parlait beaucoup de Myriam David. C'était une excellente psychologue, qui était dans le service. Et donc voilà, elle voulait appliquer le mieux possible toutes ces théories-là.

Conjoint : En fait, ce que dit Myriam David, c'est que l'enfant a besoin d'une figure d'attachement au départ, pour pouvoir ensuite s'attacher à d'autres personnes. Voilà. Au même titre qu'un enfant qui naît est collé à sa mère pendant quelques temps et après va vers l'autre... Et donc, le principe pour l'enfant qu'on accueille, c'était pareil.

Assistante familiale : Et c'est ce qu'il s'est passé.

On remarque que cette manière de s'en référer à l'avis des référentes de l'enfant, et en premier lieu à la psychologue de l'équipe, est articulée à la reconnaissance de la qualité professionnelle de cette dernière. L'avis de la psychologue, articulé à un savoir théorique en quelque sorte personnifié par la figure de Myriam David, fait autorité.

Les rôles respectifs dévolus à l'assistante familiale et à son conjoint, également assistant familial, sont minutieusement ajustés en fonction de l'évolution de la prise en charge.

Assistante familiale : Moi au bout d'un moment, je commençais à prendre beaucoup d'emprise sur [prénom de l'enfant]. J'avais tendance à être un peu trop présente.

Conjoint : C'était une espèce de fusion, c'est-à-dire que c'était [prénom de l'enfant] et lui, point. Vous voyez ce que je veux dire ?

Assistante familiale : C'était une relation qui devenait exclusive entre [prénom de l'enfant] et moi.

Conjoint : Au détriment de la vie de famille.

Assistante familiale : J'étais surprotecteur vis-à-vis de [prénom de l'enfant].

Conjoint : C'est moi qui ai dit : là, c'est trop ! [rises]. Ça a été moi le tiers ! Ben oui !

Assistante familiale : Je m'en rendais compte moi aussi, en même temps... C'est revenu entre un mois et demi, deux mois...

Anthropologue : Mais ça, c'est entre vous que ça a été dit ?

Assistante familiale : Après, on en a parlé en équipe aussi. Avec la psychologue du service, on en a beaucoup parlé.

Conjoint : Oui. Parce qu'elle venait toutes les semaines au début.

Assistante familiale : Assez souvent, donc y'avait pas du tout de tabou, de silence ou quoi. Nous on livrait tout cash, pour pouvoir travailler le mieux possible en transparence. Et donc, toute cette relation que j'avais développée avec [prénom de l'enfant], qui était un peu exclusive, le psychologue l'a un peu décortiquée avec nous. On s'était dit clairement, voilà, les problématiques qui ont donné lieu au placement de [prénom de l'enfant]. Moi, j'étais surprotecteur par rapport à [prénom de l'enfant].

Conjoint : Et puis énervé de sa situation, de ce qu'il a vécu...

Assistante familiale : En colère par rapport à ce qu'il a vécu, tout simplement.

Conjoint : Et à la fin, on [le conjoint accueille également un enfant] s'est sentis exclus de cette relation-là, qui à un moment donné était malsaine pour la vie de famille. Une famille, c'est une famille, c'est tous ensemble, y'a pas des clans. Après, c'est pas un reproche, voilà, c'est la situation qui a fait que...

Assistante familiale : Puis moi, j'étais conscient aussi de ça, j'ai pas dénié ça, pas du tout. Mais c'est vrai que ça venait à la base de cette contrainte d'être moi sa figure d'attachement. Enfin, de m'occuper exclusivement de [prénom de l'enfant] pendant les premières semaines. Et ça, ça a donné aussi naissance à cette relation exclusive.

Conjoint : Qui au départ était nécessaire, [prénom de l'enfant] en avait besoin...

Assistante familiale : Mais qui a duré un chouia trop...

Conjoint : Voilà. Après, ça prenait des proportions trop grandes. Et c'était pas bon non plus pour [prénom de l'enfant] ... Je veux dire, on peut pas... c'est pas bon pour lui non plus...

Anthropologue au conjoint : Vous, du coup, il a été décidé, face à ce constat que vous vous impliqueriez un peu ? Ca a donné quoi, concrètement, au quotidien ?

Conjoint : Ben, concrètement, j'ai plus pris le relais au niveau des soins.

Assistante familiale : Je me suis reposé ! [rires]

Conjoint : Du bain, de lui donner à manger, d'être beaucoup dans le câlin aussi... chose que j'étais avant, mais plus en retrait. Mais ça, c'était vraiment la demande de l'équipe. A un moment donné, la psychologue, on avait parlé tous les trois de cette situation-là, et un jour, elle me dit : bon ! Et maintenant, vous attendez quoi pour investir un peu plus la relation. J'ai dit : ah, ben votre feu vert ! Moi je respecte les demandes de l'équipe !

A travers cet extrait, on voit qu'il existe un espace de discussion entre la psychologue et le couple où l'assistante familiale décortique son comportement et ses émotions. Cet espace est donc pour elle un lieu d'exercice de sa réflexivité sous le regard de son conjoint et de la psychologue. Y est présumée l'existence de motifs inconscients dans la manière dont elle se comporte avec l'enfant accueilli, non explicitée mais acceptée comme allant de soi par l'ensemble des protagonistes.

On remarque par ailleurs que la discussion débouche sur une réorganisation de la vie quotidienne de la famille : le conjoint est appelé à prodiguer des soins tandis qu'il s'agit parallèlement de « dé-fusionner » l'assistante familiale et l'enfant accueilli. Ainsi est conçue et mise en œuvre l'inscription de l'enfant à une activité de bébé-nageur.

Assistante familiale : C'est la psychologue, qui avait suggéré aussi ça, parce que l'eau pouvait porter le bébé un peu à ma place... Vous voyez, y'a une symbolique derrière... enfin, que je lâche un peu [prénom de l'enfant].

Cette manière de référer la prise en charge de l'enfant à un ensemble théorique dont la psychologue est à la fois le dépositaire et le transmetteur organise la totalité de la vie quotidienne de la famille d'accueil, de l'inscription de l'enfant dans des lieux de socialisation extérieurs à l'organisation des espaces domestiques en passant par la façon dont l'assistante familiale doit réagir avec l'enfant.

- Ne pas inscrire l'enfant à la crèche

Assistante familiale : j'avais proposé de le mettre un peu à la crèche, pour qu'il s'habitue un peu aux autres enfants, tout ça... Mais, *a priori*, la psychologue a dit qu'elle trouvait pas ça très pertinent, du fait qu'il avait d'autres enfants dans son entourage, assez souvent...

- Garder les deux enfants dans la même chambre au moment du déménagement

Conjoint : Quand on a déménagé, ce qu'on a dit aux équipes, c'est: « écoutez, y'a deux chambres en bas, on va mettre les enfants chacun dans une chambre. Et nous, le temps des travaux, on reste... voilà, y'a toujours moyen de se débrouiller. » Et là, les équipes ont pas voulu, parce que elles ont dit : « écoutez, déjà, vous déménagez. Faire un changement aux enfants... ils sont habitués à être dans la même chambre, ils le vivent bien, donc laissez-les tous les deux dans la même chambre »... Et en fait, ils s'éclatent, hein !

Ici se donnent à voir deux ordres de valeurs : d'un côté, l'idéal de la chambre individuelle comme norme de confort et de prise en considération de l'individualité de l'enfant, de l'autre, une norme de « prendre soin » de l'enfant qui passe par un souci de limiter l'ampleur des changements qui affectent sa vie quotidienne.

- sur-jouer sa réaction lorsque l'enfant se fait mal

Assistante familiale : Alors, y'a un autre phénomène aussi, c'est que [prénom de l'enfant] exprimait pas quand il avait mal, ou quand il tombait... Il se faisait mal, il pleurait pas... il résistait... Il disait rien. Rien du tout. Et donc, ça, on en a parlé avec l'équipe, et on a décidé d'essayer d'accentuer notre réaction à sa douleur, vous voyez. Par des mimiques, par des tonalités... « oh, viens vite, qu'est-ce que tu as fait ? Montre nous, fais voir ! » Et ça, l'idée, c'était de dire : on s'intéresse à ce qu'il t'arrive. On s'intéresse à qu'est-ce qui te fait mal, comment tu t'es fait ça. Et en fait, de sur-jouer ce truc-là, ça l'a aidé, lui à exprimer...

La psychologue de la MDS produit avec l'assistante familiale une grille d'interprétation du comportement de l'enfant.

- Apprendre à l'enfant qu'il peut « faire confiance » à l'adulte.

Au cours de l'entretien, l'assistante familiale et son conjoint expliquent que le petit garçon qu'elle accueille a commencé à parler très tôt, à savoir 18 mois. L'assistante familiale poursuit :

En fait, [prénom de l'enfant] a très vite eu envie d'être autonome. Il est en quête d'autonomie, vitesse grand V. Nous, avec la psychologue, on était obligés d'en parler, et on ne favorise pas ça. On essaie de freiner cet élan.

Anthropologue : Vous avez des exemples ?

Assistante familiale : Oui, il veut faire tout, tout seul, il veut faire sa toilette tout seul, il veut essayer de s'habiller tout seul, il veut... monter des grands vélos...

Conjoint : Mais très jeune ! Là, aujourd'hui, il a deux ans et demi, c'est normal. Par contre, il a commencé ça très tôt. Genre, à 18 mois, il voulait... voilà... Que là, aujourd'hui, c'est tout à fait normal qu'il veuille faire sa toilette tout seul, qu'il veuille essayer de s'habiller tout seul... sauf qu'il a commencé très tôt.

Anthropologue : Et du coup, vous dites que « vous avez essayé de ne pas favoriser ça » ?

Assistante familiale : Ouais, c'est ça... Parce que du coup, la psychologue...

Conjoint : Ben, chaque chose en son temps, qu'il grille pas des étapes pour sa construction personnelle...

Anthropologue : Parce que, du coup, il donnait l'impression de griller des étapes ?

Assistante familiale : Ouais, griller des étapes, essayer de s'affranchir du besoin qu'il a des adultes autour de lui... Alors qu'il a besoin de nous. D'adultes.

Conjoint : Et après, lui apprendre... enfin, de façon symbolique, qu'il peut avoir confiance en l'adulte. Même si sa vie de base a mal démarré...

Assistante familiale : C'est là, le fond...

Conjoint : Le fond il est là : il peut avoir confiance en l'adulte.

La tendance du petit garçon à franchir les étapes du développement en avance est interprétée comme une volonté d'autonomie elle-même rapportée à l'histoire de l'enfant.

On voit enfin comment la psychologue de l'équipe est sollicitée par l'assistante familiale pour l'orienter face aux questions et inquiétudes que génèrent en elle certains comportements de l'enfant

- Demander l'avis pour les colères

Assistante familiale : Moi j'ai questionné la psychologue au sujet de ses comportements colériques... qui nous avaient un peu interpellés... Et bon, il est convenu d'attendre un petit peu la rentrée à l'école, d'observer encore un petit peu de temps, le

comportement de [prénom de l'enfant], et voir si oui ou non, ça nécessite des séances de psychologue, ou quoi... Donc voilà... C'est pas exclu, hein... Mais voilà. On essaie d'observer encore un petit peu pour voir si ça relève d'un petit garçon de trois ans, de son âge, ou... d'une situation normale ou pas, quoi. Ce qui semble sûr en tout cas, c'est que ça empêche pas des apprentissages de tous ordres de se faire. Parce qu'il apprend vite. Enfin... c'est pas non plus handicapant. Pas encore, pour l'instant, en tout cas.

Cette présentation de cas donne à voir une configuration de discussion où la psychologue de la MDS constitue la référence principale, si ce n'est unique, à laquelle se reporte l'assistante familiale. Outre la prise en charge de l'enfant *stricto sensu*, les interactions avec la psychologue sont à la fois le lieu d'un examen de soi, un espace de réflexivité sur ses pratiques, une instance d'organisation de la vie quotidienne, un recours face aux inquiétudes et aux doutes. La relation que le couple entretient avec la psychologue de l'équipe confine finalement à l'obédience. L'efficacité de ce dispositif suppose que l'assistante familiale et son conjoint reconnaissent l'autorité de la professionnelle du psychisme, dont la légitimité est à leurs yeux directement articulée à la capacité de cette dernière à mobiliser un ensemble théorique, la théorie de l'attachement, qui constitue la grille de lecture communément partagée de la prise en charge.

2) Modèle « multi-ressources »

Si le premier type de configuration repéré fonctionne sur une quasi-exclusivité des échanges, on repère *a contrario* que certaines assistantes familiales s'appuient dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes sur une pluralité d'interlocuteurs qu'elles sollicitent au gré des rencontres et des opportunités qui se présentent à elles. Ces assistantes familiales ne sont donc pas dans le face-à-face avec les référents de l'enfant. Elles mobilisent de multiples ressources pour orienter leur prise en charge. Nous en développerons ici deux exemples.

▪ Un retard de langage

Le premier exemple concerne une assistante familiale en reconversion professionnelle, auparavant cadre dans le secteur privé. Elle accueille une petite fille, âgée d'un peu plus de deux ans et qui « ne parle pas ». La petite fille s'exprime par des sons « bouh ! », « hun ! », « whoua ! » à l'exclusion de quelques mots articulés de manière approximative. Pour se faire comprendre de son assistante familiale, la petite fille prend cette dernière par la main pour l'emmener dans la pièce où se trouve l'objet qu'elle convoite, ou lui tend un objet pour obtenir que son assistante s'en serve pour elle.

Cette absence de langage est pour l'assistante familiale source de difficulté dans ses interactions quotidiennes avec l'enfant dont elle a souvent du mal à décrypter les demandes.

Assistante familiale : Même jusqu'à présent, quand elle pleure, il faut deviner ! Il faut tâtonner, il faut regarder s'il y a de la fièvre, il faut regarder s'il y avait des dents, il faut regarder si... bah des fois, c'est des visites qui se sont pas très bien passées, mais quand on n'a pas d'écho de la visite... par exemple aujourd'hui, j'ai su que la semaine dernière, elle avait passé la visite dans les bras de la psy.

Il semble également difficile de forcer l'enfant à faire l'effort de parler.

Assistante familiale : Même si je vais la pousser à faire des efforts, elle va se comporter en tant que frustrée, c'est-à-dire en hystérique quoi ! Elle va crier ! Si je vais insister pour qu'elle verbalise, elle va...elle va être hystérique, elle va se mettre à crier, à pleurer, à faire n'importe quoi ! Si elle a un objet dans les mains, à le balancer ! »

Par ailleurs, cette absence de langage chez l'enfant est pour l'assistante familiale source d'inquiétude. La jeune femme interpelle donc les référentes de l'enfant sur cette question.

Assistante familiale : Moi j'ai dit « elle parle pas ». Alors là aussi, la psy a tout vu en [prénom de l'enfant] : de l'autisme, de la surdité...La psy pour elle, [prénom de l'enfant] était autiste. Depuis qu'elle est toute petite, elle dit « non mais ça, c'est un comportement d'autiste ». Après elle nous a dit qu'elle était muette, qu'elle était sourde, donc on a fait un bilan ORL. Il s'est avéré qu'elle n'était pas sourde.

Anthropologue : Vous dites que pour la psy, elle a tout eu : elle est autiste elle est sourde et muette. C'est ironique quand vous dites ça ?

L'assistante familiale : oui ! Si par exemple je lui rapporte un fait, elle me dit « oui mais ça c'est parce qu'elle est comme ça ». Elle émet un jugement en disant « parce que vous me dites ça, bah c'est par quelle est ça ». Ça me choquait, parce que je me disais mais si elle est ça, il faut peut-être faire un suivi, il faut peut-être faire un travail par rapport à ça ? Ben, « non ! non ! Elle est comme ça, c'est comme ça ! on fait rien de plus ».

On perçoit dans cet extrait comment l'évocation de catégories diagnostiques lourdes par la psychologue de la MDS est source d'incompréhension pour l'assistante familiale. De son point de vue, il s'agit de la part de sa collègue d'une propension à émettre des verdicts hâtifs et insuffisamment étayés, aux effets normatifs voire stigmatisant pour l'enfant, ainsi que l'emploi du terme « jugement » en atteste. Cette manière de faire qu'elle décrit de la part de la psychologue est d'autant plus difficile à supporter pour l'assistante familiale qu'elle ne s'accompagne pas dans l'immédiat d'une orientation de prise en charge de l'enfant vers des professionnels du soin. Elle n'a d'autre effet à ce moment là que d'accroître l'inquiétude éprouvée par la jeune femme.

Quelques temps plus tard, l'assistante familiale assiste à la synthèse en vu de la CARS mais ne peut participer à celle-ci car elle est alors en formation. Elle apprend alors, en lisant le compte-rendu de la CARS qui lui a été transmis, qu'une demande de prise en charge en CAMSP va être effectuée pour la petite fille.



Assistante familiale : Moi, on m'a donné un compte-rendu de CARS en me disant « inscription en CAMSP », donc je sais que ça a été décidé, que l'inspecteur est d'accord, que tout ça a été décidé de l'équipe en commun avec l'inspecteur.

Sur l'objectif et le contenu de cette prise en charge, l'assistante familiale n'a que très peu de d'informations : si elle sait que « c'est pour le retard de langage de la petite fille et par rapport à la situation qu'elle a avec sa mère », elle ne semble pas, au moment où nous réalisons notre premier entretien avoir une idée du type de prise en charge dont va bénéficier la petite fille : s'agit-il de faire un bilan de l'état de la petite fille ? De la mise en place d'une psychothérapie ? Mais dans ce cas là, comment faire ce travail d' « analyse » si l'enfant ne parle pas ? S'agit-il de prise en charge en séance collective ? Pour de la psychomotricité par exemple ?

L'assistante familiale n'en sait pas davantage. Elle conçoit son rôle dans ce projet de prise en charge en CAMSP en tant qu'exécutante, ce qui ne semble pas l'autoriser à poser aux référentes de l'enfant ces questions qu'elle se pose.

Anthropologue : Pour le CAMSP, vous avez pris rendez-vous ?

Assistante familiale : C'est l'équipe qui s'occupe des choses.

Anthropologue : Donc, vous, on va vous dire : pour le CAMSP, ça sera... ?

Assistante familiale : Le premier rendez-vous, ça sera tel jour, telle heure. Est-ce que vous êtes dispo ? oui, non...

Quelques mois plus tard, l'assistante familiale apprend par l'équipe que la demande d'orientation en CAMSP a été rejetée. « [prénom de l'enfant] n'est pas assez atteinte, elle n'a pas assez de symptômes pour être prise en charge » explique l'assistante familiale lors de nos échanges.

Ce rejet intervient au moment où la petite fille entre dans le langage. Cet événement, que l'assistante familiale décrit comme une libération pour la petite fille, est corrélé par l'assistante familiale à l'autorisation qu'elle donne à la petite fille de l'appeler, elle et son conjoint « papa et maman ».

Assistante familiale : [prénom de l'enfant] travaille beaucoup beaucoup sur le vocabulaire et la prononciation. Elle s'est débloquée d'un coup. En fait, la dernière fois qu'on s'est vu, c'est en avril, je crois. En mai, j'avais eu une formation avec une psychologue clinicienne et on parlait justement de tous ces enfants qui étaient plongés dans le mutisme, tous les problèmes de comportement, à tout âge en fait. Et je disais moi, elle a deux ans passés, presque deux ans et demi et elle ne prononce pas un mot. Elle me dit « mais elle fait comment pour s'exprimer ? », « ben elle nous prend la main et elle nous emmène vers l'objet qu'elle veut elle nous le montre du doigt », on en était là. Elle me dit « quelle est sa famille naturelle ,etc » ? Je lui dis, il y a sa maman qu'elle voit

en visite médiatisée. Et elle me dit « vous vous appelez comment vis-à-vis d'elle ? ». Je réponds « par nos prénoms : Y et Z ». Elle me dit « c'est quand même compliqué à dire. Est-ce qu'il y a un mot qu'elle dit ? ». Je dis « à part Girafe qui est « irafe, irafe », Elle n'a pas la volonté de parler, de s'exprimer, on voit vraiment que c'est pas quelque chose qui la gêne, elle a pas envie de faire d'effort par rapport à ça. Elle me dit « Est-ce que ça vous poserait souci qu'elle vous appelle papa et maman ? ». Je dis « c'est plus par rapport à mon fils que par rapport à moi, après je comprendrais qu'elle le fasse ». Elle me répond « mais si ça vous pose souci, essayez de trouver un petit truc mais qu'elle puisse avoir...pas un surnom mais un nom qui puisse se rapprocher pour qu'elle puisse vous appeler, qu'elle comprenne bien que vous avez un lien particulier avec elle, que vous êtes pas comme avec votre fils, que c'est pas « papa, maman » comme votre fils, mais je sais pas moi « mamou, papou » ou alors lui expliquer qu'elle a le droit, tout simplement lui dire qu'elle a le droit, que si elle veut elle a le droit de nous appeler « papa et maman ». J'ai pris l'information. Du coup, elle m'a dit ça. Et puis je me suis dit « non mais ça va pas ! Je vais pas parler à [prénom de l'enfant] en lui disant « tu as le droit de nous appeler papa, maman ». Pour moi, c'était tellement induit que j'avais pas besoin de le spécifier. Puis ça a fait son chemin dans ma tête, je pense que j'ai du attendre une semaine ou deux...et on rentrait d'une visite médiatisée, je la sentais pas bien, un peu stressée, un peu tendue. Et quand on est rentré à la maison, je l'ai faite manger, je l'ai couchée. Elle était super nerveuse ! Je me souviens, elle envoyait tout, elle lançait tout, elle arrivait pas à se concentrer, elle arrivait pas à se poser ! Je lui dis « Qu'est-ce qui va pas ? Est-ce que tu as un bobo ? Qu'est-ce que je peux faire pour t'aider ? ». Puis rien du tout. Donc je lui ai dit « Viens, on va prendre un livre », je l'ai assise sur mes genoux, j'ai pris un livre où c'était une petite fille qui jouait à la poupée qui disait « je joue au papa et à la maman ». Et donc je suis repartie de cette histoire, donc voilà, après j'ai dérivé sur ça, en lui disant « mais tu sais si tu as envie de nous appeler papa et maman, que Y et Z, c'est compliqué... ou pour tes propres raisons, si tu as envie de nous appeler « papa » et « maman », tu as le droit, tu peux le faire. Tu sais que tu as ta maman, qui s'appelle maman [prénom de la maman], que tu vas voir à la MDS, que tu es sortie de son ventre, que ce sera toujours ta maman mais moi, si tu veux nous appeler je sais pas moi « mam » ou « mamou », je sais plus ce que je lui ai dit « mamounette », et Z « papa », « papou » ou tout ce que tu veux, y a pas de souci. Et je l'ai sentie plus ou moins réceptive et bon, elle a continué sa journée, elle était un peu moins tendue...toujours un peu nerveuse mais moins tendue. Et quelques jours après, peut-être trois, quatre, une petite semaine après c'est sorti « mam, mamou et papa ».

Anthropologue : « Ca a été les premiers mots qu'elle a dit, à part girafe ? »

Ass fam : A part « irafe », oui ça a été dans les suivants.

Anthropologue : Donc elle vous appelle ?

Ass fam : Papa ou papou, et moi mam et mamou, et si on lui dit « maman », elle sait très bien que c'est sa mère. Elle a tout bien différencié. Et à partir de ce moment là, elle s'est lancée dans le langage. C'était comme si on ouvrait des portes et à partir de là, elle a commencé à travailler des mots, à répéter. Avant, y avait le non quand même. Le non,



elle savait le dire, et « i » pour oui, là ça commence à devenir un « oui ». Là, elle est énormément dans la répétition. Elle répète beaucoup de mots.

Cet exemple permet de souligner plusieurs choses :

Tout d'abord, le groupe de la formation de 240h fonctionne pour cette assistante familiale comme un espace de réflexivité.

A contrario, les relations qu'elle entretient avec l'équipe enfance-famille de l'enfant n'apparaissent pas comme un espace de dialogue. L'Assistante familiale souligne ainsi plusieurs fois au cours des entretiens le peu d'informations qui lui est transmise, et le caractère limité des échanges.

Ensuite, la formatrice joue un double rôle : elle donne indirectement un cadre d'interprétation à l'absence d'entrée dans le langage de la petite fille puisque son intervention porte sur les troubles du comportement en lien avec la question de l'attachement et l'abandon. Mais elle propose également une action concrète pour « débloquer » la situation : il s'agit de faire comprendre à l'enfant qu'elle a un lien privilégié avec elle en l'autorisant à l'appeler maman.

Enfin, face aux propos de la psychologue clinicienne, l'attitude de l'assistante familiale consiste à s'approprier une proposition, ce qui est quelque peu différent de la mise en œuvre d'une recommandation. On remarque que la jeune femme tente une action sans forcément adhérer à l'interprétation qui la sous-tend, ni a posteriori être persuadée qu'elle est la cause du dénouement de la situation.

Assistante familiale : Je l'ai lancé sans y croire réellement. Mais j'y croyais pas spécialement, après est-ce que c'est ça, ou est-ce que c'est autre chose que j'aurais pas remarquer. Je suis pas sûre que le lien de cause à effet, ça soit ça, après dans le temps, ça correspond plus ou moins.

La jeune femme aborde avec une certaine distance les interprétations qui peuvent être données des comportements de la petite fille qui lui a été confiée : elle accueille les discours de la psychologue de la MDS avec circonspection et garde une certaine réserve quant à la justesse de l'interprétation de la formatrice, quand bien même sa proposition semble avoir fonctionné. Dans le même temps, elle se saisit des opportunités d'aide qui s'offre à elle, y compris à l'extérieur de l'équipe de l'enfant.

▪ *Des difficultés multiples*

Le second exemple présenté concerne une assistante familiale bénéficiant de très nombreuses années d'expérience et qui prend en charge plusieurs enfants. Au début de

l'année 2016, elle accueille un petit garçon, âgé de deux ans et demi, dont le comportement très problématique a fini par faire craquer la première assistante familiale à laquelle il avait été confié. Cet enfant cumule des problèmes de sommeil, d'agressivité, un retard de langage, une grande agitation. Il a commencé à être pris en charge en CAMSP quelques semaines avant l'arrêt de travail de sa première assistante familiale.

Au cours de l'entretien, sa nouvelle assistante familiale explique comment au bout de quelques semaines, un des autres enfants dont elle s'occupe depuis plusieurs années, et qui a un important retard de développement (Y), se met à « régresser » au contact du petit garçon nouvellement accueilli (X). Cette situation met la professionnelle en grande difficulté, au point qu'elle envisage d'abandonner la prise en charge à son tour. Elle raconte alors comment elle mobilise différents interlocuteurs pour être soutenue et rassurée.

