

École doctorale 139 – Connaissance, langage, modélisation

**Amélie Turlais**

**Pratiques psychothérapeutiques et protection  
de l'enfant : la décision difficile d'engager un  
processus de séparation  
Approches plurielles du processus décisionnel au sein  
d'une unité de psychothérapie infantile**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016.  
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation.  
de l'Université Paris Ovest Nanterre La Défense

sous la direction de Paul Durning

Jury :

Paul Durning, professeur émérite de Sciences de l'éducation,  
Université Paris Ovest Nanterre La Défense (directeur de thèse)

Françoise Bréant, professeure de Sciences de l'éducation, Université  
Paris Ovest Nanterre La Défense

John Fluke, Associate Director of System Research and Evaluation at  
the Kempe Center for the Prevention and Treatment of Child Abuse  
and Neglect, Associate Professor at the University of Colorado School  
of Medicine (rapporteur)

Gilles Monceau, professeur de Sciences de l'éducation, Université de  
Cergy-Pontoise

Bernadette Tillard, professeure de Sociologie, Université de Lille 1  
(rapporteur)

## Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à mon directeur de thèse Paul Durning. Merci pour votre soutien, votre confiance et de m'avoir guidée tout au long de ce travail en me laissant l'illusion que j'étais maître des rênes de mon traineau.

Merci à l'ensemble des membres de l'équipe EFIS, les séminaires ont été une rupture tant nécessaire dans l'exercice solitaire que peut être la thèse. Merci à Hélène Join-Lambert, qui lors de mon année de Master a été celle qui a dessiné la possibilité d'entrée dans un nouveau monde : celui de la recherche.

Ma chère *Dream Team*, mes collègues doctorants : Anne Gaëlle, Aurélie, Claire, Gisèle, Philippe, Stéphanie, telle l'averse d'un mois de juillet qui nous a surpris lors d'une de nos rencontres, vous avez été une source d'eau fraîche qui a permis à la graine de fleurir.

Merci à mes collègues d'enseignement de l'IUT de Sénart-Fontainebleau de m'avoir donné l'opportunité d'échanger mes connaissances avec celles des étudiants. Merci à Bénédicte, Benjamin et Tristana de m'avoir permis d'affronter ma peur d'être lu par d'autres.

Merci à Claire M., pour sa patience et à l'attention qu'elle a porté à la relecture de cet écrit.

Merci aux étudiants dont j'ai croisé la route. Vos nombreuses questions ont été une vraie richesse dans l'explicitation de ma pensée. Votre énergie, votre envie de découvrir et de conquérir le monde, m'ont redonné l'énergie nécessaire pour aboutir au produit fini qu'est cet écrit de thèse.

Merci à Françoise Bréant et mes comparses des ateliers d'écriture. Ces temps d'écriture ont été précieux pour retrouver Plume, ne pas laisser les mots se chevaucher et permettre à Lili de remonter le courant. Un merci particulier à Laurence et Véronique. Véronique, nos temps d'échange en voiture m'ont permis de franchir de

nombreux murs. Laurence cet été à la BNF et cette fin de thèse n'auraient jamais été aussi stimulants et nourrissants si je ne les avais pas passés à tes cotés.

Merci à ma famille de coeur d'avoir subit les affres de la tempête thèse, parfois en vacillant mais toujours en restant les racines solides dont j'avais besoin pour ne pas me perdre et ne pas me laisser emporter par des vents violents qui auraient pu me conduire là où je ne voulais pas me rendre.

Un Merci particulier à ma Petite-Mère qui dès mon plus jeune âge m'a emmenée découvrir le monde et m'a transmis un si vilain défaut : la curiosité, qu'elle a transformé en si belles qualités : l'envie de connaître l'ailleurs, et de comprendre l'autre.

Merci à mes amis. Merci Charles Marie de m'avoir donné confiance lors de mon « orageuse révolution » et de m'avoir fait comprendre que les obstacles n'étaient là que pour être affrontés et dépassés. Merci à Sophie, qui à chaque coup dur de ma vie personnelle dans cette période thèse m'a permis de me ressourcer en m'écoutant et m'éloignant de Paris que ce soit à Dinard, où au Vauclin. Merci à Emilie, notre rencontre récente est arrivée à point nommé, nos échanges culturels et parfois sportifs m'ont permis dans ce marathon qu'est la thèse de trouver un second souffle.

Last but not least... Mon entière reconnaissance s'adresse à l'équipe de l'USIS qui m'a donné l'opportunité de travailler à ses côtés. Merci en particulier à Corinne Ehrenberg et Philippe Metello d'avoir pris le risque d'introduire un peu d'extérieur dans votre structure où les portes ne sont fermées que pour mieux ouvrir celles de la psyché. Sans vous tous cette recherche n'aurait pas été possible. Sans vos échanges elle aurait été toute autre, vous avez introduit un peu...beaucoup... d'institutionnel dans ma conception des choses. Un merci tout particulier à Clara, Diala, Florent, Lucas et Todd qui le plus souvent autour d'un verre m'ont permis de mieux comprendre ce que je pouvais vivre au quotidien à leur côté. Clara merci de m'avoir guidée dans les archives, et d'avoir partagée une partie de leur lecture. Todd merci d'avoir été mon binôme si soutenant. Je ne sais pas si j'ai trouvé l'éléphant rose que j'ai si longtemps cherché mais Merci à tous de votre patience. Je vous demande de croire

que la vigueur de certains écrits n'enlève en rien mes sentiments à votre égard et à votre pratique.

## Avant propos

### Avancer un pas après l'autre

Un, deux, trois... Lili saute à pieds joints. Cette flaque d'eau était trop belle, elle devait en posséder une partie. Un instant, elle y a vu un autre monde... Etais-ce un monde merveilleux ? Non, peut-être intrigant ? Elle ne savait pas ce qu'il cachait, elle devait sauter. Elle savait que ce saut ne la laisserai pas indemne mais l'appel de cet autre monde était trop fort. Au moment où elle s'élance, Lili ne réfléchit pas, elle sait pourtant qu'un retour ne sera pas possible. La flaque ne l'éclabousse pas, elle la happe. Lili ne sait pas où elle est, autour d'elle tout semble si étrange. Avancer un pas après l'autre...

Elle ne sait plus comment elle se retrouve assise sur un banc. Autour d'elle des portes claquent, des enfants passent... elle ne comprend pas leurs regards... des adultes les suivent... elle ne comprend pas leurs gestes. Avancer un pas après l'autre...

Lili est assise dans une grande salle, des personnes parlent, leurs mots sont savants, elle ne les comprend pas. Avancer un pas après l'autre...

Lili est dans une pièce, des enfants s'agitent, leur violence réduit l'espace. Lili a peur de ces murs qui se rapprochent de plus en plus. Elle ne comprend pas ces mouvements. Avancer un pas après l'autre...

Il est tard, il fait noir, Lili est assise, autour d'elle encore ces mêmes personnes, elles sont moins nombreuses. Lili comprendrait presque ce qu'elles racontent. Elle voudrait raconter elle aussi, elle voudrait leur parler de sa drôle de journée, mais Lili ne comprend pas, elle ne trouve pas les mots. Avancer un pas après l'autre...

Lili doute, elle est de nouveau entourée d'enfants, ils s'agitent, ils crient, ils la tapent. Elle ne comprend pas : que veulent-ils lui dire ? Avancer un pas après l'autre...

Lili cherche cette personne qui la dernière fois lui a redonné la parole, lui a donné des mots pour mieux comprendre ces drôles de journées. Avancer un pas après l'autre...

Lili a à peine le temps de comprendre qu'il lui faut partir. Avancer un pas après l'autre...

Un pas après l'autre, Lili a compris, elle ne peut pas tout saisir mais elle peut livrer ce qu'elle a compris...



## Résumé Français

Depuis une quinzaine d'années, dans le champ de la protection de l'enfance, le débat sur l'évaluation-diagnostic pour déterminer les besoins et les objectifs d'une intervention socio-éducative anime les différents acteurs de ce champ. Cette recherche s'intéresse à une équipe soignante qui, au sein d'une unité de soins intensifs du soir, accueille après l'école des enfants « agités ». Cette équipe soignante peut être amenée à prendre contact avec les services de protection de l'enfance et, alors, être actrice d'une démarche qui vise à déterminer les objectifs et les besoins d'une intervention des services de protection de l'enfance. Notre démarche compréhensive à partir d'une observation participante appréhende la pratique de ces soignants pour aborder la question de leur relation avec les services de protection de l'enfance. Nous nous sommes appuyée sur les apports de l'écologie de la prise de décision pour mettre en relief les différents facteurs qui interagissent dans le processus décisionnel des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Nous définissons les cadres théoriques qui structurent la pratique des soignants et identifions les contraintes (règles du système de protection de l'enfance) et les stratégies des acteurs (position d'expertise pour les soignants et position d'intermédiaire pour les intervenants du champ de la protection de l'enfance) dans la relation qu'ils construisent pour déterminer les besoins et les objectifs d'une intervention socio-éducative. Nous mettons en lumière le fait que les soignants ne s'appuient pas, pour s'engager dans un processus de séparation, sur des caractéristiques de (risque de) danger d'une situation, mais plutôt sur la capacité des parents à se saisir de l'accompagnement des soignants pour agir sur leurs difficultés. Ces résultats nous conduisent à comprendre à une échelle plus large le passage, dans le travail social, d'une attente de conformisation de l'individu aux attentes sociales à une aptitude de ce dernier à élaborer les difficultés rencontrées pour les anticiper et les surmonter dans une exigence d'autoréalisation.

Mots clefs : Protection de l'enfance, Pratique psychothérapeutique, Prise de Décision

## Résumé Anglais

In the last few decade, in the field of child welfare, the debate on assessment to determine both needs and aims of a social intervention has been developing. This research focuses on a mental health care intervention designed for children with behavioral disorders. The children come to the intervention site once school is finished. The intervention team offers care services, but in some situations the question of a possible intervention of child protection services may emerge. The team of mental health clinicians becomes then actor of the assessment process. A comprehensive methodology based on a participant observation enables us to get a better understanding of the clinicians' practice and address the question of their relationship with child protection services. To underline the different factors which interact with the decision process of the clinicians we use the decision making ecology. We first define theoretical frameworks which structure the team practice. Then we identify constraints such as the French rules of child protection services and strategies used by clinicians such as their expertise position and by child protection workers such as their intermediate position to understand how their relationship is built. We also highlight that the clinician team rather than stressing out the risk of danger for the child may decide to contact child protection services when parents are not able to elaborate on their difficulties. These results lead to a new understanding of social workers' intervention. Aims are not anymore to conform individuals to the social rules but to help them to elaborate on their difficulties to anticipate and deal with them with a demand of self-realization in mind.

Keywords: Child protection, Mental health intervention, Decision making.



<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie 1 - Construction du processus de recherche : posture épistémologique et méthodologique .....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre 1 : Comprendre les acteurs pour découvrir de nouvelles connaissances scientifiques utiles à l'action.....</b>	<b>7</b>
1. Construire un sujet de recherche en répondant à une demande sociale.....	8
1.1. Les critiques potentielles d'une posture interventionniste .....	9
1.2. L'adoption d'une posture de chercheure-intervenante .....	10
1.3. Définir des objectifs de recherche et des objectifs d'action.....	12
2. Partir des connaissances des acteurs pour construire de nouvelles connaissances scientifiques.....	14
2.1. Étudier une pratique : partir du sens donné aux actions et identifier leur inscription dans un contexte général.....	15
2.2. Relations avec les acteurs de terrain et implications du chercheur .....	18
2.3. Réflexivité des acteurs et restitution.....	21
<b>Chapitre 2 : La méthode d'enquête : approche ethnographique du terrain ...</b>	<b>23</b>
1. L'observation participante.....	23
1.1. Entrer sur le terrain .....	24
1.2. Apprendre les codes sociaux du terrain .....	25
1.3. Pour accéder à une forme inconsciente de l'action .....	28
1.4. Se distancier du terrain pour donner du sens aux observations.....	30
2. L'analyse de dossiers.....	32
2.1. Caractéristiques des dossiers étudiés.....	32
2.2. Le mode de collecte de données .....	33
2.3. L'analyse des données.....	34
<b>Chapitre 3 : Cadre d'analyse des données .....</b>	<b>39</b>
1. Prendre contact avec les services de protection de l'enfance : entre évaluation-diagnostic et prise de décision .....	40
1.1. Débat sur l'évaluation en protection de l'enfance .....	41
1.2. Étudier la signification de la prise de décision .....	43
2. Présentation de l'écologie de la prise de décision.....	45
2.1. La prise de décision : un continuum.....	46
2.2. Une approche écologique : les différents facteurs.....	47
2.3. La notion de seuil de tolérance .....	49
2.4. L'action d'anticipation des résultats sur la prise de décision .....	50

**Partie 2 - La pratique de l'USIS .....53**

**Chapitre 4 : Une pratique thérapeutique qui s'appuie sur les héritages du traitement de la folie .....57**

1. Le premier instrument de soin : le lieu de la pratique.....57
  - 1.1.Un lieu d'isolement fidèle à l'idéologie de l'asile de Pinel .....58
  - 1.2.Un lieu qui s'enrichit de la psychiatrie de secteur.....61
  - 1.3.Un lieu dénommé hôpital de jour.....64
2. Un temps d'accueil entre l'hôpital de jour et le soin ambulatoire : après l'école et avant le retour en famille.....65
  - 2.1.Le temps du goûter.....66
  - 2.2.Le temps du groupe.....68
3. Une pratique de soins institutionnelle : penser ensemble pour apaiser l'angoisse .....70
  - 3.1.Une équipe aux différentes formations mais tous soignants.....71
  - 3.2.Tous soignants mais avec des rôles distincts .....76
  - 3.3.La transformation d'activités éducatives en une pratique psychothérapeutique par la mise en mots .....80

**Chapitre 5 : Comprendre et expliquer le comportement de l'enfant agité : reconnaissance des pratiques psychiatriques .....85**

1. Émergence de l'enfant comme enjeu de société : la problématique de l'enfant idiot .....86
  - 1.1. L'enfant objet de la psychiatrie au XIXe siècle .....87
  - 1.2. Comprendre les origines de l'idiotie.....88
2. Agitation et approche psychanalytique .....90
  - 2.1. Les apports des découvertes freudiennes.....90
  - 2.2. L'origine de l'agitation : les traumatismes relationnels précoces.....91
3. Les apports de la neurologie dans la compréhension de l'enfant agité.....97
  - 3.1. D'une épidémie d'encéphalite à la catégorie TDA/H.....98
  - 3.2. La question de la prescription médicamenteuse .....99

**Chapitre 6 : L'enfant agité : est-il en danger et/ou dangereux ? .....105**

1. Recherches sur le comportement de l'enfant et son environnement.....106
  - 1.1. Les premières recherches sur l'enfant inadapté .....106
  - 1.2. Lien entre attitudes parentales et comportement de l'enfant .....108
  - 1.3. Lien entre santé parentale et comportement de l'enfant .....110
2. Les mesures de protection de l'enfant agité, en danger et/ou dangereux.....111
  - 2.1. La première intervention de l'État: éduquer à la place de la famille 111

2.2. Les interventions qui pensent la séparation nécessaire .....	113
2.3. Les interventions qui accompagnent les familles dans leurs difficultés .....	114

### **Partie 3 - Les soignants et la décision de contacter les services de protection de l'enfance.....117**

#### **Chapitre 7 : Prendre contact avec les services de protection de l'enfance : la décision des soignants dans le système de protection de l'enfance .....119**

1. Protection sociale et protection judiciaire : un passage régulé par la loi en accord avec la pratique des soignants .....	120
1.1. Protection administrative et protection judiciaire .....	120
1.2. Une protection unifiée par la loi du 5 mars 2007.....	122
1.3. La décision des soignants dans le système de la protection de l'enfance.....	123
2. Intérêt de l'enfant : enjeux d'évaluation-diagnostic et de recours à l'expertise psychologique .....	127
2.1. L'intérêt de l'enfant dans le droit.....	127
2.2. Caractériser intérêt et développement de l'enfant : importance d'une expertise pluridisciplinaire .....	129
3. Le point de vue des soignants sur la protection judiciaire .....	133
3.1. Le juge des enfants dans le système de la protection de l'enfance...	134
3.2. Le juge des enfants : figure d'autorité et de tiers.....	135

#### **Chapitre 8 : Les représentations des soignants sur la mesure de séparation 139**

1. Les connaissances des soignants sur la séparation chez l'enfant.....	139
1.1. Réactions normales de la séparation de l'enfant d'avec ses parents.	140
1.2. La mesure de séparation : un risque de traumatisme .....	143
2. La préparation d'une mesure de séparation .....	144
2.1. La séparation comme processus dynamique.....	144
2.2. La prise en compte de la spécificité de l'enfant et de sa famille .....	147
3. La nécessité de préparer une mesure de séparation .....	150
3.1. Transformer un projet en réalité concrète .....	152
3.2. Préparer le parent à la séparation .....	155

#### **Chapitre 9 : Les relations (de pouvoir) entre les soignants et les services de protection de l'enfance.....159**

1. Les réticences des soignants à construire une relation avec les services de protection de l'enfance.....	160
1.1. La perturbation de la distance relationnelle.....	161

1.2. Enfants aux difficultés multiples : la complexité d'un consensus entre soins et services de protection de l'enfance.....	164
1.3. La difficile relation de réciprocité .....	170
2. Les marges de liberté des soignants et des services de protection de l'enfance ..	171
2.1. Une rencontre entre soins et protection de l'enfance: la situation de Denis .....	172
2.2. Connaissances expertes des soignants versus connaissances du réseau des intervenants de protection de l'enfance.....	173

**Partie 4 : Les facteurs qui agissent sur le processus décisionnel des soignants .....177**

**Chapitre 10 : Facteurs de cas et décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance.....179**

1. Données socio-psycho-démographiques des enfants et de leur famille et modalités de sortie .....	179
1.1. Quel est le public accueilli à l'USIS ?.....	180
1.2. Quelles sont les modalités de sortie étudiées ?.....	186
2. Lien entre les caractéristiques et les décisions effectives .....	188
2.1. Les caractéristiques qui n'agissent pas sur le processus décisionnel des soignants .....	188
2.2. Les caractéristiques qui ont un impact sur le processus décisionnel des soignants .....	189
3. Mieux comprendre le rôle des facteurs de cas : la situation d'Alain .....	190
3.1. Présentation d'Alain .....	191
3.2. Les préoccupations croissantes des soignants de septembre 2010 à l'écriture d'une lettre au juge des enfants en février 2012 .....	192
3.3. Le courrier du médecin-direction au juge des enfants.....	194

**Chapitre 11: Implication parentale, capacité d'élaboration et décision des soignants.....197**

1. Les soignants et l'implication parentale.....	198
1.1. Père, mère comme interlocuteurs des soignants ? .....	198
1.2. Les aspirations des parents et l'écoute partielle des soignants .....	199
1.3. Les parents, les grands oubliés.....	203
2. Implication parentale et décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance.....	206
2.1. Les parents et la remise en cause des soins.....	206
2.2. L'incapacité des parents à l'élaboration psychique.....	210

<b>Chapitre 12 : Ne pas conformer mais personnaliser : enjeux d'une nouvelle norme sociale .....</b>	<b>217</b>
1. La contractualisation de la protection : l'importance de personnaliser la mesure de séparation .....	217
1.1. De l'État-providence à l'État-actif.....	218
1.2. L'individualisation des prises en charge des enfants et de leurs parents .....	220
1.3. Une demande forte d'élaboration psychique .....	222
2. Les conséquences de la demande croissante d'une élaboration de son histoire personnelle .....	224
2.1. Les limites d'une intervention qui favorise l'élaboration de l'individu .....	224
2.2. L'élaboration : enjeu d'une bipolarisation de la société et une nouvelle forme de violence symbolique .....	226
<b>Conclusion .....</b>	<b>231</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE: .....</b>	<b>237</b>
<b>Lexique des sigles .....</b>	<b>271</b>

---

## Introduction

---

Ce travail de recherche s'intéresse à un processus décisionnel, celui qui amène une équipe de soignants à s'engager dans une procédure de séparation entre l'enfant et sa famille. Cette équipe soignante opère au sein d'un hôpital de jour financé par la Sécurité sociale : l'USIS. L'USIS est une unité de soins intensifs du soir qui accueille des enfants décrits comme souffrant de troubles du développement psychique et d'adaptation à la vie scolaire. L'institution accueille sur trois temps des enfants d'âges différents : sur le temps scolaire, des enfants âgés entre 2 et 7 ans ; après l'école, des enfants âgés entre 6 et 14 ans ; et sur des horaires décalés, certains jours de la semaine, des adolescents. L'action de l'équipe soignante est toujours envisagée dans le cadre d'un partenariat entre l'école, les services sociaux, les services de justice et les autres services de soins. Les situations complexes des enfants amènent régulièrement les soignants à se questionner sur les besoins d'une intervention des services de protection de l'enfance. C'est dans une volonté de réfléchir à ses pratiques et de s'interroger sur ses façons de faire, en introduisant un regard tiers, que l'équipe a décidé de s'engager et de m'engager dans une recherche qui avait pour objectif de se questionner sur les relations entre ses services de soins et ceux de la protection de l'enfance.

Quand j'entre en contact avec cette institution, je suis en train de terminer un Master 2 en sciences de l'éducation à l'université de Paris Ouest Nanterre La Défense. Après quelques années à étudier et à travailler, en Irlande avec des enfants présentant des difficultés scolaires, et au Sénégal avec des enfants talibés, je reprends mes études en France, avec le désir de faire le lien entre la théorie, la recherche et la pratique. Ma volonté, peut-être naïve, à cette époque était de mettre à mal la dichotomie dont j'avais fait l'expérience entre les connaissances acquises par la recherche et les savoirs propres à une pratique de terrain. Lors d'un premier contact avec Paul Durning, qui deviendra mon directeur de thèse, ce dernier m'interpelle à propos de travaux américains sur la thématique de la prise de décision en protection de l'enfance. Je nourris rapidement un intérêt pour ces travaux, qui me semblent

s'inscrire dans la lignée de recherches françaises récentes sur le problème de l'évaluation d'une situation avant la décision de mise en place d'une intervention socio-éducative. Depuis une, voire deux décennies maintenant, en protection de l'enfance en France, le focus est mis sur la nécessité d'aboutir à une évaluation rigoureuse d'une situation de maltraitance, d'un (risque de) danger possible, avec la prolifération de différents instruments pour accompagner l'évaluateur dans sa compréhension de la situation. Cette évaluation doit permettre à chaque intervenant, quels que soient son expérience et son cadre théorique de référence, de parvenir, à peu de différences près, à la même évaluation d'une situation. Ce qui m'interpelle dans l'approche des théoriciens de l'écologie de la prise de décision est, non pas l'orientation des recherches vers la construction d'instruments pour rendre le plus rationnelle possible la décision, mais l'ambition d'identifier les facteurs qui ont un impact sur le processus décisionnel des évaluateurs. Dans une approche systémique de la décision, l'écologie de la prise de décision comprend ce processus comme un continuum qui est fonction des modes de décision possibles et des représentations du décideur sur la situation à évaluer et sur les conséquences potentielles de ces décisions.

À partir de là, il m'apparaît intéressant de faire se rencontrer, par le biais de la recherche, les apports de l'écologie de la prise de décision et la volonté des soignants de réfléchir à leurs pratiques, en particulier celles qui les lient aux services de protection de l'enfance. En m'appuyant sur une formulation mathématique de Boudon (1984, 2002) :  $M [m (S M')]$ , je vais construire le sujet de recherche. Boudon, à partir de cette formule mathématique, nous explique qu'un phénomène social,  $M$ , peut être étudié en comprenant le pourquoi de l'ensemble des actions individuelles,  $m$ , qui dépendent de la situation de l'acteur,  $S$ , et du contexte général,  $M'$ . Aussi, si cette recherche a pour ambition de mieux comprendre la relation entre les services de soins et ceux de la protection de l'enfance, il nous est nécessaire de comprendre comment les soignants construisent leur décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance ( $m$ ) en identifiant le cadre théorique, institutionnel et pédagogique de leur pratique ( $S$ ) et le cadre plus large qui régule le champ des

interventions en protection de l'enfance (M'). Notre approche est donc compréhensive.

La première partie présente la construction du processus de recherche. Elle détaille notre posture épistémologique et méthodologique. Nous exposerons dans un premier chapitre notre choix de construire cette recherche en répondant à une demande sociale, celle de l'USIS, et en partant des connaissances des soignants pour mieux appréhender le phénomène social qui nous intéresse : la relation entre les soins et les services de protection de l'enfance. Nous expliquerons dans un deuxième chapitre notre choix de conduire une approche ethnographique du terrain, aussi bien par le biais d'une observation participante que par l'analyse de dossiers pouvant remonter aux années 1980. Enfin, dans un troisième chapitre, nous présenterons l'écologie de la prise de décision, en abordant la problématique de l'évaluation-diagnostic et de la prise de décision dans le champ de la protection de l'enfance, et les apports de la théorie de l'écologie de la prise de décision qui nous a servi de cadre d'analyse pour nos données.

La deuxième partie doit permettre une meilleure compréhension de la pratique de l'USIS. Nous montrerons, dans le quatrième chapitre, que cette pratique s'appuie sur les héritages du traitement de la folie, par l'usage qu'elle fait du lieu de soin en lui-même, et qu'elle peut être qualifiée de thérapeutique, par l'élaboration faite par les soignants autour d'activités éducatives. Les cinquième et sixième chapitres doivent permettre de mieux appréhender le public accueilli à l'hôpital de jour. Le cinquième chapitre expose, à partir du champ de la psychiatrie, les compréhensions et explications du comportement de ces enfants, faites en fonction des connaissances psychanalytiques et des apports de la neurologie. Le sixième chapitre détache ces enfants du regard sanitaire et questionne la possibilité d'identifier ces enfants qui font l'objet de soins comme des enfants en danger et/ou dangereux.

La troisième partie s'intéresse plus précisément à notre questionnement : la pratique des soignants dans leur relation avec les services de protection de l'enfance. Le septième chapitre positionne la décision des soignants de prendre contact avec les



services de protection de l'enfance dans le système de protection de l'enfance. Nous montrerons que la pratique des soignants est en adéquation avec les récentes lois de protection de l'enfance qui légifèrent sur le passage d'une protection sociale à une protection judiciaire. Nous détaillerons le point de vue des soignants sur la protection judiciaire et le rôle qu'ils donnent au juge des enfants. Le huitième chapitre présente les représentations des soignants sur la mesure de séparation. Mesure qui, nous l'expliquerons, n'est pas toujours comprise comme une mesure de protection aux yeux des soignants et qui, pour l'être, nécessite une préparation. Le neuvième chapitre interrogera les relations de pouvoir entre les soignants et les services de protection de l'enfance dans le processus décisionnel étudié. Nous questionnerons les réticences des soignants à prendre contact avec les services de protection de l'enfance et la manière dont se construit cette relation.

La quatrième et dernière partie présentera les facteurs qui agissent dans la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Nous montrerons, dans le dixième chapitre, que les facteurs de cas pris individuellement n'ont qu'un impact très limité sur la décision des soignants. En revanche, nous expliciterons dans le onzième chapitre le lien entre les attentes de l'implication parentale définie par les soignants et la décision étudiée. Il apparaîtra que la remise en cause des soins par les parents et leur difficulté à élaborer sur leur histoire personnelle conduisent les soignants à s'engager dans un processus de séparation. Nous finirons notre présentation avec un douzième chapitre qui mettra en discussion les chapitres précédents. Ce dernier chapitre permettra de comprendre à une plus large échelle les changements intervenus dans les pratiques des intervenants psycho-socio-éducatifs au cours de ces dernières décennies. Nous montrerons que l'étude du processus décisionnel des soignants nous permet de comprendre que nous sommes passés d'une logique de protection assurantielle et assistantielle à une injonction d'élaborer sur son histoire personnelle pour être acteur de la transformation de sa situation. Cela nous invitera à mettre en perspective les enjeux de cette nouvelle norme du travail social.

---

## **Partie 1 - Construction du processus de recherche : posture épistémologique et méthodologique**

---

Le processus de recherche de ce travail s'est construit dans les différentes interactions entre moi, la doctorante, et les différents acteurs qui ont joué un rôle dans ce travail de thèse. Pour ne pas trahir cette posture et par crainte de plaquer une rationalité étrangère sur les données et les résultats, le choix a été fait de ne pas construire un plan de thèse comme il est le plus souvent de rigueur dans l'écrit doctoral : revue de littérature, méthodologie, résultats. Dans un souci de rigueur scientifique, il était nécessaire de présenter en premier lieu ma posture épistémologique et ma méthodologie pour permettre aux lecteurs d'appréhender les autres chapitres, qui sont un va-et-vient entre des lectures scientifiques, l'analyse des données et leur élaboration en résultats. Expliciter ma posture de chercheuse était essentiel pour garantir la rigueur épistémologique de ce travail de recherche (Olivier de Sardan, 2004).

La lecture des prochains chapitres ne peut se faire sans la réponse à une question qui me semble jalonner tout travail de recherche en sciences sociales : l'individu, le groupe étudié est-il un agent qui, selon les représentations déterministes comme l'exposent Durkheim (1894, 1897) ou encore Bourdieu et Passeron (1964, 1970), reçoit passivement des valeurs et des normes qui lui sont extérieures et propres et guident ses actions ? Ou bien est-il, selon une approche individualiste comme l'exposent Weber (1904, 1905) et Boudon (2002), ou selon les conceptions des interactionnistes comme Bulmer (1962) et Goffman (1968, 1975), un acteur qui agit en conséquence de son interprétation du monde avec lequel il peut garder une certaine distance ? De la réponse à cette question découlent la construction du processus de recherche et la démarche pour élaborer de nouvelles connaissances. Selon la nature de l'approche adoptée, le processus de recherche, ses finalités et la place du chercheur, n'est pas le même (Pourtois et al., 2004). Dans une approche déterministe, la société s'étudie à partir de faits sociaux, avec une finalité de prédire, de vérifier et une mise à

distance entre le chercheur et son objet. Dans une approche compréhensive, le chercheur part de l'activité sociale, pour découvrir les sens que les acteurs donnent à leurs actions, et doit pour cela partir de la subjectivité de son objet. Subjectivité qui est façonnée par des causes objectives qu'il est nécessaire d'identifier.

Cette recherche a privilégié une approche compréhensive. Dans un premier chapitre, j'argumenterai ce choix qui questionne la coupure épistémologique que certains brandissent comme gage de scientificité et l'orientation clinique de cette recherche qui part d'une demande sociale du terrain étudié et place au cœur de son processus la compréhension des acteurs, la reconnaissance de leurs savoirs et l'implication du chercheur. Dans un second chapitre seront argumentées les motivations d'avoir recours à l'observation participante et à une analyse de dossiers. Le troisième et dernier chapitre de cette partie présentera l'écologie de la prise de décision et ses apports dans l'étude du processus décisionnel en protection de l'enfance qui ont guidé et structuré l'analyse des données.

## **Chapitre 1 : Comprendre les acteurs pour découvrir de nouvelles connaissances scientifiques utiles à l'action**

Influencée par les travaux de Goffman (1868, 1975) et de Becker (1985, 2004) pour qui la société se crée dans l'interaction, et mes premières confrontations au concept de recherche-action (Dubost, 2001) qui affirme l'équivalence entre savoirs pratiques et savoirs scientifiques, ma représentation d'un objet de recherche était qu'il ne pouvait se construire sans être interpellé par ceux qui en étaient au cœur : les acteurs. Ce travail de thèse s'est construit dans une intention de concilier objectifs de recherche et objectifs d'action soulignée par le choix d'un financement CIFRE.