Assistante familiale : Quand j'ai voulu arrêter, c'est quand le CAMSP m'alerte et me dit que Y régresse. Whaou ! Ils me disent « Y régresse, ça va pas, elle recommence à marcher sur la pointe des pieds », donc elle refaisait comme X, et comme elle a un retard de développement, c'est très dur pour la faire avancer, pour lui faire quitter les petits rituels qu'elle a et la faire passer à autre chose... Elle a un très bon suivi, nous, on est derrière. Et là, on me dit (tiens ça me donne des frissons) on me dit « elle régresse! Elle remarche sur la pointe des pieds ». Elle refaisait caca dans la culotte, dans les couches la nuit, caca, alors que bon, elle faisait que pipi de temps en temps. Elle recommençait à parler comme ça « hein ! hein ! hein ! ». Elle parlait plus, donc son orthophoniste me dit « j'arrive plus à avancer avec Y », oh la la la la... Donc j'ai dit « ah non, non, non ! Moi, alors là, je vais plus pouvoir, c'est pas possible! Je peux pas voir Y s'enfoncer pour...et que X aille bien ». Bon, j'en parle à l'équipe de la MDS, une super équipe, heureusement. Je vois la psychologue avec qui j'ai des entretiens qui dure plus d'une heure et elle me rassure, bon elle a l'expérience, elle me dit « ça va pas durer pour Y. Là, elle fait du mimétisme « oui, il marche sur la pointe des pieds, je vais bien voir », mais comme elle, elle marche plus sur la pointe des pieds, elle va laisser tomber ce truc là ! Elle va essayer un petit moment et puis, elle va lâcher ! Faire caca dans la couche, elle va s'apercevoir que finalement, c'est pas agréable, on sent mauvais, on se fait gronder « ben oui, t'es grande maintenant ! ». Donc, elle me dit, elle va lâcher tout ça.

Parallèlement, l'assistante familiale sollicite la psychologue du CAMSP que fréquentent les deux enfants.

Assistante familiale : Et le CAMSP me rassure aussi, la psychologue, j'ai pu bien en discuter puisque bon ben elle connaissait X, elle connaissait Y aussi, donc elle m'a bien tranquilisée aussi...bon, j'ai pas dit que je voulais tout arrêter mais j'ai eu besoin pendant un grand moment d'être tranquilisée. Ça a duré deux bons mois quand même, puisque ça fait que quatre mois qu'il est là, donc les deux premiers mois, ça a été chaud, ça a été dur, et puis Y, ben c'est vrai qu'elle a laissé...elle marche pas sur la pointe des

pieds, elle a complètement arrêté, et puis maintenant, on va dire que X la tire aussi vers le haut.

L'assistante familiale mobilise également l'orthophoniste de Y au sujet du retard de langage de X.

Assistante familiale : X, le seul mot qu'il disait, c'était « hein !hein ! hein! », pour tout ! Pour nous appeler « hein ! hein! ». « Hein! Hein! » [pointe objet avec sa main] Voilà, y a avait pas « de l'eau », « j'ai faim », « j'ai soif », « papa », « maman », y avait rien ! C'était que des « hein! », des « hein! », des « hein! ». Donc nous avons que les « hein! » pour nommer les choses. Nommer le biberon, nomme le lait. Donc, moi, je me dis quand même...bon, je le laisse faire mais à chaque fois que moi, je lui propose, je lui dis [en accentuant l'articulation] « le lait », « le lait », tous les matins « le lait pour X ». « Hein! ». Quand je bois quelque chose « hum, je bois de l'eau, c'est bon ! ». Bon ben voilà, on commence. Au CAMSP, j'ai cette chance aussi, l'orthophoniste de Y qui travaille avec des sourds et muets, donc qui parle à Y en langage gestuel. Donc, je me dis « je vais lui demander des conseils », et puis, elle me donne plein de conseils. Elle me dit de nommer voilà, tout ce qui se passe dans la journée [en accentuant toujours l'articulation] : « C'est bon hum ! », « Ca sent bon hum ! ». Il faut que son corps se réveille un peu...Donc je prends plein de conseils auprès d'elle...et ça marche pas...enfin, je crois que ça marche pas. Il commence pas à parler. Je retourne vers elle, je lui dis « écoutez, c'est quand même dur pour lui faire sortir tous ces mots! ». Elle me dit « est-ce qu'au moins, il les connaît ? », enfin « est-ce que vous pensez qu'il connaît les choses, qu'il sait que ça, c'est une chaise, ça, une paire de chaussures ? » Alors, oui, je lui dis « oui, tout, tout »...Un kleenex, chaussure, cuillère...tous les mots ! Je me suis aperçu qu'il connaissait tous les mots ! Alors, elle me dit « si il connaît tous les mots, c'est qu'il les as dans la tête, et c'est qu'il va savoir les dire ». Alors, elle me dit « là, il va falloir être un peu plus ferme », c'est à dire « ben, écoute, tu veux un gâteau ? Mais moi « hein! », je comprends pas, donc je suis désolée, si tu fais pas même un petit effort pour le nommer, je te le donne pas parce que je ne comprends pas », « même si tu dis « boulabloulou », n'importe quoi ! », mais...de dire quelque chose. Alors au début, ben, il est pas content hein ! Moi aussi, je me sentais pas trop là-dedans, mais je me suis dis « il faut que je le fasse! », alors le matin, il se lève, et je lui dis [accentuant l'articulation] « hum le lait, c'est bon, le lait à X! », « hein! hein! », alors je lui dis « tiens le biberon de lait, mais écoute moi, si tu me le demandes pas, je t'entends pas, on ne communique pas », je dis « moi je suis désolée...tu l'auras le biberon, parce qu'il est à toi, mais il va falloir au moins essayer de me le demander! », alors il me regarde, je lui dis « tu sais, juste « lait », t'a pas envie de dire « lait » ? » [se mettant à chanter] « lait! lait! »; ah oui, parce qu'elle me disait de le faire un peu sous forme de chanson. Ouais, alors c'était [en chantant] « lait, lait, lait, lait, lait ! »! Et puis, ça a commencé à être « hé! », « hé ! », c'était plus le « Hein! », c'était le lait ! Han ! Mais comment c'était...han, arraché ! Tous les matins, il prend plaisir maintenant à me dire « hé! hé! », je dis « oui, c'est le lait ». Et puis, on a recommencé avec l'eau « Eau ! eau ! »... Les mots sortent ! Han ! Et puis bon sa psychologue, je la tiens

au courant des progrès, et puis je lui dis « mais c'est quand même dur! ». Alors, elle me dit « rendez-vous compte, tout ça, c'est des muscles ! Lui, pendant deux ans, il s'est refusé quelque part à travailler, à sortir... ». Ses cordes vocales sont habituées qu'à sortir « hein! », et maintenant, on lui dit de dire le mot « eau », « lait », mais ça fait mal ! C'est comme quand on travaille un muscle qu'on n'a pas l'habitude de travailler !

L'assistante familiale demande donc à plusieurs reprises des conseils auprès de l'orthophoniste : elle lui rend compte des résultats des actions qu'elle tente auprès de l'enfant et ajuste ses interactions avec lui en fonction de ces discussions. Elle construit finalement un suivi informel autour de cet enfant, tout en se saisissant des propositions faites par l'orthophoniste à sa manière.

De façon plus générale, on remarque que l'assistante familiale sollicite toujours parallèlement l'avis de l'équipe du CAMSP et celle de la MDS et fait circuler les informations entre les deux.

Par ailleurs, cette assistante familiale produit elle-même des interprétations quant aux comportements problématiques que peut avoir le petit garçon (sa longue expérience professionnelle joue sans doute ici), mais situe toujours ses actions dans un registre strictement pratique. Ces manières de faire avec l'enfant, où le sens donné aux actions se situe en lui-même et n'est pas adossé à un registre théorique, sont inventées de manière autonomes par l'assistante familiale dans le quotidien de la prise en charge. En voici un exemple :

Assistante familiale : C'est un bébé qui est joyeux il aime aller dans le bain, dès que je le sortais du bain pour l'habiller, le laver, le rincer, c'est comme si il était parti de son corps... dès que j'avais un contact physique avec lui, [prénom de l'enfant] n'existait plus...J'aurais pu faire n'importe quoi ! Lui faire couler 100 litres d'eau sur la tête sans rouspéter...! Ça j'ai dit « whou! », alors je le savonnais, je lui parlais, il ne parlait pas. Je l'ai sorti, il était tétanisé, je voyais qu'il avait un mal-être avec son corps... parce que son corps a été maltraité hein, donc la mémoire, le cerveau enregistre. Et puis, au fil des jours, j'ai appris comment faire pour qu'il soit plus à l'aise alors après, j'ai trouvé plein de trucs, plein d'astuces : alors dès qu'il sort du bain, il faut le lover dans un peignoir, une serviette de bain. Et là, dès qu'il était lové dans quelque chose, hop ! De nouveau le sourire...il était là ! De nouveau sur la table à langer je l'habillais, donc il passait le petit bras [l'assistante familiale mime un enfant qui extirpe un bras d'une serviette], et dès que le corps était couvert, ça allait.

Anthropologue : Comment vous avez trouvé ça ?

Assistante familiale : Je me suis dit, s'il veut pas être nu, c'est qu'il faut que je le couvre. Le sortir du bain alors là, on pouvait pas faire autrement. Une serviette, OK, je le séchais, et puis, on s'habillait. Mais sur la table à langer, je retrouvais un petit garçon tout... alors j'ai dit « non, on peut pas » alors, j'ai gardé la serviette. Maintenant, j'ai

plus besoin de faire ! Oh punaise ! Car maintenant il est là les fesses à l'air ! C'est pour vous dire les progrès qu'il y a eu !

Les deux cas présentés contrastent avec le premier par le degré d'autonomie dont font preuve les assistantes familiales, à la fois au niveau des interprétations qui peuvent être données des comportements de l'enfant et des actions qu'elles peuvent mettre en œuvre pour y faire face. Ces professionnelles, sans adhérer exclusivement à un registre, sont prêtes à s'en saisir dans une attitude pragmatique. On remarque qu'elles se distinguent des autres cas présentés par une relative facilité à solliciter les équipes de MDS mais également les professionnels du soin. Leur aisance doit être rapportée à leur statut réciproque : grande expérience professionnelle pour la seconde ; carrière en tant que cadre dans le privé pour la seconde.

3) Modèle « Défiance »

On peut dire que les configurations « alliance thérapeutique » et « multi-ressources » fonctionnent, c'est-à-dire permettent aux assistantes familiales d'affronter les difficultés qu'induit la prise en charge d'enfants aux comportements problématiques. *A contrario*, la troisième configuration repérée relève de situations où la parole entre les professionnels circule peu et mal et où les relations que l'assistante familiale entretient avec les référents de l'enfant sont principalement de l'ordre de la défiance.

▪ Un enfant qui « fait des crises »

Il s'agit d'une assistante familiale qui accueille un petit garçon depuis plusieurs années. Elle décrit lors d'une séance d'APP les comportements de l'enfant qui lui posent problème.

Assistante familiale : Il s'oppose beaucoup, quand je lui refuse quelque chose, il attrape des crises de colère, il hurle ! Il se lève à 6h30 et si je lui dis non pour le biberon « pas tout de suite », pareil, il se met à hurler. La dernière fois, il a fait une crise dans le magasin parce que j'ai pas voulu lui donner un paquet de chips. Le problème c'est le ton qu'il utilise, c'est comme une habitude ! Il est là « je veux ! je veux ! », c'est une exigence, c'est ça qui me pose problème. Quand je lui ai dit « non » pour le paquet de chips, il a écrasé le paquet, l'agent de sécurité du magasin est intervenu ! Il a fallu que je bataille pour qu'il range le paquet ! C'est épuisant pour qu'il obéisse.

Psychologue : Combien de temps durent ses crises ?

Assistante familiale : Environ 20 minutes, il hurle « tu es méchante ! », il jette les jouets contre sa porte ! A la cantine aussi, on me dit qu'il est pénible.

Ces colères, que l'assistante familiale désigne comme « des difficultés croissantes à faire avec la frustration », amènent cette dernière à demander une prise en charge de l'enfant en CMPP. La professionnelle explique en APP qu'elle est à l'initiative de cette orientation. Mais



l'évaluation que le pédopsychiatre fait de l'état de l'enfant contraste fortement avec ce que pense l'assistante familiale, ainsi qu'elle le rapporte, toujours en APP « Le pédopsy du CMP dit qu'il va bien, qu'il n'a pas de pathologie, mais moi, je suis inquiète à cause de ses crises ».

L'enfant voit alors le pédopsychiatre une fois par mois. L'assistante familiale raconte en APP qu'elle a demandé plus d'aide au pédopsychiatre.

La psychologue en charge d'animer les séances lui demande « qu'est-ce qu'il vous propose ? ». L'assistante familiale explique qu'elle avait demandé un suivi psychomoteur, la psychologue s'étonne « qu'attendez-vous des séances de psychomot ? ». L'assistante familiale ne répond pas. La psychologue demande si il est question d'augmenter la fréquence des séances avec le pédopsychiatre. L'assistante familiale dit qu'elle en saura plus mi-juin.

A la mi-juin se tient une audience au cours de laquelle il est demandé que l'enfant « change de psy » car depuis un an et demi le petit garçon, aux dires de l'assistante familiale, « n'évoluait pas ». On n'en sait pas davantage sur comment la demande de l'assistante familiale a été discutée avec les référentes pour aboutir à cette demande.

Parallèlement à ces difficultés autour de la prise en charge des colères de l'enfant, le petit garçon est pris dans un conflit de loyauté entre son assistante familiale et sa mère. L'assistante familiale raconte comment par exemple, à la fin des visites la mère venait jusqu'à la voiture et ne partait pas « tant qu'elle ne faisait pas pleurer son fils ». Cette situation perdure « jusqu'à ce que je demande que la séparation ne se fasse plus dans la voiture » explique l'assistante familiale.

En novembre 2016, l'assistante familiale demande à ce que l'enfant lui soit retiré. Celui-ci est placé en MECS. L'assistante familiale explique : « une des référentes de l'enfant m'a dit qu'elle était « perturbée » par mon arrêt, je l'ai très mal pris ! ». Elle explique qu'une autre lui a dit à propos de la mère de l'enfant placé « oui, c'est vrai qu'elle vous a pourri la vie pendant 3 ans ». « Mais qu'est-ce que vous avez fait pour empêcher ça ?! », est la question qui brûle les lèvres de l'assistante familiale mais qu'elle n'ose poser à la référente.

Les relations entre cette assistante familiale et les référentes de l'enfant qui lui est confié sont marquées par une difficulté à dialoguer. Les seuls échanges rapportés par la jeune femme sont emprunts de négativité, et prennent la forme de « piques ».

Par ailleurs, on sait qu'il n'y avait pas de réunions régulièrement organisées avec les référentes, la plupart des échanges se faisant par téléphone.

Au cours des séances d'APP qui suivent la fin du placement, l'assistante familiale rapporte qu'elle avait souvent fait remonter ses observations et explique « il y avait des petits

changements parce que je le demandais ». La professionnelle semble avoir été en situation d'alerter sur ses difficultés sans qu'une véritable discussion s'enclenche avec les référents de l'enfant.

Les données récoltées montrent que les relations avec les professionnels du CMPP fréquenté par l'enfant étaient du même ordre. L'assistante familiale n'avait pas davantage le sentiment d'être entendue ni aidée par les professionnels du soin.

Aux problèmes de comportement de l'enfant, s'ajoute le fait que l'assistante familiale se trouve exposée à l'agressivité de la mère et ne se sente à aucun moment protégée par les référents de ce point de vue. Cette situation redouble finalement la défiance que la jeune femme éprouve pour ses collègues, qui semblent, de son point de vue, indifférentes à ses difficultés avec l'enfant autant qu'à celles avec la mère, mais aussi à la souffrance engendrée par le comportement de la maman sur l'enfant.

▪ *Un quotidien intenable*

Le dernier cas présenté est celui d'une assistante familiale qui est longtemps restée femme au foyer avant d'entrer dans le métier. Elle accueille désormais une petite fille mais raconte lors d'un entretien son premier placement, qui a duré deux ans.

L'assistante familiale raconte qu'elle a accueilli cet enfant âgé alors de 16 mois, « qui arrivait d'un foyer de la DIMEF ». « J'étais pressée de travailler, j'ai pas pris le temps ! » explique-t-elle. « J'ai pris cet enfant directement. Ca a été très difficile, vraiment difficile ! Pendant deux ans, j'ai bataillé, mais la solution dépassait mes capacités ».

Elle explique qu'il s'agissait d'un petit enfant « gitan » : « C'était un enfant très beau, magnifique ! » précise l'assistante familiale, « il était né dans une caravane, il était maltraité par le père, le père avait des comportements totalement inadaptés avec un enfant de cet âge. Le père était maltraitant avec la mère, il la frappait ».

L'enfant a fait l'objet d'un placement judiciaire. « Il a été retiré de sa famille tôt puis est resté pendant 9 mois en foyer » raconte l'assistante familiale. « C'était un enfant vraiment très difficile, très agité ! ». Comme je lui demande de m'expliquer plus en détail, elle répond « Il n'était pas conscient du danger, il aimait le danger ! ».

Elle raconte qu'une fois, il avait cassé les barreaux de son lit : « Vous imaginez la force qu'il faut avoir ?! Un jour, je rentre dans sa chambre et je trouve le lit cassé et Jordan caché dessous ! ». Elle raconte aussi qu'il n'était pas question pour elle de le laisser dans la cour devant chez elle, parce qu'il fallait le surveiller en permanence.

L'assistante familiale explique qu'elle était démunie, qu'elle appelait l'équipe mais que rien n'était fait. Par exemple, il avait été question de mettre en place une prise en charge en CAMSP, « avec la psy de l'équipe, on passait des heures mais au final, ça n'a pas été fait ! ».

». Au cours des deux ans, aucune prise en charge CAMSP n'a été finalement organisée explique l'assistante familiale.

L'assistante familiale explique qu'en plus, au cours des deux ans où le petit garçon est resté chez elle, il a changé d'équipe. « Au départ, il était à la MDS de X et puis il a été à la MDS de Y. « J'aurais jamais cru que ça existait une équipe pareille ! » s'exclame l'assistante familiale.

Elle raconte qu'en raison du comportement du petit garçon, elle ne sortait plus et ne recevait plus. « Pour aller faire les courses, j'attendais que mes filles rentrent ! J'allais plus au parc, car il disparaissait dès j'avais le dos tourné ! C'était un enfant qui débordait tout le temps ! En même temps, cet enfant, mon dieu, il avait un côté tellement mignon parfois, tellement craquant ! Il avait vraiment deux côtés ! ».

Je demande à l'assistante familiale de me raconter d'autres choses qu'il faisait. Elle me dit « vous vous souvenez quand c'était la mode de faire des bracelets avec les petits élastiques ? Et bien ma fille en faisait, un jour, je vais pour changer [prénom du petit garçon], je l'allonge, et là, je vois qu'il a des petits élastiques coincés dans le nez ». Elle raconte ensuite « il faisait des colères noires, par exemple, j'avais décidé qu'en dehors des repas, il aurait pas de gâteaux, et ben si je lui donnais pas de gâteaux, il hurlait, il hurlait ! C'était épuisant de m'occuper de lui ! Et le coucher, c'était que des cris, des cris, des cris ! Mais des cris, comme un animal ! ». L'assistante familiale explique que le petit garçon ne parlait pas quand il est arrivé chez elle, et ne parlait toujours pas lorsqu'il est reparti en 2014. « Au bout d'un moment, je me sentais vraiment mal, épuisée et déprimée, heureusement que j'avais le soutien de mes collègues ! ». Elle explique s'être entretenue avec sa référente [du SAF] au téléphone : « je lui ai dit que j'en pouvais plus et que j'allais démissionner, alors on m'a retiré la garde ». L'assistante familiale explique que sa référente « a eu des mots... Elle m'a dit qu'elle doutait de mes compétences. Je lui ai dit « ça, madame, il faut pas dire ! ».

Dans ce cas, on repère que contrairement au cas précédent, l'assistante familiale évoque ici des échanges avec la psychologue de l'équipe autour de la possibilité d'orienter l'enfant vers une prise en charge en institut médico-social. Toutefois, du point de vue de la professionnelle, cet espace de discussion se caractérise par son inanité dans la mesure où il ne débouche pas sur une prise en charge des comportements problématiques de l'enfant. Pour l'assistante familiale, ces temps de discussion avec la psychologue de la MDS ne sont en aucun cas un espace pour décortiquer la façon dont elle interagit avec l'enfant ni objectiver les émotions que la prise en charge suscite chez elle, ou réfléchir à des actions qu'elle pourrait concrètement mettre en œuvre, autant de fonctions que nous avons repérées dans le modèle « alliance thérapeutique ».

A travers l'entretien, on devine que les échanges sont marqués par des mises en accusation réciproques, face à des comportements de l'enfant de plus en plus problématiques. Dans ce contexte, le changement de MDS en cours de placement apparaît comme un obstacle de plus.



On remarque par ailleurs que dans le récit que donne l'assistante familiale de cet accueil extrêmement difficile, la référente du SAF apparaît comme un recours tardif : c'est au moment où l'assistante familiale « craque » que cette dernière entre en jeu. La question de savoir si l'assistante familiale n'a pas tu ou minimisé ses difficultés par peur d'être mal évaluée par sa responsable, phénomène fréquemment repéré (ONED, 2015), reste posée.

Enfin, si l'assistante familiale évoque au cours de l'entretien le soutien des collègues, celui-ci ne constitue pas une ressource suffisante pour « tenir » face à la situation.

Des deux cas que nous venons de présenter ressort le fait que lorsque la défiance vis-à-vis des référents de l'enfant se combine à un isolement global des assistantes familiales, interviennent fréquemment des ruptures précoces de placement.

Nous voudrions pour finir souligner le fait que les assistantes familiales qui sont dans des configurations de « défiance » sont celles qui décrivent avec le moins de détail l'évolution de leur prise en charge et les interactions avec les référents des enfants et les autres professionnels. Cet état de fait rend l'élaboration de l'analyse à partir de seuls entretiens difficile.

4) Principaux points d'achoppement entre assistantes familiales, référents et professionnels du psychisme

Dans cadre du placement familial, le contexte organisationnel structure les discussions : alors que les assistantes familiales font partie des équipes enfance, elles n'ont pas de territoire professionnel physique partagé avec les référents sociaux (ONED, 2015).

Avec une plus ou moins grande intensité selon les configurations, les données recueillies permettent de repérer dans le cadre du placement familial quelques principaux points d'achoppement dans les discussions entre les professionnels au sujet des comportements des enfants qui posent problème.

▪ *Signes*

On observe souvent des écarts entre la gravité qui est attribuée à tel comportement par les assistantes familiales et l'importance que lui accordent les professionnelles de la MDS.

Il arrive ainsi qu'un comportement qui inquiète fortement les assistantes familiales (par exemple un enfant qui « fait des crises » ou « ne parle pas ») soit minimisé par les référents. Apparaît souvent le sentiment de devoir insister lourdement pour que finalement une attention suffisante soit portée par leurs collègues travailleurs sociaux ou professionnels du



psychisme au comportement qu'elles estiment particulièrement problématique. Cette tension est corrélée à plusieurs choses :

- le manque de disponibilité chronique des référents ASE, qui, en charge de très nombreuses situations, travaillent principalement dans l'urgence
- la pratique professionnelle qui consiste à « laisser l'enfant se poser » pour un temps plus ou moins long en lien avec la problématique des troubles de l'adaptation que peuvent développer certains enfants consécutivement à leur arrivée dans le placement (cf partie II)
- l'écart d'expérience professionnelle avec une confrontation quotidienne aux comportements qui posent problème pour les assistantes familiales

Ainsi, une assistante familiale lors du séminaire du SAF raconte comme elle a dû insister pour que soient pris en compte les problèmes d'audition du petit garçon qu'elle accueille : « J'avais interpellé la référente par rapport au fait qu'il ne parlait pas. Au début, la psy qui le suivait m'a dit de lui laisser le temps qu'il se pose et puis finalement, c'était un problème d'audition. Il faut insister, c'est vrai. »

Dans ce contexte, rapporter aux professionnels de MDS les propos des enseignants ou des ATSEM sur l'enfant lorsque celui-ci est préscolarisé constitue parfois une stratégie pour légitimer le discours d'alerte que tient l'assistante familiale.

A l'inverse, certains comportements sont du point de vue des assistantes familiales érigés en signes par les référents, alors qu'elles-mêmes les considèrent comme non-significatifs.

Les assistantes familiales pointent parfois le caractère non-représentatif du comportement de l'enfant pendant une visite ou un rendez-vous avec les équipes, et le fait que les psychologues en tirent des conclusions quant à l'état de l'enfant : celui-là a progressé, tel autre régressé.

Cet extrait d'entretien donne à voir comment les assistantes familiales peuvent percevoir ce sur quoi se basent les psychologues pour évaluer l'état de l'enfant :

« Au départ, je me rappelle de la première séance, [la psychologue] avait une petite table comme ça où y'avait plein de feutres, [prénom de l'enfant] voulait pas les reboucher, il criait : non, non, non ! « Non, non », si on bouchait, « non, non » si on débouchait... enfin, non pour tout !

Il allait tout le temps dans son bureau, alors, elle disait : non ! Elle a dû se mettre en colère, hein ! Et d'ailleurs, j'avais trouvé ça bien, parce que souvent, on n'ose pas dire aux enfants : non. Elle, elle avait pris position, et j'avais trouvé ça bien. Ben, il a plus touché, et puis, il y est retourné, parce qu'il est persévérant. Enfin voilà, il était attiré par son bureau et les papiers qui étaient sur son bureau. Et quand on s'est vu quelques

semaines plus tard, il l'avait regardé de loin, le bureau, mais il y avait pas été. Alors du coup, elle avait trouvé qu'il avait fait des progrès.

Les visites sont parfois considérées comme une « petite fenêtre » d'observation au regard de laquelle les temps de vie quotidiens devraient davantage être pris en considération.

▪ *Interprétations*

Les interprétations qui sont données des comportements des enfants qui posent problème sont également sources de désaccords. Le principal d'entre eux oppose la thèse d'une pathologie de l'enfant soutenue par les assistantes familiales à une interprétation des difficultés de l'enfant en termes psychanalytiques et/ou d'incapacité éducative de ces dernières mise en avant par les référents ASE ou SAF, et certains professionnels du soin.

Lorsque les assistantes familiales alertent les équipes enfance-famille au sujet des comportements de l'enfant dont elle s'occupe, celles-ci produisent fréquemment des discours qui empruntent aux schèmes psychanalytiques : l'enfant ne parle pas parce qu'il ne s'est pas encore « posé », il fait des crises de colère car il est « en rage contre une mère imaginaire », etc.

Très souvent, les réponses des équipes se déploient aussi sur le registre de la maladresse éducative. Ainsi, dans l'extrait présenté en vignette ci-dessus, les interlocuteurs de l'assistante familiale terminent la discussion en donnant à cette dernière un certain nombre de conseils :

La psychologue dit à l'assistante familiale « essayez de répondre un petit peu à côté, pour mettre un peu en suspens cette injonction, mettre en suspens cette pulsion. Essayer de faire des trouvailles pour qu'il ne soit pas trop enragé ! ». Un autre éducateur dit « J'ai l'impression que quand il fait ça, tu le prends contre toi, tu te dis « il me défie, il m'aime plus ». Il explique que pendant longtemps, il a pensé ça aussi quand les enfants s'opposaient à lui, mais que maintenant, il a compris que c'était pas contre lui ». La psychologue lui dit « Vous avez cheminé alors, bravo ! » et se tourne vers l'assistante familiale en lui disant « Oui, essayer de mettre un peu de légèreté ! ».

On observe que cette réponse en termes de maladresse éducative boucle parfois avec la mobilisation du registre psychanalytique. L'assistante familiale est appelée à s'interroger sur la manière dont elle réagit aux comportements de l'enfant dans une démarche réflexive où sont mis en question ses propres affects.

Séance du séminaire du SAF. Une assistante familiale, qui accueille un enfant de 11 ans pris en charge en IME, prend la parole. Elle explique que l'équipe de l'enfant l'interpelle régulièrement, « ils me disent « comment ça se fait qu'il développe autant de troubles

alors qu'il est accueilli depuis la naissance ? ». « Je suis gênée » explique l'assistante familiale. Lors d'une autre séance, consacrée à l'autisme, alors que l'intervenante explique que les enfants autistes développent souvent une forte « sélectivité alimentaire », elle prend la parole et explique que l'enfant dont elle s'occupe refuse de manger des morceaux. « Si on lui donne des morceaux, il vomit, alors je lui mixe tout, mais l'équipe de l'IME veut me forcer à lui donner des morceaux, ils me disent que je veux le garder bébé ».

Dans ce contexte, on comprend pourquoi les assistantes familiales cherchent fréquemment à ce que soit posé des diagnostics psychopathologiques. Comme l'explique le médecin du CRA lors de la séance du séminaire des assistantes familiales consacrée à l'autisme « si vous n'avez pas de diagnostic posé, on va supposer plein d'erreurs éducatives ».

- - *Remettre en cause la légitimité de la psychologie d'interprétation psychanalytique*

Ce désaccord amène fréquemment les assistantes familiales à disqualifier, au cours de l'accompagnement d'un enfant, la psychologie d'inspiration psychanalytique, comme le montre la vignette suivante.

Séminaire des assistantes familiales consacré à l'autisme. Une assistante familiale prend la parole pour parler des difficultés que rencontre le petit garçon dont elle s'occupe, et qu'elle accueille depuis l'âge de ses 9 mois. Elle explique qu'il porte deux prénoms : X et Y, que les parents ne sont pas d'accord sur le prénom, « on a dit que ça devait venir de ça » explique l'assistante familiale. Ce petit garçon prend des « anxiolytiques et un traitement pour schizophrène ». L'assistante familiale raconte « Par exemple, il veut faire des trucs et après il panique parce qu'il y arrive pas. J'ai l'impression que lorsqu'il revient de l'école et qu'il a réussi à être calme pendant 4 heures, il est totalement vidé, il s'endort un petit peu parfois dans la voiture, puis il est surexcité, à en être invivable ».

Les intervenants demandent à l'assistante familiale si le petit garçon a été diagnostiqué. Elle répond « on n'a rien diagnostiqué de particulier, maintenant, ils veulent lui faire passer des tests de psychomotricité. L'assistante familiale dit, contenant difficilement son émotion « je lâche complètement moi, je sais pas du tout quoi faire, je sais pas lui expliquer sa peur ! ».

Elle demande à l'intervenant si les signes évoluent à mesure que les enfants grandissent. Le médecin explique qu'on ne guérit pas de l'autisme mais que les signes évoluent effectivement. Elle dit que [prénom de l'enfant] a l'air d'être un enfant intelligent, qu'il doit mettre en place des mécanismes de compensation mais que ça lui coûte beaucoup.

Elle poursuit « en ce moment, le nouveau signe qu'il a, c'est qu'il recommence la même phrase depuis le début, c'est comme s'il bégayait mais sur une phrase entière, par exemple, il va dire « Tatie, ce matin à l'école je, Tatie, ce matin à l'école je... » au point que

je suis obligée de lui dire « bon [prénom de l'enfant], calme toi, tu t'arrêtes, tu sais ce que tu veux me dire, quand la phrase elle est prête, tu viens me la dire ».

Le médecin lui dit que ça fait un peu TOC ce qu'elle raconte, elle évoque les rituels qu'ont besoin de faire les enfants autistes, entre autres les rituels d'alignement. Elle raconte aussi le cas de parents dont l'enfant autiste voulait voir la lune avant de se coucher « sauf que des fois, selon le jour du mois, la lune n'est pas visible, et que ça cause de véritables drames ». Le médecin poursuit ; « Ce qui est important, c'est de comprendre ce qui déclenche ces crises de comportements, ce qu'on appelle l'antédécet. Ce que vous décrivez est assez typique » dit-elle à l'assistante familiale.

Le second intervenant prend la parole pour dire « vous voyez, le risque quand on part de « l'enfant a deux prénoms », or, il y a des éléments au-delà de cette seule question. » L'assistante familiale réagit en disant « J'ai trouvé qu'on a perdu beaucoup de temps en cherchant les raisons, j'ai été déçue. Elle poursuit « jusqu'à ce que je tape du poing sur la table, même si c'est pas mon rôle, alors on a changé de psy, parce que celui qu'il voyait, il servait à rien ! ». Elle raconte que [prénom de l'enfant] est allé voir un nouveau psy qui récemment a dit qu'il ne pouvait pas l'aider tout seul. Elle explique qu'elle a trouvé ça bien que le psy dise qu'il pouvait pas soigner [prénom de l'enfant] tout seul.

Dans cet extrait, on repère que la psychologie d'interprétation psychanalytique est à la fois remise en cause dans sa capacité à expliquer les comportements de l'enfant et en tant que pratique de soin efficace. Ce discrédit est également légitimé dans l'extrait ci-dessus par les professionnels du soin intervenant, issus du CRA PACA, qui portent ici le discours aujourd'hui dominant dans la politique publique de l'autisme (cf partie II).

Toutes les assistantes familiales ne sont cependant pas également promptes à disqualifier la psychologie d'inspiration psychanalytique : on a vu au début de cette partie comment ce registre est au contraire dans certains cas au centre des discussions entre assistantes familiales et référents dans un modèle que nous avons appelé « alliance thérapeutique », et qu'il peut être mobilisé à travers des propositions concrètes.

- *La théorie de l'attachement en pratique : « être trop ou insuffisamment attaché »*

Concernant la théorie de l'attachement, les désaccords qui peuvent se faire jour concernent le diagnostic parfois établi par les référents de l'enfant selon lequel l'assistante familiale est trop ou insuffisamment attachée.

Lorsque le lien est jugé insuffisamment fort, les référents de l'enfant transmettent à l'assistante familiale un ensemble de consignes destinées à le développer, comme par exemple porter plus souvent l'enfant au bras. Ces directives contrarient les assistantes familiales lorsqu'elles se voient refuser, au nom de la nécessité d'approfondir le lien, leur demande d'inscrire l'enfant qui leur est confié pour certaines matinées à la crèche ou la halte garderie, démarche qu'elles considèrent comme bénéfique à la socialisation de ce



dernier. Dans ces discussions s'opposent donc deux conceptions de ce que serait l'intérêt supérieur de l'enfant.

Toutefois, ce n'est pas du côté d'un attachement perçu comme insuffisamment développé que les tensions sont les plus importantes, mais davantage sur le versant excessif du lien. Du point de vue des assistantes familiales, le fait qu'on puisse leur reprocher d'être « trop attachées » constitue une aberration qui provoque fréquemment leur colère. Reformulé dans des termes issus du langage commun, cela revient pour elles à leur reprocher de « trop aimer l'enfant ».

Voici quelques exemples de propos tenus par les assistantes familiales sur cette question :

- « Dans notre travail, on nous demande de pas nous attacher, ils appellent ça la barrière ».
- « Dans notre métier, on nous demande de pas aimer. On a l'habitude de leur dire ce qu'ils veulent entendre, même si c'est pas ce qu'on fait. Moi, on m'a dit « vous l'aimez trop ». »

Les formulations choisies donnent à voir une opposition entre un « eux » et un « nous », qui renseigne en creux sur la vision que ces assistantes familiales ont de leurs relations de travail avec les référents. On remarque par ailleurs le discrédit qui est accordé à cette idée d'un attachement trop important et la posture de ruse développée par certaines professionnelles en réponse à l'injonction qui peut leur être faite. Là encore, la légitimité du cadre d'interprétation proposé par les référents est souvent déniée par les assistantes familiales

Or, il semble que cela soit l'objet de fréquentes tensions entre les professionnelles, et conduisent parfois à remettre en cause le placement de l'enfant chez son assistante familiale, ainsi que le rapporte cette pédopsychiatre en entretien :

« Moi, j'ai déjà eu des suivis où les référents ASE [disaient] : « oui, mais bon, après, la famille d'accueil est trop attachée à l'enfant ». Ah, ben, oui, mais enfin, bon, le principe de base pour se développer c'est qu'il faut s'attacher, donc je comprends qu'effectivement, la personne, elle est professionnelle et que c'est son travail, mais si vous dites à l'enfant... Moi, j'ai quand même entendu « ah oui, ils sont trop attachés, peut-être qu'il va falloir penser à changer de famille d'accueil ! »

▪ **Actions**

Face aux comportements des enfants qui les inquiètent les assistantes familiales demandent fréquemment aux référents que « quelque chose soit fait », avec le sentiment que l'inaction ou le fait de temporiser constituent des pertes de temps dont les conséquences sur le développement de l'enfant pourraient être graves.



Certaines assistantes familiales font ainsi l'état des « batailles » dans lesquelles elles doivent se lancer pour que l'enfant soit finalement suivi en CAMSP ou CMP/P, les deux principaux types d'instituts-médico-sociaux consacrés en France aux jeunes enfants. Lorsque l'enfant est pris en charge, elles ont souvent le sentiment que celle-ci est inefficace. Cette posture recoupe la propension à disqualifier la psychologie d'inspiration psychanalytique décrite plus haut, dans la mesure où ce registre d'interprétation est prédominant chez les professionnels du psychisme exerçant en instituts médico-sociaux, en premier lieu en CMP/P.



CAMPS et CMPP

Les CAMSP et les CMPP font partie des ESMS : établissements et structures médico-sociales régis notamment par les lois n° 75-534 du 30 juin 1975, n° 2002-2 du 2 janvier 2002, et n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Rapport défenseur des droits sur handicap et protection de l'enfance, 2015).

Les centres d'action médico-sociale précoce ont pour fonction d' « assurer l'accueil et l'accompagnement global des jeunes enfants de moins de six ans atteints ou présentant un risque de développer un handicap, et d'autre part pour offrir soutien et conseils à leurs familles ». (Rapport CNSA, 2009).

Leurs principales missions sont :

- le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou des troubles, de la prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits,
- la cure ambulatoire et la rééducation précoce,
- l'accompagnement et le soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant,
- le soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité.

Les CAMSP accueillent les enfants âgés de 0 à 6 ans et se caractérisent par un accès ouvert et direct : pour y être accueilli, nul besoin de fournir de notification, d'ordonnance, ni d'être adressé par un professionnel du soin. Les CAMSP existent depuis le milieu des années 1970. On dénombre aujourd'hui 350 CAMSP sur le territoire français. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires : pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs, assistants sociaux et autres techniciens paramédicaux et sociaux. Ces équipes sont coordonnées par un médecin.

Les centres médico-psycho-pédagogiques ont été créés au milieu des années 1950. Ils sont le résultat de la fusion entre les centres psycho-pédagogiques (CPP) et certains centres médico-psychologiques (CMP). Les CMPP « accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques nécessitant un accompagnement ponctuel ou régulier. Ils ont pour fonction d'effectuer des bilans, de diagnostiquer d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative » (rapport DRESS, 2005).



L'accès est libre. Les soins sont dispensés dans un cadre ambulatoire sous forme de consultations ou de séances.

En 2001, on comptait en France 355 CMPP (rapport DRESS, 2005). Les CMPP accueillent les enfants de 3 à 18 ans. Placée sous l'autorité d'un médecin directeur, l'équipe pluridisciplinaire se compose essentiellement de psychiatres ou pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, assistantes sociales, psychopédagogues.

CAMSP et CMPP sont donc très proches : l'un et l'autre sont libre d'accès, composés d'équipes pluridisciplinaires regroupant sensiblement les mêmes métiers, fonctionnent sur le principe de séances en ambulatoire. Les CAMSP, en raison de leur lien avec les services de maternité et néonatalogie - ils assurent par exemple le suivi des enfants nés prématurés - ont toutefois un identité davantage « médicale » que les CMPP.

Au-delà de ces « colorations », la différence essentielle réside dans les tranches d'âge accueillies : les CAMSP sont en première ligne puisqu'ils accueillent les enfants dès la naissance, tandis que les CMPP interviennent dans un second temps. Il apparaît par ailleurs que le recours aux CMPP pour les moins de 5 ans est minoritaire. Selon le rapport de la DRESS déjà cité, les enfants de moins de 5 ans représentent à peine 3 % des enfants suivis en CMPP. Le rapport précise que les enfants de moins de 5 ans sont majoritairement pris en charge par les centres d'action médico-sociale précoce.

Pour la tranche d'âge étudiée, les enfants de 2 à 4 ans, les professionnels de la protection de l'enfance peuvent donc recourir aux CAMSP avant trois ans, et indifféremment aux CAMSP et au CMPP à partir de 3 ans.



Le regard critique que certaines assistantes familiales peuvent poser sur les soins proposés s'alimente plus précisément de l'incompréhension que génère pour elles la pratique commune en instituts médico-sociaux qui consiste à prendre en charge les enfants sans que soit partagé les hypothèses de diagnostic – ce qui les conduit souvent à penser qu'il n'y en a pas – ni qu'un diagnostic précis soit arrêté.

En effet, en pédopsychiatrie en France domine une pratique médicale qui consiste à ne pas annoncer de diagnostic. Dans un article consacré à cette question, Albert Ogien explique que « dans ce domaine de soin, la condition du patient conduit les praticiens à admettre, très généralement, que deux raisons majeures légitiment le refus d'annoncer, de façon systématique, le diagnostic : la reconnaissance de la réversibilité des symptômes et la volonté de ne pas fixer une pathologie en la nommant. » (Ogien, 1992 : 51). Cette manière de travailler a été recueillie en entretien :

Une pédopsychiatre exerçant en CAMSP, à qui est demandé s'il lui arrive de poser des diagnostics, répond : « Oui, mais c'est pas des diagnostics comme on poserait en adulte. Ca c'est...bon...ça nomme les difficultés. Poser un diagnostic sur un petit enfant, même quand il y a des troubles graves, on sait jamais trop comment ça va évoluer, donc on n'est pas dans des trucs absolus quoi, on est dans « nommer une difficulté ». »

La logique d'activités des instituts médico-sociaux est donc d'être dans le soin avant d'établir un diagnostic.

Ainsi, lorsqu'un enfant confié est orienté par les professionnels de la protection de l'enfance vers un institut médico-social, l'entrée dans la prise en charge se déroule selon la procédure suivante : un rendez-vous initial a lieu avec un ou deux médecins de la structure (pédiatre, pédopsychiatre). Le cas de l'enfant – son parcours, son environnement, ses problèmes - est ensuite présenté lors d'une réunion de synthèse qui rassemble l'ensemble des professionnels de l'institut. A l'issue de ce moment d'échange, l'équipe décide d'orienter l'enfant vers des prises en charge individuelle ou collective avec tel ou tel professionnel de l'équipe (ce que les professionnels appellent le « projet de soin »).

L'enfant commence alors à se rendre à des séances, avec, selon le cas, un psychologue clinicien, un psychomotricien, un orthophoniste, etc. Il peut aussi être intégré à des groupes pour des séances collectives de psychomotricité, etc.

La proposition de soin est donc mise en place sans que soit établi préalablement un diagnostic. Ainsi que l'explique une psychologue de CAMSP en entretien « on est dans le soin avant le diagnostic ».



Mais ces séances n'ont pas toujours et uniquement une fonction thérapeutique : souvent, elles servent aux professionnels à approfondir leur observation de l'enfant et à préciser leur bilan. Elles sont alors un dispositif d'observation. Certaines prises en charge, comme le « groupe d'accueil » semble spécifiquement dédiées à cette fonction, comme l'explique un professionnel de CAMSP en entretien : « Le groupe d'accueil, c'est justement pour les enfants pour qui on sait pas trop sur quoi on va partir, et on a envie de mieux les connaître. »

Lorsque les équipes ont du mal à déterminer quoi faire pour l'enfant, cette fonction d'observation que remplit la séance peut s'étirer dans le temps. On observe également que cette incertitude, de même que l'importance des troubles, produit des tâtonnements dans le type de prise en charge proposé, comme l'explique cette pédopsychiatre :

« Bon alors, ce qui compte, c'est qu'on va pas tout faire ! Si on voit un qui est fracassé partout, qui a du mal dans son langage, dans son corps, dans le respect des limites [...], on commence à l'aborder, et puis ensuite, on se dit « tiens, ça, ça marche bien », « non ça, ça marche pas. Est-ce qu'on pourrait pas plutôt le faire travailler sur un petit groupe ? ». « Seul avec un adulte comme ça, ça le fait pas du tout, par contre, quand il est avec d'autres enfants, ça prend forme... ». Voilà donc il y a quand même un côté dynamique. »

Il arrive donc fréquemment que la proposition de soin évolue au cours de la prise en charge.

Cette manière de travailler, où on fait des bilans sans que cela débouche sur l'annonce de diagnostics, où on propose des soins sans avoir préalablement posé de diagnostic et où le temps de l'observation et du soin sont parfois difficiles à distinguer, est souvent l'objet d'incompréhension de la part des assistantes familiales.

Ces dernières semblent avoir une faible lisibilité de ce que l'enfant fait dans sa prise en charge. Quand les comportements de l'enfant rendent le quotidien très difficile, cette manière de travailler provoque du ressentiment. Elle peut être alors dénoncée comme un manque de professionnalisme :

Entretien avec une assistante familiale et son conjoint. Il est question d'une petite fille qu'ils accueillent et qui présente d'importants retards de développement. Comme je demande si un diagnostic a été posé pour l'enfant, le couple se met à rire :

L'assistante familiale et son conjoint en même temps : Aha !

L'assistante familiale : Vous appuyez sur le bouton qui fâche ! [rires]

Le conjoint : Ben, tout le monde travaille au pif... y'a pas de diagnostic ! Enfin, je vous le livre brut ! Ça serait mon enfant, moi, je serais hors de moi !

E : Ah oui ? C'est vrai ?

Le conjoint : Ben oui ! C'est comme si vous ameniez votre voiture chez le mécanicien, un garagiste, vous dites : elle marche pas, et qu'il commence à démonter une roue alors que c'est un problème de moteur, quoi... Il a pas fait le diagnostic, donc il peut pas savoir...

L'assistante familiale : normalement, la structure devrait faire le nécessaire pour qu'il y ait un diagnostic... parce qu'il y a quand même une problématique. Et après, y'a des prises en charge qui sont mises en place suivant la problématique. Le problème, c'est que les prises en charge sont mises en place, mais sans avoir de diagnostic...

La prise en charge médico-sociale ne permet pas, dans la plupart des cas, de réduire l'incertitude sur ce que l'enfant a, et sur ce qu'il deviendra. Or, il y a chez certaines assistantes familiales, l'idée qu'obtenir un diagnostic permettrait d'en terminer avec cette incertitude et de clôturer les débats sur les causes des comportements qui inquiètent et leur nature : est-ce un problème éducatif ou un psychopathologique ? A-t-on affaire à troubles de l'adaptation ou du développement ? La détermination d'une pathologie rendrait finalement lisible la situation, alors que bien souvent un flou important demeure quant aux difficultés que rencontrent les enfants.

La psychologie d'inspiration psychanalytique véhicule une « clinique des conduites » qui s'oppose à une « clinique des états » (Ogien, 1992). Or, certaines assistantes familiales mobilisent le recours aux instituts médico-sociaux comme un moyen de basculer dans une « clinique des états », alors que les professionnels du soin qui y exercent pratiquent une « clinique des conduites ».

Face à ces incompréhensions, il arrive que les assistantes familiales demandent des comptes aux professionnels de soin ou exigent une évolution de la prise en charge (changement de psychologue, demande d'ajout de séance de psychomotricité, etc).

La pratique qui consiste à ne pas annoncer de diagnostic au cours de la petite enfance, et donc à repousser le moment où celui-ci sera partagé, fait que certaines assistantes familiales se sentent flouées au moment où les professionnels du soin se mettent à parler de pathologie. Ici, le SAF comme les référents sont parfois remis en question, comme s'accommodant d'une pratique médicale qui les « arrange » :

Séminaire du SAF, une assistante familiale explique que la petite dont elle s'occupe souffre de microcéphalie et a eu des problèmes d'intoxication intra-utérine liée à la consommation d'alcool. Elle explique que lorsqu'elle a accueilli cette enfant, « on m'a jamais dit qu'elle était handicapée, on m'a dit qu'elle avait un léger retard ! ». Elle s'écrit « L'ASE était bien trop content d'avoir trouvé une bonne poire ! ».

On voit comment, lorsque les relations entre assistantes familiales et référents ASE sont marquées par une importante défiance, les pratiques de soin se trouvent encliquées dans les tensions entre les professionnels. Du fait de leur propre culture professionnelle, les

professionnels du soin ne peuvent s'imposer comme détenteur d'une vérité médicale qui clôturerait le débat quant aux causes des comportements problématiques et la responsabilité de chacun, alors même qu'ils sont attendus sur ce point par les assistantes familiales.

B. Configurations de discussion en MECS

En MECS, parler des enfants, c'est-à-dire échanger sur la manière dont ils se comportent et les événements qui marquent leur quotidien, constitue une part importante du travail de l'équipe. Cette activité discursive informelle remplit essentiellement une fonction de transmission d'informations entre les membres de l'équipe qui se relaient auprès des enfants. Elle est aussi l'occasion de croiser informations et observations. Un travail de mise à l'écrit de la vie du groupe dans le cahier de liaison complète et fixe une partie de ces échanges oraux. Ce cahier constitue avec un agenda et un carnet d'adresse les trois supports écrits partagés de travail de l'équipe. Si ces échanges oraux prennent essentiellement la forme de récits sur « ce qu'il s'est passé », ils s'articulent fréquemment à des réflexions ou remarques plus générales sur tel ou tel enfant.

1) L'APP, principal espace-temps de discussion des comportements des enfants

Ces échanges se caractérisent néanmoins par leur caractère informel et factuel tandis que le principal espace de discussion des comportements des enfants qui inquiètent ou posent problème sont les séances bi-mensuelles d'APP (analyse de la pratique professionnelle). Comme l'explique un membre de l'équipe en entretien collectif : « c'est vrai que l'APP, ça nous donne un cadre, on est tous posé autour de la table et que ça permet de parler des enfants ».

En dehors des réunions d'APP, l'équipe dispose de deux temps de réunion collective : les réunions bi-mensuelles avec le chef de service et les réunions d'équipe hebdomadaires.

Les premières sont principalement consacrées aux interactions avec l'ASE, l'institution judiciaire et les parents ainsi qu'à des points organisationnels internes à la maison d'enfants. Il y est question des comportements des enfants à la marge seulement, le principal étant de déterminer ce que l'équipe va faire remonter comme avis pour telle situation en vue d'une CARS ou d'une audience ou ce qu'ils vont faire avec tel ou tel parent. Ces réunions ne sont donc pas un temps de mise en commun des observations et d'interprétation des comportements des enfants.



Les réunions d'équipe, quant à elles, sont en quelque sorte « mangées » par le quotidien. Si l'équipe a fréquemment la velléité de « se poser » pour réfléchir ensemble à une situation, la gestion de la vie quotidienne du groupe (prise de rendez-vous pour les enfants, organisation des visites avec les parents ou des accompagnements, achats à faire, etc.) occupe bien souvent tout le temps de réunion. Les difficultés que l'équipe éprouve à dégager du temps pour rédiger ou actualiser les PPA (projet personnalisé d'accueil) des enfants est révélatrice de cette emprise du quotidien. Un membre de l'équipe dira à ce propos « le grand problème dans le groupe, c'est d'arriver à se mettre derrière un ordi pour faire un écrit ».

Dans ce contexte, les séances d'APP apparaissent comme un espace-temps préservé des contingences. De fait, elles constituent les seuls moments où l'équipe est rassemblée pour discuter des enfants et déployer collectivement une réflexion sur les situations. Ainsi que le dit un membre de l'équipe en entretien collectif « en APP, on se concentre sur un enfant, tout le monde et là, on a le temps de parler ». A cela s'ajoute le fait qu'elles ont animées par une psychologue qui « a des références psycho, nous apporte une lumière, est source d'informations ».

Le cadre des APP est défini ainsi par la psychologue : « un groupe d'analyse de la pratique consiste à créer un espace où chacun est en mesure de prendre la parole pour parler des enfants dans un cadre de confiance et de confidentialité. Dans cet espace, le psychologue n'a pas de position hiérarchique par rapport à l'équipe et garde les informations confidentielles, sauf si il découvre qu'un enfant est en danger dans une équipe. » ; ou encore « à partir de la pratique de chacun, il s'agit de construire quelque chose en commun autour de problèmes, questions que posent la prise en charge des enfants ».

Les séances sont organisées autour du passage en revue des situations des enfants. C'est l'occasion pour les membres de l'équipe de mettre en commun ce qu'ils ont pu observer chez l'enfant, de rendre compte des interactions fluides ou plus difficiles qu'ils ont eu avec lui, de partager des informations à son propos. La prise de parole est libre.¹⁸

L'activité de la psychologue consiste à poser des questions, commenter des faits, et à répondre, sous la forme de propositions et de pistes, aux questions que pose l'équipe.

En entretien collectif, voici les principaux points mis en avant par l'équipe au sujet de ce que leur apporte l'APP dans leur pratique professionnelle. On remarque que les uns découlent

¹⁸ Dans les faits, on observe un écart important dans les prises de parole selon les membres de l'équipe.

du simple fait de la co-présence des différents professionnels dans un temps dédié à discuter des enfants, tandis que d'autres sont articulées à la présence de la psychologue.

- mise en commun et confrontation des observations
- harmonisation des pratiques des professionnels autour d'un enfant ou dans un type de situation
- faire le bilan d'une situation : prise de recul par le fait de raconter à une tierce personne
- rapporter les comportements de l'enfant à une « norme » de développement
- référence à une norme de « bonne action »

Nous allons analyser plus précisément ce dernier point.