Ce travail doctoral n'en a néanmoins pas oublié les attentes académiques. Dans une approche chère au département de sciences de l'éducation de Paris Ouest Nanterre La Défense, cette thèse s'inscrit dans une volonté d'utiliser une combinaison d'approches pour traiter un sujet important dans l'Occident, les processus éducatifs en protection de l'enfance, plus précisément les pratiques psychothérapeutiques en protection de l'enfance. Elle s'appuie, pour construire le processus de recherche, sur les apports de la sociologie d'intervention et a recours à l'ethnographie dans sa démarche méthodologique. Cette recherche fait sienne la pluralité de ces disciplines et démarches contributives aux sciences de l'éducation pour étudier un objet qui leur est bien propre.

Il convient dans ce premier chapitre d'argumenter le choix d'un financement CIFRE et ses implications : dans un premier temps, celles de répondre à une demande sociale, qui place la chercheuse dans une posture aussi d'intervenante et, dans un second temps, celles de reconnaître les acteurs comme détenteurs d'un savoir essentiel à la compréhension du phénomène étudié.

## 1. Construire un sujet de recherche en répondant à une demande sociale

Le choix d'un financement CIFRE n'est pas neutre dans ma représentation de la recherche. L'octroi d'une CIFRE dépend d'une concomitance d'intérêts entre trois parties : moi, la doctorante ; mon laboratoire de recherche, le CREF ; et un établissement qui, pour la présente recherche, a été un hôpital de jour. Le financement a été accordé d'une manière indirecte à la doctorante, l'hôpital de jour a reçu une subvention pour la salarier. Ce mode de financement des thèses a été pensé pour allier le monde de la recherche à celui de l'entreprise, dans notre cas de l'associatif. Il dépend de l'articulation du projet entre les trois parties, qui est évalué selon « l'intérêt et la qualité scientifique du sujet de recherche ainsi que son intérêt technico-économique, l'engagement de l'entreprise vis-à-vis du candidat et du projet de recherche, la cohérence et la pertinence de l'activité de l'entreprise avec le projet de recherche, la cohérence et l'adéquation de la formation du candidat avec le projet de recherche et la pertinence et la compétence du laboratoire pour encadrer la recherche attendue » (ANRT, 2010). Le projet de recherche doit donc s'intégrer dans une volonté de développement pour la structure. Cette dernière doit aussi participer à la formation de la doctorante. Une CIFRE est donc un parti pris de conduire une recherche qui réponde à une demande sociale. Dans notre cas, nous avons répondu à l'appel d'offre suivant :

*« Nous (une unité de soins à temps partiel de psychiatrie infanto-juvénile) cherchons un doctorant en sciences sociales qui ait envie de nous aider à mener une recherche-action sur le signalement des enfants en danger à partir de nos dossiers et des hypothèses de l'équipe. Les signalements sont administratifs le plus souvent, mais aussi judiciaires. Ils ne sont quasiment jamais de notre fait mais nous y participons parfois dans le partenariat soins-école-justice. Mais les choses changent beaucoup depuis les dernières lois et nous aimerions réfléchir aux effets de tout ça sur nos façons de faire et sur la trajectoire des enfants. »*

### *1.1. Les critiques potentielles d'une posture interventionniste*

Certains objecteront que répondre aux prérogatives d'une CIFRE éloigne de la posture du chercheur scientifique qui, dans une volonté de rationalité intellectuelle, a pour ambition de faire progresser la science, en analysant de haut les pratiques quotidiennes, souvent avec l'idée sous-jacente que le chercheur a besoin d'autonomie pour ne pas être instrumentalisé (Bernardeau Moreau, 2014). Bourdieu (1997) présente l'autonomie du chercheur, du champ scientifique, comme une condition *sine qua non* de la scientificité des productions savantes. Dans cette vision, la définition de règles communes aux champs scientifiques, telles que des méthodes communes de vérification, de validation, est un garde-fou face aux influences externes. L'autonomie du chercheur doit permettre d'éviter une instrumentalisation de la science, crainte par beaucoup quand une recherche se construit à partir d'une demande sociale.

Cette volonté d'une neutralité axiologique, dès les fondements de la sociologie, a été posée comme un argument de la scientificité des connaissances produites. Durkheim dans ses écrits à Mauss recommandait de ne pas prendre part au débat politique (Herreros, 2001). Hughes et Sharrock (1997) expliquent que pour Auguste Comte les sciences sociales partageaient avec les sciences de la nature le même cadre épistémologique. Sociétés, valeurs et croyances pouvaient être analysées à partir de méthodes similaires à celles utilisées par les sciences de la nature. La sociologie s'est construite à partir du paradigme positiviste qui s'appuie sur les fondements des sciences dures. Le besoin d'une distance entre le chercheur et son objet est affirmé comme nécessaire pour garantir objectivité, neutralité et autonomie (Dubost, 2001). Pourtant, Herreros (2001) démontre que la distinction entre le savant et le politique, dès les pères fondateurs de la sociologie, n'est pas si évidente. Montesquieu et Tocqueville ont, à partir de leurs travaux, adressé des recommandations sur la gestion de la Cité. Weber, en s'opposant à Guillaume II, a affiché ses opinions politiques et Durkheim, à partir d'une analyse théorique, a pris parti pour un socialisme de type corporatiste.

Nombreux sont encore ceux de la communauté scientifique à se représenter les sciences de l'homme comme produisant des « opinions, éclairées par des observations locales » (Liu, 1997, p. 114). Pourtant, il me semble que le débat sur la scientificité des connaissances produites s'est déplacé. N'oublions pas que dans l'Antiquité, seule l'étude du Cosmos était présentée comme produisant des connaissances scientifiques. Pour Aristote, seul le monde des astres suivait des lois immuables qui pouvaient s'expliquer scientifiquement. Le monde physique deviendra un objet potentiellement scientifique avec Newton et Descartes. La désignation d'un objet comme scientifique n'est donc pas une valeur universelle, mais dépend davantage de la réponse de cet objet à des normes propres à un moment donné. La connaissance scientifique ne doit pas se définir par les résultats d'une recherche, mais doit se comprendre comme un processus déterminé par ses finalités (Liu, 1997). Dans ce travail, les finalités sont non pas de vérifications mais de découvertes sur le sens que les membres d'une équipe de soignants donnent à leurs relations avec les services de protection.

### *1.2. L'adoption d'une posture de chercheure-intervenante*

Un des enjeux de cette recherche a été de réfléchir à la plausibilité de produire des connaissances scientifiques utiles à l'action. La volonté était de réduire l'écart entre le monde de la recherche et celui de la pratique. Je me suis placée dans une perspective de recherche d'intervention. Pour m'engager dans cette voie, il était nécessaire de mieux comprendre la demande de l'institution citée précédemment et de réfléchir à la place que pouvait tenir une recherche doctorale dans cet appel d'offre. J'ai donc rencontré le binôme de direction, j'avais préparé cette première rencontre comme un entretien d'embauche, avec une présentation rapide de mon parcours professionnel et académique et surtout une exposition plus construite de ma compréhension de l'appel d'offre, avec un début d'argumentation pour passer du : **comment** les changements législatifs ont-ils un effet sur les pratiques des soignants ? au : **pourquoi** les soignants s'engagent-ils dans un partenariat avec les services de protection de l'enfance ? Nous avons surtout échangé sur l'impact des changements sociétaux sur les pratiques de l'ensemble des professionnels travaillant de près ou de

loin dans le secteur de la protection de l'enfance. Par la suite, une autre rencontre a été organisée pour construire le dossier CIFRE : en plus du binôme de direction, étaient présents une psychologue qui est devenue une informatrice privilégiée pendant toute ma présence au sein de l'hôpital de jour, le secrétaire général de l'association et Paul Durning, mon directeur de thèse. Suite à cette réunion, je noterai dans mon carnet de bord :

*« Beaucoup de choses et beaucoup de flou dans les envies de la direction. Deux questions semblent émerger : (1) Quels sont leurs critères de signalement ? Pour l'hôpital de jour le signalement arrive quand ces derniers sont dos au mur et n'ont pas d'autres choix. Ils présentent leur travail comme une méthode préventive au placement. La recherche peut s'intéresser aux critères sur lesquels s'appuient les professionnels pour prendre une décision de signaler ou non. (2) Le devenir des anciens bénéficiaires de l'institution : que sont devenus ceux pour qui la question du signalement s'est un jour posée au sein de l'équipe ? »*

Pour finaliser le projet, j'ai été présentée lors d'une réunion de synthèse à l'ensemble des soignants. Dans l'environnement « psy » de l'hôpital de jour cette première rencontre avec l'équipe peut faire penser à une monstration de la chercheuse, de cette entité extérieure qui va s'introduire dans leur intérieur. Lors de cette réunion, j'ai appris ce qui motivait l'équipe à entreprendre ce projet de recherche. Récemment, ils avaient eu connaissance des déboires d'un jeune garçon qu'ils avaient pris en charge sur une période longue. Lors de son accueil, les soignants s'étaient souvent posé la question d'une séparation mère-enfant. Face aux événements récents, ils se questionnaient beaucoup sur leur inaction et souhaitaient réfléchir à leur positionnement face à des situations où la prise de contact avec les services de protection de l'enfance devrait peut-être être plus rapide.

Un des enjeux dans le choix d'une recherche qui est aussi une intervention est que chercheurs et commanditaires n'utilisent pas les mêmes formes interrogatives.



Comme le rappelle Weisser (2005), les praticiens s'intéressent plus au « comment » changer une pratique, et les chercheurs au « pourquoi » les praticiens font ce qu'ils font. La rencontre chercheurs-praticiens doit viser à une complémentarité du comment et du pourquoi. D'après Friedberg (2001), le chercheur dans ce type de recherche tient deux rôles, celui de produire des connaissances nouvelles et celui de contribuer à un processus de changement. Les chercheurs qui s'engagent sur cette voie sont souvent suspectés d'une expertise normalisante. Ils agiraient « au service de... », ce qui renvoie à l'injonction longtemps dominante d'une neutralité axiologique. Pourtant, comme l'explique Friedberg (2001), les effets de changements d'une intervention ne sont possibles que par le travail de rigueur du chercheur à partir de sa procédure de recherche. Son premier rôle en tant qu'intervenant est bien de produire des connaissances nouvelles qui permettront le changement. Le chercheur doit permettre de « mettre en évidence la structuration et les modes de régulation, d'en faire ressortir les logiques et de les faire comprendre par les intéressés pour qu'ils en tirent les conclusions de leur action » (Friedberg, 2001, p. 112). La contribution du chercheur ne doit pas être normative. Ce dernier produit des connaissances qui peuvent induire un changement, mais ce n'est pas lui qui doit inventer de nouvelles finalités d'action mais bien les acteurs eux-mêmes. Herreros (2009) critique ce qu'il nomme la réserve du chercheur lors de la phase de restitution. Certes, le chercheur doit prendre en compte les risques d'une expertise normalisante, mais Herreros (2009) propose une alternative par la formulation de plusieurs hypothèses de changement pour ouvrir un éventail des possibles. Il me semble que la qualité de chercheur ne transfère aucune légitimité pour orienter des valeurs. Il est alors important d'explicitier avec le terrain que le chercheur n'essaie pas d'apporter des solutions mais bien une meilleure compréhension des problèmes.

### *1.3. Définir des objectifs de recherche et des objectifs d'action*

Quand j'ai pris connaissance de cet appel d'offre, mon intérêt pour cette institution a été immédiat. Dans le champ de la protection de l'enfance, les différentes interventions socio-éducatives - internats, interventions en milieu ouvert et innovantes - font l'objet de recherche. Cependant, les interventions dans le champ de la santé

mentale s'adressant à un public de protection de l'enfance sont rarement étudiées par le biais des pratiques et modalités d'action. Pourtant, nombreux sont les professionnels dans le champ de la protection de l'enfance à souligner l'importance du rôle des thérapeutes cliniciens : psychologues, psychothérapeutes, pédopsychiatres, dans la prise en charge de ce public. Leur approche est différente de celle des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales. Ces derniers emploient un champ lexical autour de la notion de danger et d'action éducative, les « psys » emploient plus fréquemment des notions du champ lexical de la médecine : malade, soins. Questionner les liens entre soignants et éducateurs est apparu pertinent. Identifier les spécificités des pratiques d'un groupe de psychologues cliniciens, comme le permettait le terrain, était une opportunité pour réfléchir à des pratiques peu étudiées et identifier comment soins et protection de l'enfance pouvaient travailler ensemble.

Pour l'institution et ses professionnels, la recherche devait permettre d'acquérir une meilleure connaissance sur les caractéristiques de la population accueillie au sein de l'hôpital de jour, d'appréhender des modes de fonctionnement collectifs, tels que la coopération avec les services de protection de l'enfance, et de faciliter un processus de réorganisation, de réaménagement des pratiques.

Il faut distinguer le double rôle du chercheur dont parle Friedberg (2001) : celui de (1) produire des connaissances nouvelles pour, à partir de ces dernières, (2) participer au processus de changement. Ce processus de changement dépend de la capacité du chercheur à faire parler le terrain. D'après Berger et Luckman (1966), toute action qu'un individu est amené à répéter s'inscrit dans un modèle qui devient un automatisme, une routine. Cependant, l'individu étant capable de réflexivité, la présence du chercheur crée des conditions favorables à une ré-interrogation d'actions qui, le plus souvent, peuvent être agies dans une quotidienneté qui en a fait des facticités objectives (Bernardeau Moreau, 2014 ; Berger, Luckman, 1966). Le chercheur, par sa présence sur le terrain, en trouvant sa place parmi les acteurs, permet le passage de ce que Giddens (1987) nomme la *conscience pratique*, c'est-à-dire ce que l'individu contrôle sur sa quotidienneté, à la *conscience discursive*, c'est-à-dire l'exposition cohérente par l'acteur du pourquoi de son action. La relation qui s'établit

entre le chercheur et les acteurs de terrain doit permettre de faire émerger des connaissances qui, par le travail d'élaboration et d'analyse du chercheur, deviendront scientifiques et, par leur restitution au terrain, utiles pour l'action.

## **2. Partir des connaissances des acteurs pour construire de nouvelles connaissances scientifiques**

Dans l'approche choisie, je me suis placée parmi les acteurs pour les accompagner dans leurs pratiques avec une perspective de changement. Mon travail n'a pas été d'aboutir à une description globale du monde étudié mais celui d'une compréhension des acteurs et de leurs actions (Boltanski, 2009). Cette recherche ne permet pas, et ce n'est pas son ambition, de définir une représentativité quantifiée de la stratégie des acteurs lors du travail partenarial avec les services de protection de l'enfance. Elle ne cherche pas à produire une théorie sociale qui conduise à une loi, mais elle doit permettre à un niveau micro d'appréhender le fonctionnement de l'élément étudié. L'intérêt de la chercheuse ne se porte pas sur une totalité sociale, mais sur les échanges minimaux entre les acteurs dans lesquels se produit le sens de leur action. Pour comprendre un phénomène social, il est alors essentiel d'être au plus près des acteurs pour observer les connaissances qu'ils mobilisent au cours des interactions pour s'adapter à leur environnement. D'après Crozier (2000, p.157), « tout ce qu'on devrait attendre de lui [du chercheur, du sociologue] est la production de connaissances empiriques sur la structure et les modes de régulation réels du système humain qui sous-tendent un champ d'action donné ». L'approche compréhensive est donc une quête du sens. La chercheuse s'est placée au cœur de la pratique, parmi les acteurs, pour découvrir et donner un sens à leur agi.

## 2.1. Étudier une pratique : partir du sens donné aux actions et identifier leur inscription dans un contexte général

Formée en licence et en master à la sociologie, j'ai développé ma compréhension de l'acteur et de ses savoirs à partir de cette discipline contributive aux sciences de l'éducation.

Dans un premier temps, je me suis confrontée aux travaux de Bourdieu et Passeron (1964, 1970). Dans *Les Héritiers* (1964), ces auteurs expliquent que la démocratisation de l'École n'est pas synonyme d'une égalisation des chances. Loin d'être neutre et méritocratique, l'École récompense implicitement la possession d'un capital culturel qui est celui des classes dominantes, dont la culture est érigée en culture universelle. Au-delà de l'analyse marxiste, ils affirment (1964, p. 46) : « l'efficacité des facteurs sociaux d'inégalité est telle que l'égalisation des moyens économiques pourrait être réalisée sans que le système universitaire cesse pour autant de consacrer les inégalités pour la transformation du privilège social en don ou en mérite individuel ». Dans ses divers travaux, Bourdieu (1979, 1993), en développant des concepts comme l'*habitus* et le *capital*, argumente que chaque individu reçoit en héritage, selon son appartenance familiale et son origine sociale, une dotation en divers capitaux. Il incorpore alors un *habitus* qui guide ses actions. L'individu est présenté comme un agent dont les actions sont dépendantes de ses possessions en capitaux. Une action sur les inégalités sociales ne serait possible qu'en agissant sur les structures qui les produisent. Toutefois, cette théorie de la critique de la domination m'a beaucoup questionnée sur l'appropriation que l'individu pouvait en faire pour changer cette donne. Loin de nier le possible impact des structures sur les actions d'un individu, la compréhension de l'individu pantin ne me paraissait pas satisfaisante.

Mes lectures des travaux d'interactionnistes, en particulier de Goffman (1968, 1975), m'ont permis de replacer l'individu au cœur de ses actions. Beaucoup ont questionné les apports de connaissances de ses travaux, sans nier la qualité littéraire de ses descriptions précises de phénomènes sociaux (Boudon, 2002). Pourtant, à la lecture d'*Asile* (1968), Goffman m'a permis de trouver une échappatoire

à l'impasse des travaux de Bourdieu, et à ce déterminisme qui me semblait chronophage pour l'action. Dans cet ouvrage, Goffman propose une interprétation en profondeur de la vie hospitalière qui situe les pratiques thérapeutiques quotidiennes dans leur cadre le plus objectif, celui d'une institution totalitaire. D'après Goffman (1968, 1975), l'individu qui est en hôpital psychiatrique doit faire des choix : se conformer aux règles et subir la manipulation ou mettre en place ce qu'il nomme une *adaptation secondaire*. Lors de cette adaptation secondaire, l'individu peut, soit de manière frontale s'opposer à l'institution mais cette révolte peut l'amener à se heurter au mur de la puissance de l'institution, soit se jouer de cette dernière. Il va en apprendre les règles, s'y adapter pour acquérir une marge de liberté et obtenir des satisfactions qui dans les règles peuvent être interdites. L'individu n'est pas présenté comme un pantin mais comme acteur. Acteur au sens premier du terme, c'est-à-dire qui évolue dans une pièce théâtrale, l'individu y joue un rôle et, selon la situation qui se présente, adapte son jeu, son rôle. Il peut apprendre les normes, mais ne les intériorise pas nécessairement. Dans une approche, certes un peu cynique, Goffman (1968, 1975) nous explique que l'individu peut donner l'impression d'avoir intériorisé les normes pour gagner l'approbation des autres. L'individu est présenté comme actant à partir de significations qu'il donne aux choses et aux rencontres.

Ma rencontre avec les travaux de sociologues de l'organisation comme Crozier (1963) et Friedberg (1993) m'a permis de faire le pont entre le poids des contraintes dans la construction de l'individu et sa capacité de distanciation dans l'apprentissage des normes et des valeurs, trouvant écho dans la théorie qui a en partie servi de cadre d'analyse à cette thèse : l'écologie de la prise de décision. Crozier et Friedberg (1977), dans leur compréhension de l'acteur et de la société, ouvrent une porte pour mettre à mal les oppositions existantes entre le relativisme reproché aux interactionnistes et le déterminisme fort puissant de la théorie de la domination. Le contexte se crée dans les relations entre les acteurs. D'après Friedberg (2001), les acteurs sont interdépendants, leurs interactions forment un système qui se structure autour d'un enjeu commun et elles obéissent à des mécanismes de régulation. Comprendre le contexte et les actions des individus est possible par une analyse du pouvoir. Le pouvoir n'est pas décrit comme un attribut mais comme une relation,

c'est-à-dire la possibilité pour un groupe, un individu, d'agir sur un autre groupe, un autre individu. Ce pouvoir se manifeste quand deux parties sont interdépendantes dans la réalisation d'un objectif commun. Il réside dans la *marge de liberté* que chaque partie possède dans cette relation. Les individus ne possèdent pas les mêmes ressources et la même place dans l'espace où se construit la relation. Ils n'ont pas les mêmes *capacités stratégiques*. Les acteurs sont rationnels, cependant cette rationalité n'est pas parfaite mais limitée (Simon, 1947). Pour étudier les actions des individus, il est essentiel d'identifier le poids des contraintes qui pèsent sur l'action et de comprendre les logiques de rationalité des acteurs dans les relations entre ces derniers. La production de connaissances nouvelles passe par la mise en évidence du fonctionnement de l'« organisation », c'est-à-dire les jeux des acteurs dans un contexte précis (Friedberg, 2001). Comme l'explique Boutanquoi (2007), accéder aux représentations des acteurs ne permet pas de mettre en mots de manière linéaire des pratiques. Pour comprendre ces pratiques il faut aussi étudier leurs contextes. Ma rencontre avec les théoriciens de l'écologie de la prise de décision, qui sera présentée en détail dans le troisième chapitre, permet d'approcher les acteurs de cette recherche, les soignants de l'hôpital de jour, comme des individus rationnels mais dont la construction de la pensée rationnelle est dépendante de multiples facteurs. Le sujet de recherche s'intéresse à un enjeu précis de la pratique des soignants de l'hôpital de jour, celle de la prise de décision de contacter les services de protection de l'enfance, toutefois il ne peut pas être fait abstraction plus largement de son inscription théorique, institutionnelle et pédagogique. De même, il est nécessaire d'identifier sa place aux interstices des champs que sont le social, le médico-social et le médical. Pour étudier ce phénomène, il faut comprendre le pourquoi des actions individuelles et ce qui se joue dans les rencontres soignants/soignants, soignants/enfants, soignants/partenaires (famille, protection de l'enfance, soin, école, justice), et aussi identifier le contexte général dont dépendent ces actions.

## *2.2. Relations avec les acteurs de terrain et implications du chercheur*

Mon ambition était donc de partir des connaissances des acteurs pour découvrir, comprendre la manière dont les soignants de l'hôpital de jour fabriquent leur monde social : leurs pratiques de soins et de partenariat avec les services de protection de l'enfance. Par l'immersion, je devais arriver à saisir les modes organisationnels de l'équipe et le sens donné par les acteurs à leur pratique. Pour cela, une présence physique et de longue durée sur le terrain devait permettre une observation en profondeur de la réalité concernée, pour réduire les risques de la formation d'une vision simpliste et formelle de la réalité et aussi pour accéder aux significations profondes et aux logiques sous-jacentes des actions des acteurs (Flamant, 2005 ; Bouvier, 2000). Friedberg rappelle (2001, p. 119) : « Il s'agit en d'autres termes de rentrer dans la subjectivité des acteurs du champ, afin de comprendre avec eux leur manière de voir le monde, de se situer dans leur contexte et de définir leurs intérêts ».

Il m'a fallu dans un premier temps quitter mon extériorité pour m'approprier la subjectivité des acteurs. En accord avec la théorie ancrée, j'ai été dans une suspension temporaire d'un recours à des cadres théoriques existants, je me suis imposé de ne pas être dans une normativité extérieure qui aurait pu compromettre mes rencontres avec les acteurs. D'après Glaser et Strauss, comme le rappelle Guillemette (2006, p. 36) : « Si l'on veut théoriser ou si l'on veut que la compréhension d'un phénomène émerge du terrain, on ne peut pas partir d'une théorie existante et s'en servir pour vérifier si elle permet d'expliquer telle ou telle situation ». Je ne devais pas être dans une posture de jugement, ou de critique des actions, pour arriver à identifier les raisons de faire et de dire des acteurs. La vraisemblance, la pertinence, la cohérence des informations n'étaient pas d'importance à cette étape.

Si, comme l'affirme Herreros (2009, p. 135), « la clinique est avant tout une posture que l'intervenant veille à respecter dans sa relation aux acteurs », alors je me suis placée dans une posture clinique du terrain. Herreros ne revendique pas la

clinique comme un traitement, le chercheur n'a pas de légitimité à soigner le collectif. Cependant, le chercheur est dans une posture clinique quand il part de la compréhension des acteurs pour construire de nouvelles connaissances. Il mobilise ses affects, qui ne doivent pas se confondre avec une fusion avec la pensée du terrain, pour entrer dans la relation qu'il cherche à construire avec les acteurs. D'après Latour (2001), le sociologue construit les faits à partir de ce qu'il est. Dans le paradigme positiviste, la réflexivité du chercheur, c'est-à-dire, selon Bourdieu et Wacquant (1992, p. 28), « l'analyse et le contrôle permanents de la pratique », est présentée comme un bouclier contre les critiques du manque d'objectivité du chercheur en sciences sociales. Dans le paradigme compréhensif, la subjectivité n'est pas présentée comme un frein à la validité des connaissances produites, mais bien comme une source de données à prendre en compte. La rencontre chercheur/acteurs crée une situation nouvelle qui a un impact aussi bien sur le chercheur et son processus de recherche que sur les acteurs et leurs pratiques sociales (Coenen, 2001 ; Olivier de Sardan 2004). Ce sont les connaissances des acteurs sur cette pratique sociale qui vont guider la recherche. La relation chercheur/acteurs est au cœur du bon déroulement de l'enquête et de la production de données et de connaissances. Si les acteurs ne se sentent pas en confiance en présence du chercheur, les données recueillies ne seront que partielles. La subjectivité en phase de recueil des données est importante pour garantir leur fiabilité. Nous verrons, dans le second chapitre, comment il m'a été nécessaire de participer aux pratiques avec les soignants pour avoir accès en profondeur à la logique de ces dernières. Herreros évoque (2009, p. 126) « la position hybride, au carrefour d'états et de fonctions différents » du chercheur. Parfois, j'ai dû aller dans le sens des acteurs pour mieux les comprendre et d'autres fois aller contre ce qu'ils pensaient pour approfondir leurs discours.

Prendre de la distance avec ces derniers à la fin de l'observation participante a aussi été une source de données très riche sur leur mode de fonctionnement, comme il sera détaillé dans le prochain chapitre. Après un temps long sur le terrain, le chercheur doit quitter son rôle d'intervenant pour se repositionner à équidistance avec les acteurs. D'après Friedberg (2001, p. 121), « le voyage par l'intériorité n'est que la première étape de l'enquête ». Pour mettre en forme ses données, le chercheur a



besoin de prendre de la distance avec son terrain. Retrouver une forme d'extériorité est nécessaire pour construire un cadre d'analyse, et valider les concepts mobilisés pour donner sens aux données. Le chercheur rentre alors dans une phase de va-et-vient entre ses observations et ses lectures théoriques pour aller au-delà de la production d'un récit. L'enjeu est de ne pas plaquer une réalité étrangère au terrain, mais bien de partir du terrain pour construire son analyse. « L'expérience de terrain peut être considérée comme initiatique, il n'en reste pas moins que sa transformation en texte ethnographique ne s'opère pas simplement par un récit, elle s'appuie sur un travail minutieux et opiniâtre des données recueillies, comme le prônent Glaser et Strauss (2010) » (Guigue, 2012, p. 61). Le chercheur se doit d'être à l'écoute et d'explorer le vécu des acteurs et la logique de leurs relations, mais il reste autonome face au commanditaire par la méthode et les procédures de recueil et d'exploitation des données. La méthode et les procédures sont la technicité qui est propre au chercheur et qui fonde sa légitimité (Friedberg, 2001). Il est alors nécessaire de croiser différentes formes de données pour faire apparaître les incohérences et les écarts entre les discours, les observations et les autres données acquises par la littérature ou encore, dans notre cas, par l'analyse des dossiers. Quand le chercheur arrive à faire des liens entre ces différentes formes de données, il passe d'une compréhension du sens commun à une compréhension qui dépasse ce dernier. Le chercheur doit alors confronter son travail à ce qui a déjà été découvert pour avancer dans son travail d'analyse (Guillemette, 2006). Les théories de Crozier et Friedberg et de l'écologie de la décision ont été décisives pour tisser ces liens à partir de l'interprétation que j'ai pu faire des mécanismes et logiques sous-jacentes observés qui construisent les actions des soignants. Comme l'explique Weisser (2005, p. 120) : « Le rôle du chercheur ne se limite pas à rendre compte de ce qui se passe dans ces interactions, il a à proposer une interprétation, il cherche à comprendre comment les acteurs se représentent la situation qu'ils vivent et ses évolutions et pourquoi il en est ainsi ».

### *2.3. Réflexivité des acteurs et restitution*

Le travail du chercheur peut se comprendre comme la traduction d'une culture d'un groupe social à une autre, celle de la communauté scientifique (Olivier de Sardan, 2004). Quand il se place dans une posture d'intervenant, le chercheur se doit à différents moments de transmettre aux acteurs ce qu'il a compris de leur pratique sociale. Dans ces temps, « la restitution n'est pas une simple présentation de ce que, dans une perspective rustiquement positive, on appellerait des “faits” », elle est une mise en scène des faits » (Freidberg, 2001). Ces temps se doivent de faire comprendre quelque chose aux acteurs. C'est une formalisation de la conscience discursive de Giddens (1987). Plus un sujet s'interroge sur lui-même, plus il appréhende une situation de manière précise (Liu, 1997). Comme l'expliquent Fossier et Gardella (2010, p. 14), « ce n'est pas un rapport contre-intuitif et reposant sur la seule autorité qui pourra modifier les opinions, mais bien l'accumulation de résultats convergents qui, au bout d'un moment infléchira les idées les plus ancrées dans la routine ». En tant que chercheur, je suis alors dans une posture de tiers (Herreros, 2001). Ces temps de restitution sont des instruments d'approfondissement et de validation des faits retenus comme significatifs. La construction de la pensée scientifique passe par les échanges entre acteurs et chercheur. Le chercheur n'a pas le monopole de l'activité cognitive, mais se place dans une production dynamique de la production de sens (Friedberg, 2001 ; Herreros, 2001, 2009). La restitution n'est pas un lieu de débat avec comme enjeu la rationalité du chercheur. Elle est un lieu de dialogue, le chercheur y cherche à entendre ce qui est étranger à l'acteur et à sa logique. Les restitutions renvoient à des savoirs d'actions plus qu'à des savoirs théoriques (Bergier, 2000 ; Fablet, 2004).

Dans le cadre de notre recherche, il faut distinguer les temps informels de restitution des temps formels, tous deux détaillés dans le prochain chapitre. Les temps informels sont ceux où, par ma présence pendant la phase de collecte des données, j'ai conduit les soignants à s'interroger sur eux-mêmes. Ils ont eu lieu tout au long de ma présence sur le terrain lors des réunions de synthèse, et en particulier lors des

interstices entre les pratiques de soins : pauses déjeuner, temps de goûter, temps de détente hors des murs de l'institution.

Les temps formels prennent forme par l'organisation d'une restitution, en présence de l'ensemble des soignants, qui est posée comme telle. Elle doit permettre la transmission de la production de connaissances dans un langage et une forme qui permettent aux acteurs de terrain de s'en saisir. Dans une stratégie de validation des données, pour vérifier ce que Pinard et al. (2004, p. 74) nomment « une validité de signifiante », c'est-à-dire « les valeurs informatives des données auprès des acteurs concernés », des temps de restitution formels ont été planifiés, le 6 juin 2012 au cours d'une journée associative de l'association dont dépend l'hôpital de jour, et le 23 septembre 2016.

Ce travail de thèse adopte une posture épistémologique de type compréhensif. Les acteurs et les rencontres sont au cœur du processus de recherche. La subjectivité de la chercheuse est acceptée comme nécessaire pour avoir accès aux données nécessaires pour faire de nouvelles découvertes sur l'enjeu qui anime cette recherche : les pratiques psychothérapeutiques en protection de l'enfance. Cette place particulière prise et donnée par le terrain d'enquête à la chercheuse se doit d'être argumentée dans le chapitre qui suit en exposant la méthode d'enquête

## **Chapitre 2 : La méthode d'enquête : approche ethnographique du terrain**

Ce travail de recherche ambitionne d'étudier les pratiques psychothérapeutiques d'un hôpital de jour. Il m'a fallu accéder aux valeurs, normes, représentations et croyances mises en avant par les soignants pour comprendre les logiques rationnelles de leurs actions. Le focus a été placé sur un enjeu particulier de la pratique, celui du processus décisionnel de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. J'ai dû identifier plus dans le détail les propriétés d'une partie de la pratique des soignants. Cette recherche doit permettre d'apporter un nouvel éclairage sur les pratiques partenariales entre le soin et les services de protection de l'enfance.