2) Un exemple de discussion au long court

Voici un exemple de discussion telle qu'il se déploie sur plusieurs mois à propos d'un petit garçon.

Marcel est un petit garçon dont l'équipe parle très régulièrement en APP. La discussion s'amorce à chaque fois autour de l'évolution de la situation entre Marcel et sa famille. La dégradation des relations entre celle-ci et l'enfant s'étant sur toute la durée de l'étude et va de visites les week-ends au lancement d'une procédure de délaissement par le juge.

▪ Temps 1 : Les visites se passent mal

Mars 2016 - APP : Un membre de l'équipe explique que la dernière fois, Marcel n'a pas dit bonjour à ses parents, mais qu'il a sauté dans les bras d'une amie de la famille, que la mère a appelé l'équipe pour en parler car elle était choquée. Un membre de l'équipe raconte : j'ai essayé de la calmer, en lui disant que c'était sans doute de la provocation de la part de Marcel, mais la mère a répondu « Il a un problème ! Il faut trouver des solutions ! ». La psychologue dit « Marcel interroge sa place dans cette famille ». Elle demande à l'équipe si elle « sent cette mère solide ». Un membre de l'équipe répond « solide, peut-être pas, mais motivée en tout cas, oui ». Un autre dit qu'il pense que la famille est en train de se rendre compte des difficultés. La psychologue conclut « la maman est motivée mais fragile », et invite l'équipe à l'accompagner.

La psychologue demande depuis quand ils accueillent ce petit garçon, un membre de l'équipe explique « il est arrivé il y a deux ans. A l'école, ça va pas, les week-ends, ça va pas non plus. La psychologue dit « ce qui tamise ces difficultés, c'est la question du désir de la maman à devenir la mère de ce petit garçon, mais vous avez toujours évoqué ces difficultés ».

▪ Temps 2 : Suspension des visites

Avril 2016 - Réunion avec le chef de service. La mère ne prend plus Marcel les week-ends depuis quatre semaines. Un membre de l'équipe dit qu'elle trouve Marcel plus calme, plus apaisé. Une autre dit qu'il fait le même constat. « C'est peut-être même un bien, l'absence créé le désir » dit le chef de service. Le membre de l'équipe réplique « Ce qui m'inquiète, c'est toutes les ruptures ». Se pose la question de faire une équipe éducative à l'école car Marcel y est très agité. Un membre de l'équipe en a parlé avec l'institutrice. Un autre membre de l'équipe dit « c'était la période où Marcel allait chez sa mère ». Le premier explique « on a remarqué qu'il était plus perché avant d'aller chez sa mère et quand il revenait de chez elle ».

Avril 2016 - APP : La psychologue demande des nouvelles de Marcel. Un membre de l'équipe explique que la mère a annulé la visite en raison d'un très grave incident dont elle n'acceptera de parler qu'en présence de [nom du référent de Marcel] et de l'équipe accueillante. Comme le référent de Marcel est en arrêt de travail, l'équipe a proposé à la mère de la rencontrer sans lui, mais celle-ci refuse, elle veut que [nom du référent de Marcel] soit présent. L'un fait remarquer : « Marcel n'a pas vu sa mère depuis un mois et demi ». La psychologue demande à l'équipe « vous avez l'impression que quelque chose se défait ? ». Un autre membre de l'équipe dit qu'il trouve que Marcel ne parle pas du fait qu'il ne voit plus sa mère. Il raconte qu'en rentrant de la colonie, il a voulu l'appeler et lui a demandé « quand c'est que je reviens chez toi ? Je t'aime très fort ». Il raconte que mercredi au cours du repas, [prénom d'un autre enfant accueilli] disait qu'elle allait voir son père et que Marcel a eu une forte réaction, il a eu les larmes aux yeux puis s'est moqué de [prénom d'un autre enfant accueilli]. Il dit que Marcel a une communication beaucoup plus riche avec sa mère et qu'il demande à voir son beau-père. Un éducateur explique que la mère a insisté auprès de lui pour dire que Marcel pouvait l'appeler quand il veut ». [...] Il fait remarquer que c'est en fait Marcel qui appelle sa mère actuellement. Il ajoute que sa mère n'a pas appelé le jour de son anniversaire. La psychologue demande comment Marcel supporte cette absence. Un membre de l'équipe dit qu'il est « plus posé », un autre « il est plus apaisé ». Un troisième fait remarquer qu'il y a aussi le manque qui augmente et que c'est source pour Marcel de malaise et d'angoisse. La psychologue dit « il est peut-être soustrait à quelque chose de compliqué qui se passait à la maison ». Un membre de l'équipe dit « il a pu dire qu'il regrettait de ne pas faire les activités avec les copains du fait de ses séjours chez sa mère ». Un autre dit « il disait qu'il ne voulait pas y aller, mais au retour, il disait qu'il ne voulait pas rentrer non plus ». Une troisième dit que Marcel racontait qu'il se faisait beaucoup crier et qu'il avait remarqué que le petit garçon avait souvent du mal à s'endormir les dimanches soir. La psychologue dit qu'elle se souvient que l'équipe a parlé du fait que la mère se plaignait que Marcel les réveille le matin [...] Elle conclut la séance en disant que dans le cas de Marcel, la question de la précarité de la relation se pose de manière forte. Un membre de l'équipe dit « maintenant, on appréhende de faire rentrer de nouvelles personnes dans sa vie ».

Mai 2016 - APP : Un membre de l'équipe explique qu'ils vont « enfin savoir ce qui se trame avec la mère de Marcel ». Un autre dit qu'hier soir, Marcel n'était pas très bien, alors elle lui a dit que [prénom d'un des membres de l'équipe] allait voir sa maman, « du coup, il s'est calmé direct ». Un troisième membre de l'équipe dit qu'elle en a reparlé avec Marcel ce matin « il était très content ». L'équipe dit que Marcel a fait un dessin pour sa mère. Un des membres de l'équipe ouvre l'enveloppe pour regarder le dessin et le donne à la psychologue. L'équipe commente en disant qu'il y a des cœurs, la psychologue regarde le dessin sans faire de commentaire. Elle fait remarquer que le « dispositif est un peu dramatique » et ajoute « on voit déjà ce qu'il en est » en faisant référence au fait que Marcel ne voit plus sa mère depuis un mois et demi. Elle dit à l'équipe « vous êtes un premier filtre là ». Un membre de l'équipe dit qu'il a son idée « elle va dire que c'est difficile ». Un autre nuance « elle a dit que c'était pas par rapport à Marcel ». Un troisième fait remarquer qu'au téléphone, la mère a toujours marquer un distance, il raconte que la dernière fois, Marcel a demandé à l'appeler et qu'il a dit « passez le moi mais vite, je pars ». La psychologue dit qu'entre le désir d'être à cette place de mère et la possibilité de l'être, il y a un écart. Elle demande ce qu'il en est du beau-père, l'équipe dit qu'il a disparu, qu'ils ont plus eu affaire à lui. Un membre de l'équipe dit que Marcel demande à parler à sa beau-père, « mais par contre, il lui a jamais parlé » fait remarquer un autre.

La psychologue dit « il y a une précarité du lien qui est énorme ». Le membre de l'équipe qui va assister à la réunion dit que Marcel est mieux quand il ne voit pas sa mère mais qu'en même temps, il a le désir d'aller chez elle, il dit que c'est ce qu'il compte dire à la mère. Un de ses collègues lui dit « fais attention que ça ne le conforte pas dans l'idée qu'il ne sorte pas ». Un autre dit qu'en même temps, les visites à la mère, c'est récent, que le lien n'est pas assez installé pour que Marcel en souffre trop. Elle dit « on a eu d'autres enfants pour lesquels s'étaient terribles ».

Un membre de l'équipe dit que la mère pourrait le prendre quelques week-ends sans être dans l'idée de le récupérer. Celui qui va assister à la réunion dit « aujourd'hui, on va être plus dans la proposition, on va l'écouter ». [...] La psychologue dit que pour Marcel, « c'est intéressant d'avoir un ailleurs que [nom de la MECS]. Il y a quelque chose d'une filiation qui est à soutenir, même si on ne sait pas sous quelle forme. Ce n'est pas tout ou rien ».

▪ Temps 3 : La rupture

Suite à la réunion entre la mère et la beau-père de Marcel, son référent ASE et un membre de l'équipe accueillante, ce dernier appelle sur le groupe pour informer que le beau-père ne veut plus prendre Marcel.

Mai 2016 - journée sur le groupe : Par rapport à Marcel, un membre de l'équipe me raconte que le collègue qui a assisté à la réunion a parlé à Marcel le soir même de sa rencontre avec sa mère. « Il lui a dit que « pour l'instant, il ne sortirait plus ». Je demande comment a réagi Marcel, le membre de l'équipe me raconte qu'il a demandé « pourquoi ? » et que son collègue lui a répondu « ce sont des histoires de grandes

personnes ». Je demande comment elle trouve Marcel depuis, elle me dit « Il est un peu dans son monde, il demande plus de câlin, il pleure un peu plus, même si c'est pas comme avant ». Elle m'apprend que son référent a proposé de venir lui parler et dit qu'elle pense que c'est bien qu'il y est quelqu'un d'extérieur à l'équipe, « qui n'a pas le même lien que nous avec Marcel » lui parle et redise ce que le collègue lui a dit.

Juin 2016 - APP La psychologue demande des nouvelles de « l'histoire en suspens ». Le membre de l'équipe qui a assisté à la réunion dit « je vais la faire rapide : le beau-père de Marcel ne le veut plus chez lui. Il explique que pour la mère, c'est un choix qu'elle ne peut pas faire et elle ne le fera pas. Elle dit « ce qu'on voit dans cette famille, c'est la précarité du lien. Un membre de l'équipe dit « Là, Marcel, il a du bien le sentir ».

La psychologue demande à l'équipe ce qu'ils comptent dire à Marcel. Le membre de l'équipe qui a assisté à la réunion explique qu'il lui a déjà parlé, qu'il lui a dit qu'il ne pouvait plus aller chez sa mère et que malheureusement, c'était des histoires de grands. [...] Il raconte que la mère était « défaite » et poursuit « Et Marcel aussi du coup, il est triste, ça va pas ! ». Un autre membre de l'équipe fait remarquer qu'il n'y a pas grand chose qui lui a été dit. Il est prévu que le référent de Marcel prenne rendez-vous avec la mère, ils devraient se voir mercredi, il souhaite la voir quand son mari n'est pas là. Un membre de l'équipe demande si ils doivent parler de ce rendez-vous à venir avec Marcel. Ses collègues lui disent « non, on préfère attendre ». L'une enchaîne sur une question « est-ce que c'est à l'équipe de dire tout ça ? La psychologue dit « ça serait bien que ce soit la maman qui dise, je ne sais pas si c'est possible ? ». [...] Un autre dit « il faudra bien lui dire quelque chose ! ». Un autre dit « ça serait mieux que ça soit pas nous ». Un troisième demande « mais lui dire quoi ? ». Le membre de l'équipe qui a parlé avec le petit garçon explique qu'il lui a dit que ses parents ont besoin de temps pour réfléchir » et ajoute « bon après, il faut pas que ça dure, pas plus d'un mois ». « Il a déjà été abandonné plusieurs fois » ajoute-t-il. La psychologue dit « oui, il y a quelque chose de l'ordre de la répétition ». Elle revient sur la précarité du lien avec la mère. Elle dit qu'il est souhaitable que l'AS obtienne la version de sa maman et ajoute « il est important que l'équipe lui dise qu'ils sont là pour lui, il faut trouver des trouvailles pour faire perdurer le lien avec la mère ». [...] Un membre de l'équipe demande « est-ce que c'est à nous de tirer au maximum ? ». La psychologue dit « vous pouvez proposer et c'est tout. » Un autre dit « personnellement, je pense que la balle est dans son camp ». La psychologue dit que l'équipe est dans l'intérêt de l'enfant, il y a la possibilité de « faire des propositions moins injonctives. », mais elle prévient l'équipe « elle va pas le percevoir en une seule fois ! ». Elle propose « au contraire, partez du fait que vous avez compris que ce n'est pas possible, mais que si elle a le désir d'être la mère de cet enfant, il y a plein de montage possibles ! ». « Je crois que l'AS a une carte à jouer » conclut la psychologue. [...] Un membre de l'équipe dit que Marcel le porte sur sa figure ce qui se passe, elle dit qu'elle le trouve « marqué physiquement ». La psychologue dit « il faut être vigilant à la tristesse de Marcel ici ». Le membre de l'équipe qui a parlé à Marcel parle du fait qu'il a maigri, qu'il a l'air malade. Il parle du repas de dimanche soir,

explique qu'il a fini par lui donner lui-même à manger à la petite cuillère, qu'il a hésité à faire ça mais qu'il s'est dit qu'il devait le faire pour lui. Un collègue parle des dynamiques de groupe qui changent : il dit que parfois [prénom d'un enfant accueilli] et [prénom d'un enfant accueilli] se mettent contre Marcel. Un autre membre de l'équipe dit « c'est vrai qu'il y a un fort rapprochement entre [prénom d'un enfant accueilli] et [prénom d'un enfant accueilli], mais ça va, c'est pas trop excluant ». Le membre de l'équipe qui a parlé à Marcel dit « il recommence un peu la machine à laver aussi », il explique que c'est quelque chose qu'il faisait beaucoup « quand il était bébé ». L'équipe évoque aussi les moments où il avait des absences, un autre membre de l'équipe dit à la psychologue qu'elle leur avait dit que c'était un signe de dépression. La psychologue dit « ça peut ». Elle demande l'âge de Marcel. Le membre de l'équipe qui a parlé à Marcel répond « 6 ans » dit qu'à l'école, c'est difficile aussi. Elle demande s'il a des « troubles du comportement », un éducateur dit « oui, plus qu'avant, et il est triste » et explique que la maîtresse a demandé à voir l'équipe. La psychologue dit « il y a quelque chose qui se dévitalise pour lui, c'est le désir de sa mère qui disparaît ». [...] Un membre de l'équipe demande si du temps individuel avec Marcel peut aider. La psychologue dit « il faut pas le lâcher, il faut y aller ! », elle explique « il faut qu'il sente qu'il y a les désirs d'autres personnes, il ne faut pas le laisser s'hypnotiser devant la machine à laver, il va falloir le nourrir dans tous les sens du terme ». Un membre de l'équipe dit qu'elle voudrait qu'on lui demande d'expliquer à son fils, que ça la confronterait à la réalité. La psychologue acquiesce, elle dit « ce dont a besoin Marcel, c'est une version de sa mère, quelque chose qui le lesté un peu ». Elle poursuit « là, le réel, le symbolique, l'imaginaire, tout se désarrime. Ce qui est important, c'est qu'il puisse construire une version, qu'il puisse ne pas être totalement dévitalisé ». Elle explique que « pire que des fantasmes, c'est le trou, le rien, le vide. »

▪ Temps 5 : L'éloignement

Novembre 2016 - réunion avec le chef de service. Un membre de l'équipe et le chef de service font le compte-rendu de la CARS à laquelle ils ont assisté pour Marcel. Le membre de l'équipe explique à ses collègues « pour Marcel, ils sont pas très optimistes par rapport à la suite avec la maman. Le chef de service complète « ils sont dans une démarche de montrer qu'il y a abandon de la part de la mère ». [...] Le membre de l'équipe poursuit « ce qui est ressorti, c'est l'écart entre les discours de la mère et ses actes ». Elle rappelle que la mère est partie s'installer dans un autre département éloigné des Bouches du Rhône sans dire au revoir à son fils et qu'elle ne l'avait même pas tenu au courant.

Un membre de l'équipe dit « pour moi, je suis pas psy et je pose pas de diagnostic, mais pour moi, Marcel développe des troubles abandonniques : « il a la volonté de se faire gronder pour qu'on s'isole ». Il raconte que la dernière fois à table, Marcel a fait une bêtise et a dit « comme ça je suis tout seul » et que du coup, il lui a dit « non, tu restes à table avec nous, on ne t'abandonne pas ». Deux de ses collègues font remarquer que parfois Marcel aime bien s'isoler, et qu'on ne doit pas lui empêcher ça non plus.

3) Quelles modalités de discussion ?

On voit comment en APP la discussion se structure autour de trois pôles : d'un côté, l'équipe informe la psychologue des derniers événements qui ponctuent la dégradation de la relation entre Marcel et sa famille, de l'autre, elle fait des liens entre l'évolution de la situation et l'état du petit garçon ; la psychologue pour sa part interroge, commente et propose des réponses sous forme de pistes aux membres de l'équipe.

Dans ce dispositif, les styles discursifs de l'équipe et de la psychologue sont très contrastés. Tandis que les membres de l'équipe sont essentiellement descriptifs et utilisent peu de langage conceptuel¹⁹, la psychologue déploie un langage à la fois soutenu et savant, usant, sans les expliciter, de notions issues de la théorie psychanalytique.

Les membres de l'équipe produisent des interprétations des comportements de l'enfant qui consistent à mettre en lien ses manières d'être et l'évolution de la relation avec sa famille. Régulièrement, ils articulent dans leurs discours des événements et des états émotionnels chez le petit garçon. La psychologue produit des interprétations d'un autre ordre, qui s'adosent au registre théorique de la psychanalyse. Le discours de la psychologue apparaît comme un méta-discours qui se glisse à l'interstice entre les événements et les comportements de l'enfant que les membres de l'équipe ont mis en lien (par exemple, l'enfant est triste parce « le désir de sa mère disparaît »). Ce faisant, elle introduit dans l'espace professionnel de la MECS une certaine conception de l'individu.

Si les membres de l'équipe n'adresse jamais de demande directe et explicite à la psychologue, on relève au fil des séances qu'ils la sollicitent principalement autour de trois types de question : quoi dire à l'enfant ? Quoi faire avec l'enfant et quoi faire pour l'enfant ?

- a) Quoi dire à l'enfant des événements douloureux qui adviennent dans son existence ? Quel niveau d'information donner et comment formuler ces informations ? Que répondre aux questions des enfants ? constituent un premier ensemble de questionnement.

Pour Marcel, savoir quoi dire à l'enfant du processus d'abandon en cours se révèle pour l'équipe une question difficile à laquelle la psychologue répond de la manière suivante : Marcel a besoin de la version de sa mère.

¹⁹ Les seuls termes qui renvoient à un champ théorique, utilisés à de rares occasions, sont « attachement » et « troubles abandonniques »



Si dans ce cas, la proposition déplace la question de l'équipe vers la mère, d'autres fois, des indications directes de ce qui peut-être répondu à l'enfant sont données, comme le montre l'exemple suivant.

Séance d'APP - Un membre de l'équipe prend la parole pour dire qu'elle souhaite parler de Pierre (âgé de deux ans et demi) qui commence à beaucoup parler de son papa [le père du petit garçon est décédé]. Elle explique qu'elle l'entend souvent dire « il est pas là papa », elle dit « on sent un peu de mal-être. Je me demande comment en parler à Pierre ? ». La psychologue dit que l'important, « c'est qu'il puisse entendre qu'il est né d'un papa et d'une maman ». La psychologue demande si l'enfant réclame son père. Le membre de l'équipe qui a lancé la discussion dit que Pierre dit « papa, papa ! » à la crèche et demande parfois « où est papa ? ». Une collègue fait remarquer « d'habitude, on dit quelque chose « papa, il travaille ». La psychologue dit « vous pouvez lui dire qu'il vient bien d'un papa et d'une maman. A partir de là, il va se débrouiller avec son histoire familiale, même si la sienne, le pauvre, elle est plombée ! Il faut faire vivre ça « tu as un papa, tu portes son nom » ».

b) Quoi faire avec l'enfant ?

Les séances d'APP constituent également un espace où est mis en discussion avec la psychologue quelle attitude l'équipe doit adopter au regard des manières d'être et modes d'expression que Marcel met en œuvre. Ici, ce sont les moments d'interaction directe entre les professionnels et l'enfant dans le quotidien de la prise en charge qui est l'objet de discussion.

Ainsi, concernant les comportements de Marcel tels que ne pas manger ou s'hypnotiser devant la machine à laver, la psychologue invite les membres de l'équipe à « ne pas le lâcher ».

c) Quoi faire pour l'enfant ?

Un autre axe de questionnement déployé en APP pour lequel la psychologue oriente l'équipe concerne le travail de celle-ci en direction des parents, ou son action au regard de l'organisation globale de la prise en charge des enfants.

Dans le cas de Marcel rapporté plus haut, les indications de la psychologue se déploient sur deux versants : d'un côté, soutenir la filiation entre le petit garçon et sa mère ; de l'autre « faire exister un ailleurs que [nom de la MECS] ».

Mezzo voce, le rôle que joue la psychologue relève d'une activité prescriptive. Ses indications, si elles ne prennent rarement la forme de « réponses » à des questions, édictent en creux des normes d'action dont les membres de l'équipe se saisissent dans leurs

pratiques professionnelles. Voici des exemples de transformation des recommandations de la psychologue en pratique professionnelle.

4) Des discussions collectives en APP à la mise en œuvre quotidienne

▪ *Construire un ailleurs*

Dans le cas de Marcel présenté plus haut, la psychologue, face à la situation d'abandon progressif qu'affronte l'enfant, explique qu'il est important que le petit garçon ait « un ailleurs que [nom de la MECS] ». Comment l'équipe traduit-elle cette recommandation dans la pratique ? On repère au fil des mois le travail qu'elle effectue pour tenter de concrétiser ce principe général d'action énoncé par la psychologue.

• *Le projet d'une famille d'accueil relais*

Dans un premier temps, l'équipe décide de mettre en place un accueil chez une assistante familiale pour les week-ends. Cette décision ne fait pas immédiatement l'objet d'un consensus au sein de l'équipe. Un des éducateurs y est au départ peu favorable mais finit par se rallier au projet après s'être rendu compte à l'occasion de temps de prise en charge que Marcel « est bien en individuel ».

Réunion d'équipe - Je demande à l'équipe de m'expliquer pourquoi il est prévu que Marcel aille dans une famille relais les week-ends. Un membre de l'équipe répond que Marcel voit les autres partir le week-end « et que lui, il n'a rien » [à ce moment là, tous les enfants du groupe se rendent chez des membres de leur famille le week-end]. Un autre dit que c'est pour qu'il ait « un ailleurs que [nom de la MECS] ».

La mise en œuvre de ce projet de famille relais est donc discutée en réunion d'équipe, sur son principe, dans ses aspects organisationnels mais également au regard de ce qui doit en être dit au petit garçon comme le montre l'extrait suivant :

Réunion d'équipe - janvier 2017 : Un membre de l'équipe dit que Marcel n'a pas l'air d'être très au clair sur ce qu'est une famille relais, il explique « Marcel m'en a parlé en disant « mes prochains parents » ». Deux de ses collègues disent qu'ils lui en ont déjà parlé, et que ça semblait clair pour lui, « je n'en suis pas si sûr » rétorque le premier. L'équipe évoque le fait qu'il faut avoir le temps de préparer Marcel à ce projet, et en même temps ne pas prendre trop de temps à le mettre en place « si on lui en parle ».

Il est notable que ça soit l'équipe accueillante, et non l'équipe enfance du petit garçon, qui soit à l'initiative de ce projet. Ici, la bonne réputation dont jouit l'établissement semble jouer, comme l'explique un membre de l'équipe en entretien collectif : « En général, c'est nous qui appelons les référents pour proposer quelque chose, c'est nous qui les sollicitons. Après, on est [nom de la MECS] : les référents, ils savent que ça se passe bien pour les

enfants ici, alors ils vont plus se concentrer sur les situations où ça se passe très mal pour les enfants. Mais globalement, on a du mal à entrer en contact avec les équipes ASE, et ça empire, des fois on a même du mal à les avoir au téléphone ! ».

Cette difficulté à contacter les équipes des enfants accueillis et plus encore à organiser des rendez-vous communs avec elles rend la mise en œuvre du projet relativement longue : plusieurs mois s'écoulent à partir du moment où l'idée est arrêtée. Au moment où le terrain pour cette étude est clôturé, il n'a pas encore abouti.

- *Créer des liens avec la grand-tante*

Parallèlement, émerge pour l'équipe une autre piste de travail : une grand-tante du petit garçon, ayant appris sa situation, souhaite entrer en contact avec lui. Cette demande est d'abord accueillie avec prudence par l'équipe.

Novembre 2017 - Réunion avec le chef de service : Un membre de l'équipe évoque la proposition de la grand-tante, qui avait pris contact avec l'ASE à propos de Marcel. Un membre de l'équipe explique : « c'est une dame de 70 ans qui habite en Vendée ». L'équipe s'étonne de son grand âge, l'un fait remarquer « c'est vieux ! ». Le membre de l'équipe qui a introduit le sujet poursuit : « l'idée serait de ne pas envoyer Marcel directement chez elle car ils ne se connaissent pas, mais de lui proposer de venir lui rendre visite à Marseille et de voir si elle est prête à venir. Le chef de service dit qu'il va falloir aussi évaluer son état de forme, qu'il y a des gens qui à 70 ans sont en pleine forme et d'autres à 40 ans qui ont déjà plein de problèmes. Le membre de l'équipe conclut « bon, il y a cette petite ouverture ». Un collègue rebondit « oui, ne fermons pas les portes ! ».

L'âge de la dame, ainsi que l'impérieuse nécessité pour le bien-être du petit garçon de lui éviter toute nouvelle rupture constituent les principales inquiétudes de l'équipe.

Novembre 2017 - discussion entre un membre de l'équipe et le référent de Marcel lors d'une visite de ce dernier à la MECS. Monsieur X explique que la grand-tante l'a appelé plusieurs fois : « je lui ai bien expliqué que si elle entrait en contact avec lui, il faudrait que le lien soit pérenne et qu'il y ait une fréquence des contacts. Elle a l'air d'avoir entendu ». Elle a demandé à pouvoir envoyer un petit colis à Marcel pour Noël, l'éducateur dit que c'est très bien.

Novembre 2017 - Le référent de Marcel est venu voir le petit garçon pour le préparer à l'audience. A la fin de la discussion, il explique à l'enfant « Il a aussi une grand-tante qui va peut-être bientôt t'écrire », « c'est quoi une grand-tante ? » demande Marcel. Monsieur X dit « c'est un peu comme une mamie ». « C'est une vieille dame » dit Marcel, « elle est morte alors », « ben non puisqu'elle m'a appelé » dit Monsieur X.

Janvier 2017 - Réunion d'équipe : Un membre de l'équipe explique que la grand-tante est certes âgée mais à l'air super dynamique, qu'elle est partie y a pas longtemps à Singapour, qu'elle a envoyé une carte à Marcel de là-bas, qu'elle a l'air à fond.