Un positionnement d'ethnologue qui s'immerge dans une communauté pour en dégager les caractéristiques a été adopté. Une attention soutenue aux significations attribuées par les acteurs à leurs pratiques a été possible par l'approche de leurs écrits professionnels et par l'approche de leurs moments de vie et de leurs discours à partir d'une observation participante.

### **1. L'observation participante**

L'observation participante s'est formalisée par trois types de relation entre moi, la chercheuse, et le terrain d'enquête. Le terrain m'était, dans une première expérience, extérieur, j'ai dû m'y intégrer par un apprentissage de ses codes sociaux, pour être capable de porter mon intérêt sur ce qui n'est pas écrit, les allant-de-soi, c'est-à-dire ce qui est inscrit dans une forme inconsciente de l'action, ce qui a tellement été intériorisé par le groupe que ce dernier ne questionne plus le pourquoi de cette action (Tillard, 2011). J'ai, par la suite, pris du recul par rapport au terrain, pour donner un sens à ce j'avais compris de l'intérieur. À chaque temps de ma relation avec le terrain, j'ai été une équilibriste qui vacille et s'ajuste aux observations et aux interactions.

### *1.1. Entrer sur le terrain*

Les prémices du projet de recherche avaient été pensées en équipe, avant mon arrivée sur le terrain. L'équipe nourrissait une envie de réfléchir à la question de la protection de l'enfance et du possible impact de ses transformations récentes sur ses propres pratiques. Avec le temps, je me suis rendu compte que, dans un contexte qui remet en question les pratiques psychothérapeutiques, ce travail de recherche était perçu comme une opportunité de les mettre en valeur et de les faire connaître/reconnaître aux partenaires.

Le projet de recherche, naissant de préoccupations du terrain, a été accepté par les soignants. Encore fallait-il que ma présence au sein de l'équipe soit reconnue comme légitime auprès des soignants pour que, par ma participation à leur vie quotidienne, je puisse saisir les logiques d'organisation de leur pratique et de leurs interactions avec les enfants et leurs partenaires. Je ne souhaitais pas accéder à chaque comportement individuel, mais bien aux mécanismes de la vie sociale qui participent à la construction de la pratique (Olivier de Sardan, 2004). Je me suis beaucoup interrogée sur les effets induits par ma présence au sein de l'équipe, sur la modification des comportements des soignants. Le risque était que l'entrée d'un élément extérieur au sein de l'équipe restreigne leurs mouvements et leurs paroles. Réaliser une observation participante n'aurait eu alors que peu de sens. L'intérêt du temps long passé sur le terrain était de rendre ma présence habituelle et de pouvoir pleinement m'insérer et trouver ma place au sein de l'équipe pour partager son quotidien.

Pendant deux ans et demi, j'ai participé tous les vendredis soir aux activités d'un groupe d'enfants. Pendant un semestre, j'ai aussi participé aux activités d'un groupe tous les lundis soir. Cette présence a été importante pour que les soignants me reconnaissent comme une personne avec qui l'échange était possible. J'ai participé aussi aux réunions de synthèse qui ont lieu toutes les semaines et à quelques réunions partenariales. En réunion de synthèse, les soignants confrontent leurs points de vue sur les comportements des enfants, le fonctionnement des groupes et sur la

construction du partenariat, avec des échanges sur la situation familiale, scolaire, et les possibles orientations : scolaires, de soins ou de protection éducative. Dans cette négociation des représentations de chacun se construit la pratique commune à l'ensemble des soignants. Lors des réunions partenariales, j'ai pu observer comment se construisaient les interactions avec les différents protagonistes, comment les soignants présentaient leurs pratiques et défendaient leur point de vue.

### *1.2. Apprendre les codes sociaux du terrain*

Devenir un acteur de l'univers social étudié, chercher à comprendre par la suite la manière dont j'avais été « produite » en tant qu'acteur, la position qui m'avait été donnée, l'évolution de cette dernière au cours de l'enquête, les relations et leurs évolutions tout au long de l'enquête, ont été des outils de recueil de données sur les logiques d'action des soignants (Althabe, 1990). Je ne peux être que d'accord avec les propos d'Olivier de Sardan (2004, p. 45) : « Il faut, sur le terrain, avoir perdu du temps, beaucoup de temps, énormément de temps, pour comprendre que ces temps morts étaient des temps nécessaires ». Mes premières expériences de groupe avec les enfants ont été des temps de constantes interrogations sur la pertinence de ma présence et de ma participation aux groupes. J'ai été fortement exposée à la violence des enfants, je n'ai pas su au début comment y faire face. Dans mes premières participations aux groupes, quand j'étais avec les plus grands, j'essayais de construire un lien avec eux en partageant des anecdotes. Aucun professionnel n'a repris ce comportement, pourtant, après une année passée au sein de l'institution, j'ai compris que j'étais dans ce qu'ils nomment le « jeu de la séduction ». Je l'ai compris autour d'un verre avec un groupe de soignants qui échangeaient sur les forces et les faiblesses des stagiaires. Un soignant reprochait à un stagiaire de trop vouloir plaire aux enfants, de ne pas tenir son rôle de soignant, par la volonté d'instaurer une relation amicale. À de nombreuses reprises, comme dans cet exemple, j'ai été dans une posture de voyeur, d'écouteur, ces conversations se donnaient à moi pour être entendues, je recueillis alors des données et je pouvais mettre du sens sur d'autres.

À partir d'un processus de socialisation, celui de devenir soignante, j'ai pu donner un sens aux faits observés. « Devenir soignante » est une expression qui peut interroger le lecteur. Sans diplôme qualifiant comment puis-je le devenir? En psychothérapie institutionnelle, cadre théorique de référence qui construit la pratique de l'hôpital de jour étudié que nous présenterons dans le chapitre 4, une distinction doit être faite entre le diplôme qualifiant qui permet l'acquisition d'un statut celui de soignant, de psychologue-clinicien, d'éducateur spécialisé, et la pratique dans une quotidienneté où la relation avec les acteurs de l'institution collègues et patients confèrent un rôle de soignant. Nous décrypterons les étapes de ce processus de socialisation dans le chapitre 4. Toutes les interactions auxquelles participe le chercheur ne peuvent pas être consignées. Elles participent, néanmoins, au processus d'apprentissage de la vie quotidienne, nécessaire pour que le chercheur s'intègre dans son terrain et qu'il puisse par la suite structurer en partie les interprétations de ses données (Olivier de Sardan, 2004). Le chapitre 4 illustre bien comment mon expérience de socialisation a été une source de données importantes pour mettre en lumière les pratiques des soignants et les logiques sous-jacentes de ces dernières. Devenir soignante m'a placée dans une posture d'équilibriste, je cherchais des repères pour savoir le comportement à tenir dans certaines situations et ainsi comprendre les logiques de fonctionnement des soignants. Je me suis beaucoup questionnée sur la place que j'allais tenir dans les groupes avant d'en intégrer un. La réponse m'a été donnée très rapidement, quand, après une de mes premières réunions de synthèse, les enfants m'ont interpellée... agressée... Ils voyaient certainement en ma présence une nouvelle occasion de tester le lien. Auprès des enfants, j'ai toujours été présentée comme une chercheuse qui s'intéressait au travail des soignants. Même si je/on me présentait comme une observatrice, la configuration des salles et la réactivité des enfants m'ont souvent sortie de cette position et m'ont inscrite dans la participation aux activités et d'une certaine manière dans le soin. J'ai longtemps été perplexe à propos de ce rôle que me donnait l'institution. Je n'étais pas soignante et ma formation n'était pas celle des autres soignants. Mes premiers pas dans les groupes ont été assez laborieux. Je n'étais pas préparée ni formée pour être exposée à la violence et à l'agitation des enfants. Les premiers mois, j'ai laissé les soignants

reprendre les attaques physiques et verbales des enfants. J'ai souvent eu l'impression que les professionnels me laissaient seule face aux agressions verbales et parfois physiques de ces enfants. J'ai très vite compris que soignants et enfants attendaient de moi une implication plus importante. Alors, j'ai appris à calquer mon comportement, mon discours sur ceux des soignants.

### **Maxime et mon écharpe :**

#### **Le vacillement d'une chercheuse que l'on fait soignante**

Mardi, je ne participe pas à la prise en charge des enfants ce soir. 16h30 retentit par la sonnette qui s'agite. Ce bruit lancinant me sort de ma bulle, cette bulle qui m'enveloppe. La douceur du vent, la légèreté des feuilles se percent. La dureté et la lourdeur des pas me ramènent à une autre temporalité de l'hôpital de jour. 16h30, l'heure du goûter, les premiers enfants arrivent. Je me détache de ma cachette, de la lecture des dossiers, et je me jette dans l'arène. J'observe ces enfants, ces adultes. Maxime finit de me soustraire de ma légèreté, mon observation devient participante. Je suis chercheuse, je suis soignante. Mes racines sont fragiles, mais je construis mes branches. Entre les deux, je vacille. Les soirs où je suis soignante, Maxime m'ignore de « ta gueule ». Les soirs où je suis chercheuse, il s'agrippe à moi. Ce soir, il s'agrippe à mon écharpe. Du haut de ses 7 ans il me déracine. Philippe me fait reprendre pied. Il est maintenant 17h00, les enfants entrent dans leur groupe et je retrouve mon terrier. 20h00, je ne suis plus dans les murs de l'hôpital de jour, je n'entends plus les pas des enfants et pourtant je ne peux pas les oublier, Maxime m'a laissé une marque à mon cou.



### *1.3. Pour accéder à une forme inconsciente de l'action*

L'observation participante place toujours la chercheuse dans ce jeu d'équilibriste, entre le statut de soignante et celui de chercheuse, entre un regard focalisé et un regard flottant (Olivier de Sardan, 2004). L'arrivée sur un nouveau terrain submerge dès ses premiers pas le chercheur. Son regard vagabonde et les observations fusent dans tous les sens. Le chercheur perçoit d'abord (Piette, 1996). Le jeu d'équilibriste consiste à construire ce qui doit être observé pour que les observations ne soient pas vides de sens et à ne pas être non plus dans une observation trop construite pour ne pas passer à côté de certaines données (Beaud, Weber, 2003). D'après Cresswell et Godelier (1976, p. 22), il faut « savoir ce que l'on cherche mais il faut chercher plus que ce que l'on trouve ». À l'hôpital de jour, il me fallait observer les interactions dans les groupes, par exemple les rapports privilégiés de certains enfants avec certains adultes, les conflits et les alliances entre les enfants, le choix de la chaise dans la cuisine, dans la salle d'activités. Pourtant, le chercheur en constante quête d'équilibre n'a d'autre choix que de se laisser guider par son terrain. La focalisation sur un événement n'est pas toujours choisie, elle s'impose souvent. La mise en danger d'un enfant m'a placée dans une situation de participation et aussi d'observatrice privilégiée de son comportement et de celui des soignants. Au cours de certaines focalisations, j'ai certainement perdu de vue d'autres protagonistes. Parfois, quand je relevais la tête, je constatais qu'il n'y avait plus d'autres soignants autour de nous. Ils étaient eux-mêmes en train de gérer le comportement d'autres enfants. Sur ces temps de participation plus que d'observation, je me suis rendu compte que la personne à observer était moi-même, je suis devenue pour un temps mon propre objet de recherche.

Faire l'expérience du quotidien des soignants m'a permis de comprendre leurs pratiques. Comme l'expliquent Crozier et Friedberg (1997, p.456), « ce n'est qu'en reconstruisant de l'intérieur la logique propre de situations telle qu'elle est perçue et vécue par les acteurs eux-mêmes qu'il [le chercheur] pourra découvrir les données implicites par rapport auxquelles seules leurs conduites, apparemment aberrantes, prennent sens et significations ». Cette participation a rendu possibles les

échanges sur les situations des enfants, je pouvais mettre en perspective les événements observés lors des groupes, au cours d'échanges informels qui avaient lieu lors des interstices avec les soignants. D'après Piette (1996), si l'observation doit permettre de saisir des logiques, un discours donne un sens à ces logiques. Mon recours à l'entretien pour accéder aux discours n'a pas été formel. C'est surtout lors de temps comme ceux des repas entre soignants, des goûters des enfants, de la sortie des groupes, que j'ai pu recueillir les points de vue des soignants sur leur pratique. C'est dans les dialogues ordinaires que le recueil de données est possible (Althabe, 1990). Ces échanges ont été riches, ils s'appuyaient sur l'expérience directe de la soirée pour mieux expliciter les comportements des enfants, la construction des interactions entre enfants, la construction des interactions entre enfants et adultes et la construction des interactions entre soignants.

L'enregistrement et la prise de notes sur le vif n'ont que rarement été possibles. Lors des réunions de synthèse, ou des rencontres partenariales, je pouvais facilement en prendre. Lors des activités de groupe, nous étions trois adultes avec cinq enfants dans une salle de très petite taille, je ne pouvais pas prendre directement de notes, j'étais souvent prise dans l'action. La retranscription a été différée. Pendant ces trois ans, mon carnet de bord a été un objet transitionnel entre ce voyage dans l'intériorité et la recherche constante d'une mise à distance de mon expérience, de mon vécu. Il a été l'objet à qui, à la fin de mes temps d'observation, j'ai raconté, l'objet à qui parfois je n'arrivais pas à expliquer. Il a été celui à qui je me suis confrontée assidûment, rituellement à chaque retour à mon domicile, pour ne pas oublier, pour ne pas trahir ce que j'avais observé, ce que j'avais échangé, ce que j'avais ressenti. Décrire mes observations, retranscrire le plus fidèlement possible les échanges, détailler mon implication m'a permis de mettre en mots mon processus de socialisation, de prendre conscience du rôle que je jouais, du rôle qu'on me donnait et alors d'accéder aux sens des actions des professionnels. Mon carnet de bord a consigné mes observations et mes échanges d'une manière délibérée et systématique, il est devenu mon corpus de données (Olivier de Sardan, 2004).

#### *1.4. Se distancier du terrain pour donner du sens aux observations*

L'approche ethnographique comporte un risque de perte de la capacité du chercheur à se distancier du terrain. Certains mettent en cause ce qu'ils nomment le processus d'indigénisation, quand le chercheur se convertit à la culture du terrain, d'autres comme Fontaine (2012) évoquent une appropriation biculturelle qui me semble plus juste. Le carnet de bord est un outil important dans cette appropriation biculturelle. Il a été mon compagnon de route, que j'ai lu, relu régulièrement. Quand une observation me questionnait et que je cherchais à faire des liens avec d'autres temps d'observation, j'y ai ajouté des remarques, des annotations que j'ai toujours pris soin de dater. Ainsi, me semble-t-il, j'ai pu garder une trace de l'évolution de ma pensée et, d'une certaine manière, m'assurer d'une certaine capacité de distanciation.

Partager avec des chercheurs, d'autres collègues doctorants, et aussi présenter mes avancées de recherche lors de séminaires, de colloques et aussi d'interventions auprès d'étudiants ont été des espaces importants dans ce travail de distanciation. Deux événements sont significatifs de l'importance de ces espaces pour le chercheur en immersion. Le premier a lieu lors d'une présentation de mon travail de recherche devant une communauté de chercheurs et de doctorants. Je suis à cette période en observation grandement participante à l'hôpital de jour. La soignante qui m'a servi d'informatrice pendant la recherche et avec qui je participe au groupe a eu des problèmes de santé et est arrêtée pour une période longue. Cette soignante n'est pas remplacée au sein du groupe du fait de ma présence et je la remplace même dans un autre groupe un autre soir de la semaine. Quand je relate ces faits, beaucoup questionnent ma légitimité à intervenir dans un statut de soignante, d'autres m'interrogent sur l'impact de ce nouveau statut sur ma posture de chercheuse. Ces questions, qui le jour même n'ont pas de réponse, m'ont permis d'approfondir ma réflexion. Ce nouveau statut m'avait propulsée un peu plus en profondeur dans l'intériorité de l'hôpital de jour. Ces remarques m'ont permis de reprendre un peu de distance et non pas de questionner si j'étais ou non légitime dans ce statut de soignante, mais plutôt d'interroger pourquoi l'hôpital de jour ne questionnait pas cette

légitimité et avait estimé qu'il y avait une certaine logique à ce que je puisse jouer pour quelque temps ce rôle.

Un autre temps a lieu lors d'une présentation de mon travail de thèse à des étudiants de master. Lors de cet échange, je relate une histoire que j'ai inscrite sur mon carnet de bord et que j'évoque plus longuement dans le chapitre 4. J'explique aux étudiants l'importance que je voue au carnet de bord, parce que cette situation, je n'arrive pas à la comprendre, à lui donner un sens. Je l'ai subie de plein fouet et, malgré mes efforts pour la mettre en perspective, elle reste sans annotation sur cette page que j'ai relue à de nombreuses reprises. Les étudiants me questionnent beaucoup sur cet événement, sur la formation des professionnels au sein de l'hôpital de jour. Ils me font part de leur étonnement face à la composition d'une équipe en hôpital de jour ne comportant que des éducateurs spécialisés et des psychologues. Le soir, je reprends cette journée et j'arrive à noter des pistes de réflexion sur cet événement. Ce temps d'échange m'a permis de trouver un nouveau souffle.

La qualité de la relation entre le chercheur et les acteurs joue un rôle primordial dans le recueil des données. Pourtant, pour transformer ces données en connaissances, une rupture temporaire avec le terrain a été nécessaire afin de mettre en perspective ce que j'avais pu observer, comprendre et étudier. Il m'apparaît, avec le recul, que j'aurais dû être plus claire à mon entrée sur le terrain sur ce besoin d'un éloignement physique pour finir la recherche. Lors de ma troisième année de thèse, de financement, je fais part à l'équipe du besoin de ne plus être présente comme cela avait été le cas les deux années précédentes. Si j'ai pu facilement ne plus participer aux groupes avec les enfants, on m'a fait remarquer que je me devais de participer, comme l'ensemble des salariés, aux réunions de synthèse. Nous touchons certainement ici une des limites du financement CIFRE. À la fin de cette troisième année, si le financement, lui, se terminait, la thèse, elle, ne l'était pas. J'avais besoin de cette distance physique avec le terrain pour dépasser le simple récit d'observation et pour en construire une interprétation. Certains soignants ont difficilement accepté que je ne revienne pas l'année suivante à l'hôpital de jour : « Maintenant que tu n'es plus payée, tu ne viendras plus nous voir », a-t-on pu me faire remarquer. Mon intégration

au sein de l'équipe soignante s'était faite sans trop d'embûches, mon extraction a été plus complexe. L'équipe, certainement par manque de clarté de ma part, ne comprenait pas ce besoin de distance pour donner sens à ces trois années passées sur le terrain. Ma non-présence faisait que je n'avais pas rempli mon contrat, puisque le point final de cette recherche devait se marquer par une restitution qui ne pouvait pas avoir lieu tant que les données n'avaient pas été analysées. Retrouver une certaine extériorité était essentiel pour aboutir au résultat final de ce travail de thèse et construire de nouvelles connaissances dont pourrait peut-être se saisir le terrain.

Pour croiser les données, en plus de cette observation participante, une analyse de dossiers a été réalisée. Elle a permis de collecter des données qui ont été utilisées dans un objectif aussi bien quantitatif que qualitatif pour éclairer certains événements et confirmer ou non un processus.

## **2. L'analyse de dossiers**

Les dossiers nominatifs d'une institution contiennent des informations privées. Elles sont une inscription de la mémoire de cette dernière. Les archives révèlent aussi des scènes sociales. Leur étude devait me permettre d'avoir accès à des temps de pratique pour lesquels je n'avais pas de témoin direct. Ces dossiers ont été des sources de données supplémentaires qui ont permis d'élargir le point de vue de l'objet de la recherche (Béliard et Biland, 2008). Leur usage premier n'était pas d'être exploité pour une recherche. Ils ont été anonymisés pour garantir la confidentialité des informations, tout en veillant à ce que le codage des données en variables sociologiques ne dénature pas les informations recueillies.

### *2.1. Caractéristiques des dossiers étudiés*

L'analyse de dossiers s'appuie sur 165 situations d'enfants accueillis à l'hôpital de jour, sur une période de 30 ans, de 1981 à 2011. L'année 1981 s'est imposée de fait : l'hôpital de jour a ouvert cette année-là. Elle était aussi pertinente puisque c'est à cette époque que la notion de maltraitance fait son apparition dans le

champ de la protection de l'enfance. Les dossiers contiennent l'ensemble des écrits individuels : ceux de la direction suite aux premiers contacts avec les parents et les partenaires sur la possible orientation de l'enfant vers l'hôpital de jour, ceux des soignants suite à leur rencontre avec les parents, et les éléments majeurs à propos d'une situation qui ont été abordés lors d'une réunion de synthèse. Les dossiers étudiés sont ceux d'enfants dont la prise en charge a été supérieure à six mois. Les dossiers avec un temps d'accueil inférieur à cette durée sont pauvres en renseignements et ne permettent pas de réfléchir à la construction du processus décisionnel de l'équipe de contacter les services de protection de l'enfant. Au début de mon entrée sur le terrain, il avait aussi été envisagé de conduire une étude en parallèle sur le devenir des anciens enfants de cette institution, aussi le choix avait-il été fait d'étudier les dossiers des enfants qui avaient atteint leur majorité en 2011.

## *2.2. Le mode de collecte de données*

La lecture des dossiers devait permettre d'identifier les variations de soins proposés à un moment donné par l'hôpital de jour, les changements dans l'organisation spatiale. Elle devait permettre la collecte de données sur la représentation des soignants concernant le public accueilli : les caractéristiques de l'enfant et de la famille. Certains dossiers pouvaient atteindre plus d'une cinquantaine de pages. Une grille a été construite pour structurer la collecte et avoir accès aux données suivantes : la date de naissance de l'enfant, son genre, la profession des parents, la genèse et la structure familiale, la structure/la personne qui a orienté l'enfant vers l'hôpital de jour, les motifs d'orientation, les motifs de fin de prise en charge, l'orientation en fin de prise en charge et les partenaires en lien avec l'hôpital de jour, avant, pendant et après les soins. Une chronologie des éléments importants de la vie de l'enfant, aussi bien au sein de l'institution que dans la famille et à l'école pendant son accueil, a aussi été construite. Un autre document a été utile à la collecte de ces données : le livre qui répertorie l'ensemble des enfants pris en charge. Il y est inscrit : le nom, le prénom, ceux des parents, l'adresse au moment de l'accueil, la date de naissance, et quelques mots sur les motifs d'entrée et de sortie des enfants, qui sont souvent plus lisses que ceux, plus élaborés, qui figurent dans les écrits des dossiers.

Un des objectifs de cette analyse des dossiers était d'établir ou non un lien entre des facteurs de cas, c'est-à-dire les caractéristiques propres à la situation d'un enfant et de sa famille et la décision des soignants de l'hôpital de jour de prendre contact avec les services de protection de l'enfance (chapitre 8). Il fallait pour cela construire un questionnaire opérationnel qui se prête à la mesure et qui fasse référence à des mesures concrètes (Pinard et al., 2004). Une recherche-action au sein d'un service d'AEMO (Turlais et Durning, 2010), conduite quelque temps avant mon entrée à l'hôpital de jour, a servi d'enquête exploratoire sur la possibilité d'étudier les liens entre facteurs de cas et décision de placement. Lors de cette recherche-action, un questionnaire avait été co-construit avec les professionnels du service, reprenant comme items aussi bien ceux définis par la littérature (Gabel et Durning, 2002 ; Robin, 2009) sur la notion de maltraitance et d'enfant en danger que ceux définis par les professionnels en lien direct avec leur expérience de terrain. Ce questionnaire a été utilisé comme base pour caractériser les difficultés rencontrées par les enfants et les familles accueillis à l'hôpital de jour. Le questionnaire a été rempli et ajusté à partir des grilles d'analyse qui avaient été construites pour les 165 situations étudiées.

### *2.3. L'analyse des données*

Les dossiers étudiés, s'étalonnant sur trente ans de pratique, ont facilité une mise en perspective des changements et des invariants de la pratique étudiée. Les données collectées ont permis de mieux appréhender le fonctionnement de l'hôpital de jour, ses évolutions au cours de ces trente dernières années, et de faire des croisements avec mes observations et mes échanges avec les soignants. Elles ont aussi été analysées dans une approche statistique pour établir ou non un lien entre les difficultés rencontrées par l'enfant et la famille et la décision de prendre contact ou non avec les services de protection de l'enfance.

Plus précisément, l'objectif était de chercher à savoir si la présence d'une difficulté agit sur la décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance, c'est-à-dire si une difficulté ne conditionne pas la décision des soignants. Il fallait alors répondre à la question suivante : est-il raisonnable de conclure à une

indépendance de deux variables à la vue de la répartition de ces variables dans notre corpus de données ? Pour cela nous avons eu recours au test du khi-2. Le test du khi-2 doit permettre de vérifier si une liaison entre deux variables est due ou non au hasard, autrement dit de mesurer la plausibilité que la décision des soignants soit dépendante d'une difficulté. Pour mesurer cette plausibilité, on mesure la distance entre la répartition de nos situations observées et la répartition des situations en condition de parfaite indépendance. D'un point de vue technique, il faut regarder la valeur de la probabilité associée à cette distance (p) et non la valeur de la distance en elle-même. Si notre distance du khi-2 est faible, notre valeur fait partie des valeurs qu'il est vraisemblable d'obtenir si les deux variables sont indépendantes. On conclut à une indépendance des deux variables. Si notre distance du khi-2 est élevée, notre valeur fait partie des valeurs qu'il est peu vraisemblable d'obtenir si les deux variables sont indépendantes. On peut donc conclure à une dépendance entre les deux variables. Par convention, on rejette le plus souvent l'hypothèse d'indépendance lorsque l'on a au maximum 5% de risques de se tromper. Autrement dit, il est admis que :

p.  $<0,05$  = moins de 5% de probabilités de se tromper, on parle de lien significatif entre les deux variables.

p.  $<0,01$  = moins de 1% de probabilités de se tromper, on parle de lien très significatif.

p.  $<0,001$  = moins de 0,1% de probabilités de se tromper, on parle de lien fortement significatif.

La fabrication et l'usage des statistiques sont le plus souvent opposés à l'approche ethnographique. La nature, les contraintes et l'organisation d'une enquête quantitative sont différentes de celles d'une enquête qualitative. Les analyses statistiques doivent permettre d'avoir une approche probabiliste d'un phénomène étudié. Les analyses à partir d'une observation participante doivent permettre de comprendre les logiques d'une action étudiée (Weber, 2013). Cependant, la combinaison des deux méthodes a été complémentaire dans ce travail de recherche. La production de données chiffrées à partir de l'analyse des dossiers a permis de



mieux cerner la population prise en charge à l'hôpital de jour et de faire des liens entre ses caractéristiques et la décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Cependant, comme nous le verrons dans la partie 2, dans une structure qui se refuse à la catégorisation et affirme accueillir un public aux interstices du social, du médico-social et du sanitaire, l'usage de catégories déjà existantes est complexe. L'observation participante était importante pour interroger les représentations des soignants de l'hôpital de jour sur ses catégories et identifier celles qu'ils construisent. Nous argumenterons, au vu des résultats, dans la partie 3, la pertinence d'avoir eu recours aux deux approches pour une meilleure compréhension de la pratique des soignants consistant à prendre contact avec les services de protection de l'enfance.

Une approche ethnographique place le chercheur en équilibre. Il doit observer un tout, et aussi porter son regard sur les détails. Il doit être inséré dans la vie quotidienne des acteurs, pour pouvoir comprendre au mieux leurs actions et leurs logiques sous-jacentes, et doit en même temps s'assurer une certaine distance, pour ne pas se laisser convertir aux règles indigènes et donner un sens à ces observations. Friedberg (2001) affirme qu'il est nécessaire de croiser différentes formes de données pour faire apparaître des incohérences et des écarts. Je ne mets pas en question l'importance d'avoir dans son corpus des données plurielles. Ce travail s'appuie aussi bien sur des observations que sur des échanges, des lectures de dossiers et d'autres documents comme le projet d'établissement. Il me semble, comme Guigue (2012) l'explique, que le chercheur ne doit pas s'attacher à une seule description des observations et des détails. Il doit comprendre les relations, plutôt que les écarts, entre les détails et la totalité, faire des liens entre les observations et leur insertion contextuelle, matérielle, sociale et historique. Les lectures théoriques, d'autres écrits scientifiques ont alors un rôle important à jouer. La transformation des données en connaissances scientifiques s'opère lors de la mise à distance du chercheur avec son terrain, période pendant laquelle il va mobiliser un cadre d'analyse et des concepts pour leur donner un sens. Les interprétations ne sont pas neutres et ne peuvent être comprises qu'en exposant les cadres d'analyse et les concepts sur lesquels elles s'appuient. Un cadre d'analyse important de cette recherche s'est construit lors de ma

rencontre avec les théoriciens de l'écologie de la prise de décision. Il semble important de le présenter dans le chapitre qui suit pour comprendre, dans les prochaines parties, ce qui a guidé mon regard dans ma compréhension du phénomène étudié.



## Chapitre 3 : Cadre d'analyse des données

Dans une approche ethnographique du terrain, la problématique ne s'impose pas, elle n'est pas figée. Elle se dessine et se redessine au cours des observations et des échanges avec les acteurs. Pourtant, quand je rentre sur le terrain, la profusion des informations est déstabilisante. Il est difficile de savoir quoi observer, et encore plus de donner un sens à ce que j'observe. Pour ne pas être dans l'accumulation de données, l'ethnologue a besoin d'une problématique (Tillard, 2011). Avant mon immersion au sein des soignants de l'hôpital de jour, à partir des premières rencontres que j'ai pu avoir avec la direction et par la construction du dossier de demande du financement CIFRE, une question de départ a délimité sans le restreindre mon champ d'observation. Cette question était la suivante : quels sont les critères et les stratégies mis en place par les soignants de l'hôpital de jour quand ils prennent contact avec les services de protection de l'enfance pour un enfant dont la situation pourrait aussi profiter d'une intervention socio-éducative<sup>1</sup> ? Ce questionnement fait écho au débat sur la notion d'évaluation-diagnostic qui anime professionnels de terrain et chercheurs en protection de l'enfance. Nous avons fait le choix d'alourdir peut-être un peu le texte en parlant d'évaluation-diagnostic et pas seulement d'évaluation. Il est important de distinguer les différentes formes d'évaluation qui peuvent faire référence aussi bien à l'action d'évaluer le développement d'un enfant, un danger, une pratique, un dispositif, qu'une politique. Le curseur de ce travail doctoral est placé sur, mais ne se limite pas à l'action d'évaluation-diagnostic, c'est-à-dire l'action d'évaluer la situation d'un enfant et de sa famille. L'objectif de ce travail de recherche n'est pas d'aboutir pour les acteurs de terrain à la construction d'un outil d'évaluation-diagnostic, mais de comprendre le processus décisionnel, c'est-à-dire le cheminement de la pensée des soignants, qui les amène à prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Une des rencontres importantes dans la construction de ce

---

<sup>1</sup> Le choix de l'expression « prise de contact avec les services de protection de l'enfance » permet de ne pas limiter la pratique des soignants, en termes de signalement, à une transmission d'informations aux autorités concernées. Nous détaillerons dans le chapitre 8 dans quelle mesure, pour les soignants, une prise de contact avec les services de protection de l'enfance fait référence à un signalement et à une préconisation de séparation de l'enfant d'avec son milieu familial. Nous montrerons dans le chapitre 11 que ce pan de la pratique des soignants fait aussi référence au travail de collaboration avec les services de protection de l'enfance pour mettre en œuvre la préconisation faite lors de la prise de contact.

travail de thèse est celle avec des chercheurs nord-américains qui ont tenté de conceptualiser ce qu'ils nomment l'écologie de la prise de décision (Decision Making Ecology). Leurs travaux de conceptualisation théorique (Baumann et al., 2011) et de recherche (Fluke et al., 2010) permettent une approche plus globale de l'action de signaler que les enjeux soulevés dans le débat sur l'évaluation-diagnostic. Cette approche ne cherche pas à construire des instruments d'évaluation pour rendre la décision plus rationnelle. Elle amène à se demander si l'action d'évaluer amène à l'action de décider. De nombreuses recherches s'appuyant sur le cadre théorique de l'écologie de la prise de décision s'intéressent au rôle de différents facteurs dans l'évaluation-diagnostic des professionnels accueillant des enfants. Ces recherches tendent à montrer que, même si différents ensembles de professionnels aboutissent à une même évaluation-diagnostic, leur décision d'intervenir ou non est variable selon leur seuil de tolérance. Les résultats qui seront présentés dans les prochains chapitres ne peuvent être compris qu'en les situant dans le cadre théorique qui a guidé leur lecture et leur analyse. Dans un premier temps, nous définirons l'inscription de ce travail de thèse dans le débat sur l'évaluation-diagnostic qui anime le champ de la protection de l'enfance en France et à partir des connaissances théoriques acquises sur le processus décisionnel depuis les travaux de Herbert Simon (1947) sur la rationalité limitée. Dans un second temps, nous présenterons la théorie de l'écologie de la prise de décision.

## **1. Prendre contact avec les services de protection de l'enfance : entre évaluation-diagnostic et prise de décision**

Ces quinze dernières années, dans le champ de la protection de l'enfance en France, l'accent a été placé sur l'élaboration d'instruments pour améliorer l'évaluation d'une situation de maltraitance possible (Robin, 2012). Une évaluation-diagnostic doit permettre de déterminer « dans quelle mesure le bien-être de l'enfant est menacé par un/des éléments de son environnement » (Boutin et Durning, 2008, p. 72) et de délimiter les besoins ou non d'une intervention et ses objectifs.

### *1.1. Débat sur l'évaluation en protection de l'enfance*

En début de thèse, je commence à m'intéresser à la notion d'évaluation en protection de l'enfance. J'assiste, en 2010, à un colloque organisé par la *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, intitulé « La passion évaluative ». Lors de cette journée, l'évaluation est présentée comme un outil de « domination insidieusement normalisateur », un « outil de régulation sociale ». Ce discours sur l'évaluation me rappelle la dénonciation d'Orwell dans *1984* sur le pouvoir du tout État et la manipulation de l'opinion publique de ce tout État. Comme la novlangue est réductrice de la pensée, l'évaluation, par son besoin de tout identifier, de tout étiqueter, de réduire le rapport humain à « un délire quanti-phrénique en oubliant l'éros » aurait cet effet réducteur. Cette argumentation est reprise par Chauvière (2011) qui dénonce l'évaluation comme une logique sommative et performative.

Pourtant, d'autres auteurs (Gabel et Durning, 2002 ; Boutanquoi, 2007, 2012 ; Robin, 2009) montrent l'importance de la construction d'outils pour une évaluation juste. Non sans dénoncer les risques de tels outils quand ils sont diffusés très vite, sans véritable justification ni validation, l'ouvrage de Gabel et Durning (2002) s'oppose à l'idée que les instruments sont inutiles et qu'il faut s'en remettre exclusivement au sens clinique des intervenants.

Robin (2009, 2012) pose la complexité autour de la notion d'évaluation en protection de l'enfance. Pour construire une évaluation-diagnostic, l'individu doit faire appel à des savoirs et à des représentations. De nombreux professionnels, équipes scolaires, médecine générale, professionnels de l'animation, de la prévention, ou équipe de santé mentale, sont concernés par l'action de signaler aux autorités compétentes la situation d'un enfant en danger ou risquant de l'être. Chacun de ces professionnels fait appel à un cadre théorique de référence propre à sa pratique, qui peut être d'orientation psychanalytique, psychosociale, behavioriste, socioculturelle, ou encore écosystémique. La construction d'outils pour l'évaluation-diagnostic doit alors permettre de mettre en commun ces différents cadres théoriques de référence et

d'assurer que tous les professionnels confrontés à une même situation arrivent, à peu de différence près, à la même évaluation-diagnostic (Durning et Gabel, 2002).

Les outils psychométriques sont présentés comme permettant de créer cette nécessaire culture partagée, toutefois, d'après Robin (2012), ils sont rarement aidants dans la compréhension de la situation à évaluer. L'évaluation-diagnostic pose plusieurs questions : qu'est-ce qui est mesurable ? Comment peut-on le mesurer ? Qui peut le mesurer ? (Robin, 2009).

Formaliser l'évaluation en protection de l'enfance se heurte aux facteurs humains, il faut dans une certaine mesure objectiver des situations subjectives. Dans ce débat, certains arguments aux accents psychanalytiques insistent sur l'importance d'une évaluation informelle et intuitive, en affirmant que ce qui se joue dans la rencontre ne peut pas être objectivé. D'autres affirment la nécessité de références communes pour une évaluation rigoureuse. D'après Robin (2009), cette formalisation est nécessaire pour que l'évaluation ne s'appuie pas sur des normes subjectives propres à l'évaluateur et pour permettre à la famille évaluée d'être placée dans une position de sujet et non d'objet. Boutanquoi (2012) rejoint les travaux de Robin (2009) en proposant de s'appuyer sur la recherche-action pour co-construire un référentiel avec les équipes se confrontant à l'évaluation-diagnostic. La recherche-action est alors présentée comme un temps pour penser la pratique. D'après Robin (2012), la construction d'un référentiel lors de sa recherche doctorale a permis aux professionnels de repérer des champs qu'ils investiguaient rarement, comme le développement de l'enfant et la relation parent-enfant, et de prendre conscience de leur tendance à évaluer à partir de caractéristiques négatives, c'est-à-dire en s'attachant rarement aux potentialités de la famille. L'évaluation est donc présentée comme au cœur des enjeux de la protection de l'enfance. Elle doit permettre de réfléchir et de combattre certains parcours chaotiques en posant la réflexion des professionnels pour organiser la pratique et la décision. L'évaluation est à la croisée de la connaissance et de la décision, elle doit permettre de renforcer la connaissance sur une situation à traiter. Elle serait une aide à la décision juste.

Mes premières lectures sur la prise de décision en protection de l'enfance (Dalglish, 1997 ; Hetherington, 1998) ne me poussent pas à nier l'importance de la question de l'évaluation-diagnostic en protection de l'enfance et de la construction d'outils pour accompagner les professionnels, mais m'invite à comprendre l'évaluation-diagnostic comme une partie de l'enjeu qui anime le champ de la protection de l'enfance. L'évaluation-diagnostic serait une étape dans le processus de prise de décision. Une même évaluation ne conduirait pas nécessairement à la même prise de décision. Ce travail de thèse n'adresse pas la question de l'évaluation pour les soignants de l'hôpital de jour, il questionne leur prise de décision dans son continuum. Il faut alors s'intéresser à ce que signifie étudier la prise de décision.

### *1.2. Étudier la signification de la prise de décision*

Il ne s'agit pas ici de présenter l'étendue des théories qui s'intéressent à la prise de décision et ses différents champs d'application, mais de mettre en perspective celles qui semblent fondatrices dans la construction de l'écologie de la prise de décision et dans ma propre compréhension du phénomène.

Les recherches sur la prise de décision ne sont pas nouvelles. Elles remontent au XVIII<sup>e</sup> siècle, avec les découvertes de Jakob Bernoulli sur la notion d'utilité, et à l'apparition d'une conception moderne des probabilités. Les premiers théoriciens de la décision vont s'appuyer sur cette théorie de l'utilité pour construire leur pensée. Ils vont, dans un premier temps, comparer l'écart entre la décision d'un individu et les axiomes développés par une logique mathématique. Après avoir constaté que l'activité cognitive d'un décideur ne suit pas la logique mathématique, ils vont s'attacher à développer des instruments pour que l'activité cognitive conduise à une décision rationnelle (Hammond, McClelland et Mumpower, 1980 ; Berthoz, 2003). Cette approche classique de la décision s'appuie sur le postulat de l'homo-économus : l'individu cherche par son comportement à maximiser ses gains. Cette vision, qui remonte à la fin du XIX<sup>e</sup>-début du XX<sup>e</sup> siècle, s'appuie sur les travaux d'entrepreneurs comme Taylor aux États-Unis et Fayol en France. Les comportements



négatifs, non rationnels, sont dus à des structures mal pensées. Il faut agir sur ces structures pour rationaliser le comportement de l'individu (Friedberg, 1996).

Pourtant, dans les années 30, des recherches vont mettre en avant l'importance des facteurs affectifs et psychologiques dans la compréhension des comportements humains. Comme l'a dit Crozier (1964), « l'homme n'est pas qu'une main, il est aussi un cœur ». La théorie de la pyramide des besoins psychologiques de Maslow est une première étape dans la prise en compte des facteurs affectifs pour la compréhension des comportements humains. Selon cette théorie, la désorganisation, le comportement irrationnel s'expliquent par une inadéquation entre les besoins psychologiques de l'individu et le fonctionnement de la structure. Cette approche est aussi une approche normative de l'individu, avec l'idée qu'il faut transformer les structures pour répondre aux besoins de l'individu.

Les travaux de Herbert Simon vont renverser la manière de penser la décision et le comportement humain. Simon (1947) part de l'idée qu'il ne faut pas montrer en quoi les comportements humains s'éloignent des comportements prédits par un outil rationnel, mais chercher en quoi les comportements de l'individu ne sont peut-être pas irrationnels. Il ne faut pas comprendre l'homme comme un être qui a à sa disposition toutes les données pour prendre une décision. Les capacités cognitives du décideur interagissent avec la complexité de son environnement, la rationalité est donc **limitée**. La décision d'un individu n'est donc pas prise dans des conditions pures et parfaites, elle est perçue par le décideur comme satisfaisante, acceptable, au vu des connaissances qu'il a de la situation.

Tversky et Kahneman (1974) vont être les premiers à penser une théorie cognitive complète sur la décision, la *prospect theory*. Pour prendre une décision, l'être humain a recours à un certain nombre de stratégies mentales. Tversky et Kahneman (1974) poussent plus loin la théorie comportementale de la décision (Edwards, 1954), qui cherche à comprendre non pas en quoi la décision n'est pas rationnelle mais quelles sont les motivations du comportement de l'individu. D'après ces auteurs, pour étudier la prise de décision, il faut comprendre en quoi les processus

de mémoire, de perception et diverses expériences conduisent le décideur à produire des erreurs dans ses estimations de probabilité et d'utilité.

Dans la lignée des travaux de Simon (1947), Boudon (1973, 2007) explique qu'une décision n'est pas prise dans des conditions pures et parfaites. Une décision est la somme de deux effets : (1) l'effet de position, c'est-à-dire la place de l'acteur dans le contexte d'action, son accès aux informations et (2) l'effet de disposition, c'est-à-dire les capacités affectives et cognitives de l'acteur. D'après ce dernier, les actions n'ont de sens que parce qu'elles se déroulent dans un certain contexte. Un individu peut argumenter son action comme rationnelle alors qu'elle peut être perçue par d'autres comme irrationnelle. Selon l'expérience de chacun et ses données du contexte, l'appréhension de la situation n'est pas la même. La prise de décision s'appuie sur des représentations qui guident le comportement du décideur confronté à l'incertitude. Ce n'est pas parce que le décideur ne donne pas la meilleure réponse que sa décision est a-rationnelle (Boudon, 2009).

Des facteurs cognitifs, perceptifs et liés à l'apprentissage entraînent le décideur à dévier des prédictions que peut faire un modèle théorique parfait. Les comportements décisionnels d'un individu reflètent les limites de son système de traitement de l'information. Les capacités cognitives du décideur interagissent avec la complexité de son environnement et produisent une rationalité limitée.

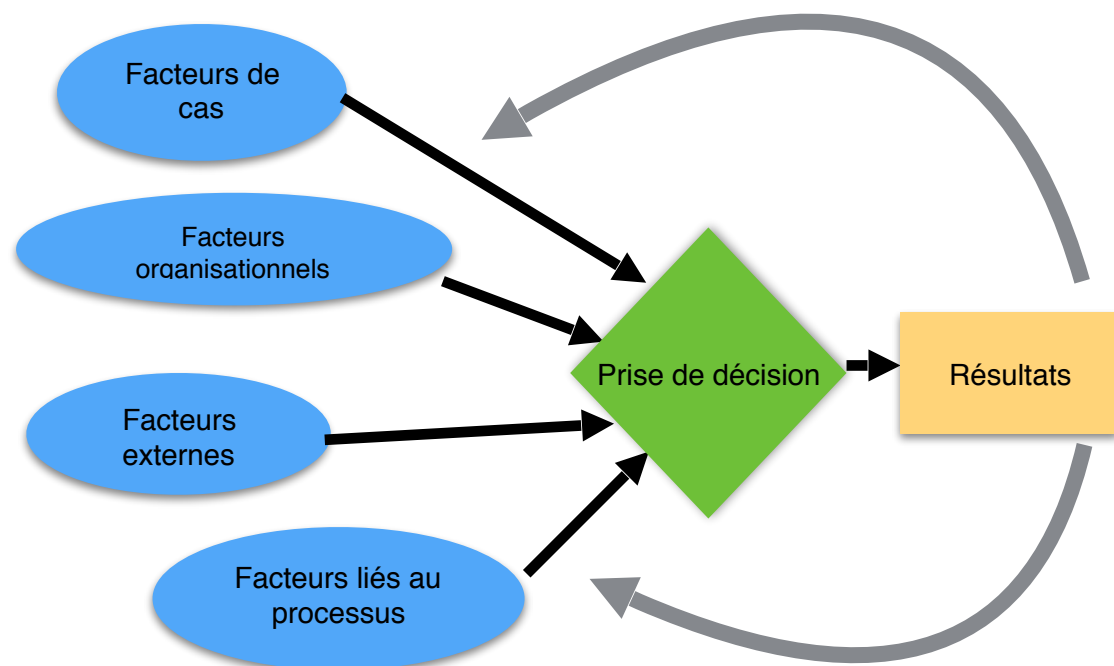
## **2. Présentation de l'écologie de la prise de décision**

À partir des connaissances qui viennent d'être exposées, et en particulier en s'appuyant sur les travaux de Tversky et Kahneman (1974), les recherches basées sur l'écologie de la prise de décision ne vont pas tenter de corriger les erreurs de prédiction des décideurs en construisant des instruments. Cette théorisation de la prise de décision part de la décision prise pour comprendre les logiques rationnelles du décideur dans ce processus.

## 2.1. La prise de décision : un continuum

D'après l'écologie de la prise de décision, il faut chercher à concevoir une décision à partir d'un contexte systémique. La prise de décision doit se comprendre comme un continuum. Elle se construit à partir de trois étapes. Chaque étape est représentée par une forme géométrique différente dans le schéma ci-dessous. Les figures ovales représentent les différents groupes de facteurs qui ont un impact sur la prise de décision. La figure en losange représente la prise de décision en elle-même, c'est-à-dire le fonctionnement propre au décideur, qui repose sur ses représentations. Cette partie est à rattacher à la notion qui sera présentée par la suite : le seuil de tolérance. La figure rectangulaire représente les résultats, les conséquences de la décision. Chaque étape a une influence sur les autres (Baumann et al., 2011).

Schéma 1 : L'écologie de la prise de décision



## 2.2. Une approche écologique : les différents facteurs

Le problème de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative doit être adressé à partir d'une évaluation-diagnostic pour déterminer « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises » (article 375 du code civil). À partir de l'évaluation de la situation, une décision doit être prise, cependant les travaux de recherche qui s'appuient sur le cadre théorique de l'écologie de la prise de décision montrent que différents ensembles de facteurs agissent sur la prise de décision. Ces facteurs font référence aussi bien aux ressources à disposition sur un département donné, à la formation et à l'éducation du décideur, et à des forces externes. L'ambition n'est pas ici de faire une revue de littérature des nombreux travaux, en grande partie en langue anglaise, sur les différents facteurs énoncés par l'écologie de la prise de décision, mais d'illustrer à partir de certaines recherches les figures ovales du schéma 1.

### 2.2.1. Les facteurs de cas

Les facteurs de cas représentent les informations sur l'enfant et sa famille qu'un intervenant social a en sa possession concernant la situation à évaluer.

Coohey (2003), à partir de 158 situations où au moins un problème de négligence de supervision a été observé, et qui ont fait l'objet d'une évaluation des services de protection de l'enfance aux États-Unis dans l'État de l'Iowa, a cherché à déterminer les caractéristiques de la situation qui ont un impact sur l'évaluation du risque de danger par les travailleurs sociaux. Cette étude identifie plusieurs caractéristiques qui accroissent la perception du risque de danger des travailleurs sociaux : quand l'enfant est blessé au cours d'un manque de supervision d'un parent ; quand les mères ont déjà été auparavant suivies par les services de protection de l'enfance ; quand les mères ne peuvent pas donner une explication à leur manque de supervision ; quand les mères n'admettent pas leur part de responsabilité dans le manque de supervision. Cette étude nous montre que ce n'est pas seulement la présence avérée de négligence qui agit sur l'évaluation du risque de danger. Pour les

intervenants sociaux, l'évaluation du risque de danger est aussi liée à la capacité de réflexivité des mères sur cette négligence. Le traitement de l'information par les intervenants sociaux n'est pas administratif (Serre, 2009), c'est-à-dire qu'il ne s'appuie pas seulement sur la présence ou non d'une caractéristique. Ce traitement est « social », il prend en compte la réaction des adultes qui entourent l'enfant.

#### 2.2.2. Les facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels font référence aux ressources et aux services à la disposition des travailleurs sociaux pour mettre en œuvre une décision de mesure de protection de l'enfance. Ils peuvent être associés aussi soit au stress auquel peut être conforté un intervenant social soit encore à sa charge de travail.

#### 2.2.3. Les facteurs externes

Les facteurs externes font référence aux lois et règlements qui régissent la protection de l'enfance.

Dans une étude comparative, Hetherington (1998) a étudié le cadre légal et administratif qui agit dans le champ de la protection de l'enfance, pour expliquer que l'approche d'une situation par les travailleurs sociaux est dépendante de l'historique du pays et des lois qui régissent le cadre de la protection de l'enfance. En Grande-Bretagne, le placement en famille, qui est le plus souvent permanent, a une conséquence lourde sur la relation parents-enfants. En France, où le placement en famille d'accueil est temporaire (même si le temporaire peut être très long), la décision de séparation semble moins lourde car elle n'a pas le même impact sur les liens familiaux.

#### 2.2.4. Les facteurs liés au processus décisionnel

Les facteurs liés au processus décisionnel font référence à l'éducation, la formation, le genre, l'âge, etc. du décideur.

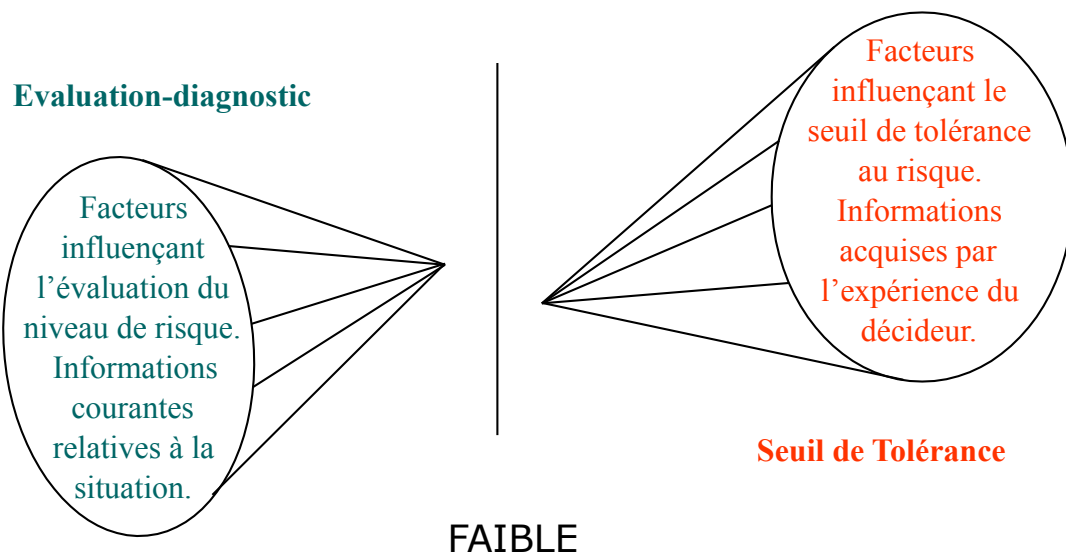
## FORT

Britner et Mossler (2002) ont invité 90 professionnels en lien avec le champ de la protection de l'enfance – juges, tuteurs *ad litem*, avocats, travailleurs sociaux, professionnels de la santé – à répondre à un questionnaire sur quatre cas présentant des situations d'enfants âgés entre 2 et 6 ans, victimes de maltraitance. Les professionnels, selon leur statut, ont utilisé des informations différentes lors de la prise de décision de placer l'enfant ou de le maintenir au sein de sa famille. Les professionnels de la santé et du social se sont surtout appuyés sur des facteurs comme la sévérité de la maltraitance et l'éventualité d'une prise en charge mise en place en amont. Les juges et les tuteurs *ad litem* se sont appuyés sur le risque de répétition de l'acte de maltraitance et la capacité de l'enfant à parler de l'événement. Les avocats ont surtout pris en compte les informations relatives à la stabilité de la famille. Nous notons ici que si chaque professionnel fait la même évaluation des situations, tous s'appuient sur des critères différents pour construire leur justification de la nécessité d'intervention.

Gold et al. (2001) s'intéressent, à partir d'une étude comparative entre le Canada et Israël, au degré d'expérience des professionnels de l'enfance. Différentes situations sont présentées sous forme de vignettes aux professionnels. Ces derniers doivent conduire une évaluation-diagnostic de la situation. Les chercheurs notent l'existence de différences au niveau de l'expérience des professionnels et aussi selon le pays d'exercice. L'évaluation-diagnostic des Israéliens est plus influencée que celle des Canadiens par la coopération de la mère.

### *2.3. La notion de seuil de tolérance*

D'après Dalglish (1997), la prise de décision est le résultat d'un équilibre entre, d'un côté, la réalisation d'une évaluation-diagnostic (*assessment* en anglais) et, de l'autre, le seuil de tolérance.



Dans ce deuxième schéma, le premier cercle représente l'évaluation-diagnostic, c'est-à-dire la qualité, la quantité de preuves, de risques à la disposition du décideur. Ces éléments peuvent être gradués sur une échelle allant de faible à fort. Le second cercle représente le seuil de tolérance à la mise en action. Ce seuil de tolérance fait référence à la quantité et à la qualité de preuves nécessaires au décideur pour mettre en œuvre une action. Selon différents facteurs (ceux définis dans le premier schéma), le décideur a un seuil de tolérance qui lui est propre. Ce seuil peut, lui aussi, être gradué sur une échelle allant de faible à fort. La prise de décision est dépendante de l'écart entre ces deux éléments : si l'évaluation est AU-DESSUS du seuil de tolérance, le risque étant inacceptable, alors UNE ACTION se met en place ; si l'évaluation est EN DESSOUS du seuil de tolérance, le risque étant acceptable, alors AUCUNE ACTION n'est mise en place. Les recherches qui s'appuient sur l'écologie de la prise de décision vont donc chercher à comprendre ce qui gradue le seuil de tolérance, c'est-à-dire l'impact des différents facteurs sur la prise de décision.

#### *2.4. L'action d'anticipation des résultats sur la prise de décision*

Les représentations des décideurs sur les conséquences possibles de la décision ont aussi un effet dans la prise de décision. Une décision en protection de l'enfance est toujours prise dans des conditions d'incertitude, avec des conséquences lourdes aussi bien pour l'enfant, la famille, que le décideur lui-même. Quatre situations sont identifiables :

	Décision de placement	Décision de maintien à domicile
Placement Nécessaire	Vrai Positif	Faux Négatif
Placement Non Nécessaire	Faux Positif	Vrai Négatif

La catégorisation d'une décision comme « vrai positif » représente une situation où une décision de placement a été prise et était nécessaire. On parle de « faux positif » quand un placement a été décidé mais n'était pas nécessaire. Les conséquences sur les liens familiaux peuvent être importantes. Si la décision a été de maintenir l'enfant à son domicile et qu'un placement n'était pas nécessaire, on parle de « vrai négatif ». Toutefois, si l'enfant est maintenu à domicile alors qu'un placement était nécessaire, dans ce cas on parle de « faux négatif », avec des conséquences pouvant être graves pour la santé physique et psychique de l'enfant.

La possibilité d'une erreur ne peut pas être évitée. Chaque décideur a sa propre lecture sur l'erreur qui peut représenter le plus grand risque : vaut-il mieux décider d'un placement, au risque d'avoir des effets néfastes sur les liens familiaux, ou vaut-il mieux maintenir l'enfant à son domicile, au risque qu'il continue à évoluer dans une situation de danger ? La lecture des conséquences possibles d'une décision joue un rôle important dans la prise de décision. Fluke et al. (2014) montrent qu'un professionnel avec une jeune expérience a plus tendance à prendre une décision de précaution.



Notre idée de départ était d'étudier les critères et les stratégies des soignants de l'hôpital de jour lors d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance. Nous avons cherché à comprendre comment se crée et se maintient la pratique des soignants par rapport aux questions de protection de l'enfance que peuvent soulever les enfants pris en charge à l'hôpital de jour. Pour saisir les logiques des soignants dans ce rapport avec les services de protection de l'enfance et le fonctionnement des relations entre les soins et la protection de l'enfance, nous sommes partie des processus d'organisation des contextes d'action. La structuration de la pratique des soignants est dépendante du poids de certaines contraintes identifiées par l'écologie de la prise de décision par les acteurs. Les parties suivantes, qui présentent les résultats de ce travail de recherche, ne suivent pas de manière linéaire la théorie de l'écologie de la prise de décision. Nous ne présenterons pas dans un premier temps les différents facteurs qui agissent dans la prise de décision des soignants, pour repérer par la suite leur impact sur la décision des soignants et sur les résultats de cette décision. Cependant, le repérage de ces différents facteurs nous a permis d'ordonner et d'analyser nos données pour saisir la création dynamique du partenariat entre les services de soins et les services de protection de l'enfance.

---

## Partie 2 - La pratique de l'USIS

---

Cette première partie de résultats présente la pratique de l'USIS. Différentes notions, idéologie, théorie, philosophie, action, clinique, vont être utilisées. Toutes sont liées à celle de pratique et doivent permettre de mieux comprendre le jeu d'échelle qui existe dans la pratique de l'entité étudiée. La pratique étudiée est, comme il va être expliqué, psychothérapeutique. Il est important de noter que l'objectif n'est pas ici de définir les concepts psychologiques au cœur de la pratique étudiée, mais de mettre en lumière comment les soignants les utilisent.

Dans une analyse philosophique de la notion, *pratique* peut faire référence au concept de poïesis, c'est-à-dire à la production d'un objet avec une visée d'efficacité technique (*Dictionnaire des philosophes*, 1993). Pratique peut aussi faire référence au concept de praxis, c'est-à-dire à la sphère des activités qui se caractérise par la présence d'un type de relation (Fablet, 2004). Dans notre recherche, la pratique-praxis doit se comprendre par sa définition marxiste. Elle fait référence à l'activité humaine, matérielle et sociale qui agit sur la réalité objective de la société. La pratique est une traduction par l'acteur d'un idéal, d'une théorie qui s'opérationnalise par l'action et tend à transformer une réalité. Pourtant, il serait faux de comprendre les effets de chaque élément dans une linéarité. Si étudier une pratique conduit bien à identifier les valeurs et les normes, les croyances et les représentations qui agissent sur cette pratique, mettre en discours l'agir professionnel ne peut se faire par un clivage entre les théories, idéologies qui orientent la pratique et les actions qui sont l'expression de cette pratique. La pratique est l'entité où théories et actions s'institutionnalisent. Elle est ce qui permet à l'individu d'agir sans qu'il ait besoin à chaque situation de redéfinir le pourquoi de son action.

Pour mettre en mots un univers professionnel, nous dit Fablet (2009), il faut repérer les activités, le dispositif institutionnel et aussi déterminer les principes, conceptions et représentations des intervenants sociaux. Pour cette mise en mots, il était important de faire le lien entre les observations de terrain et les théories sous-

jaçentes sans créer une dichotomie entre les deux. L'angle d'attaque pour expliciter cette pratique devait permettre l'association des actions et des théories : nerf de la clinique de l'hôpital de jour étudié. Pour faire face à la profusion des notes de terrain et des théories, les travaux de Boutin et Durning (1999) ont permis d'ordonner ce magma de données. Dans un premier temps, j'ai cherché à capturer les trois formes d'inscription de la pratique définies par ces auteurs : l'inscription institutionnelle : les rapports avec l'extérieur, les formations et les statuts des professionnels, le type d'encadrement des équipes ; l'inscription théorique : les cadres théoriques, les motifs à l'origine de l'intervention, les niveaux de traitement des motifs ; l'inscription pédagogique : le lieu, la fréquence et la durée des pratiques, les modes d'activités, les modalités de gestion.

Par la suite, organiser ces données m'a conduit dans un labyrinthe. Tel Thésée qui trouve son chemin aidé par Ariane et son fil, j'ai trouvé le mien en suivant les ficelles du métier qui m'avaient été transmises par les soignants lors des trois années passées sur le terrain. En interrogeant la formation et le statut des soignants, j'ai été conduit à questionner la place qui m'avait été donnée et celle que j'ai prise dans cette équipe de soignants. Par une mise en abyme de ma socialisation en tant que soignante, j'ai pu dégager les éléments théoriques essentiels à cette équipe. De ces éléments théoriques, deux ont particulièrement retenu notre attention : la psychothérapie institutionnelle, qui oriente l'inscription pédagogique de la pratique de l'USIS, et leurs représentations de l'enfant, de sa violence et de sa famille, qui renseignent sur l'inscription théorique. En questionnant la place de la famille, j'ai commencé à comprendre le rapport entre l'USIS et ses partenaires et l'extérieur, enjeu central de notre recherche, qui fera l'objet de développements plus poussés dans les parties 3 et 4. Ces différentes inscriptions m'ont permis de mettre en lumière les différentes formes de rationalité justificatives de l'action.

L'objectif n'est pas de déterminer la validité ou non des représentations des soignants, mais bien de comprendre ce que ces soignants connaissent comme réalité. Je n'ai pas cherché à comprendre ce qu'est la Réalité mais pourquoi un corps de connaissances en vient à être défini socialement en tant que réalité. « Comment se

fait-il que les significations subjectives deviennent des facticités objectives ? » (Berger et Luckmann, 2012, p. 64). Cette partie présente le passage d'une idéologie qui s'appuie sur les assises de la psychiatrie infantile et les apports théoriques de la psychanalyse sur la connaissance du développement de l'enfant, à l'institutionnalisation de la pratique de l'hôpital de jour que je qualifie de philosophie partagée. Ce que je nomme philosophie partagée fait référence à la construction d'un monde social propre à l'hôpital de jour. Dans un premier chapitre, nous identifierons dans quelle mesure la pratique de l'USIS s'est construite dans la lignée de l'héritage du traitement de la folie en France. Dans un second chapitre, nous positionnerons la pratique de l'USIS sur l'échiquier des dispositifs du social, du médico-social et du sanitaire, en adressant la problématique de la catégorisation de la population accueillie.