Progressivement rassurée sur le dynamisme de la grand-tante et ses intentions, l'équipe et le référent construisent avec elle les conditions de sa mise en contact avec l'enfant : envoi de cartes postales, puis de colis et, au moment de clôture du terrain, organisation d'une visite à Marseille. En janvier 2017, lors d'une réunion avec le chef de service, un membre de l'équipe rapporte à ses collègues : « Le psychologue du CMPP [qui suit le petit garçon] m'a dit que dans le discours de Marcel apparaîtrait maintenant une mamie ».

- *Laisser la possibilité à l'ancienne assistante familiale de Marcel de reprendre contact*

Marcel, avant d'être placé en MECS, était en famille d'accueil. Ce placement, qui a duré deux ans, s'est soldé par une rupture : l'assistante familiale, qui n'arrive plus à faire face aux comportements problématiques du petit garçon, demande que Marcel lui soit retiré. L'enfant est alors orienté vers la MECS enquêtée. Quelques temps après le départ de l'enfant, l'assistante familiale demande à prendre des nouvelles du petit garçon. Cette demande est alors refusée par l'équipe enfance de l'enfant, comme le rapporte le référent actuel de Marcel :

« Quelques temps après son arrivée à [nom de la MECS], l'assistante familiale a voulu reprendre contact avec lui. A l'époque, Marcel relevait d'une autre MDS, l'ancienne équipe avait bottait en touche. L'assistante familiale avait ensuite renouvelé la demande auprès de sa MDS actuelle, il avait décidé de ne pas permettre le lien, d'autant qu'on était à un moment où le lien avec la mère se construisait. J'ai toujours dans mon bureau un cadeau destiné à Marcel de la part de son ancienne ass fam qui ne lui a jamais été donné. »

Janvier 2017 - Réunion avec le chef de service : Un membre de l'équipe explique qu'ils ont reçu un cadeau de l'ancienne assistante familiale de Marcel et qu'elle a appelé pour demander des nouvelles de l'enfant. Elle explique qu'au début l'ASE leur avait dit que tant que Marcel était en lien avec sa mère, il n'était pas nécessaire d'entretenir le lien. Un membre de l'équipe fait remarquer « la tatie [surnom de l'assistante familiale] apparaît dans son discours ». Un autre rappelle que [nom de la psychologue qui anime les APP] disait que c'était bien que Marcel est « un ailleurs que [nom de la MECS] ». Le chef de service demande pourquoi l'accueil par cette assistante familiale s'est arrêté, un membre de l'équipe répond qu'elle « n'en pouvait plus » et explique que cette dame avait perdu son mari un an auparavant. Un membre de l'équipe dit « la dernière fois, on était en travail avec la mère, on avait pas pris l'appel, mais là, la situation a changé ». La professionnelle qui a dit que « la tatie apparaît dans son discours » raconte « la dernière fois, Marcel m'a dit qu'il pensait à sa tatie qui est morte ». Elle explique qu'il a repris avec lui, qu'elle lui a dit que « non, sa tatie n'était pas morte ».



Permettre à l'assistante familiale de prendre contact avec Marcel apparaît donc, au moment où la relation avec la mère de ce dernier se défait, comme une autre manière de construire pour l'enfant cet « ailleurs ».

▪ **Avoir la version de la mère**

Dans les échanges à propos de la situation de Marcel au cours des séances d'APP, les membres de l'équipe se questionnent à plusieurs reprises sur ce qu'ils peuvent et doivent dire à l'enfant de l'arrêt des visites chez la mère. La réponse de la psychologue consiste à dire que Marcel a besoin de la version de sa mère, version qui – au cours des mois de terrain – ne lui sera jamais donnée. Comment les professionnels font alors avec la situation ? Quels discours produisent-ils finalement à ce sujet à l'adresse du petit garçon suite à la discussion initiale qu'un des éducateurs de l'équipe a avec l'enfant ?

Ici le référent de l'enfant est sollicité par l'équipe. Cette idée est exprimée dès la première séance d'APP qui fait suite à l'annonce de la rupture par la mère : il s'agit de faire intervenir une personne un peu extérieure au groupe pour porter ce discours. Le projet est mis en œuvre rapidement.

Mai 2016 - Il est prévu que Monsieur X, le référent de Marcel, vienne rendre visite au petit garçon aujourd'hui pour parler avec lui du fait qu'il ne va plus aller chez sa mère les week-ends. Au cours de l'après-midi, alors que le groupe participe à une activité musicale, Marcel est appelé par la secrétaire : monsieur X est arrivé. Un des éducateurs sort avec le petit garçon, mais ils reviennent quelques minutes plus tard. L'autre membre de l'équipe s'en étonne. A son retour, Marcel se replonge directement dans la musique et la danse.

Plus tard, l'éducateur qui a accompagné Marcel expliquera que ce n'était pas le bon moment pour Marcel, car il avait envie de participer à l'activité musicale, Monsieur X lui a expliqué pourquoi il avait été lui-même absent un moment puis lui a dit que pour l'instant, il ne pouvait pas aller chez sa mère que c'était des histoires de « grande personne ».

Quelques mois plus tard, une nouvelle discussion a lieu entre le référent de Marcel et le petit garçon à ce sujet.

Novembre 2016 – Le référent de Marcel, est venu voir Marcel par rapport à l'audience à venir. Je les retrouve à midi attablés. Monsieur X essaie de parler à Marcel mais Marcel n'est pas vraiment dans la conversation, il parle d'autres choses, joue avec le sac de son référent, mange une clémentine. Monsieur X explique à l'éducateur que Marcel lui a posé la question qui est importante pour lui : quand est-ce qu'il verrait sa maman ? Monsieur X explique qu'il lui a répondu que ce n'était pas possible pour l'instant parce que sa papa habite très loin maintenant. Monsieur X explique au petit garçon que son père vit dans le

[nom du département d'habitation de la mère], Marcel demande « c'est quoi un [nom du département d'habitation de la mère] ? ». L'éducateur explique qu'il a dit à Marcel que pour y aller, il faudrait partir à l'heure du petit déjeuner et qu'on arriverait qu'au goûter.

Monsieur X explique à Marcel que la semaine prochaine, il va voir la juge. M X demande à Marcel si il sait qui est la juge et explique : c'est la personne qui décide quand les enfants doivent venir en maison d'enfants, c'est aussi la personne qui dit quand un enfant peut voir à nouveau ses parents. L'éducateur intervient, il dit « tu te souviens, au début tu voyais pas maman, et puis après, tu as commencé à aller chez elle, et ben ça c'est la juge qui le décide ». Marcel demande si il a le droit de voir sa mère alors, l'éducateur et Monsieur X disent que oui mais que en ce moment, c'est compliqué pour sa maman de venir jusqu'à Marseille. Marcel n'écoute pas vraiment, il se lève de table.

On voit à travers ces extraits à quel point cette question reste difficile, aussi bien du côté des référents ASE que de l'équipe accueillante. Les discours produits consistent soit à établir une frontière dans l'accès à la connaissance de la situation (« ce sont des histoires de grandes personnes »), soit à mettre en avant des éléments d'ordre matériel (géographique) comme obstacles au lien. Ses stratégies discursives constituent une solution d'évitement de la violence extrême que représente pour l'enfant la réalité de la rupture. Dans le même temps, elles induisent, en repoussant la question dans le temps, une répétition de la discussion, qui est source de malaise.

Conclusion

Au terme de ces descriptions et analyses, il apparaît que les actions mises en œuvre par l'équipe de MECS pour faire face aux comportements des enfants qui les inquiètent s'élaborent à l'interface d'un ensemble de discussion (au sein de l'équipe accueillante, entre elle et les équipes ASE, avec le chef de service etc.), où les recommandations de la psychologue formulées en APP apparaissent comme des points de repères : en même temps qu'elles orientent les actions, elles sont mobilisées par les membres de l'équipe pour légitimer leurs manières de travailler.

Si les discussions en APP participent à produire des actions concrètes auprès des enfants et pour les enfants, en rendre compte par l'ethnographie accentue nécessairement la dimension téléologique de ces activités professionnelles : reconstituer le lien entre discussions et actions – quand bien même on tente d'en montrer la complexité – abrase nécessairement les discontinuités qui caractérisent le réel (Bourdieu, 1996).

De surcroît, on ne peut réduire l'impact de ces échanges en APP et la manière dont les membres de l'équipe s'en saisissent à ces visées pratiques. Comme précisé en début de partie, les professionnels attribuent plusieurs fonctions à cet espace-temps régulier de

discussion. Les séances d'APP induisent au niveau individuel ou collectif des remises en question, des évolutions des représentations, etc. qui ne se traduisent pas nécessairement ni immédiatement dans la pratique professionnelle – ce qu'un membre de l'équipe désignera par l'expression « ça chemine ». Ces activités, parce qu'elles sont essentiellement de nature cognitive, sont à la fois de difficiles à objectiver pour les professionnels et à ethnographier pour l'anthropologue.

On remarque pour finir que dans les discussions en APP en MECS, la question de ce qu'« a l'enfant » est finalement peu discutée. Si une catégorie nosographique apparaît régulièrement au cours des séances, celle de « troubles du comportement », c'est sous forme de question : « est-ce que tel ou tel enfant a des troubles du comportement ? » demande la psychologue aux membres de l'équipe, qui répondent par l'affirmative ou la négative, sans que cela produise une discussion. La question apparaît comme un moyen pour la psychologue d'évaluer la gravité d'une situation, et il semble qu'un consensus implicite existe au sein de l'équipe à propos de ce que recouvre cette notion.

D. Configuration de discussion des comportements lors des orientations

Etant donné les conditions dans lesquelles le terrain de cette étude a pu être menée (cf partie I), nous n'avons pu ethnographier que très peu de trajectoires de placement. Il nous a été possible de reconstituer une seule configuration de discussion autour des comportements d'un enfant d'un mode de placement à un autre.

Romane est une petite fille qui est confiée en urgence par sa mère à sa cousine quelques jours après sa naissance. Avant le placement, la famille de l'enfant est déjà suivie par l'ASE : ses frères aînés ont été confiés à une assistante familiale bien avant la grossesse. Celle-ci se déroule dans des circonstances difficiles, et fait l'objet d'un suivi par l'équipe de la MDS dont dépend la fratrie.

1) Le confiage à la cousine

Peu de temps après la naissance, un drame survient dans la famille. La mère est incarcérée. La cousine recueille l'enfant en urgence et contacte la MDS comme le raconte les référentes de l'enfant :

« C'est la cousine qui est venue et qui nous a demandé, du coup, des bons de lait, puisqu'elle était en difficulté pour accueillir cet enfant. Et qui nous a demandé, en fait, du soutien financier pour pouvoir s'occuper de Romane au quotidien. Et c'est elle qui nous a informé de la situation plus largement. »

La cousine explique par ailleurs à l'équipe que l'arrivée de Romane « tombe bien » car « j'ai que deux garçons et voulais une petite fille ». Ce discours de la cousine alerte les professionnelles qui redoutent « une confusion potentielle des rôles ». Il amène finalement l'équipe à envisager que l'enfant soit retiré à la cousine comme l'explique la psychologue de la MDS :

« Alors, ce qui nous a fait remettre en question l'indication du recueil de Romane par la cousine, c'est qu'en fait elle nous avait dit au cours d'un entretien que Romane arrivait au moment où elle-même s'était interrogé sur le désir d'un troisième enfant et que du coup, elle tombait bien et qu'elle allait s'en occuper à la place de sa cousine. Enfin, il y avait comme ça un surinvestissement de sa place, une idéalisation de ce qu'elle pouvait être pour sa petite cousine qui était un petit peu excessive, et surtout qu'elle ne voulait absolument pas dans les échanges nuancer. »

A partir de là, les relations entre l'équipe ASE et la cousine se dégradent, comme le raconte cette professionnelle : « Quand au fil du temps, elle a perçu notre interrogation sur l'opportunité que Romane soit accueillie chez la cousine, alors là elle est devenue très rapidement très agressive, très rejetaute vis-à-vis de l'ASE, et après la guerre est devenue ouverte ».

L'état psychique du bébé, conçu et enfanté dans des circonstances difficiles, témoin du drame qui a conduit à son confiage, séparée brusquement de sa mère, préoccupe l'équipe. Est formulée auprès de la cousine la demande que l'enfant puisse être vu par la psychologue du service. La cousine refuse aussi bien d'amener l'enfant à la MDS que d'ouvrir les portes de son domicile pour une visite. Cette attitude renforce la défiance de l'équipe vis-à-vis de la cousine et alimente les tensions entre les professionnelles et la jeune femme. Un des membres de l'équipe ASE raconte :

« Nous, on était déjà dans l'idée qu'il fallait probablement qu'on propose un lieu de placement pour pouvoir permettre à cet enfant de se poser et qu'on puisse observer dans quel état psychique il était et quels étaient ses besoins. On avait du mal à les identifier parce que la cousine était très vindicative et faisait obstacle à la rencontre avec l'enfant. »

2) L'entrée à la pouponnière

C'est dans ce contexte qu'intervient l'incident qui précipite l'entrée de Romane à la pouponnière. La petite fille est amenée par la cousine à l'hôpital en raison d'une blessure à la jambe sans donner d'explication sur les causes de l'incident. Le juge ordonne la mise en œuvre d'une « mesure d'investigation judiciaire éducative » au cours de laquelle l'hospitalisation de l'enfant est prolongée. Parallèlement, l'hôpital appelle la MDS pour

alerter l'équipe au sujet du peu de visites que reçoit l'enfant. L'équipe se rend alors à l'hôpital où elle rencontre l'enfant pour la première fois.

Par la suite, l'équipe établit un rapport pour le juge où elle fait part des observations qu'elle a pu faire. Elle y décrit, comme l'explique la psychologue de la MDS « ce qu'on connaissait du climat et du mode de fonctionnement familial, des conditions dans lesquelles cet enfant est venu au monde, de l'état d'esprit dans lequel était la cousine en la recueillant chez elle, de ce qu'on interrogeait de l'ascendance, du pouvoir qu'elle s'octroyait sur la mère biologique réelle de Romane et à ses dépens, et du coup de ce que ça lui générait comme confusion potentielle immédiate et à venir par rapport à sa place du côté de Romane ».

L'équipe enfance met également en avant le fait que la blessure est intervenue chez la cousine, même si les circonstances de l'accident ne sont pas déterminées. Le rapport conclut sur le fait qu'elle considère préférable le placement de l'enfant en pouponnière. Dans le même temps, il est demandé le maintien d'un lien avec la cousine, en tant que figure d'attachement central de l'enfant à ce moment là de son existence, par la mise en place de visites médiatisées dès son entrée à la pouponnière. Le juge suit l'avis de l'équipe.

Du point de vue de l'équipe ASE, le placement en pouponnière apparaît à la fois comme un moyen de protéger la petite fille physiquement, de mettre en retrait la cousine et d'avoir accès à l'enfant dont l'état les préoccupe fortement. La psychologue de la MDS explique en entretien :

« Je ne sais pas si on se satisfait qu'un enfant soit retiré de sa famille mais je pense que oui, ça semblait plus adapté. En tout cas nous, on imaginait que ça allait pouvoir favoriser une meilleure observation de cette enfant que finalement, on connaissait pas alors qu'elle avait déjà plus de trois semaines, et qu'elle avait déjà vécu beaucoup de choses, notamment... déjà de multiples traumatismes à trois semaines puisque née dans des conditions extrêmement conflictuelles, née d'un désir d'enfant extrêmement ambivalent, des violences sûrement conjugales entendues voire déjà subi *in utero*, d'avoir assisté au drame, d'avoir été retirée subitement à sa mère puis placée aussi subitement à sa cousine avec une potentielle agression corporelle consciente ou par négligence puis retirée ; tout ça en trois semaines de vie, c'est quand même un cumul d'expériences traumatiques qui peuvent largement laissé présumer que l'enfant va rencontrer des séquelles psycho-affectives. Donc, besoin de se retrouver dans un milieu clos, enveloppant où elle soit pas traversée par tout ça, oui ! »

3) La vie à la pouponnière

Romane a quelques semaines lorsqu'elle entre à la pouponnière, et elle y reste qu'à ses 17 mois.

Les professionnelles qui entourent l'enfant au moment de son entrée en pouponnière décrivent toutes la petite fille de la même manière : c'est un bébé « hypertonique », « raide », « hypervigilant », « aux aguets », « pas sécurisée ».

Peu de temps après son arrivée, l'équipe ASE rend visite à l'enfant à la pouponnière. La psychologue de la MDS explique que l'objectif de la visite est de « voir comment elle va au niveau développemental ? Comment elle a l'air d'évoluer dans le cadre de ce nouveau milieu de vie ? », de « recueillir des informations sur la façon dont se passent les visites de la cousine », de « lui parler, d'essayer de remettre en mot auprès d'elle ce qui avait pu se passer ».

Anthropologue : Vous avez parlé à Romane à ce moment là ?

Psychologue : oui, bien sûr, déjà à l'hôpital, on l'a prise dans les bras, on lui a parlé, et à la pouponnière aussi.

Anthropologue : Pour vous, qu'est-ce que devait lui être dit à ce moment qui était important ?

Psychologue : qu'on était là pour elle, qu'elle était pas toute seule, qu'on comprenait que son petit corps et son petit cœur avaient ressenti des choses déjà bien compliquées, mais qu'on était là, qu'elle allait pas tomber, qu'on allait la soutenir, la porter, qu'elle pouvait essayé de se laisser un petit peu aller, doucement, à son rythme, qu'on la portait. »

On remarque qu'il ne s'agit pas à ce moment là d'expliquer à proprement parler le drame qui est survenu dans la vie de la petite fille, et a conduit à son confiage puis à son placement. De ce point de vue, un discours sera tenu plus tard, au moment où les visites auprès de la mère se mettent en place. Les référentes de Romane expliquent alors à l'enfant qu'elle va rendre visite à sa mère en prison et les faits qui sont reprochés à cette dernière.

▪ *Les visites avec la mère*

Ce discours s'articule pour les professionnelles à la préoccupation qui est alors la leur de permettre à Romane et à sa mère de créer un lien d'attachement, malgré l'incarcération de cette dernière. En effet, la petite fille est restée très peu de temps avec sa mère. Lorsque les visites commencent, l'écart entre le lien des aînés à leur mère et celui de Romane saute aux yeux des équipes. Les référentes expliquent :

« On n'était pas dans le même lien, c'est-à-dire que, les aînés, on était plutôt dans du maintien de lien, qui était déjà installé, qui était plutôt de bonne qualité, contrairement à Romane où il fallait construire ce lien, avec, ben, cette particularité, pour ce bébé, déjà, le parcours de vie qu'elle avait pu avoir au tout petit âge qu'elle avait. Donc, c'est vrai que c'était très compliqué, hein, ces premières visites. »

Dans cadre, expliciter à Romane qu'elle va rendre visite à sa mère en prison a pour but de faire comprendre à l'enfant la raison pour laquelle s'est elle qui va à sa mère et non l'inverse.

Au départ, Romane est accompagnée pour ses visites par l'équipe ASE en compagnie de ses frères. Puis progressivement, l'organisation de ces temps de rencontre entre Romane et sa mère évolue : des visites individuelles sont mise en place pour favoriser la création du lien, et l'équipe ASE cède la place à l'équipe visite de la pouponnière pour accompagner la petite fille. Ce passage de relais est le résultat de plusieurs facteurs : d'une part, la mère refuse au bout de deux visites que la psychologue de la MDS, qui formule des remarques sur la façon dont elle interagit avec le bébé, assiste aux visites. D'autre part, la mère pose de nombreuses questions sur la vie quotidienne de son enfant et comment elle grandit, auxquelles les membres de l'équipe ASE sont incapables de répondre, contrairement à l'équipe de la pouponnière. Enfin, les référentes expliquent comment elles avaient le sentiment au début, de prendre cette enfant, qui ne les connaissait pas vraiment, pour l'amener voir une personne qu'elle ne connaissait alors pas encore vraiment : sa mère. La présence de professionnelles de la pouponnière qui côtoient l'enfant dans son quotidien leur paraît alors plus confortable pour Romane, que l'atmosphère carcérale impressionne fortement.

▪ *L'évolution de Romane au cours de son séjour à la pouponnière*

Pendant l'année et demi que Romane passe à la pouponnière, équipe accueillante et équipe enfance observent l'enfant et échangent à ce propos. Voici les descriptions faites de l'enfant au cours de cette période par les différents professionnels.

• *Côté de l'équipe ASE*

Référente 1 : Quand on la voyait, nous, on la voyait régulièrement puisqu'on accompagnait ses frères et on la voyait plutôt bien, très en lien avec l'équipe qui assurait, du coup son suivi, son quotidien. Même par rapport à l'organisation de la pouponnière qui peut être difficile pour certains enfants, puisque c'est vrai qu'ils ont plusieurs référents, il y a la référente des visites, etc, mais, en tout cas, on la voyait toujours très en lien avec les personnes avec qui elle était.

Référente 2 : Et, puis, on trouvait que, même vis-à-vis de nous, elle nous a quand même assez rapidement repérées, puisqu'on l'accompagnait, [au début], c'était nous qui l'accompagnions pour rencontrer sa maman. Et on n'a jamais été en difficulté, c'est-à-dire que c'est pas une gamine qui a pleuré, qu'on a dû arracher à l'équipe pour mettre dans notre voiture parce que, concrètement, elle nous connaissait pas, elle était petite. Et en même temps, non plus, c'était pas le... Parce qu'à l'inverse, on a ces enfants qui sont, tout de suite, dès qu'ils voient quelqu'un... elle se jetait pas dans nos bras, c'était

pas ça, non plus. Voilà, on n'a jamais été là-dedans avec Romane. C'est une petite fille qui a toujours été dans cette facilité de rentrer en relation à l'autre et de susciter que l'autre lui porte intérêt et soit un peu [rire] gaga devant elle. Et en même temps, sans être dans le... dans le trop, parce que desfois, elle pouvait nous dire, aussi « non, j'ai pas envie [que tu me prennes !] ».

- *Côté pouponnière*

Côté pouponnière, les entretiens rapportent des discussions sur les comportements de l'enfant, qui sont l'objet d'une inquiétude latente. Une professionnelle raconte :

« C'est une petite fille, je me rappelle très bien qu'on a dit ça d'elle pendant longtemps en réunion, par exemple, qu'elle souriait à tout le monde, qu'elle différenciait pas les visages, que ce soient des personnes qui s'occupaient d'elle au quotidien ou des personnes qu'elle voyait une fois par mois, elle avait un contact très avenant avec tout le monde, à sourire à tout le monde, pas forcément à tendre les bras, mais, en tout cas, vraiment, à sourire à tout le monde. Avide, avide, vraiment, de relation, peu importe avec qui c'était, du moment que quelqu'un lui donnait quelque chose, en fait. »

La professionnelle explique que Romane a « fait son angoisse de l'étranger « en retard » : « jusqu'à ce qu'elle ait presque 1 an, elle allait avec tout le monde, quoi ! ». Pendant cette période, ce comportement d'indifférenciation inquiète d'autant plus qu'il s'ajoute au constat d'une importante agitation chez l'enfant comme l'explique une professionnelle :

« Par exemple, elle n'était pas capable de manger sereinement. Je me rappelle qu'elle agitait son bras droit, et sa jambe aussi, dans le transat, en permanence, pendant tout le temps qu'on lui donnait son repas...Voilà, ouais, c'était une petite fille qui était un peu en tension, qui a marché tôt... Donc, si on regroupe le fait qu'il avait pas de différenciation des personnes qui s'occupaient d'elle, qu'elle était dans une recherche d'attention identique en fonction des adultes qui étaient près d'elle, qu'elle avait cette agitation motrice assez importante, ce sont des éléments inquiétants pour un bébé de son âge, ouais, voilà. »

Les professionnelles de la pouponnière ne semblent pas avoir fait état de manière détaillée de cette inquiétude et centrent leurs propos sur le fait que Romane ne développe pas de trouble grave du développement. La psychologue de la MDS raconte :

« Je me souviens essentiellement du fait que [les professionnelles de la pouponnière] trouvaient que c'était une enfant qui faisait peu parler d'elle en fait. Que c'était une enfant qui pleurait pas beaucoup, qui avait pas beaucoup de manifestation émotionnelle. Mais en même temps, elles trouvaient pas de comportement atypique qui puissent faire penser à des troubles graves du développement, voilà une enfant qui était silencieuse. »

Cette communication *a minima* est sans doute lié au fait que les équipes de la pouponnière font au bout de quelques mois le constat d'un apaisement chez la petite fille. Les raisons de cet apaisement ne sont pas évoquées en entretien, et cette évolution positive de l'enfant n'est pas mise en relation avec un événement particulier. Quoiqu'il en soit, au bout de quelques temps, Romane est perçue par les professionnelles comme une enfant « hyper-adaptée » à la vie en pouponnière, sans toutefois versée du côté de la figure de l'enfant qui « se jette dans les bras de tout le monde », et qui correspond à un type de comportement problématique communément identifié par les professionnelles. Emerge donc un consensus selon lequel Romane « vit bien » son placement à la pouponnière. Le lien maintenu avec la cousine et celui tissé avec la mère, considéré comme de « bonne qualité », sont perçus comme compensant la vie institutionnelle de l'enfant et considérés comme des facteurs importants du bien-être que la petite fille manifeste.

L'équipe enfance commence donc à « travailler » la sortie de Romane de la pouponnière dans un climat plutôt serein.

Référente 1 : « Et la pouponnière nous disait qu'elle était pas en souffrance de cette collectivité. Ils nous alertaient pas...Parce qu'ils le font, hein, pour certaines situations où ils nous disent : il faut faire vite, vite, vite, ils nous pressent... »

4) L'orientation en MECS

Survient alors un événement qui va déterminer le projet de sortie de la pouponnière pour la petite fille : la nécessité d'une réorientation des frères de Romane pour qui le placement familial se passe très mal.

Il s'agit alors pour l'équipe enfance de réunir la fratrie. Le choix est fait d'un placement en MECS verticale, où sont d'abord accueillis les frères, et que Romane devra intégrer 6 mois plus tard lorsqu'une place dans le groupe des petits sera libérée.

Ce projet d'orientation, qui sera réalisée, est loin d'aller de soi concernant la petite fille. Les entretiens donnent à voir, de manière discrète et parfois euphémisée, les débats qu'il suscite, aussi bien au sein de l'équipe ASE que de la pouponnière, et l'intensité émotionnelle qui les accompagnent : quel est la meilleure solution d'orientation pour Romane ?

Référente 1 : « La pouponnière disait que la collectivité, sur un petit groupe, enfin, en tout cas, ce que proposait [nom du groupe des petits de la MECS], ça pouvait convenir à Romane. Puisqu'au début ils étaient contre, hein. Mais, comme, aussi, dans l'équipe ASE, il y a eu débat : est-ce qu'on pouvait orienter une si petite fille en foyer ? Il y avait certaines psychologues de notre équipe qui...voilà, pour elles, l'idéal ça aurait été, peut-être, de [la placer en famille d'accueil], même si ça séparait la fratrie, même si on prenait le risque, ben, que ce soit compliqué pour la mère, pour la famille d'accepter ça.