## **Chapitre 4 : Une pratique thérapeutique qui s'appuie sur les héritages du traitement de la folie**

Du Moyen Âge au XVIIIe siècle, la société a fait fi de la question des troubles mentaux. En 1790, sous l'impulsion de Pinel, l'Assemblée constituante donne au fou un statut qui lui est propre en le distinguant des vagabonds, des mendiants et des autres marginaux. Les fous acquièrent une première reconnaissance officielle en tant que malades et la médecine acquiert une nouvelle compétence, celle d'intervenir dans les questions sociales. Une nouvelle branche en lien avec la représentation de la folie est créée : la psychiatrie (Castel, 1976 ; Liberman, 2011). Il n'est pas dans notre intention de reprendre l'histoire de la psychiatrie en France, toutefois, comme le rappellent Boutin et Durning (1999), les modalités d'une intervention socio-éducative, dans notre cas psycho-socio-éducative, varient selon le courant de pensée auquel se réfère l'intervention. Ce chapitre vise à mettre en évidence comment l'USIS s'appuie sur les héritages de la psychiatrie pour construire sa pratique. Nous montrerons comment dans l'histoire de la psychiatrie le lieu de son exercice a été pensé comme une action directe de soin selon la représentation de la société du malade et de sa maladie, que l'héritage d'une psychiatrie asilaire, hospitalière et de secteur a participé à la construction de la pratique de l'USIS et que cette pratique s'appuie sur la richesse de la psychothérapie institutionnelle pour transformer une pratique au premier regard éducative en une pratique psychothérapeutique.

### **1. Le premier instrument de soin : le lieu de la pratique**

L'hôpital de jour étudié ouvre en 1981. Nous sommes à une autre époque que celle de Pinel et de son idéal de l'asile. Cependant, la représentation du lieu de la pratique comme agent lui-même de soin trouve écho dans le rôle donné par les soignants de l'USIS aux locaux dans lesquels ils exercent.

### *1.1. Un lieu d'isolement fidèle à l'idéologie de l'asile de Pinel*

À la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et pendant une cinquantaine d'années, sous l'impulsion de Pinel, le concept d'aliénation mentale guide la compréhension de la folie. Nous sommes en pleine période de la Révolution française, une idée nouvelle du sujet émerge : la liberté, l'égalité des citoyens. Pinel, influencé par les idéaux du siècle des Lumières, propose par le traitement moral de soigner ces hommes aliénés pour qu'ils retrouvent la raison (Vermorel et Vermorel, 2012). L'aliénation mentale est présentée comme une maladie unique dont la cure et le traitement se doivent d'être l'isolement dans des établissements exclusifs. Sous Louis-Philippe, et avec la loi du 30 juin 1838, l'aliéné devient un sujet de droit. Cette loi est une loi d'assistance qui prévoit le financement de l'hospitalisation. Cette même loi est aussi une loi de sécurité, elle permet l'hospitalisation contre son gré d'un aliéné qui peut être dangereux pour lui-même et troubler l'ordre de la société. Elle mentionne l'obligation pour chaque département de posséder un établissement public à destination des aliénés, de les recevoir et de les soigner. « Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département » (article 1 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés). Ces établissements doivent protéger les aliénés en formant un rempart contre la société qui les rejette, tout en leur apportant une forme de soin (Castel, 1976 ; Lanteri-Laura, 2001).

Pour Castel (1976), cet établissement public, l'asile, ne déroge pas aux principes des autres lieux d'enfermement : la population déviante est arrachée à son milieu et transplantée dans un espace clos. Au sein de cet espace clos, différentes techniques identiques à celles d'autres lieux d'enfermement poursuivent les mêmes finalités, celles d'annuler, de réduire la distance entre certains comportements et les comportements dominants. Toutefois, la transplantation de l'aliéné dans l'espace clos n'est pas justifiée par le besoin d'assurer un ordre social, l'intervention médicale est présentée comme nécessaire pour le bien du malade. L'asile n'est pas présenté comme un lieu d'enfermement mais comme un moyen de traitement : « Un hôpital est en

quelque sorte un instrument qui facilite la curation : mais il y a cette différence frappante entre un hôpital de fiévreux ou de blessés et un hôpital de fous curables, que le premier offre seulement un moyen de traiter avec plus ou moins d'avantage [...] tandis que le second fait lui-même fonction de remède » (Tenon, 1788, p. 393, cité par Castel, 1976, p. 65).

Dans leur écrit sur la création de l'asile, en particulier celui de Bassens en 1858, Vermorel et Vermorel (2012, p. 761) reprennent les propos d'Esquirol (1838) : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison dans les mains d'un médecin habile ; c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales », pour mettre en lumière le rôle qui doit être donné aux murs qui contiennent les aliénés. Dans la représentation de la folie de l'époque, le patient se doit d'être extrait de l'environnement qui a une influence sur son état pour être soumis à une discipline d'ordre et d'autorité. L'isolement doit occuper et soigner les aliénés. Il n'est pas, aussi bien pour Pinel qu'Esquirol, un acte punitif mais bien une action calmante (Lanteri-Laura, 2001 ; Moreau Ricaud, 2004).

Notre lieu d'enquête n'est pas un asile, néanmoins l'importance donnée aux locaux de l'USIS par les soignants est dans la lignée de la conception de l'asile de Pinel et d'Esquirol. Ce n'est pas l'accueil seul qui permet le soin, les rencontres dans les murs de l'hôpital de jour entre soignants et enfants qualifient les actions de thérapeutiques. Ces murs en eux-mêmes ont une valeur thérapeutique. Une personne étrangère à l'équipe soignante peut être choquée par la fermeture des portes à clef lors des groupes. Mes premières notes relatent ma première visite sur ce lieu de soin et ma stupéfaction face à ces portes fermées.

*J'arrive dans un bâtiment qui appartient à la mairie de Paris, un tableau m'indique que l'USIS est au quatrième étage, je prends l'ascenseur, je sonne, on vient m'ouvrir, on m'informe que la direction est dans son bureau, on me demande d'attendre dans une grande salle ouverte qui fait le lien entre la cuisine, les salles des groupes et les salles administratives. Il est 17h30, je comprends que*



*les activités avec les enfants ont commencé. Je vois un adulte sortir d'une salle, il referme la porte à clef. Quelques minutes après, il réouvre la porte, un enfant tente de s'échapper, il le retient, il entre dans la salle et j'entends la serrure qui ferme de nouveau la salle à clef et enferme dans ce lieu les occupants. Dans une autre salle, un autre adulte essaye de sortir mais un enfant, lui, est plus rapide. Il s'échappe...*

Dans ce tout premier temps d'observation, j'ai l'impression d'être dans un vaudeville où les portes claquent, les enfants courent et les adultes courent après les enfants. Après du temps passé sur le terrain, et une fois devenue détentricice d'une clef qui ouvre et ferme les portes, je comprends le rôle de contenant de ces portes fermées. De même que l'asile a été présenté comme un lieu de protection et aussi de sécurité pour l'aliéné, les portes fermées sont une action « calmante ».

*Il est 17h00, les enfants doivent rentrer dans leur groupe, j'ouvre leur salle. Un des enfants entre sans trop de discussion, mais Enrico qui ne va vraiment pas bien ces derniers temps refuse d'entrer et me voilà actrice du vaudeville. Enrico court dans les locaux, il se rend sur la terrasse extérieure, je le suis, mon collègue le suit, il ne peut rien entendre de ce que je lui dis, de ce que mon collègue lui dit. Mon collègue rejoint avec les autres enfants la salle qui doit être fermée à clef pour que les activités puissent se dérouler. Je suis dehors, sur cette terrasse se trouve une cabane, Enrico veut échapper, à qui, à quoi ? Il grimpe alors sur cette cabane, il se met en danger. Je me sens impuissante...*

D'après Torrubià (1959, p. 15), quand un soignant se retrouve face à une situation qui le dépasse, il ne faut pas comprendre cela comme l'incapacité du soignant à régler le problème, mais « comme la traduction d'une situation peu adaptée aux besoins du malade ». Cette situation me fait comprendre le rôle des portes fermées. Lors d'une supervision des stagiaires, le médecin-directeur explique : « Les

portes fermées sont les bras de la mère ». Fermer les portes est nécessaire pour ces enfants qui ont besoin d'un cadre pour s'exprimer, pour s'effondrer. La situation d'Enrico me fait comprendre les paroles du médecin-directeur. Les portes fermées sont des outils de sécurité, de protection, de soin pour l'enfant et pour le soignant. En dehors du cadre de la salle, des portes qui contiennent l'enfant et en même temps lui permettent de s'exprimer, le soignant peine à interagir avec l'enfant.

### *1.2. Un lieu qui s'enrichit de la psychiatrie de secteur*

L'USIS ouvre ses portes en 1981, l'isolement qui a été longtemps présenté comme un moindre mal pour la société ne domine plus la conception des soins en santé mentale. Dès 1912, certaines initiatives refusent de limiter la mise en œuvre d'une action psychiatrique quand la société cesse de tolérer le malade. La société des médecins des bureaux de bienfaisance fait vœu de créer des dispensaires de l'Assistance publique où des malades qui quitteraient les murs de l'asile pourraient consulter. Les médecins et les commissaires de police pourraient y envoyer en consultation des malades suspectés d'aliénation mentale.

Édouard Toulouse, qui fonde en 1921 la Ligue française de Prophylaxie et d'Hygiène mentale, va mettre en place un service de dépistage et d'hospitalisation libre à l'hôpital ; c'est la première étape des soins dits ambulatoires, de la psychiatrie de secteur (Lanteri-Laura, 2001). Par la suite, les années 1936 et 1937 vont remodeler la pratique de la psychiatrie. Sous l'impulsion des ministres Henri Sellier et Marc Rucart, une série de lois et de circulaires sont promulguées. Elles transforment l'asile en hôpital psychiatrique et permettent une professionnalisation des soignants : les infirmiers acquièrent un statut. L'hôpital psychiatrique va être défini comme un instrument de réadaptation sociale. La circulaire du 13 octobre 1937, relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental, propose de réduire l'hospitalisation et de faciliter le traitement dans des dispensaires d'hygiène mentale avec consultations externes. Ce passage d'une psychiatrie asilaire vers une psychiatrie de secteur va être stoppé par la Seconde Guerre mondiale (Lanteri-Laura, 2001 ; Tiberghien, 2013 ; Vermorel et Vermorel, 2012).

Pourtant, après la Seconde Guerre mondiale, l'asile de Pinel se dégrade fortement. Vermorel et Vermorel (2012) expliquent cette dégradation par des conditions difficiles de mise en œuvre des soins. L'hôpital de Bassens, créé pour accueillir 400 lits, dépassera les 1000 lits sans que les moyens humains suivent. Peu de médecins sont présents pour s'occuper des patients et les gardiens n'ont reçu aucune formation. Comme le dénoncent Goffman aux États-Unis (1968) et certains médecins en France comme Tosquelles à partir des années 1940, l'asile est devenu un lieu d'aliénation sociale où un rapport de force s'observe entre, d'un côté, les médecins et soignants et, de l'autre, les malades (Moreau Ricaud, 2004). Les rapports de force et d'autorité ont pris le pas sur les volontés des premiers théoriciens de l'asile qui voulaient s'appuyer sur la raison pour soigner.

L'USIS dans sa pratique cherche à éviter le fossé entre patients et soignants expliqué par Goffman (1968) par le maniement bureaucratique des patients. Certes, les patients de l'USIS sont des enfants et il n'est pas simple de les faire participer à la décision, mais les soignants, et en particulier les référents des enfants, dont nous détaillerons le rôle dans ce chapitre, s'efforcent d'échanger avec les enfants sur les rencontres passées ou à venir avec leur école, avec les partenaires de soin ou de l'éducatif. Nous sommes dans une des complexités de l'hôpital de jour étudié qui, comme le préconise Tosquelles en s'appuyant sur les travaux de Hermann Simon, cherche à redonner un rôle et un statut social à l'enfant. Le lieu de soin étudié se construit en s'appuyant sur les erreurs passées. D'ailleurs, s'il est un lieu d'isolement, il ne l'est que de manière temporaire.

En 1981, à la création de l'USIS, la psychiatrie de secteur et son idéologie – dispenser les soins au sein de l'environnement du patient – sont ancrées dans la pratique du traitement de la folie. Cette psychiatrie de secteur se développe avec une volonté d'améliorer les conditions hospitalières, de réduire au minimum l'internement et d'ouvrir la psychiatrie vers l'extérieur.

Au début de la sectorisation, les débats sont importants sur ce qui définit la psychiatrie de secteur. Le psychiatre ne limite plus son intervention au sein d'un

hôpital ou d'un dispensaire, il intervient auprès d'un secteur, c'est-à-dire une structure sociale (Torrubia, 1959). La volonté est de réintégrer le malade dans sa communauté avec une continuité des soins. Des équipes psychiatriques vont être créées et prendre en charge un secteur de la population, c'est-à-dire dans un premier temps 75 000 habitants (Vermorel et Vermorel, 2012). Ce sont ces premières expériences qui structurent la circulaire du 15 mars 1960 relative à la politique de secteur. Le secteur représente une aire géographique, il se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un service public de protection en santé mentale. La politique de secteur, pour s'ouvrir à l'extérieur, s'appuie sur une collaboration de l'équipe psychiatrique avec les assistantes sociales de secteur et les médecins de médecine générale (Vermorel et Vermorel, 2012). Cette politique de santé mentale se caractérise par des soins dits ambulatoires<sup>2</sup> avec la création de CMP<sup>3</sup> et CMPP<sup>4</sup> financés par la Sécurité sociale. De nos jours, chaque département se divise en secteurs équivalant à 60/70 000 habitants et pour trois secteurs est créé un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

L'USIS s'inscrit dans cette politique, il est implanté au sein d'un territoire donné et accueille des enfants de ce territoire, de cette « structure sociale », en offrant des soins sans extraire les enfants de leur environnement social et familial. Cependant, l'offre de soin est plus intensive que des soins ambulatoires. Elle construit sa pratique dans la perspective d'ouverture de l'hôpital psychiatrique vers l'extérieur. Elle s'inscrit dans la lignée de nombreuses initiatives d'institutions hospitalières à temps partiel qui voient le jour dès les années 1960 et qui trouvent un intérêt grandissant dans la prise en charge de l'enfant.

---

<sup>2</sup> Les termes « soins ambulatoires » font référence aux soins qui sont effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés.

<sup>3</sup> CMP: Centre médico-psychologique - établissement regroupant une équipe pluridisciplinaire assurant des consultations pour toute personne en souffrance psychique.

<sup>4</sup> CMPP: Centre médico-psycho-pédagogique : Etablissement qui assure le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique d'enfants et d'adolescents

### *1.3. Un lieu dénommé hôpital de jour*

L'USIS appartient à ces institutions classées sous la catégorie hôpitaux de jour qui se sont créées en grande partie non pas sous l'impulsion des pouvoirs publics mais par le biais d'associations régies par la loi de 1901. Elle est fondée à l'initiative de Michel Soulé par l'association Phymentin qui existe depuis 1975, devenue depuis 2012 Cerep-Phymentin. L'établissement est conventionné avec les organismes de l'assurance maladie. Avant la parution du décret du 14 mars 1986, toutes ces structures extra-hospitalières fonctionnent dans un vide juridique, sans cadre légal et réglementaire. Malgré ce décret, définir l'hôpital de jour n'est pas chose simple. De nombreuses institutions en ont le statut mais ne partagent pas idéologie et mode de fonctionnement. Le *Dictionnaire de la psychiatrie* (2013) définit les hôpitaux de jour comme des « institutions permettant l'hospitalisation à temps partiel des malades mentaux et offrent des possibilités de soins et de réadaptation à des patients capables de vivre dans la communauté et d'y conserver un hébergement de nuit ».

L'USIS est un hôpital de jour : les enfants sont accueillis en journée. Elle est une structure hospitalière qui offre aux patients une prise en charge adaptée. Les enfants ne dorment pas dans les locaux, la prise en charge est limitée au soir, tout du moins après l'école et avant le repas en famille. Depuis 1988, certains enfants plus jeunes peuvent être pris en charge une à deux fois par semaine, lors de ce que les soignants nomment des petits groupes thérapeutiques. Cette prise en charge est sans lit, ce qui ne soustrait pas les patients à leur environnement. Les soins y sont moins soutenus que dans un hôpital de jour qui accueillerait l'enfant sur l'ensemble de la journée scolaire et qui conduirait à la déscolarisation de l'enfant alors qu'un des objectifs de l'institution est de réduire les risques d'exclusion, et plus intenses que ce que peut offrir l'inter-secteur ambulatoire (CMP, CMPP). Diatkine et Avram (1995) nous rapportent qu'un hôpital de jour à temps partiel tel que la première USIS au centre Alfred Binet du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris a été pensé pour répondre à la particularité des enfants qui peuvent, sur différentes périodes, présenter différents diagnostics. Nous aborderons la question de la dénomination des troubles des enfants accueillis à l'USIS plus longuement dans le chapitre 5. Il est important de noter que,

dès sa création, l'USIS est présentée comme répondant aux besoins plus intensifs de soins des enfants, ce qui ne peut pas être offert en soins ambulatoires, tout en s'assurant que l'enfant soit maintenu dans son environnement, pour répondre à l'impératif de maintien des liens défendu par l'unité de soins, comme nous l'explicitons dans le chapitre 8.

L'USIS peut donc se comprendre comme un lieu d'isolement où les murs et les portes fermées lors des soins sont une action thérapeutique. Ce lieu s'appuie sur l'idéologie défendue par la psychiatrie de secteur, qui prône une prise en charge du patient au sein de son environnement social. Il se classe dans la catégorie hôpital de jour en offrant des soins plus intensifs que ceux proposés par l'inter-secteur ambulatoire et pourtant, comme nous allons le voir, n'accueille pas les enfants sur le temps scolaire mais après l'école et avant le retour en famille.

## **2. Un temps d'accueil entre l'hôpital de jour et le soin ambulatoire : après l'école et avant le retour en famille**

Dans la théorie, Diatkine et Avram (1995) affirment que l'USIS doit permettre, par des séances longues et répétitives, de contrecarrer les multiples ruptures dont ont fait l'expérience les enfants pris en charge. Les séances ne doivent pas être toutefois trop longues, pour limiter le recours à la discipline. Elles ne doivent pas reproduire la rigueur de l'emploi du temps de l'école où les enfants ont passé leur journée. Les activités doivent permettre aux enfants de s'exprimer pour construire une identité durable. Dans les années 1960 et 1970, les soins ambulatoires et dispensés en hôpital de jour s'élaborent à partir des nombreuses psychothérapies, s'appuyant sur les nouvelles connaissances acquises à partir de la psychanalyse. Au sein des établissements médico-sociaux, comme l'USIS, ces psychothérapies sont mises en valeur sous différentes formes : activités éducatives, ateliers thérapeutiques individuels ou collectifs. Leurs prescriptions sont élaborées en réunion de synthèse selon les modalités transférentielles (Diatkine et Avram, 1995).

## *2.1. Le temps du goûter*

L'accueil des enfants commence dans un interlude entre la fin de l'école et le début des groupes thérapeutiques. Les enfants sont accueillis dans la cuisine entre 16h30 et 17h00 par un goûter. Ce goûter est différent chaque soir et dépend des soignants qui en ont la charge. Cela peut être, en plus d'un yaourt, d'un fruit ou d'une compote, du pain frais avec des carrés de chocolat, des biscuits, le vendredi des croissants ou des pains au chocolat. Les enfants peuvent aussi prendre un jus de fruit dont la composition dépend du soignant. Certains autorisent les mélanges, d'autres non. La distribution du goûter est révélateur de la connaissance qu'ont les enfants du cadre, qui est variable selon les soignants qui en ont la charge. Les enfants testent beaucoup ce cadre défini. Ils questionnent l'autorité en mettant en cause la gestion du goûter : « *avec Xavier, on a droit à un rab...* », en cherchant à instaurer le doute : « *non, tu ne m'as pas donné mon goûter...* »

Cette demi-heure est le seul temps où tous les enfants peuvent être réunis dans les locaux sans que des portes fermées à clef les séparent les uns des autres. Un temps pour se retrouver ? Un temps pour chercher l'autre et le plus souvent le trouver. Dans cet interlude, les enjeux de dominance entre enfants sont importants. Certaines places assises autour de la table dans la cuisine sont celles accordées à et prises par celui qui domine, celui qui fait peur. Elles sont l'objet de beaucoup de convoitises et initiatrices de bagarres. Tous les enfants sont rarement ensemble, assis autour de la table, les entrées et sorties se succèdent dans l'agitation, le bruit, les joutes verbales et les coups. Après des temps de goûter, voilà ce que j'ai pu noter dans mon carnet de bord :

*À un moment du goûter deux enfants s'agitent, à la fin tous les enfants cassent, volent. Ces mouvements d'agitation sont sources de pouvoir pour l'enfant investigateur ; au retour au calme, ce jour-là il dira : « je suis un vrai magicien ».*

*Sur le temps du goûter, on court après les enfants qui ont pris une bouteille de jus de fruit, je croise les doigts pour ne pas en être*

*recouverte. Il y a quelque temps la cuisine a été redécorée (suite à une bataille de jus de fruit) ; aujourd'hui, non. Alors on fait débarrasser la table et on demande que les enfants rangent dans le lave-vaisselle.*

Cette demi-heure est un temps d'observation des comportements des enfants : agressifs, violents, inhibés, en colère. Ce qu'ils viennent déposer chaque soir est variable.

*Un enfant arrive, tape à la tête un autre enfant. L'autre lui répond : « connard ». Un soignant reprend la scène : « Denis, il est censé te dire merci quand tu fais ça ? »*

C'est aussi un temps d'échange. Le temps du goûter est un outil de médiation différent de ce qui peut se jouer en groupe. Les soignants sont nombreux et souvent se parlent entre eux pour faire et se faire entendre de l'enfant, des enfants. Le deuxième soignant, pour Lespinasse (2004), est un peu l'extérieur sur lequel le premier soignant peut prendre appui. La présence des collègues n'étant pas nécessairement un appel de renfort, mais un support par des mots quand la relation duelle soignant-enfant échappe à la parole.

*Soignant 1 : « Il a l'air en colère, Sylvain ? »*

*Soignant 2 : « Oui, mais c'est certainement parce qu'hier, on a eu une réunion avec son école et sa maîtresse n'est pas très contente de lui. »*

*Soignant 1 : « Ah, tu crois que c'est pour cela ? »*

*L'enfant : « Ta gueule, non c'est pas ça. »*

Au premier regard, ce temps du goûter désarçonne, si on se laisse emporter par l'agitation ambiante, les cris, les coups. Comme l'a dit Torrubia (2002, p. 21), le risque est que « le comportement du malade devien[ne] un phénomène de masse, en quelque sorte abstrait, car il est remarqué bien davantage par les incidents qu'il crée,



et les inconvénients et les désordres qui en résultent, que par le drame personnel qui en est la cause ». L'enjeu de la pratique des soignants est, de par leurs échanges, dépasser cette abstraction chronophage, en replaçant au cœur de la pensée des soignants les facteurs environnants du comportement, en cherchant à dégager sa signification particulière et donc en décentrant les attaques, le comportement lui-même.

## 2.2. *Le temps du groupe*

Après le goûter, à 17h00, les portes de la cuisine se ferment. Les enfants doivent rejoindre leur groupe. Il se passe toujours une petite dizaine de minutes entre la fermeture de la cuisine, l'ouverture des salles et leur fermeture pour commencer les activités. Les groupes se structurent selon l'âge des enfants et en lien avec leur développement psychique et scolaire. Les enfants sont accueillis dans trois groupes : le groupe des petits : 5-8 ans, souvent lors de leur entrée à l'école primaire ; le groupe des moyens : 8- 11 ans ; et le groupe des grands : 11 ans et plus, souvent lors de leur entrée au collège.

Les enfants ne changent pas de salle, ni de groupe, ce sont les soignants et les activités proposées qui changent selon le jour de la semaine. Les groupes s'orchestrent autour de deux soignants-salariés et d'un ou deux soignants-stagiaires. Les activités se divisent en deux temps : une aide aux devoirs et des activités d'expression thérapeutique, Lego, Playmobil, Kapla... L'aide aux devoirs et les activités sont décrites par les soignants comme des outils de médiation. Certains soirs de la semaine, ou le mercredi tout au long d'une année, des groupes à thème, « informatique », « conte », « jeu de rôle », regroupent dans une salle *ad hoc* des enfants de différents groupes. Ces groupes sont pensés à partir de ce que les enfants ont pu montrer dans les groupes, et de leur modalité transférentielle.

La prise en charge des enfants à l'USIS est une prise en charge groupale qui part de l'axiome que les soins ambulatoires et individualisés sont voués à l'échec. Des auteurs comme Diaktine (1995) et C. Ehrenberg (2007) mettent en avant dans quelle

mesure certains enfants ne peuvent pas supporter la relation duelle. Ces enfants, n'ayant pas pu développer des défenses mentales leur permettant de supporter la présence d'autrui, ne peuvent répondre que par l'inhibition ou le passage à l'acte. Les soins ambulatoires sont un espace trop limité entre la vie de la famille et le monde du psychologique. Comme l'explique C. Ehrenberg, la directrice de l'USIS, lors d'une supervision des stagiaires : « l'USIS doit soigner chacun à partir de la constitution d'un groupe. Chaque groupe est défini avec une situation de soin ». Les soins sont dispensés sous forme de groupe, mais le projet de l'enfant se construit de manière individuelle lors de la réflexion institutionnelle. La médiation, la rencontre entre les enfants et les adultes doivent permettre aux enfants d'acquérir des stratégies d'élaboration pour contourner leur vide psychique. Les activités, les temps de groupe ne sont pas des activités pour rééduquer les enfants mais des espaces de rencontre entre les adultes et les enfants (Diaktine et Avram, 1995). D'après Ehrenberg (2007, p. 61), « les soignants utilisent des médiations sans lesquelles l'enfant ne peut tolérer d'être confronté à sa vie fantasmatique ». Les médiations doivent permettre de nouer une relation pour verbaliser ce que l'enfant peut éprouver. Quand cela devient possible, d'autres formes de psychothérapies individuelles sont aussi pensées lors des réunions de synthèse, comme la psychothérapie individuelle, la psychomotricité ou, dans les premiers années de l'ouverture de l'USIS, le psychodrame. D'autres groupes s'adressant à des enfants plus jeunes et aux plus âgés sont aussi organisés. Les petits groupes thérapeutiques ainsi nommés par les soignants prennent en charge des enfants âgés de 3 à 6 ans. Ils sont accueillis deux fois par semaine par un binôme de soignants sur le temps scolaire. Le groupe des adolescents accueille actuellement deux fois par semaine, sur un temps décalé des autres groupes, les enfants de plus de 13-14 ans, trop âgés pour rester à la prise en charge dite du soir.

### **3. Une pratique de soins institutionnelle : penser ensemble pour apaiser l'angoisse**

Dans un vécu immédiat, le temps du goûter peut désarçonner, le temps du groupe va plus loin, il peut empêcher, bloquer la pensée. Mes notes sur les activités dans le groupe, sur ce qui s'est joué avec les enfants, n'ont pas été systématiques. Les enfants ont envahi mon appareil psychique et le soir, après le groupe, il m'était difficile de retranscrire le vécu de cette pratique. J'ai pendant un temps questionné cette difficulté, j'ai craint pour la validité des données. Avec le temps, je me suis rendu compte que ce que je n'arrivais pas à noter, seule le soir, sur mon carnet de bord, je le reprenais en semaine avec les soignants, pendant certains interstices : le vendredi soir autour d'un verre, sur des temps de déjeuner. J'ai compris l'importance d'être plusieurs soignants dans un groupe pour dépasser l'agitation et la violence ambiantes. Quand la porte est fermée, les enfants ne peuvent pas sortir et les adultes sont eux aussi retenus dans la salle. Parfois, l'agitation est telle qu'il peut être difficile aux soignants de ne pas être pris dans ses mouvements. Ce que je n'arrivais pas à noter dans mon carnet de bord, les soignants seuls n'arrivaient pas à le penser. Les temps d'échanges qui permettent la mise en mots sont primordiaux pour donner un sens aux comportements des enfants et réfléchir à sa pratique, ses actions et souvent ses ré-actions en présence des enfants. Lors d'une supervision des stagiaires (6 juin 2012), la directrice explique l'importance de « valoriser les éprouvés des soignants dans la réflexion collective », rappelant ainsi les mots de Torrubia (2002, p. 15) : « observer un malade implique avant tout de bien s'observer soi-même en tant qu'autrui par rapport au malade ». Nous touchons là au cœur de la pratique de l'USIS : la psychothérapie institutionnelle. La psychothérapie institutionnelle voit le jour à Saint-Alban, sous l'impulsion de Tosquelles, dans le but de transformer l'hôpital en un lieu de vie. Pour Tosquelles, il était nécessaire que « le patient, jusqu'alors totalement “administré”, se désaliène en reprenant rôle et statut sociaux » (Moreau Ricaud, 2004, p. 100). Il va redonner un rôle et un statut social aux patients en leur demandant de s'intégrer aux activités quotidiennes de la vie de l'hôpital. Dans cette logique, le patient retrouve une place de sujet, c'est la rencontre entre la psychiatrie et la psychanalyse. La rencontre de l'Autre

est au cœur de la pratique des soins institutionnels. À l'USIS, trois enjeux de la pratique se dégagent des apports de la psychothérapie institutionnelle : (1) quelle que soit sa formation, l'adulte intervenant auprès de l'enfant est un soignant, (2) le rôle du soignant est assigné par l'enfant, par la relation qui s'établit entre eux, (3) les activités peuvent se comprendre comme des pratiques éducatives, elles ont une action thérapeutique par la mise en mots des ressentis des soignants lors des réunions de synthèse ou lors de temps d'élaboration plus informels.

### *3.1. Une équipe aux différentes formations mais tous soignants*

L'équipe de l'USIS est riche de la pluralité des formations et des parcours des soignants qui la composent. Elle comporte cinq psychologues, quatre intervenants sociaux ayant un statut d'éducateurs spécialisés ; tous travaillent à mi-temps, avec un certain nombre d'heures supplémentaires pour assurer les rencontres avec les partenaires. Deux psychothérapeutes, une psychomotricienne et une assistante sociale interviennent sur un quart-temps. Une accompagnatrice sociale s'occupe, avec les stagiaires, des accompagnements des enfants et de la logistique des courses alimentaires. Une secrétaire, un agent de service, un ouvrier spécialisé assurent le bon fonctionnement administratif de l'USIS. Chaque année, la structure s'enrichit de six à dix stagiaires, tous en formation pour devenir psychologues. Les stagiaires participent aux différents temps de la pratique. Un binôme de direction encadre cette équipe. La spécificité de ce binôme est que chacun porte une casquette différente. La directrice, psychanalyste, est en charge des différentes formalités administratives. Le médecin-directeur, pédopsychiatre, intervient davantage sur les liens avec les patients. Il est en contact avec l'ensemble des partenaires. Il est figure d'autorité auprès des enfants et parfois des parents. Il est une ressource dans le travail d'élaboration psychique des soignants.

Si psychologues, éducateurs spécialisés, accompagnatrice sociale, assistante sociale, stagiaires et moi-même, n'ont pas le même diplôme, tous se doivent d'avoir une approche réflexive fortement marquée par la psychanalyse pour travailler dans cette équipe. La volonté est de constituer une équipe riche des multiples parcours de

ces différents professionnels qui au sein de l'institution ont tous une fonction de soignant. Par exemple, aucun éducateur spécialisé n'a de diplôme d'éducateur spécialisé. Un a une maîtrise de psychologie, un autre suit une formation pour devenir psychologue, un autre encore est psychanalyste, et le dernier est un ancien journaliste américain qui a fait ses preuves en travaillant dans un foyer qui a accueilli l'un des enfants présenté par les soignants comme l'un de ceux les plus difficiles à gérer qui a été pris en charge par l'hôpital de jour. À l'USIS, l'ensemble des soignants, qu'ils soient stagiaires, éducateurs, psychologues, participent à la prise en charge thérapeutique. Tous, par leur expérience, amènent leur spécificité dans la construction de la pratique thérapeutique.

Pour comprendre comment chaque soignant participe à cette prise en charge thérapeutique, il est intéressant de partir de ma propre expérience de terrain et de mon processus de socialisation. Ma première rencontre avec le binôme de direction, où s'est joué mon recrutement, est significatif de cette volonté de composer une équipe aux expériences diverses, qui partage une approche réflexive sur la pratique. Je pensais me rendre à un entretien où j'allais devoir répondre à diverses questions sur mon parcours professionnel et académique, et exposer ma réponse à leur appel d'offre. Or, le binôme m'a présenté leur questionnement sur leur pratique et nous avons échangé à propos de l'impact des changements sociétaux sur les pratiques de l'ensemble des professionnels travaillant de près ou de loin dans le secteur de la protection de l'enfance. Cette rencontre est significative du fonctionnement de l'institution dans le recrutement de son personnel. L'important n'est pas la qualification de la personne mais sa philosophie de travail et ses représentations sur l'enfant et ses problèmes. La directrice explique lors d'une supervision : « Ce qui construit la psychothérapie institutionnelle, ce n'est pas la formation. Quand tu as la formation, tu te rends compte que tu ne sais pas faire ».

Lors des présentations de mon terrain de recherche dans les cercles universitaires, beaucoup m'ont questionnée sur cette fonction de soignante qui m'était donnée. Certains trouvaient cela discutable du fait de ma formation, ou plutôt de mon absence de diplôme en travail social. D'autres affirmaient que, certes, j'animais le

groupe mais que je ne remplissais pas le rôle de soignante. Ces nombreuses remarques m'ont conduite à réfléchir à la place que le terrain me donnait et celle que j'acceptais de prendre. Après plus de six mois passés sur le terrain, nous sommes à la mi-octobre 2011, lors d'un groupe du vendredi auquel je participe depuis la rentrée scolaire, je note dans mon carnet de bord :

*La séance de vendredi n'a pas été facile. Aucun enfant n'a vraiment réussi à se poser pour faire ses leçons. Deux enfants arrivent toujours quinze à vingt minutes après l'ouverture de la salle. J'ai l'impression que cela ne facilite pas l'apaisement du groupe. Nasir allait vraiment très mal, il a fallu à plusieurs reprises le laisser seul dans la cour. Todd a dû le contenir avec force, il jetait des chaises dans tous les sens et se débattait fortement. Le dialogue était impossible. Vassili n'a pas été facile non plus. S'il a pu lire sa leçon, ce fut laborieux. Son comportement est violent. La soignante-stagiaire semble être mise à l'écart par beaucoup d'enfants. J'ai du mal à savoir comment réagir. Je me sens décontenancée devant le comportement des enfants. Mon positionnement en tant que chercheuse est loin d'être facile. Je ne peux être que dans la participation. Alors que, lors de mon étude sur les tziganes, j'arrivais à tenir une distance, je ne pense pas que cela soit possible ici. La place que me donnent les professionnels n'est pas celle d'une observatrice extérieure mais est-ce vraiment celle d'une soignante ? Ils attendent de moi une implication lors des groupes et si je mets de la distance par rapport à leurs attentes, je m'éloigne d'eux et de leur pratique. Les échanges avec les professionnels, avant, pendant, après le groupe sont au cœur de la pratique. On m'invite à y participer, à échanger sur mes ressentis. Leur pratique s'appuie sur les échanges entre soignants, sur le comportement observé des enfants. Ils sollicitent mon regard à l'extérieur du groupe.*

En m'intégrant à leurs échanges, à cette élaboration psychique du comportement des enfants, je me suis sentie placée dans une fonction de soignante par l'équipe. J'ai compris que je me devais de la prendre si je souhaitais mieux appréhender leur pratique. Quelques mois avant la fin du temps passé sur le terrain, j'ai interrogé de manière informelle la directrice sur la place que l'équipe avait accepté de me donner, avec pour certains un peu plus de réticence, remettant fortement en cause l'intérêt d'intégrer un peu d'extérieur dans leur fonctionnement. Elle m'a expliqué que, suite à ma demande de participer aux groupes, et après m'avoir observée dans les interstices, le binôme de direction ne voyait pas de raison de me la refuser. Ils avaient noté que j'avais adopté une posture adéquate avec les enfants. Le diplôme ou l'absence de diplôme en travail social n'a pas été un enjeu, ce qui a facilité mon intégration dans l'équipe a été ma posture, celle attendue par la direction et aussi par les autres soignants, dans la gestion de l'agitation et de la violence des enfants et ma capacité à prendre du recul sur les comportements des enfants. Par ailleurs, j'ai toujours été présentée et vécue comme « Madame Protection de l'Enfance » au sein de l'équipe. Dans la logique qui a construit la composition plurielle de cette équipe, je suis venue enrichir la réflexion de l'équipe. D'ailleurs, suite à mon départ du terrain, il m'a été rapporté que mon prénom était cité lorsque l'équipe réfléchit sur la place à donner aux partenaires de la protection de l'enfance.

Toutefois, quand la posture n'est pas celle attendue, la sanction des soignants est informelle et implicite.

*Un vendredi soir, autour d'un verre, après l'USIS, une soignante m'explique qu'elle se souvient d'une stagiaire qui était hors des clous. Elle participait avec elle au groupe des adolescents. Les adolescents, précise-t-elle, ont les hormones en ébullition et le temps du groupe permet souvent de reprendre avec eux sur ces sujets. Mais ce soir-là, la stagiaire est complètement dans la séduction et échange certains propos déplacés avec les adolescents.*

Cet échange me socialise un peu plus à la pratique de l'USIS, en me faisant comprendre que si le soignant doit rentrer en contact avec l'enfant, il doit essayer de se soustraire à toute forme de séduction ; posture mise en propos par la directrice lors d'une supervision des stagiaires : « le thérapeute ne parle pas parce qu'autrement il rentre dans la séduction ». Je comprends aussi que les sanctions ne sont que très rarement annoncées. La soignante n'a pas repris avec la stagiaire son comportement. Pour intégrer le groupe USIS, un des enjeux du processus de socialisation est de faire preuve d'une autoréflexion sur sa posture et de montrer sa capacité à construire sa pratique à partir de son vécu avec les enfants. Lors d'une supervision des stagiaires, le médecin-directeur précise : « On ne demande pas aux praticiens d'être parfaits ; il faut connaître ses limites [...], il faut assurer le lien en gardant une place pour l'enfant et être réflexif sur ce qui a eu lieu ».

Dans une autre mesure, si les soignants n'expriment pas de manière directe leur désapprobation, les enfants par leurs réponses verbales et physiques sanctionnent un comportement qui déplace l'adulte dans une posture autre que celle de soignant. Par exemple, j'ai très vite compris que pour les enfants les signes de féminité déplaçaient la soignante dans un autre statut, difficilement acceptable pour eux, celui de femme. Les boucles d'oreilles longues, les bracelets, les jupes devaient rester au placard, ils dérogeaient pour les enfants à la fonction de soignant. D'après Linton (1977, p. 70), l'individu possède différents statuts. Selon la situation, certains statuts sont latents et d'autres actuels. Selon le statut actuel, l'individu doit ajuster son rôle : « En tant qu'il représente un comportement explicite, le rôle est l'aspect dynamique du statut : ce que l'individu doit faire pour valider sa présence dans ce statut ». Pour être dans son rôle de soignante en présence des enfants, il est important de mettre en latence le statut de femme. Jean Oury rappelle, dans un entretien pour le journal *La Croix* (Maurot, 2014), qu'il est important de bien faire la distinction entre le statut, la fonction et le rôle : « Prenons l'exemple du cuisinier dans un hôpital. Son statut, c'est d'être cuisinier. Sa fonction, c'est de faire la cuisine. Mais quel est son rôle ? C'est celui que le malade va lui donner ». Ma fonction de soignante a été de participer au groupe, mon rôle de soignante m'a donc été donné par les autres soignants mais aussi par les enfants qui sont entrés en relation avec moi. Comme chaque soignant, j'ai été



prise dans des relations symboliques. Comme chaque soignant, j'ai eu un regard différent sur l'enfant, mon propre regard, l'enfant ne donnant pas à chaque soignant la même chose à regarder et à écouter (Caïtucoli, 2006).

### *3.2. Tous soignants mais avec des rôles distincts*

Tous les intervenants de l'équipe, quels que soient leurs diplômes, ont une fonction de soignant, pourtant tous ne jouent pas le même rôle au regard des enfants. Les enfants distinguent très bien les soignants-salariés et les soignants-stagiaires. Ils savent que les stagiaires ne sont là que pour une année et que d'autres prendront leur fonction l'année suivante. Cependant, ces stagiaires ont une fonction importante au sein de l'USIS : les accompagnements. Entre l'école et l'USIS et l'USIS et le logement familial, il faut à ces enfants faire le trajet dans la rue. La rue est l'objet de nombreux fantasmes avec, par exemple, la peur des sans-domiciles. Pour les plus jeunes d'entre eux, des accompagnements sont organisés afin de leur offrir un cadre soutenant par la présence d'un adulte. Comme l'explique une stagiaire lors du bilan de leur expérience de l'année 2010-2011 : « Au début les accompagnements peuvent paraître comme une obligation mais avec le temps, ils deviennent une force dans le lien ». L'enfant lors des accompagnements donne un rôle à jouer à son accompagnateur, il montre autre chose à regarder que ce qui peut se jouer lors du temps du goûter et/ou du groupe.

*Lors de la pause déjeuner, une stagiaire évoque ses difficultés au cours d'un accompagnement avec un enfant, en présence de différents soignants-salariés. Elle parle de ce qu'elle observe du comportement de l'enfant. Elle le décrit dans une violence perverse. Elle explique que l'enfant mime l'envoi de projectiles sur des voitures. Pour mettre en mots et penser les actes de l'enfant, la soignante-stagiaire lui répond : « Alors on va faire un petit jeu. Moi, je suis Enrico et toi tu conduis la voiture. Si je te jette quelque chose quand tu conduis, qu'est ce que tu fais ? » Enrico : « Je te tue ».*

Cet échange est représentatif de la richesse des accompagnements, il permet à l'accompagnant de décrire l'enfant et son comportement dans un autre espace que celui des murs de l'USIS. Ce qui permet à l'institution de mieux décrire l'enfant. L'institution ne cherche pas à avoir un savoir totalitaire, mais à donner les espaces nécessaires à l'enfant pour savoir ce qu'il veut lui dire (Caïtucoli, 2006).

Une des fonctions qui distingue le rôle des soignants-salariés de celui des soignants-stagiaires est la fonction de référent qu'occupent les soignants-salariés pour les enfants. Tout enfant accueilli à l'USIS est suivi par un binôme nommé référent. Comme pour la direction, le binôme de référents est un binôme homme-femme qui se doit de représenter pour l'enfant le couple parental. La question du couple homosexuel est souvent évoquée dans la douleur, une des rares expériences ayant été compliquée. Les référents s'occupent des liens avec l'extérieur. Ils sont en contact avec les différents partenaires : école, protection de l'enfance et famille. Ils réalisent des entretiens familiaux, idéalement tous les mois, dans la réalité tous les deux mois. Ces soignants ont un rôle particulier auprès des enfants dont ils ont la référence. Ils représentent une autorité fortement légitimée. La parole du soignant-référent est beaucoup plus valorisée. Les enfants recherchent davantage la relation avec eux.

Le médecin-directeur a lui aussi une autorité fortement légitimée par les enfants. Pendant les groupes, la porte du bureau de la direction n'est que très rarement fermée à clef. Enfants et soignants peuvent y accéder librement. La fonction du médecin-directeur au sein de l'USIS ne se caractérise pas par une distanciation de ce dernier avec les patients pris en charge. Comme dit Oury, « un directeur qui se prend pour un directeur, c'est le plus fou de la bande ! » (Maurot, 2014). Le médecin-directeur est en contact direct avec les enfants. S'il a pu être reproché à l'asile de Pinel ou à celui observé par Goffman de placer les soignants comme intermédiaires dans la relation patient-médecin, en psychothérapie institutionnelle, à l'USIS, les enfants connaissent le médecin-directeur. Ils le reconnaissent dans un rôle d'autorité et sont en relation avec lui très fréquemment. Lors des groupes du soir, il est la figure d'autorité dont les soignants peuvent se servir pour apaiser les groupes quand le comportement

d'un enfant remet en cause la prise en charge groupale. Dans certains cas, il est la figure qui est évoquée pour faire comprendre à l'enfant qu'il dépasse les limites.

Un vendredi soir, lors du temps de groupe :

*Soignant 1 : « Romain, descends de cette armoire. »*

*Romain : « Ta gueule ! »*

*Soignant 1 : « Romain, descends de l'armoire, tu peux te faire mal. »*

*Romain : « Ta gueule ! »*

*Soignant 1 : « Romain, viens finir ton exercice. »*

À ce moment-là, l'enfant explose, il descend de l'armoire et essaye, parfois avec une certaine réussite, de renverser l'armoire.

*Soignant 1 : « Non, Romain, là ce n'est pas possible, soit tu viens finir ton exercice, soit je t'emmène dans le bureau de Philippe (le médecin-directeur) ».*

Dans d'autres cas, le médecin-directeur est la personne physique à qui l'enfant est confié quand son comportement le compromet tout autant qu'il compromet le groupe.

*Soignant 1 : « Maintenant, ça suffit, tu sors et tu vas expliquer ton comportement à Philippe ».*

Il est aussi celui qui intervient dans les groupes quand des événements majeurs ont lieu.

*Après deux semaines d'absence, je reviens à l'USIS pour participer au groupe des petits du vendredi soir. Comme il est fréquent dans ce groupe, il est extrêmement difficile de faire entrer les enfants dans la salle. Une fois le groupe réuni, il est ce jour-là impossible de faire*

*quoi que ce soit. Impossible d'ouvrir un cahier, impossible de faire s'asseoir les enfants, impossible de faire cesser leur langage injurieux. Vassili est très amer avec moi du fait de mes absences. Il ne manque pas de me le faire savoir. Vassili : « Qu'est-ce que tu fais là, toi ? Tu gâches tout. C'était mieux sans toi ». L'agitation est à son paroxysme. Pour je ne sais quelle raison, les enfants se retrouvent dehors... Mon collègue va les chercher, je reste dans la salle pour commencer la seconde partie (des Playmobil) avec Romain. Après quelques efforts, les enfants se retrouvent tous autour d'une table. Les comportements ne s'améliorent pas. Face à notre impuissance, à l'excitation croissante qui conduit Vassili à jeter sur les enfants et moi-même divers objets, je vais chercher Philippe. Son entrée dans la salle ne le calme pas. Alors que les autres enfants ont pu redescendre de leur excitation, Vassili est, lui, de plus en plus dans le débordement. Il est alors décidé de terminer le groupe avant 18h30. La soignante-stagiaire raccompagne Romain. Naser peut rentrer seul chez lui. Pour Enrico, je ne sais pas, je ne sais plus... Je laisse Philippe et mon collègue dans la salle avec Vassili. Quelque temps après, les autres groupes se terminent et les enfants partent de l'USIS. Je suis dans le grand hall d'entrée, assise, abasourdie par cette soirée. On entend alors Philippe : « Au secours ! ». Ils n'arrivent pas à tenir, calmer Vassili. Un stagiaire d'une certaine corpulence et moi-même les rejoignons. Vassili est allongé sur la table, chaque adulte le retient, un à la tête, un à chaque bras et un autre aux pieds. Nous retenons Vassili comme si nous lui avions passé une camisole de force. L'enfant crache sur nous tous, se débat avec une force extraordinaire. J'ai le sentiment qu'il est dément. Après un temps certain, seul il se met à conjuguer le verbe se calmer. Il nous demande, chacun à notre tour, de conjuguer ce verbe à un temps différent. Peu à peu son corps se relâche et nous pouvons défaire notre emprise. Mon collègue de*

*groupe doit ramener cet enfant chez lui.*

Ce vécu à l'USIS m'a marquée, par la violence que nous montrait l'enfant, par la méthode que nous avons dû utiliser pour le contenir. La contention physique est très rarement utilisée au sein de l'USIS. Je me suis rappelé les paroles du médecin-directeur lors d'une supervision des stagiaires : « il faut lors de la séance suivante non pas oublier, mais faire fi de la séance précédente ». D'après Caïtucoli (2006, p. 92), le lien entre le psychanalyste et le soignant en institution est la traduction de « ne pas céder sur son désir » en « ne pas laisser tomber l'enfant ». Pour que je puisse dépasser cet épisode, non pas l'oublier mais en faire fi, lui donner un sens, les échanges avec l'équipe ont été importants. C'est un des enjeux majeurs de la pratique usisienne : mettre en mots le vécu, le ressenti pour transformer des actions éducatives en actions thérapeutiques.

### *3.3. La transformation d'activités éducatives en une pratique psychothérapeutique par la mise en mots*

À l'USIS, les enfants crachent, les enfants donnent des coups de pieds. La violence qu'ils adressent laisse des marques sur le corps, et marquent l'esprit.

Dans cette pratique de soins institutionnels, de cette rencontre entre la psychiatrie et la psychanalyse, les soignants s'offrent au transfert. Pour Torrubia (1959a, p. 16), « l'hôpital devient ainsi le lieu où le dialogue est possible malgré le délire ». La présence des soignants, les activités de médiation doivent permettre au malade d'y trouver la relation qui lui convient. C'est dans cette relation que l'institution devient thérapeutique. La directrice, lors de supervisions des stagiaires, affirme : « on propose aux enfants de déplacer leurs difficultés, leurs angoisses sur les soignants », « le cadre de l'USIS permet aux enfants d'exprimer, de faire voir toutes les horreurs de l'intérieur sans que le cadre s'effondre, sans qu'ils soient rejetés ». La pratique thérapeutique consiste à transformer en mots ce que l'enfant donne à voir. Il faut passer de l'objet physique à un objet psychique. La pratique du soignant et de l'équipe est de transformer un crachat, un coup de pied en une représentation. La

thérapeutique consiste à essayer de comprendre, ou tout du moins de penser, en quoi les insultes ne sont pas destinées au soignant, elles sont un comportement langagier. L'attaque ne vise pas l'objet mais le lien à l'objet. Mannoni rappelle (1988, p. 71) : « Dans des moments de crise, l'analyste – mais cela peut être aussi bien vrai des différents membres d'une équipe soignante –, en ne donnant pas prise aux projections persécutrices du sujet, accepte d'être dépositaire des angoisses du patient ».

Par ailleurs, Torrubia explique (1964, p. 31) : « En thérapeutique institutionnelle, c'est sur l'ensemble des soignants que convergent les problèmes thérapeutiques. C'est donc au niveau du groupe que les problèmes transférentiels vont se poser, et leur solution ne sera pas issue du soi-disant trouble de l'enfant, mais de la problématique névrotique de l'adulte ». Cette pratique thérapeutique nécessite des espaces comme les réunions de synthèse ou d'échanges informels, la pause cigarette, le temps du repas, qui permettent aux soignants de décrire, donner un sens à ce en quoi le patient et son comportement les troublent. D'après la directrice (supervision des stagiaires), « la relation apparaît à travers ce que l'on dit de l'enfant ». Pour être utiles, ces espaces d'échanges doivent permettre à tous les soignants de s'exprimer sur l'enfant de manière non univoque et non uniforme. Comme si l'enfant, dans ses relations différentes avec les soignants, pouvait mettre en avant ses différentes facettes (Cañtucoli, 2006). Dans ces espaces, chaque soignant s'exprime sur son ressenti, son vécu avec les enfants, il décrit ce que les enfants lui ont montré à voir et à entendre et comment il a reçu ce que l'enfant lui a montré. Il est important ici de faire la différence entre penser et comprendre. Lespinasse (2004) et Ehrenberg (2001) expliquent que comprendre le comportement d'un enfant n'est pas toujours possible, toutefois le penser ensemble permet d'apaiser l'angoisse. À partir des différentes descriptions, au niveau du groupe, l'équipe soignante modifie ses représentations de l'enfant et agit sur les troubles de ce dernier. J'ai été de nombreuses fois surprise par le changement de comportement d'un enfant après une réunion de synthèse dont il avait été le sujet. L'enfant n'était pas présent et pourtant, à son arrivée à 16h30, son comportement était différent. Après la synthèse qui avait permis de transformer l'objet physique en objet psychique, de changer les représentations des soignants, et de restaurer un cadre de penser pour les soignants, la relation enfant-soignants était elle

aussi transformée. La pratique de la mise en mots est donc une action thérapeutique qui agit sur la relation, et donc sur l'enfant et ses troubles.

Le binôme de direction joue une fonction essentielle dans cette mise en mots. Lors des réunions de synthèse, il est un catalyseur du vécu des soignants. Les membres de ce binôme centralisent la parole pour construire les échanges. Toutefois, leur parole n'est pas maîtresse, elle est l'objet de discussion en réunion de synthèse ou lors des interstices. D'ailleurs, quand la direction se pose dans une posture hiérarchique dominante, décide outre ou sans échanger avec l'équipe soignante, les tensions sont palpables et la communication entre les deux parties est compromise.

*Retour sur le temps d'un goûter : beaucoup de colère à l'égard de la direction. La fusion, la pression économique sont de plus en plus fortes. Les restrictions financières (par exemple, pour l'organisation des journées lors des vacances scolaires, il a été demandé de ne plus accueillir seulement deux enfants mais au moins trois par binôme de soignants) imposées par la direction ont du mal à être comprises par l'équipe parce que, selon eux, leurs effets sont négatifs sur l'offre de soins pour les enfants.*

Ces problèmes de communication peuvent parfois mettre à mal le bon travail institutionnel :

*Problème de communication entre la direction et les soignants. Les soignants pensent à une psychothérapie pour un enfant. Ils proposent de prendre contact avec le CMPP où l'enfant est suivi ; le médecin-directeur dit que le CMPP est « déconnant », donc il n'y a aucune prise de contact. L'équipe pense à une psychothérapie avec un des psychothérapeutes de l'USIS. Le psychothérapeute rencontre l'enfant et la mère. Tous deux sont partants, mais la mère demande quelle sera la différence avec M<sup>me</sup> S. (psychologue qui suit l'enfant au CMPP).*

Certes, dans certaines situations, la communication entre la direction et les soignants peut être trouble, mais cela ne doit pas occulter la volonté de l'ensemble de l'équipe de mettre la parole de chacun au cœur des soins institutionnels. Dans certaines unités de soins, des textes fondateurs orientent la pratique et les actions quotidiennes. Des figures du champ guident la pratique. Dans son écrit sur ses dix années à l'école expérimentale de Bonneuil-sur-Marne, Caïtucoli (2006, p. 87) nous livre comment la pratique des soignants s'est forgée par les expériences de Maud Mannoni : « Alors qu'elle était encore en formation en Belgique, elle emmène des patients du service psychiatrique d'adultes de l'hôpital Brugmann de Bruxelles prendre un verre au café. [...] Elle s'est trouvée libérée du moule hospitalier et libre de s'adresser à des êtres humains et de s'intéresser à autre chose qu'à leur symptôme – ou autrement. Ce décentrement expérimenté, alors qu'elle était sans a priori mais cherchant peut-être elle-même un peu d'air frais à l'extérieur de l'institution hospitalière, est quelque chose qui était redécouvert par chaque stagiaire à Bonneuil. C'est parce qu'elle avait elle-même été surprise de sa créativité spontanée avec les patients au tout début de son parcours et des effets thérapeutiques non visés mais obtenus, que Maud Mannoni n'a eu de cesse d'encourager et d'accompagner les stagiaires de Bonneuil dans leurs initiatives personnelles avec les enfants. La première USIS a été implantée au sein du centre Alfred Binet du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris sous la houlette de René Diatkine et Serge Lebovici. Celle du 14<sup>e</sup> est impulsée par Michel Soulé. Tous ont beaucoup fait pour les connaissances sur l'enfant dans le champ de la psychiatrie. Ils ont certes laissé leur empreinte dans la fondation de l'USIS étudiée, ils n'en sont pourtant pas des figures dominantes, présentées et vécues par les soignants comme des pères fondateurs de leur pratique. Que ce soit le premier médecin-directeur ou l'actuel, aucun des deux n'a pris son poste en cherchant à imposer son leadership charismatique. Leur grande valeur ajoutée est une connaissance accrue du réseau du quartier où est implantée l'USIS. Jean Oury explique (2007, p.111) : « la soi-disant “psychothérapie institutionnelle” n'est pas une “technique” qui peut se plaquer, en tant que telle, sur différentes configurations d'établissements psychiatriques, mais, au contraire, elle est en prise directe avec le “réel” de la maladie mentale ». À l'USIS, la pratique ne se construit pas en suivant les préceptes des grands piliers fondateurs, mais en s'ajustant aux malades. Le



thérapeutique ne se construit pas dans la technicité des gestes, dans l'application de la théorie, mais dans la capacité réflexive des soignants à regarder, écouter les malades, les enfants, et à mobiliser cette théorie pour mieux décrire et comprendre ces derniers.

L'USIS donne à ses murs et ses portes une fonction de contenance essentielle aux soins des enfants accueillis. Elle s'appuie sur la rencontre de la psychiatrie et de la psychanalyse pour transformer sa pratique éducative en pratique thérapeutique. Elle s'organise sur un temps spécifique pour garantir une prise en charge plus intensive que le soin ambulatoire mais à temps partiel, après l'école, pour agir sur le risque d'exclusion scolaire. En s'appuyant sur les forces et les manques de la psychiatrie, elle a créé une pratique unique qui s'exprime par une profession qui lui est propre, celle du soignant en institution. D'après Goode (1957), chaque profession forme une communauté. Cette communauté se définit en partie par le partage entre ses membres d'une identité commune, de valeurs communes, d'un langage commun. Chaque membre est reconnu comme y appartenant par le rôle qu'il joue auprès de ses pairs et du reste de la société. Cette communauté contrôle la reproduction des futurs professionnels par le biais de leur formation. Sur ces différents points, il semble bien que les intervenants de l'USIS forment une communauté. Leur pratique s'appuie sur les fondements et les valeurs défendues par la psychiatrie, ils partagent un langage commun, celui de la psychothérapie institutionnelle, et ont une identité commune, leur fonction de soignant. Les stagiaires jouent un rôle important dans la pratique. Ils participent aux activités et l'implication de l'équipe dans leur professionnalisation est importante, avec la mise en place de la supervision des stagiaires par le binôme de direction et la disponibilité des différents soignants dans l'accompagnement du vécu des stagiaires. Toutefois, la richesse de cette communauté est qu'elle ne s'appuie pas sur la reconnaissance d'un statut par la formation. Être soignant ne se caractérise pas par LE diplôme obtenu. Ce qui lie les différents soignants, c'est l'usage qu'ils font de leurs savoirs. Le savoir scientifique est un enjeu majeur de la communauté. Il doit permettre de construire une meilleure connaissance et description de l'enfant, de sa famille et de ses troubles. Dans le chapitre suivant, nous présenterons le savoir qui confère à l'USIS une expertise, sur l'enfant et ses troubles, reconnue par une société plus large que la communauté qu'ils forment.

## **Chapitre 5 : Comprendre et expliquer le comportement de l'enfant agité : reconnaissance des pratiques psychiatriques**

Nous avons conclu le précédent chapitre en expliquant que la pratique de l'USIS s'appuie sur des connaissances spécifiques sur les enfants qui y sont pris en charge. Son cadre théorique de référence a longtemps dominé le débat sur les connaissances à propos de ces enfants. Débat qui, comme nous allons le détailler dans ce chapitre, mobilise et oppose de nombreux acteurs, aussi bien des professionnels de terrain que des chercheurs. À son ouverture en 1981, l'USIS construit sa pratique sur un discours accepté et légitimé par tous. Il a longtemps été adopté dans différents champs de pensée et d'action : le soin, l'éducation, la justice, et reçu comme une parole experte auprès des divers intervenants sociaux et scolaires. Pourtant, en 2011, quand commence notre recherche, ce discours est remis en question par de nouvelles découvertes en neurobiologie et par de nouvelles formes de soins plus valorisées par des résultats plus facilement observables sur le court terme, comme des thérapies comportementales, ou encore des prescriptions médicamenteuses.

S'il ne s'agit pas ici de faire un large panorama des connaissances sur les troubles psychiques des enfants, notre intérêt se porte sur les enfants accueillis à l'hôpital de jour. La dénomination pour qualifier ces enfants est complexe. La description clinique de ces derniers s'est peu transformée depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Bourneville, en 1897, décrivait ces enfants comme ayant une « mobilité intellectuelle et physique extrême, (...) susceptibilité et instabilité, (...) penchants à la destructivité, (...) besoin de surveillance continue, (...) insouciance et négligence, (...) suggestibilité et soumission aux personnes aimées ». Les soignants de l'USIS peuvent décrire un tel enfant comme « agité », « instable », « débile », « violent », « présentant des aspects déficitaires dus aux problèmes psychologiques », « présentant une pathologie limite ». D'autres peuvent parler de troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Ces différentes qualifications sont au cœur du débat qui anime les différents professionnels intervenant dans le champ du

soin. Nous faisons ici le choix de nommer ces enfants *agités*. Nous détaillerons dans un premier temps comment l'intérêt de la sphère médicale pour l'enfant et les troubles de l'enfant agité émerge quand l'enfant devient un enjeu de société. Nous mettrons en relief les différentes compréhensions du comportement de l'enfant agité en détaillant, dans un deuxième temps, le point de vue de l'approche psychanalytique et, dans un troisième temps, les apports de la neurologie.

## **1. Émergence de l'enfant comme enjeu de société : la problématique de l'enfant idiot**

Sous l'Ancien Régime, mathématiciens, philosophes, médecins font le lien entre la pauvreté et l'éducation. Tous observent une forte surmortalité infantile et juvénile dans les classes défavorisées. Dans cette société où la puissance de l'État est estimée au nombre d'hommes, la mortalité infantile et juvénile est un obstacle à l'accroissement de la population et à sa croissance économique et démographique (Hecht, 1992).

Sous la III<sup>e</sup> République (1870-1940) émerge et se développe une politique en faveur de la petite enfance. Après la défaite de Sedan, hommes politiques et démographes vont encourager une politique nataliste (Rollet-Echalier, 1990). Le corps médical, médecins, sages-femmes et nourrices, est sollicité pour combattre la surmortalité infantile et juvénile. Les soins maternels vont être fortement critiqués, décriés comme inappropriés et rendus responsables du taux élevé de mortalité infantile et juvénile. De grands hospices d'enfants vont être créés. Les enfants, dans un souci de ce qui est nommé au XIX<sup>e</sup> siècle « conservation », se doivent d'être confiés à l'État (Rollet, 2014 ; Hecht, 1992). À partir de cette médicalisation, une nouvelle vision de l'enfance se construit. Les enfants sont des bras et des jambes pour l'État. La vie de l'espèce humaine devient un enjeu politique. Le pouvoir détenu par l'État n'est plus dans une vision foucauldienne un pouvoir souverain de vie ou de mort mais un bio-pouvoir, c'est-à-dire le pouvoir d'intervenir pour faire vivre (Genel, 2004). Pour agir sur le développement économique et démographique de la Nation,

l'État s'arme d'une politique de santé générale qui intègre une police des familles. Dans une société où la vie biologique est un enjeu étatique, la vision de l'enfance est elle aussi biologique. Son développement est pensé sur le plan physique. (Hecht 1992 ; Rollet, 2001).

### *1.1. L'enfant objet de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle*

À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, l'intérêt sociétal pour l'enfant psychiquement perturbé est croissant. Dès les prémices de la psychiatrie, qui devient une nouvelle branche de la médecine, il va être constaté que certains comportements décrits chez l'adulte peuvent se retrouver chez l'enfant. À cette époque, il est difficile de faire entendre le besoin d'une médecine spécifique pour l'enfant (Rollet, 2001) et la psychiatrie ne fait pas exception. Peu de différences entre les troubles mentaux adultes et infantiles sont faites. Esquirol a adressé en amont, rapidement, la question de l'enfant à partir du défaut de développement et non de la folie (Castel, 1975). Les publications et les travaux sur les troubles mentaux de l'enfant sont toutefois adultomorphes. Les mêmes titres des maladies mentales de l'adulte sont données à celles de l'enfant (Alexander et Selesnick, 1972 ; Lebovici, Diaktine et Soulé, 1985).