C'était vraiment penser à Romane dans son individualité et au-delà de la globalité de la situation. »

Professionnelle de la pouponnière : « La question qui s'est posée c'est : qu'est-ce qui va être le mieux pour elle ? Est-ce que ce serait plus une famille d'accueil ou est-ce que le collectif peut aussi lui convenir, sachant qu'elle a déjà passé un an et demi sur un collectif, en pouponnière ? Je pense que ça a dû, peut-être, susciter un petit peu plus de questions du côté de... des AP, peut-être, dans la chambre de Romane, qui sont toujours un peu flippées d'orienter les enfants, encore, en collectivité et qu'ils partent pas en famille d'accueil et qu'ils aient pas, à un moment donné, la possibilité de vivre une expérience plus individualisée en termes de prise en charge. »

Anthropologue : C'est souvent les AP qui ont ce genre d'inquiétude ?

Professionnelle : Pas que, pas que les AP, mais, c'est vrai qu'on part d'un postulat de base comme quoi, la collectivité, c'est pas adapté aux enfants de moins de trois ans. Ce qui, en soi, est, je pense, enfin, en tout cas, moi, mon opinion c'est que, globalement, non, la collectivité n'est pas adaptée aux enfants de moins de trois ans, mais, après, par moment, il faut aussi, je pense, savoir faire du cas par cas et se dire que tous les enfants de moins de trois ans ne réagissent pas tous pareil à ce qu'on leur propose et que, pour certains, la collectivité peut vraiment être travaillée, sans que ce soit à défaut parce qu'on ne trouve pas de famille d'accueil, quoi, voilà. »

A travers ses récits de débats transparaît une réticence largement partagée à orienter Romane, en raison de son âge, vers un foyer. Cette disqualification de l'accueil collectif pour les jeunes enfants, sur laquelle nous reviendrons, construit la décision de placement de la petite fille en MECS sur le mode de l'exceptionnalité : c'est en raison d'un certain nombre de facteurs, érigés par l'équipe référente en arguments, dont on devine qu'elles ont du les défendre auprès de leurs collègues, côté ASE mais aussi côté pouponnière, que l'orientation en MECS est dans ce cas bien précisée conçue comme la meilleure solution.

Voici les principaux facteurs de ce choix d'orientation en MECS verticale

- Le regroupement de la fratrie est l'argument central développé par les référentes. Face à la situation familiale et à la probabilité que la mère soit incarcérée pour une longue période, la fratrie apparaît comme l'unité familiale à consolider, sur laquelle les enfants pourront à l'avenir s'appuyer. Cet argument est légitimé par le fait que cette réunion de la fratrie est également souhaitée par la mère.
- Le choix de la MECS apparaît par ailleurs comme une manière d'assurer de bonnes relations entre l'ASE et la famille des enfants (mère, cousine, grands-parents, etc.), très opposée à l'idée d'un placement familial. Ici, le placement des frères de Romane a valeur d'antécédent. Si le mal-être des enfants dans leur famille d'accueil est à l'origine de la réorientation en MECS, les relations entre la famille et l'assistante familiale semblent avoir été marquées par d'importantes difficultés. En ce qui concerne Romane, faire le choix d'une famille d'accueil apparaît comme une prise de risque importante de la mettre en situation de conflit de loyauté.

- Dans l'élaboration et la défense de ce choix d'orientation, la réputation de la MECS pressentie joue un rôle central. Côté pouponnière comme côté ASE, celle-ci bénéficie d'un capital de confiance fortement établi : le projet d'orientation n'est pas un projet d'orientation en MECS mais dans une MECS bien spécifique, dont la qualité de l'accueil fait consensus et apparaît à même de contrebalancer les défauts structurels des foyers en termes de non-individualisation des prises en charge.

Référente 1 : Et puis, c'était [nom de la MECS], hein !

Anthropologue : C'est-à-dire ?

Référente 2 : Ben, enfin, [rire] ça aurait été un autre établissement...

Référente 1 : Non, moi, c'était [nom de la MECS] ou rien.

Anthropologue : Ah ouais ? C'est vrai ?

Référente 1 : Ouais ! Ben, il y a des équipes, déjà, qui sont stables, donc ça veut dire qu'il a, quand même, des référents, hein, dans ces équipes, qu'elle connaît depuis qu'elle est arrivé et qui, je l'espère resteront...

Référente 2 : Qu'elle pourra connaître et vont rester. C'est un foyer qui est, quand même, enfin, sécuritaire, aussi, dans les prises en charge des gamins qu'ils acceptent, avec un respect, aussi, de la place de la famille.

Dans ce faisceau de facteurs, l'évaluation qui est faite de Romane, en tant qu'enfant « vivant bien » la collectivité, constitue en quelque sorte une absence de contre-indication à l'orientation.

5) L'arrivée à la MECS

L'équipe de la MECS raconte :

« On avait prévu une intégration sur quinze jours et puis finalement on a réduit tellement elle était bien ». Elle explique qu'elle a d'abord fait une visite à la pouponnière, que les dames qui s'occupaient d'elle l'avait super bien préparée au départ, qu'elles lui avaient dit « voilà, on a trouvé ta maison où il y a tes frères ». Elle raconte que Romane est tout de suite venue vers elle et puis qu'elle a chouiné quand elle est partie, qu'ils s'étaient demandé si c'était parce qu'elle s'accrochait à n'importe qui, et poursuit « mais le lendemain, on est revenu avec [prénom d'un collègue], et je me rappelle, directement, elle t'a forcé à s'asseoir et à lui lire un livre et elle a fait une scène quand on est parti ! ». Ensuite elle est venue faire un goûter ici et elle ne voulait pas repartir. Ensuite [prénom d'un autre collègue] est allé la chercher. Cette dernière raconte « oui, pas une larme, c'est pour [l'AP] que c'était plus difficile et puis quand elle est arrivée, ses frères étaient là, ça a du aider ». [...] L'éducatrice conclut « son arrivée, c'était comme une évidence ». Un collègue ajoute « oui, c'était presque trop, car elle allait facilement dans les bras de tout le monde ».

On voit à travers cet entretien collectif, comment la facilité dont fait preuve Romane à entrer en relation avec les professionnels est à son tour interrogé, en même temps que la fluidité de la passation est une source manifeste de satisfaction pour l'équipe de la MECS.

Si l'équipe ASE est l'équipe pouponnière transmettent à l'équipe de la MECS – *via* des rapports ou des échanges oraux – des informations sur le comportement de Romane (sujet aux réveils nocturnes), ses goûts (ne boit pas de lait, aime les yaourts), et ses habitudes, cette question ne semble pas avoir été abordée à proprement parler.

6) La vie en MECS

Rapidement, Romane cesse ses réveils nocturnes et l'enfant apparaît comme allant bien, se développant avec harmonie.

Ainsi, au cours de l'année 2016, les comportements de Romane sont très peu discutés par l'équipe de la MECS lors des séances d'APP (cf partie II). Lorsque sa situation est abordée, c'est essentiellement au sujet de ce que les membres de l'équipe peuvent ou doivent dire à l'enfant de sa situation familiale.

Lors d'une synthèse en février 2017, l'éducateur venu représenté l'équipe décrit l'enfant en ces termes :

Educateur : « Elle va bien, elle s'est posée à la [nom de la MECS], elle va à la crèche deux fois par semaine et que ça se passe bien. Ses frères passent la voir, mais un peu moins souvent qu'au début. Il y a sur le groupe un autre petit de son âge avec qui elle joue ».

L'adjointe demande si Romane est propre. L'éducateur répond « depuis septembre », il explique que ça s'est fait rapidement « en une quinzaine de jours ». Les autres commentent « ah ben c'est bien, elle est rapide ». L'adjointe demande « donc, elle ira à l'école à la rentrée prochaine ? », l'éducateur acquiesce et poursuit : « depuis un mois, on sent une certaine tristesse chez Romane, elle réclame un peu plus la susu ». Une des référentes dit « oui, moi, j'ai remarqué qu'elle demandait un peu plus les bras ». L'éducateur explique qu'ils ont noté ça mais que ce n'est rien d'alarmant, que globalement, elle va bien, elle n'a rien de particulier.

L'adjointe demande « elle n'a pas de comportement de mise en danger ? ». L'éducateur dit « non. Desfois, elle grimpe sur des trucs comme les enfants de son âge mais que ce n'est pas une casse-cou ». L'éducateur du groupe d'un des frères demande à l'éducateur de Romane si elle dort bien. Celui répond : « c'est vrai qu'à son arrivée à [nom de la MECS], elle faisait des réveils nocturnes, mais maintenant, elle dort très bien, elle fait de bonnes nuits et des siestes. Il conclut « non, voilà, elle va bien, il y a juste ce côté « sucette et triste ».

Du côté de l'ASE, Romane est également considérée comme une petite fille « qui va bien », comme l'expliquent l'une des référentes en entretien : « je trouve qu'elle va plutôt bien. Je trouve qu'elle évolue bien, que ce soit au niveau du foyer, mais, aussi, dans ce qui se passe à l'extérieur, dans la relation avec ses frères, dans la relation avec sa maman. [...] Enfin, moi, je trouve qu'au niveau du vocabulaire, elle est... elle est plutôt bien, hein, au niveau du langage, voilà. Il a des moments où il faut... elle est peut être un peu dans la provocation, où il faut rappeler un petit peu les limites, le cadre, mais comme pour tout enfant de son âge. »

Toutefois, au moment où se clôture le travail de terrain, l'équipe de la MECS se montre préoccupée par Romane. Voici ce qui est dit en entretien collectif :

« Un membre de l'équipe raconte « la dernière fois, au parc, Romane a fait des gâtés à des personnes qu'elle ne connaît pas. Elle s'est jetée dans les bras d'un papi et d'une mamie, puis elle s'est collée à des monsieurs ». La professionnelle explique qu'il a « fallu le ramener » en lui proposant de jouer avec elle, « sinon, elle partait avec eux ! ». Je demande à l'éducatrice si ça l'a inquiété qu'elle aille dans les bras d'autres personnes, celle-ci répond « ben, c'est pas très sain comme comportement, de se jeter dans les bras ! ». Elle raconte qu'elle en a parlé dès le lendemain à l'équipe car ça l'a perturbé et puis qu'ils en ont parlé avec [la psychologue qui anime les séances d'APP]. L'équipe a fait le constat que Romane faisait ça au début de se jeter dans les bras de n'importe qui, puis qu'elle avait arrêté et que là, elle s'est remise à le faire. L'équipe explique qu'ils parlent plus régulièrement de Romane en APP maintenant qu'avant, que c'est pas comme avant où « elle allait bien ». Elle explique que [la psychologue qui anime les séances d'APP] leur a dit que la petite fille était « sans doute un peu perdue ».

Conclusion

On voit finalement que la trajectoire de placement de Romane est marquée par des oscillations du côté des professionnels quant à l'interprétation qui doit être donnée de la facilité avec laquelle cet enfant se laisse prendre en charge et entre en relation avec les adultes. La plupart du temps appréhendée comme le signe d'une capacité positive à créer du lien, ce comportement de l'enfant est source d'inquiétude lorsqu'il devient le potentiel signe d'une « suradaptation » à la vie en collectivité et donc la version trompeuse d'une difficulté de l'enfant à créer des liens consistants avec autrui.

Cette tendance à « facilement accepter ce qui vient de l'autre, sans trop protester » est donc marquée d'ambiguïté pour les professionnelles. Le sens qui lui est attribué bascule dès qu'elle dépasse une certaine mesure. Pour autant, sur l'ensemble de la trajectoire du placement, cette inquiétude latente n'empêche pas le partage d'un consensus sur le fait que Romane est une petite fille qui « va bien ».

Dans le cas de cette trajectoire de placement, on repère une relative continuité dans le regard que les professionnels portent sur l'enfant, y compris lors du passage d'un mode de placement à un autre. Il n'y a pas de rupture dans ce que les professionnels disent de ses comportements et la façon dont ils les interprètent. La question se pose de savoir comment cela se passe lorsqu'il n'y a pas d'accord à dire que globalement l'enfant « va bien ».

Au terme de l'analyse de cette situation, un dernier point peut être souligné : on repère que dans les choix d'orientation des jeunes enfants, la question de l'état de l'enfant s'articule à bien d'autres problématiques, allant de la question des liens entre famille et ASE à celle des places. Les interprétations que les professionnelles élaborent des comportements des enfants constituent un élément parmi d'autres dans le faisceau de facteurs qui, dans le concret des pratiques professionnelles, détermine finalement le choix d'un mode de placement ou l'orientation d'un mode de placement à un autre pour un enfant.

E. Comparaison entre les modes de placement

Nous venons de décrire des situations d'enfants dont le comportement inquiète ou pose problème aux professionnels en pouponnière, en famille d'accueil et en MECS. Une comparaison entre les façons dont les professionnels repèrent les comportements, les interprètent et tentent d'y remédier selon le mode de placement est-il possible ? A quelles conditions ? Que peut-on retirer d'une comparaison entre les trois ? Existe-t-il des points de convergences et de divergences ?

Tenter d'entreprendre une comparaison paraît important dans la mesure où, pour une même tranche d'âge, les enfants confiés à l'ASE peuvent être pris en charge dans les trois types de placement enquêtés : pouponnière, MECS, assistantes familiales. Si l'on se place à leur « hauteur », les jeunes enfants font donc dans leur placement l'expérience de conditions matérielles et sociales de vie contrastées. On peut repérer deux principaux axes de divergence : séjour d'urgence qui souvent « durent » ou moyen séjour selon qu'ils sont accueillis en pouponnière d'un côté, en MECS ou en famille d'accueil de l'autre ; organisation du placement « spécialisée » pour une tranche d'âge inférieure ou supérieure à la leur ou relativement indifférenciée sur cette question selon qu'ils sont accueillis en pouponnière et en MECS ou pris en charge dans le cadre d'un placement familial.

Mais ces écarts, repérables selon le mode de placement, se donnent-ils également à voir en ce qui concerne la manière dont les professionnels perçoivent leurs comportements, conçoivent leurs troubles, interagissent avec eux à ce sujet ? Cette question peut être déclinée de deux manières : est-ce que les modes de placement possèdent des manières spécifiques de faire avec cette problématique ? Et plus indirectement, est-ce que le

fonctionnement différencié de ces modes de placement a des effets sur la façon dont les comportements qui posent problème sont repérés et identifiés par les professionnels ?

Si comparer les modes de placement sur cette question est selon nous nécessaire, effectuer ce travail dans le cadre de cette étude a une limite importante, qu'il convient de souligner.

En effet, elle implique le rapprochement d'ordres de grandeur différents : si nous avons rencontré des assistantes familiales, nous n'avons enquêté que dans une pouponnière, tandis qu'en MECS, nous avons suivi une seule équipe. Ces écarts dans les terrains menés ne nous autorisent pas à généraliser de la même manière dans tous les types de placement : Pour la pouponnière, l'ensemble des données recueillis nous autorisent à dire que les deux situations présentées sont représentatives l'une des problématiques les plus courantes qui sont « remontées » au pédopsychiatre de CMP ; l'autre des problématiques sur les effets des relations avec les parents et du placement lui-même. Dans le cas du placement familial, notre matériau ethnographique nous a permis une montée en généralité un peu supérieure : nous avons pu dégager des configurations idéal-typiques de discussion entre les professionnels au sujet des comportements des enfants qui posent problème au prisme de la nature des interactions que les assistantes familiales entretiennent avec les autres professionnels qui entourent l'enfant à ce sujet. *A contrario*, dans le cas de la MECS, notre travail est d'ordre purement monographique et nous n'avons pas les données nécessaires pour statuer sur le caractère représentatif ou généralisable du fonctionnement observé.

Cet écueil majeur pour établir une comparaison à partir de configurations d'ordre de grandeur contrastées que nous avons fait le choix de présenter peut toutefois être *a minima* contourné par le fait que nous disposons de données qui n'apparaissent pas dans ces descriptions mais qui ont alimenté notre réflexion sur les pistes de comparaison que nous allons proposer. Il s'agit d'un ensemble d'itérations et de triangulations (Olivier de Sardan, 2008), dont nous n'avons pas ici la possibilité de déployer le détail, qui nous ont permis de formuler les idées qui vont suivre, et dont nous souhaitons qu'elles acquièrent le statut d'hypothèses de départ pour des travaux à venir.

Comparer, c'est entreprendre un « travail de rapprochements et de distinctions » (Remaud, Schaub, Thireau, 2012). Quels points de convergence et de divergence peut-on observer dans la façon dont les professionnels font avec les comportements des enfants qui les inquiètent et leur posent problème ?

1) Points de convergence

- *Quoi dire à l'enfant ? Une tâche difficile pour tous*

Un premier point de convergence apparaît à l'issue de cette enquête de terrain : dans tous les modes de placement, savoir quoi dire à l'enfant des événements dramatiques qui surgissent dans son existence et de quelle manière lui en parler sont pour les professionnels des questions extrêmement difficiles et délicates, à l'origine de nombreuses discussions, interrogations et hésitations.

De ce point de vue, il apparaît que si parler à l'enfant constitue dans le champ de la protection de l'enfant une norme, sa mise en pratique dans le quotidien de professionnels s'occupant de jeunes enfants est loin d'aller de soi.

Comme nous l'avons déjà souligné (cf partie I), la diffusion de la conception de l'enfant comme « un sujet » par la psychanalyse, et en particulier en France *via* les travaux et les démarches de vulgarisation scientifique de Françoise Dolto, a produit depuis l'après-guerre une importante transformation dans la façon dont les adultes interagissent avec les enfants. Ils sont désormais, et ce, dès leur naissance, des « être de langage » qui se nourrissent de paroles autant que de soin et à qui l'ont doit « parler vrai ».

Cette « culture du verbe » pour reprendre l'expression d'une assistante familiale est repérable dans les pratiques professionnelles sur un continuum allant de l'explicitation de « ce qui se passe » face aux comportements agités ou pénibles d'un enfant au récit d'événements dramatiques, en passant par la façon dont on va interagir avec l'enfant lors de moments clés de son existence.

Ainsi, les professionnels accueillants, lorsqu'un enfant se montre difficile, font fréquemment le lien avec des événements qui n'ont pas été discutés directement avec ce dernier et dont ils supposent que la teneur et/ou le caractère implicite est la cause du malaise que l'enfant exprime par ses comportements problématiques. La pratique professionnelle consiste donc à « verbaliser » auprès de l'enfant les événements qui ont cours.

Une assistante familiale raconte ainsi comment elle a expliqué la raison de la venue d'un travailleur social face aux colères à répétition du petit garçon qu'elle accueille :

« Hier, y'a l'éduc qui remplace son AS qui est venu, pour nous rencontrer, pour connaître un peu le lieu, parce qu'il connaissait pas... [prénom de l'enfant], il savait que ce monsieur-là allait venir hier après-midi parce qu'on lui avait dit. Et hier matin, [prénom de l'enfant] était super tendu, colérique... enfin, pas bien, quoi. Il m'a fait tourner en bourrique tout le matin. Et à un moment donné, je me dis : « tiens, y'a quelque chose qui tourne pas rond ». Je l'ai pris sur les genoux, je lui ai dit : « tu sais, Monsieur... enfin, l'éducateur, vient cet après-midi. C'est absolument pas pour toi, hein ! Il vient juste me rencontrer, voir ta maison, voir si tu es bien installé, voir si nous, on

est des bons tontons et des bonnes tatie... donc rassure-toi ! ». Et alors, du coup, on a retrouvé le petit [prénom de l'enfant], comme d'habitude, quoi ! »

Une éducatrice raconte à ses collègues en réunion d'équipe la soirée de la veille.

Elle explique qu'au moment de se laver les dents, ça n'allait pas, rien n'allait, tout était difficile, que du coup, elle se demandait si les autres membres de l'équipe avait parlé à Colin du fait que [prénom d'un éducateur] allait voir son père, que du coup, elle lui en a parlé, lui a dit « Colin, [prénom d'un éducateur] il va voir ton papa bientôt » et que ça l'a calmé direct.

On remarque que dans ces différents récits, parler à l'enfant est toujours présenté comme un acte immédiatement efficace. : parler fait cesser les pleurs, arrête les colères, apaise les enfants agités.

Cette pratique qui consiste à parler à l'enfant est également repérable en lien avec la trajectoire de placement de l'enfant : lors du premier placement, de la transition d'un mode de placement à un autre, de la mise en place des visites, les moments clés du parcours des enfants sont l'occasion de verbalisation auprès d'eux.

Une assistante familiale raconte ainsi comment, au moment où se fait le passage de l'enfant dont elle s'occupe entre son ancienne assistante familiale et elle, elle a réagi aux pleurs et aux cris de l'enfant :

« Je reste un moment seul avec lui où je le prends dans mes bras, et puis voilà je lui dis qu'il a raison, il a raison de pleurer parce qu'il est colère contre cette situation...il comprend pas cette situation, il est bien chez une tatie, et puis tout d'un coup, on lui dit « ben non, ça va plus, tu es chez une autre ». Lui, il se dit « est-ce que je vais être longtemps ici ? » [...] Donc voilà, je lui dis « tu as le droit d'être en colère, de m'en vouloir ! ». Voilà, je lui parle, il me regarde, il s'arrête de pleurer, et puis je lui dis « de toute façon, moi, je suis là, on va faire un grand bout de chemin ensemble ». Et puis, il pose sa tête. Ça, ça m'avait...voilà, il pose sa tête sur mon épaule, il me regarde, il repose sa tête à nouveau, et puis il me re-regarde à nouveau. Et puis, il veut descendre, et il va de suite dans sa chambre. »

On encore cette professionnelle de la pouponnière qui raconte sa « rencontre » avec l'une des petites filles de la pouponnière :

« Donc, du coup, on est parti chercher Neïla à La Timone, je suis rentrée dans la chambre pendant que l'infirmière allait faire le lien avec l'équipe médicale, Neïla était dans son lit à barreaux, réveillée. On a passé un petit temps dans la chambre, à jouer un petit peu [...] pour qu'on fasse connaissance, pour lui expliquer qu'on était venu la chercher, qu'on allait l'amener dans un endroit où elle allait vivre, on allait s'occuper



d'elle, où elle allait vivre le temps que le juge en décide autrement, qu'il s'était passé des choses pour lui, pour sa sœur jumelle, tout ça, et que... qu'il y avait quelqu'un qui avait décidé qu'elle devait venir vivre à la pouponnière. »

Si parler à l'enfant apparaît comme une norme, dans le double sens d'une façon de faire répandue et conçue comme moralement supérieure d'interagir avec les enfants, celle-ci apparaît beaucoup plus difficile à mettre en pratique lorsqu'il s'agit d'explicitier à l'enfant des événements dramatiques, c'est-à-dire - principalement - touchant à la mort, à l'abandon ou à l'incarcération d'un des parents.

La question de « quoi dire à l'enfant ? » survient alors principalement de deux manières : soit les professionnels ne savent pas ce que l'enfant sait déjà de ces événements dramatiques, soit ce dernier verbalise ses interrogations sous la forme de questions auxquelles les professionnels ne savent pas immédiatement quoi répondre.

De manière croissante, cette problématique s'articule pour les professionnels à la question de ce que les parents, de leur côté, disent ou taisent de ces événements dramatiques. Mais principalement, la difficulté à parler à l'enfant s'enclasse pour les professionnels dans la problématique de la transmission de l'histoire de l'enfant et sa trajectoire de placement, dont la mémoire est morcelée entre une multitude d'intervenants : qu'est-ce que l'enfant sait ou ne sait pas ? Qu'est-ce qui lui a déjà été dit ou non ? Ce type d'interrogations précèdent celles consistant à se demander quoi lui dire et comment lui dire et ajoute de la difficulté à un exercice déjà difficile.

De ce point de vue, une différence apparaît dans la façon dont la question de « quoi dire » se décline selon l'âge des enfants. Dans le cas de bébés, il semble que les événements dramatiques soient plus facilement explicités. Ils sont alors inscrits dans l'histoire de l'enfant comme un « toujours déjà là » (par exemple, papa est en prison, maman est morte, etc.), la question des circonstances de ces drames étant quant à elle repoussée dans le temps. Dans le cas des jeunes enfants, dire ce qui s'est passé s'apparente à l'annonce d'un événement dramatique, mission pour laquelle tous les professionnels, quel que soit leur métier, éprouvent une grande réticence. La nécessité de parler est alors souvent déclenchée par des questions de l'enfant (par exemple, où est maman ?) ou des comportements (par exemple, se jeter dans les bras d'inconnus) pour lesquelles se posent pour les professionnels la nécessité d'une réponse, sous une forme ou un autre.

Dans ces processus, on observe une sorte de « délégation du « sale boulot » » décrite par Everett Hughes, qui articule les notions de division « technique » et « morale » du travail qu'il a élaborées le sociologue. A partir de ses analyses du fonctionnement des hôpitaux, où il observe que les professions à prestige élevé délèguent aux professions les moins

prestigieuses les tâches jugées les plus ingrates, en lien avec le corps et la saleté physique (Hughes, 1996), Everett Hughes a forgé la notion de division « morale » du travail « définie comme une répartition des tâches en fonction de leur inégale désirabilité. Le travail professionnel comprend toujours un ensemble de tâches considérés comme peu respectables ou peu agréables, et néanmoins nécessaires, que Hughes appelle le « sale boulot » » (Champy, 2012 : 52-53). Cette division « morale » du travail se distingue de la division « technique » du travail qui « repose sur des compétences, ou en d'autres termes sur la maîtrise de savoirs et de savoir-faire nécessaire à l'accomplissement de tâches spécialisées » (Champy, 2012 :52).

Dans le cadre de l'ASE, on observe que ce sont les professionnels du psychisme qui, au nom de leur double expertise supposée dans le domaine du psychisme enfantin et de la verbalisation, sont sollicités par les professionnels de l'éducatif et du soin pour faire le travail d'annonce. On attend des psychologues qu'ils entreprennent la difficile tâche d'annoncer à l'enfant l'événement dramatique, ce qui pour autant ne semble pas aller de soi pour ces derniers. Leur est ici implicitement attribué par leurs collègues un savoir-faire technique (évaluer ce qui peut/doit être dit et savoir quels sont les « bons mots » pour le dire) que la plupart des professionnels du psychisme, de formation clinique, n'ont pas, voire récusent. Comme l'expliquera un psychologue en entretien « mes collègues ont tendance à penser qu'en tant que psy, je détiens un savoir alors que mon métier consiste plutôt à tenir une position ». Lorsque la délégation ne peut pas être pratiquée jusqu'au bout, à savoir mettre le professionnel du psychisme en interaction directe avec l'enfant, les équipes accueillantes sollicitent fréquemment auprès de leurs collègues « psy » des conseils quant au niveau d'informations qui doit être transmis et les mots à utiliser. Sous-jacente à ces négociations entre professionnels se trouve la peur de provoquer chez l'enfant un traumatisme par l'annonce d'un événement dramatique, dans une conception générale partagée du développement qui attribue aux expériences vécues dans les premières années de la vie un rôle déterminant pour le reste de l'existence. Il s'agit d'accorder au mieux le discours produit par l'adulte à ce que l'enfant est en mesure d'entendre, intellectuellement, psychiquement et émotionnellement. Ici, la tâche est délicate et la responsabilité majeure.

Notre hypothèse est que, face à une activité perçue comme extrêmement risquée et porteuse d'une grande violence - pour l'enfant, comme pour l'adulte messager - l'ensemble des professionnels entretient involontairement un certain flou autour de ce que recouvre précisément la pratique qui consiste à « parler à l'enfant » dans le cas d'événements dramatiques, et ce d'autant plus qu'il s'agit de jeunes enfants. Des glissements sont sans doute à l'œuvre entre expliciter des faits et dire à l'enfant qu'on sait que des choses graves se sont passées pour lui, l'expression « parler à l'enfant » pouvant renvoyer aux deux types de discours. On peut supposer que dans les échanges entre professionnels l'utilisation de cette

expression (« nous avons parlé à l'enfant ») fonctionne comme une sorte d'allant de soi qui exonère de plus grandes précisions quant à ce que a été dit.

Cette tension dans laquelle sont pris les professionnels, y compris ceux du psychisme, entre une nécessité et une difficulté de dire, s'arrime positivement au principe selon lequel le discours tenu par l'adulte doit être au plus près de ce que l'enfant est prêt à attendre. Dans le concret des pratiques, elle engendre sans doute des reports dans le temps des annonces, qui viennent reboucler avec la problématique de la transmission morcelée des trajectoires de vie des jeunes enfants confiés à l'ASE, pointée au début de cette partie.

▪ *Un consensus autour des comportements qui posent problème*

Le second principal point de convergence identifié concerne les comportements mis en œuvre par les enfants qui posent problème. En effet, d'un mode de placement à un autre, nous n'observons pas d'écart significatif dans les comportements qui sont repérés par les professionnels comme inquiétants et difficiles, et dont l'inventaire a été dressé dans la partie II. Sur ce plan, un consensus apparaît : ce sont les mêmes manières d'être et de s'exprimer des jeunes enfants qui sont érigés en « signes » d'une difficulté ou d'un mal-être.

Certes, la pratique professionnelle de repérage de ces signes fait l'objet d'une organisation et de procédures plus ou moins sophistiquées et rationalisées selon le mode de placement. La pouponnière, en raison de sa fonction d'accueil d'urgence et d'observation mais également de son affiliation au modèle hospitalier, présente de ce point de vue un outillage plus important que ce qui est donné à voir en famille d'accueil ou en MECS : l'obligation d'établir des bilans à des moments précis, la structuration des réunions de chambres autour de rubriques pré-déterminées, la tenue d'un cahier individuel par enfant constituent des manières de travailler spécifiques à ce type de placement.²⁰

Au-delà de cette formalisation contrastée, nous pouvons donc parler d'une symptomatologie partagée entre les professionnels de l'ASE. Il semble ici qu'il soit possible de parler d'une « culture commune ». On a repéré que dans le cadre de formations initiales ou continues sont fréquemment enseignés des « signes d'alerte ». La formalisation de ces connaissances, les processus d'appropriation dont ils sont l'objet par les professionnels, leur articulation avec les savoirs d'expérience ou plus simplement avec le caractère difficilement gérable de

²⁰ Toutefois, il convient de souligner que l'existence de l'ensemble de ces procédures ne présage en rien des usages concrets qui en sont fait. Cet écart entre « travail prescrit » et « travail réel », bien connu en sociologie du travail, n'entre cependant pas dans nos analyses dans la mesure où nous avons laissé de côté les productions écrites dont les comportements problématiques des enfants sont l'objet (cf partie sur les conditions et limites de l'enquête) dans les différents modes de placement enquêtés.

certains comportements enfantins relèvent cependant d'un champ de recherche qui reste à investiguer.

2) Points de divergence

Si un consensus se dégage au sujet des comportements des jeunes enfants considérés comme problématiques par les équipes, il apparaît que les registres mobilisés pour les interpréter, de même que les actions à mettre en œuvre pour y remédier sont pour leur part l'objet de pratiques hétérogènes et de nombreuses discussions de la part des professionnels. Plus précisément, on repère que sur ces questions les cultures professionnelles ne sont pas les mêmes selon le mode de placement ; et que dans le cadre du placement familial, elles sont dans certains cas l'objet de conflits dont nous allons essayer de décortiquer les causes.

Pour comprendre ces écarts, il est nécessaire d'identifier au préalable les divergences qui se donnent à voir quant à la forme que prennent les configurations de discussion selon les modes de placement.

▪ Configurations de discussion

Du point de vue des équipes accueillantes, les référents ASE n'occupent pas la même place dans les configurations de discussion au sujet des comportements des enfants qui posent problème selon le mode de placement. En effet, en MECS et en pouponnière, structures qui regroupent de nombreux professionnels, les référents de l'enfant apparaissent de manière périphérique dans les discussions dont les entretiens et observations rendent compte. C'est majoritairement à l'intérieur des institutions qu'ont lieu les échanges sur ces questions.

A contrario, dans le cadre de l'accueil familial, les données recueillies auprès des assistants familiaux font état de discussions qui se déploient principalement dans un tête à tête entre assistants familiaux et équipe ASE, où les référents du SAF occupent parfois une place de tiers²¹.

Cette différence de pratiques entre pouponnière et MECS d'un côté, familles d'accueil de l'autre, s'inscrit dans une différence de statut : en effet, depuis la loi de 2005, les assistants familiaux font partie des « équipes socio-éducatives », même si, dans les faits, comme

²¹ Il convient d'avoir à l'esprit que cette manière de voir propres aux assistants familiaux tend à homogénéiser les désaccords et conflits qui peuvent se faire jour entre les professionnels qui composent les équipes enfance, en premier lieu entre travailleurs sociaux et psychologues de MDS, comme l'a souligné Juliette Sakoyan dans son étude sur « la santé et les « situations difficiles » des adolescents confiés à l'ASE » (Sakoyan, 2015).

souligné dans un rapport de l'ONED consacré à l'accueil familial, il existe un « déficit réel d'intégration » de ces derniers (ONED, 2015 : 71).

▪ *Registres d'interprétation mobilisés*

Selon le mode de placement, les registres mobilisés n'ont pas la même importance et ne sont pas articulés de la même manière par les professionnels. Ils prennent place dans des combinaisons entre des « adossements théoriques » (Chrétien, 2012) et une organisation du travail d'équipe propres à chaque type de placement. Nous proposons ici une typologie, qui si elle ne rend pas compte de manière exhaustive du réel, met en lumière un ensemble de traits distinctifs qu'il nous paraît important d'identifier.

• *En pouponnière*

En pouponnière, la théorie de l'attachement et son corollaire, la problématique des carences de soin, occupent une place centrale dans la façon dont les professionnels appréhendent les comportements problématiques des enfants qui leur sont confiés. Ce tropisme est le fruit d'un héritage socio-historique dont nous avons retracé les grandes lignes dans la partie I.

La question de la relation que l'enfant entretient individuellement avec ses auxiliaires d'un côté, avec ses parents de l'autre, constitue le prisme à partir duquel sont filtrés ses comportements. L'enfant est fondamentalement un être « en lien » avec des « figures d'attachement ». Dans ce cadre, le mal-être qu'il peut exprimer est conçu comme la conséquence de défauts dans la relation aux parents ou de carences dans la prise en charge institutionnelle qui mettent en péril sa « sécurité ontologique ».

Dans cette configuration, la psychologie d'inspiration psychanalytique vient s'articuler à la théorie de l'attachement. Ainsi les notions de « transfert » et d'« angoisse de séparation » sont mobilisées par les professionnels du psychisme travaillant dans ou en lien avec l'institution pour qualifier les relations que l'enfant entretient avec ses auxiliaires ou ses parents.

L'approche neuroscientifique n'est pas davantage absente de la pouponnière, mais elle occupe en quelque sorte une fonction de repoussoir : lorsque les comportements de l'enfant, vécus comme très difficilement gérables ou très inquiétants par les équipes, se prolongent dans le temps, le recours à la pédopsychiatre permet de s'assurer que ceux-ci ne relèvent pas d'une pathologie du lien d'ordre neurologique (troubles autistiques), qui serait finalement indépendante de la façon dont parents et professionnels interagissent avec l'enfant. Lorsqu'elle est invalidée, cette hypothèse du trouble neuro-développemental permet de rétablir la théorie de l'attachement et des carences de soin maternels au centre



des interprétations et d'orienter le travail vers une transformation des interactions dans le quotidien de la prise en charge.

Malgré des niveaux de maîtrise du champ théorique de l'attachement et des carences en institution variables selon les métiers que regroupe la pouponnière, cette grille de lecture constitue donc une culture commune : elle est au fondement des discussions que les comportements des enfants qui posent problème ne manquent pas de susciter dans l'institution.

- *En MECS*

En MECS, le travail auprès des enfants relève principalement de l'éducatif et non du soin. Les « adossements théoriques » en maison d'enfants s'articulent moins directement à des savoirs constitués issus de travaux scientifiques, comme c'est le cas en pouponnière. D'autres notions, telles que celle d'« institution », de « cadre », de « quotidien » (Brizais, 2012) ont fait l'objet de tentatives de théorisation après coup plus ou moins abouties dans un champ professionnel marqué par le pragmatisme (Chauvière, 2009).

Dans le même temps, les professionnels du secteur éducatif sont influencés par la psychologie d'inspiration psychanalytique qui promeut une conception de l'enfant comme « sujet ». La relation éducative est ainsi conçue comme « attitude clinique » (Chauvière, 2009) où le professionnel « technicien de la relation » se doit de travailler sa propre subjectivité, condition pour appréhender de manière professionnelle la subjectivité des enfants qui constituent la cible de son travail (cf partie II).

Ces deux axes – intervention directe auprès des enfants en inter-individuel et travail sur le collectif – ainsi que leur rapport dialectique, structurent en MECS la prise en charge des enfants (Brizais, 2012), dont les comportements problématiques font partie.

La première est toutefois beaucoup plus facilement visible que la seconde (à la fois pour l'anthropologue mais il nous semble pour les professionnels eux-mêmes), et ce pour plusieurs raisons :

- elle s'appuie sur des experts extérieurs, les professionnels du psychisme
- elle rejoint l'injonction à une individualisation de l'accompagnement des enfants pris en charge, instaurée par la loi de 2002
- elle est théoriquement plus légitime car elle s'adosse à des savoirs constitués



A *contrario*, le travail sur le collectif est en quelque sorte « naturaliser » par les professionnels eux-mêmes. Il n'est pas l'objet d'une réflexivité collective structurée comme peut l'être le travail inter-individuel dans le cadre des APP.

Dans la MECS enquêtée, le « groupe » constitue à la fois l'unité de base de l'institution, une référence identitaire centrale et le cadre d'action des professionnels. Cette prédominance du collectif se donne à voir dans l'organisation du travail : il n'y a pas de référent par enfant, les comptes-rendus rédigés dans le cahier de liaison sont rarement signés.

Dans cette configuration, la psychologie d'inspiration psychanalytique apparaît comme une ressource extérieure. Elle est soit mobilisée dans le cadre de l'APP pour aider à penser les comportements des enfants et s'orienter dans le travail, soit externaliser *via* la mise en place de prise en charge des enfants en CMPP dont l'équipe estime en premier recours qu'ils en ont besoin.

Si les membres de l'équipe utilisent parfois la notion de « troubles de l'attachement » pour caractériser les comportements problématiques de tel ou tel enfant, la théorie de l'attachement n'est pas au centre de leur conception des relations entre les enfants et les adultes, ainsi que l'a montré d'ailleurs la façon dont s'est passé dans le cadre de la MECS notre entrée sur le terrain (cf partie I).

Le groupe en tant que collectif de professionnels et de pairs est conçu comme offrant à l'enfant un ensemble de ressources dont il va se saisir pour se sécuriser, se développer et trouver un équilibre. Le groupe est par ailleurs le support d'une appartenance identitaire forte. Comme le dira un éducateur au moment de la restitution du rapport intermédiaire de l'étude « pour les enfants de la MECS, c'est peut-être l'institution qui est la figure d'attachement. »

Soulignons pour finir qu'au cours de ce terrain, l'approche neuroscientifique n'est pas apparue comme un registre interprétatif mobilisé par les professionnels de la MECS enquêtée. Les représentations des troubles en termes de pathologies neurologiques semblent occuper une place plus que périphérique, la question des parcours de vie et expériences vécues par les enfants étant au centre des analyses.

- *En accueil familial*

Dans le cadre de l'accueil familial, les trois registres interprétatifs identifiés occupent chacun une place importante, mais ils apparaissent comme étant, davantage que pour les autres modes de placement, inégalement partagés et en tension.

Ici, la tenue à l'écart des activités prudentielles des assistantes familiales, soulignée dans le rapport que l'ONPE a consacré en 2015 au travail d'équipe dans le cadre de l'accueil familial, constitue un facteur important.

En effet, dans de nombreux cas, les assistantes familiales, bien que faisant légalement partie des équipes enfances, occupent une place subalterne dans les délibérations autour des comportements des enfants : référents des enfants et référents du SAF bornent la plupart du temps leur mandat professionnel à la transmission d'informations. Il arrive qu'elles ne soient pas conviées à certaines réunions consacrées aux enfants.

C'est particulièrement le cas pour une catégorie d'assistantes familiales : celles qui appartiennent aux milieux populaires, dont l'entrée dans le métier constitue soit un premier emploi après une période consacrée au travail domestique, soit une reconversion depuis les métiers nécessitant un niveau de diplôme peu élevé – en premier lieu assistante maternelle.

Pour ce profil d'assistantes familiales, éloignement socio-culturel et tenue à l'écart des « activités prudentielles » autour du suivi des enfants qu'elles accueillent s'alimentent et se cumulent de manière problématique.

Face aux travailleurs sociaux et aux éducateurs, ces assistantes familiales éprouvent souvent des difficultés à décrire les comportements des enfants et à exprimer ce qui leur pose problème. Elles ne maîtrisent pas toujours la capacité à convaincre leurs interlocuteurs. Lorsqu'elles alertent les équipes par rapport aux comportements des enfants, elles ont bien souvent du mal à être prises au sérieux et entendues.

Pierre Bourdieu, dans *Ce que parler veut dire* (1982), montre que les locuteurs ne sont pas égaux face à la langue. Les performances discursives des uns et des autres n'ont pas toute la même valeur : certains « styles expressifs » sont considérés comme plus légitimes que d'autres. Ainsi, le langage dit « soutenu » a plus de valeur que le langage dit « familier ». Ces hiérarchies sont le reflet des hiérarchies socio-économiques. Il existe par ailleurs une inégale compétence sociale à prendre la parole. Selon son milieu d'origine, on développera une plus ou moins grande aptitude à parler, un rapport plus ou moins assuré au fait de prendre la parole en public. Le sociologue montre aussi que parler ne sert pas uniquement à communiquer mais aussi à s'assurer un certain nombre de profits (être évalué positivement, être cru, être obéi, etc.).

On constate que les assistantes familiales ont dans les discussions à propos des comportements des enfants qui posent problème et inquiètent, une parole peu légitime du point de vue des autres métiers, et ce d'autant plus qu'elles ont une faible capacité à

prendre la parole en public, cette faible aptitude alimentant à son tour leur tenue à l'écart dans les configurations de discussion.

Dans cette situation asymétrique, la tenue à l'écart des activités prudentielles alimente le sentiment de défiance, décrit au chapitre II, qu'éprouvent ce profil d'assistantes familiales. Elle entrave le développement d'une culture commune et conduit finalement à des incompréhensions et des désaccords d'interprétation.

D'une part, la théorie de l'attachement se décline du point de vue de assistantes familiales sous une forme pratique et extériorisée sans maîtrise des implicites théoriques sous-jacents²² : elle revêt pour elles la forme d'une sentence émise par les référents de l'enfant consistant à dire que l'assistante familiale est insuffisamment, ou au contraire, trop attachée.

D'autre part, cette configuration entraîne la mise en opposition – recoupant des tensions repérées au niveau global (cf partie II) – entre psychologie d'inspiration psychanalytique d'un côté et approche neuro-développementale de l'autre, les assistantes familiales concernées jouant fréquemment la seconde contre la première.

▪ *La question de l'efficacité des actions*

Cette dernière problématique recoupe en fait la question de l'efficacité des actions entreprises auprès des enfants pour tenter de remédier à leurs comportements inquiétants. Notre propos n'est en aucun cas ici d'évaluer l'efficacité réciproque des trois registres interprétatifs mobilisés pour soigner les enfants, mais de décrire le point de vue des professionnels de l'ASE sur cette question.

Comme nous l'avons vu, les registres interprétatifs mobilisés articulent une lecture des problèmes et des manières de les prendre en charge. Or, celles-ci ne disposent pas tous du même crédit selon les catégories de professionnels. Il nous semble que dans ces processus appartenances socio-économiques, formation reçue et position dans le travail d'équipe²³ jouent un rôle important.

²² Ces éléments théoriques ont fait l'objet d'une présentation lors du séminaire organisé par le SAF aux assistantes familiales, mais présentés un aspect très technique qui a provoqué un « décrochage » rapide de la majorité de l'auditoire.

²³ Dans le rapport de l'ONED cité plus haut, une définition du travail d'équipe proposé par B. Ravon, que nous reprenons ici, est proposée : « Le travail d'équipe émerge concrètement lorsque celle-ci se trouve confrontée à une situation complexe et qu'elle réussit, par une réflexion conjointe autour des pratiques et des activités de chacun à développer une représentation et une position commune du

La diffusion de la psychologie d'inspiration psychanalytique s'est faite par les classes moyennes (Knibielher, 1997) avant de s'étendre à l'ensemble de la société. Toutefois, être baigné des conceptions de l'individu et des relations parent-enfant que ce registre d'interprétation véhicule ne signifie pas nécessairement croire à l'efficacité de la psychanalyse comme méthode curative.

En tant que technique de soin, la psychanalyse suppose une acculturation plus importante. Elle nécessite l'adhésion - non nécessairement objectivée mais latente - à un certain nombre de principes, comme par exemple l'idée que la névrose se distingue de la psychose, mais que toutes deux peuvent être l'objet d'un soin par la parole, autrement dit « qu'on a pas besoin d'être fou pour aller voir un psy ».

Or certaines assistantes familiales, de par leurs origines socio-économiques, ne sont pas acculturées à la psychanalyse comme pratique de soin. Et la formation qu'elles reçoivent, de même que leur inscription difficile dans un travail d'équipe ne permettent pas de réduire l'écart dans lequel elles sont de ce point de vue avec les autres professionnels des équipes enfance (professionnels du psychisme en premier lieu mais également travailleurs sociaux).

Dans *Raisons pratiques*, le sociologue Pierre Bourdieu a décrit l'économie des biens symboliques. Il explique que pour qu'un échange symbolique fonctionne, il faut que les deux parties engagées dans l'échange aient des catégories de perception et d'appréciation identiques.

Dans ce cadre, le capital symbolique est « une propriété quelconque, force physique, richesse, valeur guerrière, qui, perçue par des agents sociaux dotés de catégories de perception et d'appréciation permettant de la percevoir, de la connaître et de la reconnaître, devient efficiente symboliquement » (Bourdieu, 1996 : 187)

Or, certaines assistantes familiales, de par leur parcours et leur formation, n'ont pas les catégories de perception et d'appréciation permettant qu'elles reconnaissent le capital symbolique des professionnels du psychisme, qu'ils soient des collègues ou des interlocuteurs dans les structures de soin comme les CAMSP ou les CMPP. De plus, leur

mode de résolution de cette situation. Le « faire-équipe » passe donc par la possibilité d'exprimer des désaccords, d'accepter des *dissensus* pour ensuite, une fois la réflexion commune partagée, trouver des points d'accords qui positionnent l'équipe face à sa tâche et à sa charge de travail. En résumé « faire équipe suppose l'exercice collectif d'une réflexivité critique » (Ravon cité par ONPE, 2015 : 60)



tenue à l'écart des activités prudentielles autour du suivi des enfants qu'ils accueillent entrave leur acculturation, par la pratique, à ces catégories de perception et d'appréciation.

De fait, comme décrits plus haut, il arrive fréquemment que des assistantes familiales mettent en cause l'efficacité des prises en charge « psy » dont les enfants qui leur sont confiés sont l'objet, et qu'elles développent parallèlement un attrait marqué pour l'approche neuroscientifique. Plusieurs facteurs expliquent le succès que ce registre remporte auprès de certaines assistantes familiales dont voici selon nous les principaux :

- en premier lieu, il est « à la mode ». De la même manière que la psychanalyse était « à la mode » dans les années 1970-1980, l'approche neuroscientifique, de par les progrès de connaissances qu'elle a fait et leur caractère fascinant, font aujourd'hui l'objet d'une importante diffusion médiatique.

- L'approche neuroscientifique permet à la marge de reboucler avec une vision héréditaire du trouble même si les acteurs des neurosciences s'en défendent. Or, dans les prises en charge des enfants de l'ASE, les comportements déviants des parents et leur inscription dans un discours d'une inflation chez ceux-ci de « pathologies psychiatriques lourdes » amènent fréquemment les professionnels les plus éloignés de la culture psychanalytique à envisagé les comportements des enfants sous l'angle de la transmission de maladies mentales.

- L'approche neuroscientifique est résolument tournée vers l'action. Lorsque les assistantes familiales ont le sentiment de ne pas être entendues dans leurs difficultés et/ou que les prises en charge en CAMSP ou CMPP ne se traduisent pas par une amélioration des comportements des enfants au quotidien, le caractère pragmatique des rééducations du registre neuroscientifique leur apparaissent comme une alternative souhaitable à la vanité des thérapies par la parole, dont le caractère abstrait est d'autant plus difficilement saisissable que nombre de professionnels du psychisme rendent très peu compte du travail entrepris avec les enfants.

Cette polarité recoupe plus largement un clivage heuristique entre le « dire » et le « faire » dans une représentation populaire qui tient le second type de rapport au réel supérieur au premier (Lahire, 1993). La demande parfois formulée qu'une prise en charge psychomotricienne soit ajoutée à un suivi psychothérapeutique prend également sa source dans cette préférence pour le « concret ».

- Enfin, dernier point, et non des moindres, l'établissement d'un diagnostic d'ordre neuro-développemental permet de soustraire les assistantes familiales au jugement d'erreurs éducatives, que les autres catégories de professionnels sont promptes à formuler à leur égard. De la même manière que la définition de l'autisme comme trouble neurologique a

permis de disqualifier la question de la responsabilité des parents – en premier lieu des mères – au profit d'une centration sur les rééducations, ce registre interprétatif offre aux assistantes familiales confrontées à des comportements enfantins très problématiques la possibilité d'opposer l'hypothèse d'une pathologie aux accusations de pratiques éducatives défectueuses. Ce registre leur permet de donner du sens aux difficultés qu'elles rencontrent sans se penser principales responsables de leur irruption. En plus d'être un registre auquel elles peuvent adhérer en quelque sorte pour elles-mêmes, l'approche neuroscientifique présente l'avantage d'être un discours scientifiquement adossé (et de surcroît du côté des « sciences dures ») qu'elles peuvent mobiliser dans les interactions qu'elles ont avec les professionnels du psychisme et les travailleurs sociaux.

La lecture que nous proposons ici en termes d'origine sociale de l'adhésion préférentielle à tel ou tel registre d'interprétation des comportements des jeunes enfants qui posent problème ne doit pas conduire à une vision caricaturale qui consisterait à enfermer les assistantes familiales dans leur « culture de classe ». D'une part parce que, comme nous l'avons décrit plus haut, les profils des assistantes familiales sont divers et que ces situations concernent une partie seulement des professionnelles ; d'autre part parce qu'un individu n'est jamais le « représentant » d'une culture ou sous-culture. Toutefois, cette grille de lecture explique en partie les conflits autour des registres d'interprétation des comportements que nous avons pu ethnographier, dont le poids dans la souffrance au travail et les ruptures précoces de placement ne doit pas être négligé.

En dépit de son importance, il nous semble que la réalité d'appartenances socio-économiques asymétriques entre professionnels du psychisme, travailleurs sociaux et une partie des assistantes familiales constituent à ce jour un impensé des pratiques professionnelles. L'hétérogénéité qui caractérise ce dernier groupe professionnel est d'ailleurs statistiquement invisible. Ainsi dans le département enquêté, le niveau d'étude et le parcours professionnel antérieur à l'entrée dans le métier ne sont pas renseignés dans la base de données. Dans le rapport de l'ONED sur l'accueil familial, la seule indication sur le profil des assistantes familiales est la suivante : « les recrutements concernent principalement, pour la majorité des départements rencontrés, des personnes de 45-55 ans, en période de reconversion professionnelle et de chômage ». (ONED, 2015 : 25). Or, nous avons pointé qu'être en reconversion professionnelle en tant qu'ancien éducateur ou ancienne assistante maternelle par exemple présage de rapport à ces questions de registres interprétatifs bien différents.

Ainsi, si certaines assistantes familiales sont dans une relation d'adhésion aux registres d'interprétation proposés par les professionnels du psychisme en termes de théorie de l'attachement ou de psychologie d'inspiration psychanalytique (cf modèle « alliance thérapeutique, partie II), d'autres sont dans une importante remise en question de ce

dernier registre au profit de l'approche neuroscientifique (cf modèle « défiance » partie II). Dans le second cas, désaccord d'interprétation et difficulté à mettre en œuvre des actions collectivement légitimes pour tenter de faire face aux comportements des enfants qui posent problème vont de paire.

En comparaison, en pouponnière, une certaine homogénéité existe quant aux registres d'interprétation mobilisés : la théorie de l'attachement constitue à la fois une source explicative des comportements difficiles et un répertoire de soin partagé. Les difficultés semblent davantage se situer du côté de la mise en pratique des actions collectivement conçues comme étant les « bonnes ». Dans le quotidien de leur travail, les professionnelles rencontrent de nombreux obstacles dans la coordination de ces actions, du fait de l'organisation très segmentée du travail et du *turn over* élevé qui caractérise la pouponnière. Dans cette configuration, le pédopsychiatre semble parfois jouer un rôle de coordinateur, qui vient, de l'extérieur, rappeler le rôle de chacun dans la prise en charge des difficultés d'un enfant en lien avec celui des autres métiers qui composent les équipes (AP, psychologue, psychomotricienne, membre de l'équipe visite, etc.).