Emminghaus en 1887 est le premier à affirmer que la maladie mentale de l'enfant ne peut pas être comparée à celle de l'adulte (Lebovici et al., 1985). En 1875, seulement une dizaine d'asiles ont un quartier réservé aux enfants. Il faudra attendre le début du XX<sup>e</sup> siècle pour que des lieux de soins spécifiques aux enfants voient le jour. Tout d'abord par la création d'écoles de perfectionnement pour les enfants anormaux et, par la suite, avec la création par Heuyer en 1926 de la première clinique de neuropsychiatrie infantile<sup>5</sup> où des enseignements sur la psychopathologie infanto-juvénile seront dispensés (Moor, 1977).

---

<sup>5</sup> Différents termes désignent le champ de la psychiatrie qui s'intéresse aux troubles mentaux des enfants. Celui de « psychiatrie de l'enfant » est utilisé pour la première fois par Manheimer dans un précis datant de 1899. Tramer en 1931 utilise le terme de « paedopsychiatrie ». En 1937, la désignation de « psychiatrie infantile » sera adoptée au Congrès international de la psychiatrie infantile, à Paris, sous les auspices d'Heuyer (Tiberghien, 2013).

Toutefois, avant ces enseignements, au début du XIX<sup>e</sup> siècle la psychiatrie de l'enfant va se définir par la prise en charge des enfants alors nommés « idiots ». Deux conceptions vont émerger pour donner une explication à ce qui a été d'abord défini comme l'idiotisme et deviendra rapidement l'idiotie.

### *1.2. Comprendre les origines de l'idiotie*

Des médecins comme Falret, Bourneville et Ferrus décrivent l'idiotie selon une approche organiciste. En 1821, Falret à la Salpêtrière regroupe des enfants idiots pour chercher les origines psychologiques de l'idiotie. Il explique l'idiotie par un déficit de la faculté mentale. Ferrus en 1828, à l'hôpital de Bicêtre, présente l'idiotie comme un engourdissement. Bourneville va distinguer les pathologies lourdes, graves, invalidantes des autres et les regrouper sous des qualificatifs tels que : arriéré, imbécile. Dans ces distinctions, il décrit une forme d'idiotie comme congénitale. L'approche organiciste propose alors un traitement moral pour réveiller le corps (Lebovici, Diaktine et Soulé, 1985 ; Fournier, 2003).

Boulangier, à l'hôpital de Bicêtre, est le premier à introduire le concept d'instabilité. Dans son rapport au Congrès national de l'Assistance publique en 1895, il évoque l'instabilité mentale comme de l'imbécillité morale (Welniarz, 2011). Les soins proposés s'appuient sur les principes hygiénistes de l'époque. Bourneville à l'hôpital de Bicêtre, Voisin à l'hôpital de la Salpêtrière et Manheimer-Gommes dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris ouvrent des consultations gratuites pour les enfants. La mère peut y être présente, des exercices de gymnastique, de massage, de la parole et des leçons d'hygiène y sont proposés (Tiberghien, 2013).

D'autres médecins et pédagogues comme Itard, Esquirol et Séguin présentent l'idiotie comme une défaillance lors du développement cognitif de l'enfant. Ils s'appuient sur les connaissances acquises quand Itard et Esquirol recueillent un enfant qui a fait l'objet de nombreux articles dans les faits divers en 1797 : Victor de l'Aveyron dit l'enfant sauvage. Itard s'appuie sur les travaux de Rousseau et explique que, si l'enfant a été abandonné, ce n'est certainement pas parce qu'il était idiot, mais

que son idiotie est le résultat d'une vie à l'état sauvage sans contact humain (Lebovici, Diaktine et Soulé, 1985). Dans le film de Truffaut *L'enfant sauvage*, le personnage d'Itard explique : « Ce n'est pas un enfant idiot, c'est simplement un enfant qui a eu l'infortune de passer six, sept, peut-être huit années dans la forêt, dans une solitude absolue ». Itard et Séguin sont les premiers à faire passer la question de l'étiologie au second plan. L'approche de Séguin est pédagogique.

L'USIS ne se situe pas dans une approche pédagogique des troubles de l'enfant agité. Son cadre théorique de référence, comme nous allons l'expliquer, s'appuie sur les découvertes de la psychanalyse. Les soignants peuvent avoir, à l'égard des approches comportementalistes qui prennent racine dans les découvertes d'Itard et de Séguin, des propos virulents. Pourtant, presque deux cent ans après le fait divers de l'Aveyron, Victor laisse son empreinte sur l'hôpital de jour. En 1988, face à une demande importante de la part des écoles d'une prise en charge des enfants dès la maternelle, l'hôpital de jour ouvre une nouvelle forme de groupe thérapeutique. Les enfants y sont accueillis deux demi-journées par semaine sur le temps scolaire. Les soignants, pendant de nombreuses années, nommeront ce groupe « le groupe Victor ».

En 1881 et 1882, les lois Ferry, qui rendent l'instruction primaire obligatoire, facilitent le repérage des enfants présentant des difficultés dans les apprentissages et dans la capacité à adopter le comportement attendu d'un élève. Suivant le chemin tracé par Itard et Séguin, Binet et Simon développent alors un courant de pensée entre médecine et pédagogie. Binet construit la première version d'un test qui se veut être un outil de diagnostic de la débilité mentale. Il doit permettre l'orientation des enfants vers des classes de perfectionnement (Huteau, 2006 ; Welniarz, 2011). Les psychiatres en France à cette époque sont plutôt hostiles aux travaux de Binet et de Simon qui proposent la mesure de l'intelligence. C'est la psychanalyse qui va donner ses premières lettres de noblesse à la psychiatrie.

## 2. Agitation et approche psychanalytique

La psychiatrie, dès sa naissance, est en conflit avec sa mère : la médecine. La science médicale est construite sur la triade dépistage-diagnostic-traitement. Or, aux débuts de la psychiatrie, l'identification des symptômes des troubles mentaux ne peut pas se faire avec les mêmes notions que celles qui sont de rigueur en médecine, c'est-à-dire selon une approche physique, chimique, physiologique ou encore anatomique de la personne. Ce sont les découvertes freudiennes, au XX<sup>e</sup> siècle, et celle de la psyché qui vont favoriser le rapprochement entre la psychiatrie et la médecine.

### *2.1. Les apports des découvertes freudiennes*

Longtemps la psychiatrie n'a pu que décrire les troubles observés sans être capable d'en donner une explication. Les découvertes freudiennes vont permettre une compréhension des causes des troubles observés et apporter une rationalisation du traitement de ces derniers. Elles vont permettre un rapprochement de la psychiatrie avec la construction pratique de la médecine et transformer la connaissance sur l'intelligence du psychisme de l'enfant et la perception de l'homme comme être rationnel (Alexander et Selesnick, 1972 ; Gauthier, 2009). Freud (1905) n'a étudié l'enfant qu'à partir de l'histoire de ses patients adultes. L'application des théories psychanalytiques aux enfants est surtout le fait de M. Klein (1932), A. Freud (1946), D. Winnicott (1969), R. Spitz (1948), J. Bowlby (1969) ou encore, en France, de S. Lebovici, R. Diaktine, M. Soulé (1985) et M. Mannoni (1988). Nous pourrions ici développer plus longuement les apports des connaissances de la psychanalyse sur l'enfant, cependant nous cherchons seulement à mettre en lumière l'approche psychanalytique à l'égard de l'enfant agité. Rappelons que notre ambition n'est pas de faire un état des lieux des connaissances sur l'enfant et ses troubles mentaux, mais bien d'identifier la position de l'hôpital de jour dans le débat actuel sur la compréhension de l'enfant agité.

## *2.2. L'origine de l'agitation : les traumatismes relationnels précoces*

L'approche psychanalytique freudienne définit l'agitation à partir d'une conception dynamique de l'enfant. L'agitation doit se comprendre comme une intentionnalité cachée. Les enfants accueillis à l'hôpital de jour sont en mal de latence. À la période où l'enfant développe ses facultés de jouer, de rêver en prenant assise sur l'objet interne et calmant, ceux accueillis à l'hôpital de jour ne connaissent pas le répit pulsionnel qui permet un investissement dans d'autres activités sublimatoires. L'enfant, qui à sa naissance est dépendant de sa mère, avec le temps, par un jeu d'alternance entre absence et présence, apprend à identifier qu'il n'est pas maître de son propre plaisir (Ehrenberg et Salvan, 2010). D'après Winnicott (1974), rappellent Ehrenberg et Salvan (2010), le manque, la frustration sont nécessaires pour intérioriser la mère-objet et permettre d'être sans angoisse lors de ses absences. Winnicott (1974) présente la solitude comme un moment important dans le développement affectif de l'enfant. Elle doit permettre d'affronter les sentiments et de maîtriser le sentiment négatif d'être exclu de la jouissance de la mère et du père. Spitz (1948) explique que, si les conditions d'hygiène et de nutrition sont importantes pour le développement de l'enfant, ce dernier dépend aussi de la qualité des soins affectifs. Quand l'objet n'est pas suffisamment fiable, l'enfant peut difficilement s'en désinvestir. Il n'est alors pas capable de se représenter symboliquement la mère. Les enfants accueillis à l'USIS sont, dès leur plus jeune âge, pris dans des systèmes paradoxaux. Les figures protectrices, le père, la mère, sont aussi des figures maltraitantes. D'après M. Mannoni (1964), l'enfant pris dans ces systèmes paradoxaux n'arrive pas à exprimer ses angoisses dans une dialectique verbale, il n'a pas accès à la dimension symbolique pour se situer face au désir de l'autre, sans que celui-ci soit dévorant. Ses absences suscitent alors un sentiment de danger. Le risque de la perte de l'objet représente un risque de la perte du Moi (Ehrenberg et Salvan, 2010).

Cet échange des soignants lors d'une réunion de synthèse sur la situation d'Enrico, qui fera l'objet d'une description plus détaillée dans le chapitre 11, illustre la



position ambivalente de sa mère qui entraîne chez Enrico une angoisse de perte. Il ne peut alors plus se séparer d'elle.

*Depuis une semaine, Enrico ne vient plus à l'hôpital de jour. Lundi, la stagiaire a été le chercher à l'école. Sur le trajet, une fois arrivé au tram, il n'a plus voulu venir à l'hôpital de jour. (...) Cela fait deux fois que Madame ne vient pas au rendez-vous proposé par les référents. (...) Mardi, Madame changeait constamment de discours : elle viendra, non elle ne viendra pas chercher son fils. Mercredi, le soignant-référent d'Enrico va le chercher à la sortie de l'école. Il n'est pas là, Madame ne sait pas où il est. (...) Jeudi, le soignant-référent va le chercher à l'école. De nouveau, une fois au tram, il refuse d'aller plus loin. Après une demi-heure de négociations, il rentre chez lui accompagné du soignant-référent. Au domicile, devant la mère, Enrico à son référent : « Demande-lui pourquoi elle ne veut pas venir me chercher ». Le référent explique que Madame doit aller très mal. «Moi-même, j'étais fou et en colère ». « Elle est très active dans sa résistance ».*

*Lors d'une synthèse précédente, il avait été noté que l'enfant sortait très peu de chez lui, mis à part pour l'école et l'hôpital de jour, qu'Enrico ne voulait pas laisser sa mère.*

Si nous analysons cette situation par le biais de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969 ; Ainsworth, 1970 ; Main et Solomon, 1986), il peut être compris qu'Enrico a construit un lien d'attachement insécuré-ambivalent qui se manifeste par une préoccupation constante à l'égard de sa mère. Ses besoins d'attachement sont maximisés, au détriment de ses capacités d'exploration. Enrico a développé une dépendance exagérée pour maintenir à proximité sa figure d'attachement dont la disponibilité est incertaine. La peur de la perte de l'objet et donc la perte du Moi sont très angoissantes, de par cette incapacité à se représenter la mère en son absence. En allant plus loin, Ehrenberg et Salvan (2010) expliquent que, quand ces enfants se retrouvent seuls, non plus en présence de l'objet, l'ennui leur rappelle que l'absence

de l'objet n'est pas supportable. Leurs assises moïques n'étant pas assez fortes, ils ne peuvent accéder à et/ou supporter l'ennui. Ils sont alors dans une volonté du tout-tout de suite, l'échec de la représentation de l'objet affecte leur capacité à accepter l'attente.

*Lors d'une séance avec le groupe des moyens, au début de mon enquête de terrain, nous sommes en première période du groupe, celle de l'aide aux devoirs. La salle du groupe des moyens est particulière, elle est située dans un bâtiment autre que le bâtiment central de l'hôpital de jour. Alors que les autres salles ferment à clef, celle-ci est différente. Certes elle peut être fermée mais par un verrou qui de l'intérieur ne nécessite pas de clef. Soignants et enfants peuvent l'ouvrir et la fermer à leur guise. Un autre verrou a été placé tout en haut de la porte, avec l'idée que seul un adulte peut y accéder. Cela n'est pas nécessairement le cas. Certains des enfants dans ce groupe sont déjà grands en taille, les autres sont ingénieux et montent sur ce qu'ils trouvent pour ouvrir ou fermer le verrou.*

*Ce jour-là, Sylvain, un des enfants du groupe, est en grande demande d'attention d'un soignant en particulier. Ce dernier est déjà accaparé par d'autres enfants. Je lui propose mon aide, je lui demande ce dont il a besoin. Il gigote sur sa chaise, se balance, m'explique qu'il a un devoir de géographie à faire mais qu'il ne peut pas le faire s'il n'a pas accès à un ordinateur pour faire des recherches. Je lui explique que peut-être, avant de faire des recherches sur internet, on peut regarder ensemble les livres qu'il a dans son sac et que dans celui de géographie nous pouvons peut-être trouver quelques pistes pour son travail. Mon attention à son égard et ma proposition le laissent perplexe. Il me regarde, baisse son regard, balaye la salle du regard, fixe son regard sur un autre enfant, revient vers moi, il commence à s'agiter; à m'expliquer que*

*je ne comprends pas, qu'il faut qu'il accède à un ordinateur, qu'il ne trouvera rien dans le livre. Je reprends avec lui en expliquant que pour le moment je ne peux pas répondre à cette demande. Il commence à me parler de son travail, les mots sont saccadés, semblent se bousculer, la position sur la chaise semble l'oppresser, il se bascule, il est de plus en plus frustré, il commence à tourner dans la salle, à prendre ce qu'il trouve et le faire tomber. Mission accomplie : il a capté l'attention du soignant qu'il cherche depuis le début. Ce soignant lui explique qu'il va voir si son référent est présent et s'il peut aller avec lui en salle d'ordinateur. Quand l'enfant obtient alors la réponse qu'il demande depuis le début du groupe, il explose, prend ses affaires scolaires, les jette au sol, ouvre la porte, part dans la cour.*

Ce jour-là, je vis une de mes premières expériences d'incompréhension de ce qui se joue à l'hôpital de jour dans la rencontre entre les soignants et les enfants. Je ne comprends pas cet enfant, je ne comprends pas ce soignant. J'ai du mal, le soir, à reprendre ce que j'ai vécu. Je n'ai pas observé cette scène, je l'ai vécue. L'enfant m'a plongée dans son désarroi, face à mon carnet de bord moi-même je n'arrive pas à écrire, à me concentrer, j'ai envie comme lui de jeter mon carnet, mon stylo et de partir en courant. Comme au début de la psychiatrie, quand je suis arrivée à l'hôpital de jour je n'étais capable, et certaines fois avec grande difficulté, que de décrire ce que me montraient les enfants et ce que j'éprouvais lors de ces expériences de groupe. Un pas après l'autre, d'une réunion de synthèse et d'échanges avec des soignants à une autre réunion de synthèse et d'autres échanges avec d'autres soignants, et de lecture en lecture, j'ai pu commencer à donner un sens à mes descriptions. Comme Freud, avec l'élaboration du complexe d'Œdipe, a permis de comprendre l'importance de ce dernier dans la structuration des relations familiales, les raisonnements derrière des notions telles que : attaque des liens, états-limites, clivage m'ouvrent une porte de compréhension sur les débordements des comportements des enfants. Je comprends que, dans l'approche théorique de l'USIS, pour être sujet de plein droit il est important de se confronter au travail de séparation, or ces enfants

n'ont pas fait le deuil de leurs premières relations, qui reviennent par le déni et le clivage<sup>6</sup>.

D'après Winnicott (1969, p. 93), « la santé mentale de l'être humain est établie dans la petite enfance par la mère qui fournit un environnement au sein duquel, dans le self du nourrisson, des processus complexes mais essentiels peuvent se dérouler jusqu'à leur terme ». Or, pour ces enfants, dans la précocité relationnelle une rencontre n'a pas été opérante. Elle n'a pas permis de répondre aux besoins de l'enfant et ainsi de mener à la nécessité du processus de différenciation d'avec autrui.

D'après Lebovici et Soulé (1997, p. 354), « les relations familiales, à partir de la dépendance initiale, jouent un rôle essentiel en introduisant dans l'histoire de chacun des conflits internalisés et des modes d'aménagement qui définissent le fonctionnement du Moi ». Ces enfants n'arrivent pas à se confronter au travail de séparation, à symboliser le principal donneur de soins (qui est le plus souvent la mère) en son absence parce que la « relation à la mère est défectueuse » (Lebovici et Soulé, 1997, p. 370). La mère d'Enrico inquiète les soignants : elle est dite, lors d'une réunion de synthèse, de plus en plus confuse. Elle ne sort plus de chez elle et son comportement a sur son fils des répercussions qui se traduisent par de l'absentéisme scolaire.

Ces traumatismes relationnels souvent précoces engendrent des comportements violents et agressifs. D'après Bonneville (2012, p. 141), « l'accès de violence se produit lorsqu'une image parentale violente, ou l'image d'une scène de violence entre plusieurs protagonistes surgit dans leur pensée et se produit un phénomène d'identification à cette image ou à l'image d'un des protagonistes ». Certaines situations vécues lors de la petite enfance, telles que des violences infantiles, peuvent conduire à des comportements d'agressivité extrême. Vassili, un enfant pris en charge à l'USIS dans sa petite enfance, a été le témoin de violences conjugales. Un acte de son père d'extrême violence sur sa mère a conduit ce dernier en prison. À l'hôpital de jour, Vassili semble rejouer ces actes. Il est toujours d'une

---

<sup>6</sup> La directrice de l'hôpital de jour fait souvent référence au concept de Racamier : les écopés du deuil.

extrême violence avec les soignantes et les stagiaires féminines<sup>7</sup>. Un jour, il en agrippe une par les cheveux et lui en arrache une poignée très violemment. Un autre jour, il se sert des jeux Lego et Playmobil pour les jeter sur la soignante. L'enfant qui peut revivre cette scène est alors hors réalité, il devient tout-puissant, sa voix, son regard changent, il ne fait plus la différence entre le passé et le présent (Bonneville, 2012).

Dans le cadre théorique de référence des soignants, l'agitation, la surexcitation sont pour ces enfants un rempart face à une peur du vide. La crainte de l'effondrement les agite. Leurs comportements ne sont que ballottements entre agitation et effondrement.

*Lors d'un échange informel, un soignant raconte : « Damien, en ce moment, il a un sentiment d'abandon qui s'accroît avec l'absence depuis quelque temps de son psychothérapeute. Dans son comportement, il fait semblant d'être agressif, on le retient, on le retient, puis il s'écrase. »*

*Dans le dossier de Sylvain, il est précisé que de zéro à trois ans, l'enfant et sa mère ont vécu en foyer maternel. Lors des réunions de synthèse, il est remarqué qu'il a besoin d'exclusivité dans les groupes thérapeutiques, qu'il peut s'effondrer quand il n'a pas d'adulte autour de lui, qu'il présente deux facettes : d'un côté c'est un enfant sensible et fin, de l'autre c'est un enfant éclaté et dispersé, qui ne supporte pas de ne pas arriver à faire quelque chose.*

Ces comportements agités, ces passages à l'acte permettent aux enfants de se libérer de cette peur. Leurs comportements défensifs, nommés « défense maniaque » (Winnicott, 1935), s'appuient sur une stratégie de négation de la perte. Rien ne s'est construit pour retenir à l'intérieur leur souffrance psychique. Ces défenses maniaques leur permettent d'acquérir une sensation de maîtrise sur ce qui

---

<sup>7</sup> Nous avons évoqué une situation avec cet enfant dans le chapitre précédent (p...). Nous avons évoqué l'extrême violence qu'il avait pu montrer à notre égard.

crée la douleur, la peur, comme une fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure (Winnicott, 1948 ; Ehrenberg, 2001). L'agitation est ici présentée comme une forme d'expression de l'enfant pour extérioriser les difficultés qu'il rencontre et qu'il ne peut pas autrement conscientiser.

L'enjeu de ces comportements est qu'ils sont agis et non pensés, qu'ils appauvrissent les enfants qui s'inscrivent dans un cercle vicieux engendrant une nouvelle impasse relationnelle (Ehrenberg et Salvan, 2010). « L'enfant en mal de latence s'en prend moins à l'objet qu'à ce qui le lie à cet objet » (Ehrenberg et Salvan, 2010, p. 66). Ces enfants ont peur des liens ; que ces derniers soient destructeurs ou favorisent la pensée imaginaire ne fait pas de différence, d'où l'importance pour les soignants de l'hôpital de jour de travailler avec les enfants les liens, de leur montrer que malgré les multiples attaques ces derniers ne céderont pas, comme nous avons pu le développer plus longuement dans le chapitre précédent. L'instabilité, l'agitation de ces enfants sont comprises par les soignants de l'hôpital de jour comme l'expression d'un mal-être que l'enfant ne peut verbaliser. Les comportements impulsifs et agressifs ne sont que la façade cherchant à masquer le vide intérieur qui entraîne des comportements de rupture et d'instabilité. L'agir impulsif et violent de ces enfants est un bouclier face à la dépression qui les guette.

### **3. Les apports de la neurologie dans la compréhension de l'enfant agité**

En France, l'hôpital de jour ne faisant pas exception, comme nous venons de le voir, la théorie psychanalytique a eu un fort impact sur la conception de l'enfant agité. Toutefois, si ce cadre a longtemps été dominant, il est de nos jours fortement remis en cause. Des pays comme la Grande-Bretagne, les États-Unis et le Canada ont, dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, pris un autre chemin dans la compréhension de l'agitation chez l'enfant, avec une approche plus organiciste. Les troubles de l'agitation à partir des connaissances développées en neurologie vont s'expliquer en fonction d'arguments de nature physiopathologique.

### *3.1. D'une épidémie d'encéphalite à la catégorie TDA/H*

Cette orientation fait suite à une épidémie d'encéphalite qui, à l'échelle mondiale, affecte des enfants, et aux découvertes en 1922 d'un neurologue, Hohmann. Partant de l'observation de ces enfants, il s'appuie sur la notion d'hyperkinésie pour décrire les comportements de ces derniers et les explique par une augmentation anormale de la rapidité et de l'amplitude des mouvements. Pour soigner cette encéphalite épidémique, un traitement va être découvert : les amphétamines. Bradley, en 1937, outre-Atlantique, va faire le lien entre les séquelles que présentent les enfants touchés par cette encéphalite et ceux présentant des difficultés scolaires associées à un comportement souvent instable. Il va dès lors chercher à améliorer le traitement et développer la benzédrine. Les résultats de ce médicament sur les enfants non affectés par l'encéphalite sont, selon leurs enseignants, concluants. Ces premiers résultats poussent alors Bradley à faire fi du contexte de soins qui prend en charge ces enfants. Selon ce dernier, les enfants instables souffrent de lésions cérébrales qui ne peuvent pas être diagnostiquées (Welniarz, 2008, 2011). Dans cette vision, l'explication biologique s'appuie sur les effets des psychostimulants, avec l'idée sous-jacente que l'agitation serait due à un déficit de dopamine.

À partir des années soixante, les recherches dans les pays anglo-saxons s'orientent désormais vers l'aspect somatique des troubles. La notion d'hyperkinésie pour caractériser ces enfants va se perdre au profit de la notion d'hyperactivité, la lésion cérébrale n'étant pas trouvée. Cette dernière notion est introduite, en 1964, par Reger qui souhaite rompre avec l'approche neurologique mais qui aborde toujours ces troubles selon une conception organiciste. Dans cette tentative de rupture, en 1972, Douglas va montrer à partir de tests psychométriques comment l'hyperactivité est en lien avec des troubles de l'attention et de l'impulsivité sans que d'autres fonctions cognitives soient atteintes (Lenoble, 2010 ; Welniarz, 2011).

En 1980, le DMS-II<sup>8</sup> mettra côte à côte les troubles déficitaires de l'attention et ceux de l'hyperkinésie. En 1987, le DSM-III introduit le terme de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). L'arrivée du DSM-IV va fortement remettre en question la compréhension des troubles mentaux selon une approche psychanalytique de la psychiatrie. Contrairement au DSM-III, le DSM-IV s'appuie sur l'idée de syndromes objectivables et détachables du fonctionnement psychique et non plus sur les conceptions psychanalytiques avec la différenciation ternaire psychose-névrose-perversion. Les nouvelles catégorisations remettent en question le concept de transfert, le symptôme ne se comprenant plus comme déchiffrable à partir du transfert, mais comme une donnée qui peut être comptabilisée (Chantraine-Demailly, 2011 ; Welniarz, 2011 ; Wacjman, 2012).

### *3.2. La question de la prescription médicamenteuse*

La catégorisation du TDA/H est dénoncée comme une construction du lobbying pharmacologique (Chantraine-Demailly, 2011). Gonon (2008) rappelle que, si on interrogeait en 2008 la base de données PubMed avec comme mots clefs « dopamine » et « ADHD » (TDA/H en anglais), plus de 900 références étaient citées. Depuis les années 1990, des études surtout américaines mettent en avant la supériorité des psychostimulants par rapport aux bénéfices de thérapies comportementales (MTA Cooperative Group, 1999). Pourtant, d'autres études nord-américaines (Root et Resnick, 2003 ; Molina et al., 2003) plus longitudinales montrent que certes, sur le court terme les psychostimulants améliorent par exemple le fonctionnement scolaire, mais qu'ils ne réduisent pas sur le long terme le risque d'échec scolaire. En 2008, la FDA<sup>9</sup>, qui note l'absence d'effets à long terme des psychostimulants, demande aux différentes marques de retirer les publicités promouvant les avantages de ce type de médicaments (Gonon, Guilé et Cohen, 2010). Les bénéfices à long terme des

---

<sup>8</sup> À l'échelle internationale, des instruments de mesure vont être pensés pour permettre aux professionnels de communiquer entre eux. Le DSM est le manuel de diagnostic des troubles mentaux développé pour la première fois aux États-Unis en 1952. La CIM est la classification internationale des maladies publiée par l'OMS. Le CFTMEA est la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Ces classifications varient selon les orientations idéologiques du manuel. Par exemple, dans la CIM de 1993-1996, la notion de psychose chez l'enfant n'apparaît plus, il est alors fait référence à la notion de troubles envahissants du développement. La CFTMEA, quant à elle, conserve la notion de psychose dans une approche psycho-dynamique.

<sup>9</sup> La FDA, Food and Drug Administration, est l'instance américaine de régulation du médicament.



psychostimulants pour les enfants souffrant de TDA/H étant de plus en plus controversés, les recommandations sont nombreuses pour associer aux médicaments des interventions psychothérapeutiques et cognitives à l'intention aussi bien des enfants que de leurs parents (Root et Resnick, 2003 ; Chronos et al., 2006, Lecendreux et al., 2007).

En France, dès 1972, Diatkine et Fréjaville dénoncent la prescription des psychostimulants. En 1973, Ajuriaguerra met en garde contre la médication comme camisole chimique. D'ailleurs, dans la troisième édition du *Traité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Lebovici, Diatkine et Soulé (2004) n'évoqueront que sur une page et demie l'hyperactivité, en concluant que l'agitation n'a pas de sens en elle-même. Welniarz (2008) explique à partir de deux études, l'une de 1984, l'autre de 2010, dans quelle mesure la mentalité des psychiatres sur la question de la prescription de psychotropes tend à se transformer. L'étude de Massari de 1984 montre que 70% des psychiatres d'enfants observaient une réserve éthique et présentaient la prescription de médicaments comme problématique, alors que l'étude de Thévenot et Boudart (2010) indique que les pédopsychiatres définissent la prescription de médicaments comme éthique. Welniarz (2008) explique la résistance de la prescription en France par les excès qui ont pu être observés aux États-Unis (d'après Gonon et al., 2010, plus de 12% des enfants nord-américains recourent aux psychostimulants, dont 28% n'ont pas été diagnostiqués TDA/H), et aussi par l'antinomie que cela présente dans l'approche psychanalytique pour le respect du symptôme qui porte la souffrance psychique. Pourtant, d'après Welniarz (2008, p. 630), « la prescription peut apporter un apaisement, non seulement par ses effets pharmacologiques mais aussi parce qu'elle fait obstacle à la toute-puissance de l'enfant ». Il appuie son argument en présentant la situation d'un enfant orienté vers un CMP. Cet enfant a été expulsé de la cantine scolaire après avoir frappé un surveillant. Lors du premier entretien mère-enfant-psychiatre, l'enfant s'en prend violemment à sa mère quand elle parle de son comportement, et aussi au consultant quand ce dernier essaye de poser des interdits. Une prescription de médicament est alors décidée. Lors du second entretien, l'enfant revient en affirmant être plus apaisé et mieux dormir la nuit. La mère raconte que, suite au premier entretien, elle avait

porté beaucoup de culpabilité par rapport au comportement de son enfant, culpabilité qui l'a conduit à fortement le réprimander lors de ses débordements. La mère a alors eu une fonction de contenant. D'après Welniarz (2008), le médicament permet, certes, une contenance du moi mais n'a de sens que si la prescription s'inscrit dans un cadre thérapeutique et de relations transférentielles.

Derrière l'explication de l'origine de l'agitation se joue la reconnaissance des différentes pratiques de la psychiatrie, de l'utilité que l'on donne au symptôme et de l'importance de poser un diagnostic. Derrière la catégorisation de l'enfant *agité*, de l'enfant TDA/H, se pose la représentation de l'utilité d'un diagnostic. Le diagnostic est-il un outil qui permet d'affiner la prise en charge de certains enfants ou est-il un outil stigmatisant qui peut renforcer certaines pathologies ? D'après Eidelman (2008), le diagnostic a une efficacité performative. Il crée ce dont il parle. Quand il est posé, il fait exister socialement les difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille. Dans ce travail de thèse, Eidelman nous explique l'ambiguïté du diagnostic pour les parents. Il permet une reconnaissance sociale qui facilite souvent une prise en charge institutionnelle. Mais il amène aussi une identification négative. Identification négative qui se renforce en changeant le regard que la personne diagnostiquée a sur elle-même et aussi le regard de son entourage. Goffman (1975, p. 19) explique : « Il s'agit de ce que l'on nomme souvent, quoique vaguement, l' "acceptation". Il se passe que ceux qui sont en rapport avec lui manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui, et l'avaient conduit à prévoir pour lui-même ». Les soignants de l'hôpital de jour étudié dans une conception psycho-dynamique de l'enfant se refusent à poser un diagnostic. Selon ces derniers, il fait porter à l'enfant une identité dévalorisée et statique. Les enfants pris en charge à l'USIS sont certes stigmatisés par l'école et par leur famille du fait de leurs comportements violents. Mais dans une pratique qui s'appuie sur les fondements de la psychothérapie institutionnelle, les soignants cherchent à combattre la possible aliénation du malade et à lui redonner un statut et un rôle social. Lors des réunions partenariales, les soignants, dans leur présentation de l'enfant et de sa famille, s'efforcent de leur

redonner une place de sujet<sup>10</sup>. La violence de l'enfant ne doit pas permettre de le caractériser. La violence physique doit être transformée en objet psychique, c'est-à-dire servir à identifier ce que l'enfant veut montrer derrière ses actes. D'après Ehrenberg (2009, p. 66), directrice de l'USIS : « La question du diagnostic nous importe évidemment bien moins que celle de savoir comment il va être possible d'aider ces enfants, que les institutions se rejettent tant ils suscitent de contre-attitudes négatives : trop agités pour l'école, trop instables pour des consultations en CMPP, pas assez malades pour un hôpital de jour classique ». Les soignants de l'USIS peuvent reconnaître, comme le fait remarquer Welniarz (2008), que certaines souffrances peuvent empêcher le développement affectif et cognitif de l'enfant et aussi lui rendre impossible l'accès aux bénéfices d'un traitement psycho-médicamenteux.

*Martin est un garçon âgé de 7 ans quand il arrive à l'USIS. Il a mis à mal tout ce qui lui a été proposé sur les temps périscolaires. Le directeur et la psychologue scolaire de l'école de Martin ont pris contact avec l'USIS. Plusieurs signalements ont été transmis et la brigade des mineurs a été contactée. Martin est décrit comme un garçon qui ne peut pas se poser. Les soignants affirment que la détresse de Martin n'est pas que psychique, l'environnement dans lequel il évolue est très perturbant. Une IOE<sup>11</sup> a été ordonnée par le juge des enfants, qui a préconisé une AEMO<sup>12</sup>. D'après le médecin-directeur, l'AEMO n'est pas une prise en charge suffisante, l'enfant doit être hospitalisé pour construire un intervalle de pensée. Un traitement comportant de la ritaline et un neuroleptique a été prescrit. Les soignants, quelque temps après le début de la*

---

<sup>10</sup> Nous présenterons dans le chapitre 6 et le chapitre 9 des rencontres entre les soignants et les services éducatifs, qui étayeront la pratique des soignants dans ces interactions. Nous verrons en particulier dans le chapitre 10 que les interactions soignants-partenaires sont des enjeux de pouvoir.

<sup>11</sup> IOE : mesure d'investigation et d'orientation éducative – mesure d'aide à la décision pour le magistrat. Elle consiste en une démarche d'évaluation et d'analyse de la situation de l'enfant et de sa famille.

<sup>12</sup> AEMO : aide éducative en milieu ouvert – mesure judiciaire qui vise à aider et conseiller les familles dans leur rôle.

*médication de l'enfant, le trouvent apaisé et envisagent un retour à l'école.*

L'équipe soignante de l'USIS a porté la décision d'une prescription médicamenteuse. Le comportement agité et violent de l'enfant était trop destructeur pour son appareil psychique pour que seule une prise en charge à l'USIS lui soit bénéfique. Si cette pratique est loin d'être courante - le médecin-directeur n'a pas de carnet de prescription de médicaments - , dans certaines situations les enfants de l'hôpital de jour peuvent faire l'objet de prescriptions pour leur permettre un premier accès à un cadre de pensée.

Les soignants de l'hôpital de jour comprennent l'agitation des enfants qu'ils prennent en charge à partir d'un cadre de lecture psychanalytique. L'agitation de l'enfant n'est pour eux qu'une expression visible d'un mal plus profond qui prend racine dans des troubles relationnels précoces. Si l'usage de médicaments pour canaliser l'enfant n'est pas toujours rejeté par les soignants, ils ne traitent selon eux que la partie visible du symptôme mais en aucun cas les origines psychiques de cette agitation. Les prises en charge de ces enfants ne se limitent toutefois pas à une approche médicale. Notre travail de recherche en est l'exemple, il interroge la relation des soignants avec les services de protection de l'enfance autour de ce même enfant qui peut être nommé, en se référant au champ lexical de l'éducatif, « maltraité », « négligé », « en danger » ou en « risque de l'être », et parfois avec des notions appartenant au registre judiciaire, comme celles de « dangereux » ou de « délinquant ». La compréhension de ces enfants n'est alors pas construite à partir de la relation parents-enfant, mais en prenant en compte l'environnement dans lequel il évolue. Avant d'interroger la relation entre soignants et services de protection de l'enfance, il convient de mettre en lumière les autres compréhensions qui peuvent être faites du comportement de l'enfant agité.



## **Chapitre 6 : L'enfant agité : est-il en danger et/ou dangereux ?**

Au XIX<sup>e</sup> siècle, la société civile doit faire face à deux problèmes : les enfants atteints d'idiotisme, dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, et les enfants vagabonds et délinquants. Les premiers vont faire l'objet de soins, les seconds d'interventions éducatives et pédagogiques. La philosophie de Rousseau dans *Émile ou De l'éducation* (1762) a montré la possibilité et l'importance de l'éducation de l'enfant dans le comportement de l'adulte. L'histoire de l'enfance en difficulté va alors se retrouver au croisement de la santé, de l'éducation et de la justice. Les enfants pris en charge à l'USIS se situent aux interstices de ces différents champs d'intervention : sanitaire, social, voire médico-social. L'enfant peut avoir besoin d'une intervention socio-éducative parce que la situation de danger dans laquelle il se trouve pourrait le conduire vers la délinquance. L'objet de cette recherche porte d'ailleurs sur ce passage d'une prise en charge uniquement sanitaire à une prise en charge multiple, avec l'intervention des services de protection de l'enfance. L'enfant en difficulté, celui dit « agité » à l'hôpital de jour étudié, peut alors être l'objet d'une intervention régulée par le système de protection de l'enfance. Protection de l'enfance qui, depuis les premières réglementations, a beaucoup évolué, en relation avec les recherches psychanalytiques ainsi qu'avec les recherches qui s'appuient davantage sur une approche comportementaliste et cherchent à établir un lien entre le comportement de l'enfant et son environnement. Pour comprendre dans quelle mesure l'enfant agité peut aussi être qualifié de « dangereux » et/ou « en danger », nous présenterons, dans un premier temps, les recherches qui s'intéressent au lien existant entre l'environnement et les troubles de l'enfant et, dans un second temps, les mesures éducatives qui ont pour mission de protéger la société et l'enfant.

# 1. Recherches sur le comportement de l'enfant et son environnement

Certains professionnels et chercheurs qui se réfèrent à un cadre théorique comportementaliste et non psychanalytique désigneraient les enfants pris en charge au sein de l'USIS à partir de leurs troubles de comportement qui sont, d'après eux, multiples : attentionnels, hyperactifs, agressifs ou encore oppositionnels. Le comportement de l'enfant est compris comme une réponse à un stimulus, son environnement. D'après des chercheurs comme Pavlov (1928) et Skinner (1969), les apprentissages humains répondent à un type de conditionnement. Pour comprendre les origines du comportement de l'enfant, il faut, selon cette approche, étudier les interactions entre l'enfant et son environnement.

## *1.1. Les premières recherches sur l'enfant inadapté*

En France, Heuyer, dans les années 1940, va être le premier à faire un rapprochement entre délinquance juvénile et famille dissociée. Le 25 juillet 1943 est créé le Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral, présidé par Heuyer. Il doit permettre de définir une catégorisation et un dépistage des enfants déficients et en danger moral (Chauvière, 1980 ; Jurmand, 2000). La notion d'inadaptation va être adoptée pour désigner ces enfants. D'après Le Guillant (1948), les « inadaptés » ne relèvent que très rarement de maladies mentales et/ou d'affections organiques ; ce qui caractérise cette population, ce sont les conditions matérielles d'existence des enfants, la misère et l'ignorance des parents. « C'est ainsi que l'insuffisance du logement aussi bien que la discorde des parents chassent les enfants du foyer. Ils vont dans la rue et se retrouvent dans les espaces libres proches ». L'habitat, l'alimentation et le niveau de vie général agiraient sur le développement physique et mental de l'enfant. Fortement influencé par les travaux de Wallon sur les stades de développement de l'enfant, Le Guillant va construire sa pensée en affirmant la nécessité d'agir sur l'environnement social pour faciliter une intégration future de l'enfant.

Aux États-Unis, dès les années 1920, l'enfant, par le biais des sciences humaines, devient un sujet à étudier. De nombreuses recherches vont s'attacher à démontrer que le délinquant n'est pas un individu foncièrement mauvais. Ces recherches seront rendues possibles avec le développement de tests comme celui de Binet-Simon (1910) qui mesure le niveau intellectuel des enfants. Jony (1949) va comparer les études des années 1910 à celles des années 1920. Il explique que, dans les années 1910, 50% des délinquants étaient présentés comme des déficients mentaux. Une dizaine d'années plus tard, le pourcentage est plus faible : 20% des délinquants seraient des déficients mentaux. D'après cet auteur, ces différences seraient en partie dues à une mauvaise connaissance de la psychologie appliquée qui n'en est alors qu'à ses prémices. Avec le temps, ces études ont imposé l'idée que, en situations égalisées (les personnes testées avaient les mêmes origines sociales, par exemple), il était observé une courbe similaire de l'intelligence entre les délinquants et la population normale (Murchison, 1926 ; Tulchin, 1939).

Une importante étude américaine, celle de Glueck et Glueck (1950), va avoir un impact sur la compréhension du développement de l'enfant à partir de facteurs familiaux et environnementaux. Ces auteurs montrent que les familles de délinquants déménagent plus fréquemment que les autres, ont des logements de moins bonne qualité, une situation économique instable, que les divorces y sont plus fréquents, que le père est plus souvent absent du domicile familial, que la discipline parentale est soit très lâche soit très sévère. Dès lors, il semble difficile d'identifier un facteur de risque unique qui aurait des répercussions sur le futur délinquant. Des recherches ultérieures (Rutter, 1979) vont montrer que la pauvreté n'a une influence sur le développement de l'enfant que lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs de risque, comme les faibles capacités parentales, ou l'exposition au stress.

L'idée d'une norme dans le développement de l'enfant, avec les travaux de Piaget et Wallon, va amener les chercheurs à poser en parallèle à cette normalité la problématique des pathologies. Les recherches vont alors se déployer pour établir des liens entre les troubles du comportement de l'enfant et les facteurs de risque familiaux et environnementaux.



## *1.2. Lien entre attitudes parentales et comportement de l'enfant*

De nombreuses études qui s'intéressent au rôle des attitudes parentales dans le développement de l'enfant le font par le biais de la problématique de la scolarisation des enfants. Par exemple, Pourtois (1979) a observé des mères et leurs comportements didactiques dans des situations d'enseignement. Ces situations d'enseignement, d'après lui, reflètent les pratiques éducatives des mères dans d'autres situations. Les résultats de cette recherche montrent : (1) que les enfants dont le développement cognitif est favorable et qui réussissent en classe ont des mères qui encouragent l'enfant à explorer par lui-même, le laissent dans un premier temps agir comme il le propose et structurent son cheminement cognitif en clarifiant avec lui sa démarche ; et que (2) les enfants dont le développement cognitif est moins favorable et dont l'adaptation scolaire est moins bonne ont des mères qui enlèvent à l'enfant la possibilité de résoudre le problème par lui-même et lui imposent la procédure à suivre. Au niveau affectif, ces travaux montrent que la valorisation du comportement de l'enfant et de sa production est favorable à son développement cognitif.

Maccoby et Martin (1983) se sont, quant à eux, intéressés à la socialisation de l'enfant dans le contexte familial. Ils ont étudié l'influence de l'éducation familiale sur l'agression chez le jeune enfant. Ils observent que les enfants élevés selon un style éducatif permissif<sup>13</sup>, à la crèche manquent d'indépendance et du sens des responsabilités. Après avoir suivi ces enfants jusqu'à l'âge de 8 ou 9 ans, ils montrent que, chez ces mêmes enfants, le développement cognitif et social est moins développé que chez les autres enfants.

---

<sup>13</sup>Baumrind (1966) a élaboré une classification des styles parentaux à partir du niveau élevé ou faible de sensibilité et de contrôle qu'un parent manifeste à l'égard de son enfant. Elle en identifie trois : Le style autoritaire se caractérise par un contrôle élevé et un soutien faible. Les parents tendent principalement à contrôler et moduler les comportements et les attitudes de leur enfant selon un ensemble de principes et de règles invariables. Le respect de l'autorité, de la tradition, l'obéissance aux règles forment les cadres de l'éducation.

Le style permissif se caractérise par un contrôle lâche et un soutien élevé. Les parents tendent à valoriser et accepter les désirs et les comportements de leurs enfants. Ils punissent peu, consultent leur enfant et essaient de le raisonner plutôt que de leur imposer leur volonté.

Le style démocratique se caractérise par un contrôle et un soutien élevés. Les parents encouragent les échanges verbaux, expliquent leurs raisons lorsqu'ils exigent quelque chose mais font aussi usage de leur autorité si cela est nécessaire. Ils encouragent leur enfant à devenir indépendant. Ils reconnaissent des droits à leur enfant, mais n'accordent pas une priorité automatique à ses désirs quand il faut prendre une décision.

Hartz et al. (1992) ont étudié les relations possibles entre les styles éducatifs parentaux et le comportement du jeune enfant à l'école maternelle. Ils ont interrogé 106 couples et observé leurs enfants (53 filles et 53 garçons) âgés de 3 à 9 ans. Dans cette étude, deux styles éducatifs ont été mis en évidence : la stimulation (explicitation des actes) et le contrôle (punitions, existence de règles sans justification). Les résultats montrent que les enfants dont les parents sont stimulants ont moins de comportements perturbés que leurs camarades ayant des parents plus contrôlants. Il apparaît également que les filles de mères stimulantes ont plus de comportements pro-sociaux que leurs pairs. Les enfants plus âgés et ayant des mères stimulantes ont plus tendance à s'engager dans des interactions de type pro-social.

Stormsharck et al. (2000) montrent que les troubles du comportement peuvent être associés à des attitudes parentales spécifiques. Quand les interactions entre les parents et l'enfant sont principalement punitives, l'enfant présente tous types de troubles du comportement. D'après ces auteurs, les troubles d'opposition sont en lien avec le faible niveau d'investissement et de chaleur des parents à l'égard de l'enfant.

Leveillé (2007) montre que les enfants ayant bénéficié d'un style parental démocratique<sup>14</sup> ont une forte estime de soi, font preuve d'autocontrôle et sont curieux. Les enfants de parents autoritaires montrent moins d'habiletés sociales, ont une faible estime de soi, sont réservés, parfois agressifs, et manquent de maturité dans leurs comportements avec leurs pairs. Leveillé indique que les enfants éduqués selon un style parental permissif seraient plus susceptibles de développer des troubles du comportement.

Ces différentes études permettent de mettre en balance l'importance donnée à la relation symbolique parents-enfant par les soignants de l'hôpital de jour. Elles mettent en évidence que le style parental, c'est-à-dire les réponses éducatives apportées par les parents à leur enfant, agit sur le développement de l'enfant.

---

<sup>14</sup> Selon la classification de Baumrind (1966).

### *1.3. Lien entre santé parentale et comportement de l'enfant*

La question de la dépendance toxique alcool, drogue a fait l'objet de nombreuses études. D'après Schuckit, et al. (2000), l'alcoolisme ne présente pas toujours un facteur de risque pouvant entraîner des troubles du comportement de l'enfant, quand cette variable est contrôlée par d'autres variables. Cependant, si la séparation peut avoir un impact négatif sur la capacité d'adaptation des enfants, elle peut aussi être un facteur de protection quand un des parents présente un comportement antisocial et/ou de toxicomanie. Dans une autre étude, Carbonneau et al. (1998) expliquent que les troubles du comportement sont plus importants chez les enfants de 3 à 5 ans quand les parents sont alcooliques. Ces troubles ont alors tendance à commencer tôt et à perdurer. Moss et al. (2001) montrent que les enfants dont le père présente une dépendance toxique et une personnalité antisociale ont un taux plus élevé de troubles, aussi bien internalisés qu'externalisés.

D'autres chercheurs ont porté leur attention sur l'effet de la dépression maternelle. D'après Guédeney et Dugravier (2006, p. 255), « la psychopathologie parentale est sans doute un déterminant plus puissant des troubles du comportement chez les enfants que le comportement de soins parentaux ». Hay et al. (2003) montrent que les comportements des enfants à l'âge de 11 ans sont liés aux troubles de l'attention et à la capacité à gérer la colère. Ces comportements sont en lien avec la dépression maternelle, la mère ne répondant pas de manière contingente et sensible aux besoins de l'enfant.

Les parents des enfants pris en charge à l'USIS sont fortement touchés par des problèmes de santé<sup>15</sup>. Dans le discours des soignants, la santé parentale n'est pas directement mise en lien avec le comportement agité de l'enfant. Cependant, elle est une donnée prise en compte quand ils s'engagent dans une prise de contact avec les services de protection de l'enfance, comme nous le verrons dans le chapitre 11.

---

<sup>15</sup> Des données chiffrées seront présentées dans le chapitre 10.

## **2. Les mesures de protection de l'enfant agité, en danger et/ou dangereux**

Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, l'enfant va faire l'objet de mesures pour assurer sa bonne éducation. À la fin de la première industrialisation, il apparaît important de repenser la main-d'œuvre et la division du travail. Les enfants sont alors écartés du marché du travail et une place croissante est donnée à l'École pour assurer des fonctions éducatives. Au-delà des intérêts économiques que représente l'éducation des enfants pour la nation, l'enjeu est également social, avec l'émergence, comme nous nous venons de l'expliquer, d'une pensée qui fait le lien entre l'enfant mal éduqué et le risque qu'il devienne dangereux. (Rollet, 2011, 2014).

### *2.1. La première intervention de l'État: éduquer à la place de la famille*

Les lois Ferry, celle du 16 juin 1881 établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques et celle du 28 mars 1882 portant sur l'organisation de l'enseignement primaire, vont permettre le repérage des enfants idiots, et sont une première introduction de l'État, par le biais de l'École, dans la sphère familiale et dans le processus de socialisation des enfants.

L'introduction de l'État dans la sphère familiale va aussi se jouer dans le rôle croissant qu'il entend donner aux mères (Rollet, 2014). Des lois pour la protection de la maternité vont venir renforcer le lien mère-enfant, telle la loi du 27 novembre 1909, dite loi Engerand, qui instaure un congé maternel de huit semaines sans rémunération et, par la suite, la loi du 12 juin 1913 dite loi Strauss, qui accorde sur quatre semaines de congé maternel une faible indemnité journalière (Dauphin, 2009).

Alors que l'autorité paternelle, héritage du droit romain, avait toujours été présentée comme garantissant l'ordre familial, elle est remise en cause sous la III<sup>e</sup> République. En conférant à l'École une obligation d'instruction pour tous et en plaçant les mères au cœur de l'éducation des enfants, ces mesures remettent en perspective la toute-puissance du rôle paternel dans l'éducation des enfants, tel qu'il

est défini par le Code civil en 1804. Le Code civil s'appuyait sur la pensée d'Aristote, selon qui l'enfant aurait une dette existentielle à l'égard de ses parents, et conférait au père tous les droits si l'enfant n'était pas obéissant (Lebovici et al. 1985 ; Youf, 2011, 2014).

Les lois du 24 juillet 1889, relative à la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés, et du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers des enfants, vont instituer la possibilité de déchéance des droits paternels. La loi de 1889 est la première qui porte son attention sur les enfants avec parents et non plus seulement sur les enfants abandonnés ou de mère célibataire. La loi de 1898 sera beaucoup plus répressive en désignant les parents violents, abusifs et/ou exploités comme de mauvaises familles, des parents indignes. Elle instituera une déchéance partielle des droits paternels (Pierre, 1999). En 1935, le droit de correction paternelle sera supprimé et la loi du 4 juin 1970 remplacera la puissance paternelle par l'autorité parentale partagée entre les parents.

À partir de la loi de 1898, l'éducation correctionnelle se transforme. Les mineurs sont de moins en moins confiés aux maisons de correction, jugées néfastes pour leur avenir. De nouveaux lieux s'ouvrent, comme les sociétés de patronage et des lieux orchestrés par l'Assistance publique. L'État prend moins en charge cette population par le biais de l'administration pénitentiaire et la confie à des sociétés privées ou à des organismes départementaux (Pierre, 1999). La création d'un juge spécialisé, le juge des enfants, a lieu en 1912, pour traiter de la délinquance des mineurs. Il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que l'enfant devienne être de droit après avoir été être de devoir (de Singly, 1996).

Les interventions sociales qui étaient pensées pour garantir l'ordre social vont de plus en plus se structurer sur des assises de protection de l'individu.

## *2.2. Les interventions qui pensent la séparation nécessaire*

Avec la création de la Sécurité sociale à la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'État devient responsable de la vie sociale et économique. Il doit agir pour prévenir les risques et les inégalités. De la logique d'assistance on passe à une logique d'assurance (Capul et al., 2010). L'enfant inadapté ne va plus seulement être reconnu comme représentant un risque de dangerosité, mais aussi comme pouvant être victime de danger.

S'appuyant sur la philosophie des Lumières, l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante rompt avec la conception que la peur de la sanction est suffisante pour prévenir le passage à l'acte. Son deuxième article affirme le primat de l'éducatif sur le répressif. L'enfant est vu comme un être immature, qui n'a pas le discernement pour exercer sa liberté, aussi peut-il être reconnu comme coupable mais non comme responsable pénalement de ses actes. Pour lui permettre d'atteindre la maturité, l'âge de raison, ses droits se doivent d'être spécifiques. Il doit bénéficier de protection et d'éducation. Le délinquant est autant victime qu'il est coupable. Il faut donc considérer l'enfant délinquant tout d'abord comme un enfant en danger qui a besoin d'être éduqué.

L'environnement familial inadéquat va être stigmatisé comme nocif pour le développement aussi bien physique que psychique de l'enfant. Les enfants qui grandissent dans des familles présentées comme nocives doivent alors être pris en charge par la justice. Ils représentent un enjeu dans la problématique croissante de la délinquance. Les enfants à qui leurs parents ne peuvent donner l'éducation appropriée doivent leur être retirés et confiés à l'État, dans une double perspective : la protection de l'enfant et, surtout, la volonté de régulation de l'ordre social qui risque d'être compromis par la délinquance juvénile.

Pour pallier la défaillance parentale, l'enfant sera retiré de son milieu puis placé. Cette séparation est jugée nécessaire pour éloigner l'enfant de son milieu, décrit comme incompetent et dangereux. De nombreux lieux vont s'ouvrir pour accueillir ces enfants. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'augmentation du

nombre des jeunes délinquants et des demandes de placement pour des enfants en danger pousse à la création de foyers pour l'enfance abandonnée (Josefsberg, 1997).

Le Guillant (1948) propose une approche dynamique de l'inadaptation. Selon lui, la construction d'internats est sous-tendue par la représentation de l'enfant comme ayant une nature perverse. Il faudrait alors le faire vivre à la dure, avec la notion latente de faute et de châtement. Pour que l'action qui est dite à cette époque de « réadaptation » soit bénéfique à l'enfant, il faut placer le sujet dans des conditions aussi proches que possible de la normale.

### *2.3. Les interventions qui accompagnent les familles dans leurs difficultés*

L'ordonnance de 1958 rompt avec la conception de la nécessité d'une rupture entre l'enfant et son milieu familial. Longtemps les professionnels de l'enfance ont travaillé contre la famille, avec l'idéologie du besoin de rééduquer l'enfant, là où les parents avaient échoué. Après 1958, l'un des buts des interventions sociales et familiales est d'aider et de conseiller la famille.

À partir des années 1970, une remise en cause du discours dominant commence à se faire entendre. Dans la lignée des travaux de Bourdieu et Passeron (1964, 1970), est dénoncée la dimension intrusive des mesures à l'égard de l'enfant et de sa famille. Donzelot (1977) et Deleuze (1990) vont critiquer les politiques comme celle de l'obligation de suivis médicaux lors de la grossesse et dénoncer l'assimilation entre dangerosité et famille pauvre. La séparation de l'enfant d'avec sa famille est dénoncée comme une tentative de moralisation et de normalisation de la classe ouvrière (Durning, 1999).

Cependant, il faut attendre les années 1980, après la popularisation des travaux des sociologues mentionnés plus haut, pour que les interventions sociales soient pensées comme un soutien matériel, psychologique et éducatif à l'adresse de l'enfant et aussi de sa famille. Dès 1972, le rapport Dupont-Fauville invite à transformer le modèle uniforme de la protection de l'enfance, centré sur le placement,

en un système d'interventions multiformes, puis le rapport Bianco-Lamy (1980) préconise de donner un rôle actif à la famille. Le placement ne doit plus être automatiquement recommandé et des interventions en milieu dit « ordinaire » ou « ouvert » doivent être pensées. La loi n° 84-422 du 6 juin 1984, relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut des pupilles de l'État, précise les modalités de la collaboration entre les professionnels et les parents d'enfants placés. Cette loi est un marqueur d'un passage d'une logique de séparation, pour faire face aux problèmes que représentent ces enfants, à une logique de maintien des liens, où législativement on cherche à impulser une collaboration des familles (Fablet, 2008).

La découverte des mauvais traitements envers les enfants à la fin des années 1980 est à l'origine de la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, qui a créé une nouvelle catégorie : les enfants maltraités. La représentation des parents va toutefois évoluer, en particulier avec la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) du 20 novembre 1989, qui insiste sur le lien qui peut être fait entre l'intérêt de l'enfant et l'importance de soutenir la fonction parentale. La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est un marqueur de la volonté de mettre fin à un contrôle social normatif et de mettre en place des interventions qui s'appuient sur l'idée de suppléance. On passe alors d'un modèle de placement, où l'intervention est centrée sur l'enfant, à des modèles diversifiés, où la famille et ses difficultés font l'objet d'une intervention.

Toutefois, d'après le dernier rapport annuel de l'ONED de 2015, 53% des mesures pour les mineurs sont des mesures de milieu ouvert. Si les mesures de placement ne sont plus majoritaires, elles restent nombreuses, malgré des travaux de recherche comme ceux de Myriam David (1995), qui déplore que dans la pratique la question de la séparation soit posée de manière binaire : faut-il rompre ou maintenir les liens de l'enfant avec sa famille ? S'affrontent une argumentation en faveur de la séparation présentée comme une mesure nécessaire pour protéger l'enfant contre les maltraitances et le danger qu'il encourt dans sa famille, et une contre-argumentation



qui s'oppose à une rupture famille-enfant en insistant sur les risques de traumatismes que peut entraîner une séparation, aussi bien pour l'enfant que pour ses parents. Le système français de protection de l'enfance oscille alors entre une perception du parent coupable et celle du parent victime, comme nous allons le présenter dans le premier chapitre de la partie suivante, en situant la place de la décision de l'équipe soignante dans le système de la protection de l'enfance.

---

## **Partie 3 - Les soignants et la décision de contacter les services de protection de l'enfance**

---

Le système d'action étudié dans cette recherche est la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Un système d'action, comme expliqué dans le chapitre 1, est limité par certaines contraintes. Pour comprendre ce système d'action, il nous était nécessaire d'identifier ces contraintes et leur poids dans l'action étudiée. Pour cela, il nous fallait mettre en lumière les logiques de rationalité des différents acteurs dans leurs relations et interactions entre eux. Dans notre recherche, la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance n'est jamais sans incidence sur l'enfant et sa famille, cependant cette décision leur est adressée de manière indirecte. Les premiers destinataires ne sont pas les bénéficiaires, mais ceux qui doivent participer à sa construction et mise en œuvre : les services de protection de l'enfance. Cette partie doit permettre d'identifier les caractéristiques, les « règles du jeu » (Crozier et Friedberg, 1977) qui structurent les relations et interactions entre les soignants de l'hôpital de jour et les services de protection de l'enfance. Ce sont ces règles du jeu qui conditionnent les stratégies des acteurs et définissent les modes de régulation. Pour définir ces règles du jeu, nous nous sommes appuyée sur une analyse du pouvoir à partir de son caractère relationnel. Nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure les soignants ont la possibilité d'agir sur les services de protection de l'enfance et vice versa.

Le processus décisionnel des soignants est contraint par les atouts, les ressources individuelles, économiques, sociales et culturelles que chaque partie a en sa possession. La décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance s'inscrit dans un système législatif qui régule le champ d'intervention, celui de la protection de l'enfance, et qui s'impose aux soignants. Aussi, nous avons dans un premier chapitre cherché à situer la décision des soignants dans ce système, c'est-à-dire à identifier la marge de liberté des soignants pour imposer leur décision ou

encore refuser ce qu'on leur demande de faire. Il est alors nécessaire de présenter ce système pour déterminer où s'y inscrit la décision des soignants et l'usage que les soignants en font.

Cette première étape nous a permis d'identifier une des sources de pouvoir de l'équipe soignante : le pouvoir de l'expert (Crozier et Friedberg, 1977), c'est-à-dire une compétence difficilement remplaçable. L'atout fort des soignants dans leurs relations avec les services de protection de l'enfance est celui de leurs connaissances sur le développement de l'enfant et sur les enjeux d'une mesure de séparation. Ces connaissances nous renseignent sur l'intention donnée par les soignants à leurs contacts et leurs échanges avec les services de protection de l'enfance. Nous avons alors cherché, dans un deuxième chapitre, à caractériser ces connaissances qui confèrent aux soignants une capacité stratégique que n'ont pas les services de protection de l'enfance.

Ces deux chapitres ont permis de définir l'intention des soignants quand ils prennent contact avec les services de protection de l'enfance. La relation entre soignants et services de protection de l'enfance s'établit parce que chaque partie poursuit un objectif commun. Les échanges entre ces parties sont de l'ordre d'une négociation où chacun cherche à imposer à l'autre sa volonté. Si chacun poursuit le même objectif, tous ne le formalisent pas nécessairement de la même manière. Le dernier chapitre de cette section identifie les logiques stratégiques de ces parties, c'est-à-dire la tentative des soignants d'obtenir des services de protection de l'enfance les comportements nécessaires à la réussite de leur projet, et les manœuvres des services de protection de l'enfance pour résister aux attentes des soignants.

## **Chapitre 7 : Prendre contact avec les services de protection de l'enfance : la décision des soignants dans le système de protection de l'enfance**

Une décision en protection de l'enfance est toujours prise dans des conditions d'incertitude. Faut-il séparer l'enfant de sa famille au risque de compromettre les liens familiaux ? Peut-on laisser l'enfant dans son environnement familial sans qu'il soit en situation de danger ? L'ensemble des acteurs accueillant des enfants – les équipes scolaires, les professionnels de l'animation, voire les clubs de prévention, la médecine générale et les équipes de santé mentale – peuvent être confrontés à une interrogation sur un possible « signalement ». Ce sont ces conditions d'incertitude qui ont poussé l'équipe de soignants à faire intervenir une chercheuse pour mieux comprendre ce qui les orientait vers une prise de contact avec les services de protection de l'enfance. Cette notion de « prise de contact avec les services de protection de l'enfance » en début de recherche était bien floue. À quoi faisait-elle référence ? Était-ce à une information préoccupante ? un signalement ? une préconisation de séparation ?

Nous avons cherché dans ce chapitre à définir quelle était l'intention derrière la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. La décision étudiée s'inscrit dans un système, celui de la protection de l'enfance, qui est régulé par un ensemble de facteurs que les théoriciens de la prise de décision nomment externes. Ces facteurs externes, les lois et les modalités d'intervention socio-éducative, structurent la politique de protection de l'enfance en France. Ils délimitent la marge de manœuvre des soignants dans leur décision et leur capacité de préconisation. L'objectif n'est pas ici de présenter en détail le système de la protection de l'enfance, mais de situer la décision étudiée et les stratégies des soignants dans ce cadrage administratif et juridique. Dans un premier temps, nous mettrons en perspective la pratique des soignants avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Dans un second temps, nous montrerons que la notion de l'intérêt de l'enfant qui tend à s'imposer pour définir le périmètre

d'intervention des mesures de la protection confère aux soignants une position d'expert.

## **1. Protection sociale et protection judiciaire