En MECS, le terrain ethnographique donne à voir un fonctionnement marqué par une grande fluidité, où les registres d'interprétation mobilisés ainsi que les moyens mis en œuvre font l'objet de consensus au sein de l'équipe. Le caractère exceptionnel de cette configuration est pointé par les professionnels eux-mêmes. Elle est sans doute le fruit d'un équilibre subtil dont la durée dans le temps, en fonction d'un certain nombre de facteurs comme le départ ou l'arrivée de membres, reste aujourd'hui posée.

Conclusion

La question de la formation – initiale et continue – des différents professionnels, qui est à la périphérie du travail ethnographique que nous avons entrepris, apparaît pourtant au centre des processus décrits. Au terme de cette étude, élaborer un état des lieux de ce qui est enseigné en formation en psychologie dans les différents métiers que comptent les professionnels de l'ASE semble nécessaire. De ce point de vue, le travail effectué par l'équipe du CNAM dirigée par Anne-Lise Ulmann pour les CAP petite enfance et le diplôme d'AP constitue un antécédent remarquable dont on pourrait s'inspirer (Ulmann, 2015). Au-delà de la seule question des contenus transmis, celle de l'adaptation de la forme donnée aux enseignements selon les publics formés constitue une problématique d'envergure pour laquelle la sociologie pourrait être judicieusement mobilisée.

La question des effets sur la façon dont sont appréhendés les comportements des enfants qui posent problème du passage d'un mode de placement à un autre dans le temps reste posée. Si les configurations de discussion, les registres interprétatifs mobilisés et la question



de l'efficacité des prises en charge diffèrent entre pouponnière, MECS et familles d'accueil, comment cela décline-t-il dans la prise en charge d'un enfant qui passe par exemple de la pouponnière à une famille d'accueil, ou encore qui est confié à une MECS après une rupture de placement chez une assistante familiale ?

Dans le cas de la trajectoire de placement présentée dans le chapitre IV de cette partie, une relative continuité existe dans le regard que les professionnels portent sur l'enfant, y compris lors du passage d'un mode de placement à un autre. Il n'y a pas de rupture dans ce que les professionnels disent de ses comportements et la façon dont ils les interprètent. Nos données ne permettent pas de rendre compte sur le temps long d'un placement des potentielles ruptures et désaccords d'interprétation qui se donnent sans doute à voir pour les enfants dont les comportements sont davantage source d'inquiétude. Sur ce point, de plus amples investigations, dont la faisabilité reste largement dépendante des conditions de l'enquête, reste à faire.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, l'ASE apparaît comme un espace de l'économie morale de la petite enfance. Didier Fassin définit l'économie morale comme la « production, répartition, circulation et utilisation des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (Fassin, Eideliman, 2012 : 37)

En effet, tout au long de ce travail ont été données à voir la manipulation, la production et la mise en œuvre par les professionnels de normes et de valeurs, mais aussi d'émotions en lien avec les jeunes enfants en tant que catégorie sociale d'âge. Savoir ce qui est le signe de leur mal-être, établir ce qu'il convient de faire pour y remédier, statuer sur la meilleure chose à faire pour parvenir à améliorer leur état, mais aussi être confronté à la souffrance des enfants, dessiner les limites du tolérable, faire avec ses propres émotions, l'ensemble de ces activités constituent la trame du quotidien professionnel des équipes rencontrées. Dans ces processus, dont a largement rendu compte le travail ethnographique présenté, la psychologie, dans ces diverses déclinaisons – psychanalytique, attachementiste, neuroscientifique – est centrale. En tant que paradigme, elle façonne cette économie morale de la petite enfance dont la protection de l'enfance est à la fois l'une des scènes et l'une des plus puissantes instigatrices comme l'a montré Dominique Fablet à propos de la parentalité (Fablet, 2008).

Les professionnels de ce champ se distinguent d'abord par leur extrême attention aux modes d'expression des jeunes enfants. Si la sensibilité à l'enfance constitue un long processus historique débutée au XVIII^e siècle (Ariès, 1979), et catalysée par le développement de la psychologie, cette manière d'être et de faire est particulièrement développée dans les prises en charge des jeunes enfants confiés : attention aux pleurs, aux expressions du visage, aux modalités d'usage de la voix, aux paroles, aux mouvements corporels relève d'un travail de *care* (Molinier, 2013) très minutieux. Par son degré de sophistication, cette sensibilité se distingue de celle observables dans les autres espaces de prise en charge de jeunes enfants de nos sociétés que sont les crèches, les toutes petites et petites sections de maternelle (Zotian, Lees, Mauchand, 2014).

L'ASE constitue par ailleurs un espace d'économie morale de la petite enfance en mouvement. Cette étude pointe un ensemble de reconfigurations à l'œuvre dans la manière de penser le mal-être des jeunes enfants et la bonne façon de les prendre en charge.

La montée en puissance du registre neuro-scientifique au détriment de la psychologie d'inspiration psychanalytique traverse le champ de la protection de l'enfance et s'y inscrit en lien avec des problématiques de métiers et d'organisation institutionnelle.



Nous avançons l'idée que l'« éclatement des mondes psy » mis en exergue par Dodier et Rabeharisoa (2006), dans la mesure où il n'est pas objectivé par les professionnels, complexifie leurs activités prudentielles en ce qui concerne les jeunes enfants confiés.

Un second point doit être selon nous souligné dans cette conclusion : le glissement à l'œuvre dans les discussions, de façon explicite ou implicite, de la question des troubles chez les jeunes enfants à celle du « bon placement ». Cette problématique se donne à voir sous deux formes : d'une part, est-ce que la prise en charge de l'enfant permet bien de le « réparer » ? D'autre part, est-ce que le mode de placement n'est pas lui-même à l'origine des comportements qui posent problème ? Ces interrogations recourent l'enjeu, pointé dans la seconde partie du rapport, de savoir qui est responsable des troubles de l'enfant : les parents ou l'ASE ? Elles touchent pour les professionnels - sur un versant positif ou négatif - au sens qu'ils peuvent donner à leur travail.

En ce qui concerne les jeunes enfants confiés à l'ASE, la problématique des comportements qui posent problème est enchâssée à la question du « bon placement ». C'est, nous semble-t-il, une caractéristique importante de la prise en charge des enfants de cette tranche d'âge. Sans doute la conception selon laquelle ils sont des êtres avant tout dépendants des adultes explique-t-il l'ampleur de ce glissement. Sur ce plan, émotions, valeurs et normes s'expriment toujours de manière très forte chez les professionnels.

On repère ainsi une disqualification de l'accueil collectif pour les plus jeunes très largement partagé chez les professionnels. L'idée que « la collectivité n'est pas adaptée aux enfants de moins de trois ans » est communément partagée, y compris de la part de personnes travaillant en institution.

Cette disqualification du collectif, que l'on retrouve dans l'ensemble des discours professionnels, puise à la fois au registre des carences de soin maternels en institution et à la théorie de l'attachement. Elle est également alimentée par les professionnels du psychisme d'inspiration psychanalytique qui, au prisme d'une pensée du Sujet, considère le collectif comme incompatible avec l'expérience de l'intimité. Enfin cette norme s'articule, dans une forme moins savante, à un argumentaire érigeant les familles d'accueil comme forme plus « naturelle » de prise en charge.

Elle se donne ainsi à voir à travers le discrédit dont la pouponnière comme mode de placement est fréquemment l'objet, avec parfois l'expression de jugements de valeur très violents sur l'institution.



Elle se décline également sous la forme du consensus qu'il existe chez les professionnels à considérer qu'un jeune enfant doit être préférentiellement orienté chez une assistante familiale.

Cette disqualification du collectif se donne également à voir à travers la montée en puissance de l'individualisation comme nouvelle référence dans les placements collectifs. Ainsi, en MECS, la création d'unités à dimension familiale a marqué l'histoire récente des institutions, de même que le développement de prise en charge centré sur l'individu (Brizais, 2012). En pouponnière, la suppression des « tours » pour les repas, qui était l'un des fondements de l'organisation dans le modèle Lóczy, au bénéfice de biberons donnés « à la demande » en est un autre exemple.

Il nous semble que cette disqualification du collectif gagnerait à être remise en question comme allant de soi par les professionnels, et ce à deux titres principalement :

D'abord, il convient de s'interroger sur l'impact de cette norme, qui disqualifie le collectif comme capable d'offrir au jeune enfant les conditions d'un bon développement, sur le bien-être au travail des équipes travaillant en institution. Ces professionnels se trouvent en quelque sorte pris dans une injonction contradictoire dans la prise en charge des jeunes enfants : ils doivent les « réparer » mais les conditions dans lesquelles ils effectuent leur travail sont conçues comme provoquant chez ces derniers l'apparition de troubles.

Le poids de cette injonction semble d'autant plus important que la théorie de l'attachement tient une place centrale dans la manière dont on pense l'enfant, dont on interprète ses comportements et dont on envisage sa prise en charge. C'est donc particulièrement le cas en pouponnière, comparativement aux MECS où d'autres valeurs – en premier lieu la fonction structurante accordée au groupe – viennent contrebalancer l'idée d'un collectif inadapté aux besoins de l'enfant et donc potentiellement responsable de son mal-être.

Ensuite, cette disqualification du collectif au profit de l'accueil familial aurait intérêt à faire l'objet d'une réflexion professionnelle au regard de la question des ruptures précoces de placement. Il apparaît en effet que des assistantes familiales confrontées à des comportements enfantins très difficiles et inquiétants « craquent » et demandent que l'enfant qui leur a été confié leur soit retiré. *A contrario*, on a pu observer en MECS et au sein de familles d'accueil où les assistantes familiales sont très entourées la mise en œuvre de gestion collective des comportements qui épuisent qui permettent d'inscrire le placement dans le temps long. Face à ces réalités contrastées, il semble possible de mettre en balance la nécessité de procurer à l'enfant une figure centrale d'attachement et celle d'empêcher les ruptures de placement au cours de la petite enfance, dont on sait l'impact néfaste sur les parcours de vie (Barreyre et alii, 2010). Dans ce contexte, il serait peut-être opportun de



faire un pas de côté dans la manière de penser les placements en réintroduisant dans l'équation les avantages que peuvent apporter les prises en charge collective des jeunes enfants confiés à l'ASE.

Enfin, nous voudrions, sous forme de piste, mettre en exergue un dernier point dans l'économie morale de la petite enfance telle qu'elle se déploie dans le champ de la protection de l'enfance : l'existence d'une polarité dans les représentations des professionnels du côté du besoin d'attachement des enfants qui prend le pas sur l'importance accordée à la prise en compte de leurs besoins de socialisation. Ici, la tranche d'âge étudiée, celle des jeunes enfants, semble englobée dans une appréhension extensive de la théorie de l'attachement, initialement pensée pour comprendre les comportements des bébés.

Le cas des « grands » en pouponnière semble particulièrement représentatif de cette situation. Minoritaires, accueillis dans un lieu organisé principalement pour les bébés, ils font l'expérience d'une socialisation essentiellement limitée à l'espace de l'institution, dont l'impact sur leur développement, de l'avis de l'ensemble des professionnels, est important. Un travail plus poussé permettrait d'éclairer cette question et peut-être de mieux prendre la mesure des effets d'une socialisation atypique sur les trajectoires de vie des enfants, phénomène qui reste encore à ce jour, contrairement aux carences de soin, sous-problématisé au niveau institutionnel.

Cette étude propose donc un ensemble d'axe d'analyse dont nous espérons qu'ils pourront alimenter une réflexion professionnelle. Nous voudrions pour finir présenter quelques propositions concrètes qui nous semblent pouvoir constituer autant de prises pour les professionnels, en premier ceux auprès de qui a été menée cette recherche, pour amorcer ce travail.

En premier lieu, des formations pourraient être montées en direction des différents métiers en présence :

- l'une pourrait être consacrée à expliciter à l'ensemble des professionnels les registres d'interprétation qui co-existent dans les discussions au sujet des comportements enfantins qui posent problème
- une autre pourrait être dédiée à former les professionnelles à annoncer des événements dramatiques aux enfants, depuis les différentes places qui sont les leurs

En second lieu, des espaces de réflexivité collective pourrait être élaborés sur les sujets suivants :

- En pouponnière, travailler la question de la contenance du groupe comme compétence professionnelle. Il apparaît en effet que les professionnels de pouponnière ont un niveau d'expertise important pour observer et prendre en compte les besoins individuels des enfants. Leur formation à leur arrivée dans l'institution consiste à acquérir cette capacité à leur prêter attention et à les « porter psychiquement ». Dans le même temps, les données recueillies donnent à voir les difficultés que les AP rencontrent bien souvent à gérer les collectifs d'enfants dans les unités. Elle décrivent fréquemment le fait d'être débordées par les sollicitations individuelles de chacun et soulignent comment cette expérience quotidienne les met à mal. Lóczy, en tant que modèle, proposait une réflexion organisationnelle, structurée autour des « tours », aujourd'hui disqualifiée. Si cette manière de gérer les groupes ne convient pas, il semble toutefois dommageable de faire l'économie d'une réflexion sur la prise en charge des groupes par les AP. Le travail de contenance du groupe constitue un savoir-faire professionnel peu objectivé dans les métiers de la petite enfance et pourtant central dans la création d'une atmosphère sereine sur les lieux d'accueil (Ulmann, 2015). Permettre aux AP de réfléchir collectivement à cette question et d'échanger leurs expériences à ce sujet pour élaborer des manières de travailler communes pourrait selon nous s'avérer fructueux.
- Pour l'ensemble des professionnels de l'ASE, penser le passage du bébé au jeune enfant dans les prises en charge. La théorie de l'attachement offre un cadre de réflexion important pour penser le placement des bébés. Mais comment ménager une transition à l'entrée de la petite enfance vers d'autres façons de penser l'enfant et la manière dont on doit à la fois interagir avec lui et organiser sa prise en charge ? Si en MECS, où les jeunes enfants sont minoritaires par rapport aux enfants et adolescents, le registre éducatif prédomine, celui de l'attachement prévaut en pouponnière et dans l'accueil familial quant à la façon dont les professionnels conçoivent leur travail auprès des jeunes enfants. Un dialogue inter-placement sur la spécificité de la petite enfance au regard des autres âges de la vie pourrait ainsi être engagé sur cette question.
- Au niveau du département, s'attacher à prévenir les primo-ruptures. Il conviendrait en premier lieu de quantifier ce phénomène dont le nombre d'occurrences nous a frappé au cours de l'enquête ethnographique. Le lien entre celles-ci et les comportements des enfants qui posent problème a été mis en exergue dans cette recherche. Engager une réflexion professionnelle sur les éléments déclencheurs de ces ruptures précoces et les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour empêcher les situations de placement de se dégrader constituerait selon nous une démarche centrale dans une perspective d'amélioration des expériences de placement des enfants, présentes et à venir.
- Dans ce cadre, une réflexion plus globale pourrait être entreprise sur les conditions d'un placement collectif favorable au bon développement du jeune enfant, et ce d'autant plus qu'émerge le projet d'ouvrir sur le département une MECS dédiée à l'accueil de 0-3 ans, en réponse au déficit chronique d'assistantes familiales aptes à prendre en charge des jeunes enfants. Partir des cas qui



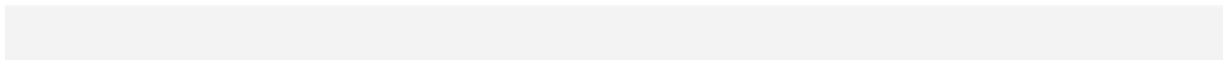
« marchent » et emportent la confiance de l'ensemble des professionnels, pourrait à ce titre être une piste de travail intéressante.





LISTE DES ACRONYMES

AEMO : assistance éducative en milieu ouvert
AP : auxiliaire de puériculture
APP : analyse de la pratique professionnelle
AS : assistante familiale
ASE : aide sociale à l'enfance
CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
DMEF : direction des maisons de l'enfance et de la famille
EJE : éducatrice jeunes enfants
ESMS : établissements et structures médico-sociales
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MDS : maison départementale de la solidarité
MECS : Maison d'enfants à caractère social
ORL : ortho-rhino-laryngologiste
SAF : service d'accueil familial



BIBLIOGRAPHE

A

Aubry, Janine. 1955. *La carence de soins maternels*, CIE.

Augé, Marc, Nicole, Herzlich. 1983. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, éditions des archives contemporaines

B

Barreyre, Jean-Yves, et Patricia Fiacre. 2010. « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » ». *Informations sociales*, n° 156 (janvier): 80-90.

Berger Michel. 1999. *L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique*. Paris, Dunod

Berger Michel. 2003. *L'échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod

Bolter, Flora (coord). 2016. Enquêter auprès des enfants en « terrain difficile », Mieux comprendre pour mieux agir, dossier thématique de l'ONED, la Documentation française

Bonneville, Emmanuelle. 2006. « Protection de l'enfance: peut-on prévenir les atteintes de l'intelligence ? », *Empan* 3, n°63, pp. 40-48

Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*, Minuit, « Le Sens commun »

Bourdieu, Pierre. 1982. *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Fayard

Bourdieu, Pierre. 1996. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Points, collection Essais

Bozon, Michel. 1999. « Les significations sociales des actes sexuels ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 128 (1): 3-23. doi:10.3406/arss.1999.3288.

Brizais, Reynald. 2012. « La fonction éducative ». *Empan*, n° 85 (mars): 19-26.

C

Castel, Robert, Jean-François Le Cerf. 1980. Le phénomène « psy » et la société française, *Le Débat* n°2 : 39-47

Champy, Florent. 2012. *La sociologie des professions*, Paris, PUF, collection Quadrige Manuels

Chauvière, Michel. 2009. « Peut-on parler d'une culture professionnelle des éducateurs ? » *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°7 (septembre). <http://sejed.revues.org/6067>.

Chrétien, Jacques. 2012. « Les adossements théoriques des professionnels en mecs ». *Empan*, n° 85 (mars): 102-14.

Corbet Eliane. 2012. Santé et qualité de vie des enfants accueillis dans les établissements de la protection de l'enfance : l'exemple de la Loire Atlantique, Rapport ONED

D

Daccache Michel. 2017. « Samuel Lézé / L'autorité des psychanalystes / Paris / PUF / 2010 ». Billet. *Lire les sciences sociales*. Consulté le mai 27. <https://lss.hypotheses.org/187>.

David, Myriam, Appell, Geneviève, 2015. *Lóczy ou le maternage insolite*, Ed Erès, coll 1001 BB (1^{ère} édition 1973)

Diter, Kevin. 2014. « Stanislas Morel, La médicalisation de l'échec scolaire ». *Lectures*, décembre. <https://lectures.revues.org/16569>.

Dodier, Nicolas, Rabeharisoa, Vololona. 2006. »Les transformations croisées du monde ›psy‹ et des discours du social, dossier « Expérience et critique du monde psy », *Politix*, n° 274

Dugravier, Romain. 2006. « Clinique, recherche et formation : les trois axes du travail de Myriam David dans la prévention des carences institutionnelles ». *Devenir* 18 (2): 125-38.

Dugravier, Romain, et Antoine Guédeney. 2006. « Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels ». *La psychiatrie de l'enfant* 49 (2): 405-42.

F

Fablet Dominique. 2002. « Travail social et analyse des pratiques professionnelles : les éducateurs et leurs modèles de référence ». *Recherche & Formation*, n°39, Analyse des pratiques : approches psychosociologique et clinique : 51-68 ; http://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2002_num_39_1_1741

— — —. 2008. « L'émergence de la notion de parentalité en milieu(x)

professionnel(s) ». *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°5 (juillet). <http://sejed.revues.org/3532>.

— — —. 2010. « Quels modèles de référence pour les travailleurs sociaux ? » *Empan*, n° 75 (janvier): 72-79.

Fanello, Serge., Rousseau, Daniel. 2013. Enquête sur l'évolution des enfants ayant été admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière du Village Saint-Exupéry entre 1994 et 2005, Rapport ONED

Didier Fassin, Jean-Sébastien, Eideliman (dir.). 2012. *Économies morales contemporaines*, La Découverte

Farge, Arlette, Revel, Jacques. 1988. *Les logiques de la foule : l'affaire des enlèvements d'enfants à Paris en 1750*, Hachette

G

Garcia, Sandrine. 2011. *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, La Découverte, coll. « textes à l'appui »

Golse, Bernard. 2010. « L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse, Summary ». *Enfances & Psy*, n° 46 (avril): 30-42.

Guédeney, Nicole, Guédeney, Antoine. 2009. *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée* (3è ed), Ed Masson, coll les âges de la vie

H

Hochmann, Jacques. 2007. « À la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse : l'exemple de l'autisme infantile ». *Revue française de psychanalyse* 71 (2): 401-18.

Huerre, Patrice. 1997. *L'adolescence en héritage, d'une génération à l'autre*, Paris, Calman-Levy

Hughes Everett C. 1996, *Le regard sociologique*, éditions de l'EHESS

I

Imbasciati, Antonio. 2007. « Neurosciences et psychanalyse : pour une nouvelle métapsychologie ». *Revue française de psychanalyse* 71 (2): 455-77.

K

Kail, Michèle. 2012. *L'acquisition du langage*, Paris, PUF, Que sais-je ?

Knibiehler, Yvonne, 1997. *La Révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin

L

Lahire, Bernard. 1993. *La raison des plus faibles. Rapport au travail, écritures domestiques et lectures en milieux populaires*, Presses universitaires de Lille, coll mutations / sociologie

Lézé, Samuel. 2010. *L'autorité des psychanalystes*, PUF

Lignier, Wilfried. 2008. « La barrière de l'âge. Conditions de l'observation participante avec des enfants », *Genèses*, vol. 73, n°4 : 20-36.

Lignier, Wilfried. 2015. « L'identification des enfants. » *Sociologie*, n°2, vol. 6 (juillet). <https://sociologie.revues.org/2493>.

M

Méadel, Cécile. 2006. « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste. L'étude d'un cercle de discussion électronique », *Politix*, vol. 73, no. 1 : 57-82.

Molinier, Pascale. 2013. *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde »

de Montaigne L., Bernard O., Da Fonseca D., Gaudart J., Richardson A., Sofferd M., Chabrol B., Dubus J.C, E. Bosduref E., Etude des notifications à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) chez les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans les Bouches-du-Rhône, Archives de pédiatrie, à paraître

Mougel-Cojocar Sarah. 2007. « La place des parents dans les services d'enfants. Entre délégation, réappropriation et contrôle croisé des logiques de soins », thèse de doctorat de l'université Paris V, soutenue le 14 décembre 2007 (non publiée)

Moujid, Nora, Marie-Odile Carrère. 2000. « La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue des affaires sociales* (2) : 73-88.

Morel, Stanislas. 2012. « Les professeurs des écoles et la psychologie ». *Sociétés contemporaines*, n° 85 (avril): 133-59.

— — —. 2016. « Troubles dans les apprentissages: neurosciences cognitives et difficultés scolaires ». *Revue européenne des sciences sociales* 54 (1): 221-47.

**N**

Neyrand, Gérard. 2000. L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance. Paris : PUF

O

Ogien, Albert. 1992. « Les limites de la connaissance nécessaire. Sur l'apposition du diagnostic psychiatrique à l'enfant ». *Sciences sociales et santé* 10 (1): 49-83.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 1996. « La violence faite aux données ». *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 3 (novembre): 31-59.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2008. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain la Neuve, Academia-Bruylant.

Oui Anne, Jamet, Ludovic, Renuy, Adeline . 2015. *L'accueil familial, quel travail d'équipe ?*, ONED, La documentation française

P

Passeron, Jean-Claude, Jacques, Revel. 2005. *Penser par cas. Raisonner à partir de singularités*, Éditions de l'EHESS

Pinell, Patrice, Zafiroopoulos Markos. 1983. *Un siècle d'échecs scolaires (1882-1982)*, Éditions ouvrières.

Potin, Emilie. 2009. « Vivre un parcours de placement. Un champ des possibles pour l'enfant, les parents et la famille d'accueil ». *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n° n°8 (novembre). <http://sejed.revues.org/6428>.

R

Rasse, Miriam, et Julianna Vamos. 2009. « Prise en charge des enfants à l'Institut Pikler de Budapest. Construction narcissique et entrée en société ». *Contraste*, n° 30 (novembre): 95-108.

Remaud, Olivier, Schaub, Jean-Frédéric, Thireau, Isabelle (dir). 2012. *Faire des sciences sociales, comparer*, Ed de l'EHESS, coll. Cas de figure

Robin, Perrine. 2010. « Comment les jeunes appréhendent-ils l'évaluation de leur situation familiale en protection de l'enfance ? », *Informations sociales*, n° 160, juillet-août : 134-140.

Robin, Perrine., Grevot, A. 2012. Revue de littérature internationale sur l'évaluation pluridisciplinaire de la situation des mineurs en cours de mesure dans le champ de la protection de l'enfance, rapport pour l'ANESM

Robin, Perrine. 2013a. « Les maux du corps des enfants de la protection de l'enfance : une impossible mise en mots ? », *Revue Corps*, n°11, CNRS Editions : 225-231

Robin, Perrine. 2013b. *L'évaluation de la maltraitance : comment prendre en compte la perspective de l'enfant ?*, Rennes, PUR

S

Savard, Nathalie. 2010. *La Théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, Dossier thématique, ONED

Sellenet, Catherine. 2013. Projet d'enquête sur l'évolution des enfants ayant été admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière du Village Saint-Exupéry entre 1994 et 2005, Rapport ONED

Serre Delphine. 2009. Les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger, Paris, Raisons d'agir, coll. « Cours et travaux »

Sicot, François. 2010. « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue ». *Empan*, n° 75 (janvier) : 53-60.

Sirota, Régine. (dir). 2006. *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, PUR

Stievenard Cecotti, Laura. 2017. « Françoise Dolto et la radio : psychanalyse et éducation ». *Revue française de psychanalyse* 81 (2) : 517-24.

U

Ulmann, Anne-Lise. (dir) 2015. « Apprendre le travail : les liens entre le savoir et l'action ». *La Revue de l'Ires*, n° 85-86 : 45-71.

Z

Zotian Elsa. 2014. « Modalités ordinaires de participation sociale et politique des enfants : des pratiques qui embarrassent les adultes », *Lien social et politiques* n°71, pp. 127-142

Zotian, Elsa, Lees, Joahanna, Mauchand, Adeline, 2014. « Trajectoires de garde et expériences de socialisation d'enfants de 2-3 ans en quartiers populaires à Marseille », rapport final d'étude CNAF (non publié)



Littérature grise

Comité de pilotage de l'opération pouponnière. 1997. L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive, Ministère de l'emploi et de la solidarité, la Documentation française

CNSA. 2009. étude qualitative, Intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dossier technique

DREES. 2004. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, Etudes et résultats n°341

DREES. 2005. Les enfants et les adolescents pris en charge en CMPP, Etudes et résultats n°392

Rapport du Défenseur des droits. 2015. Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles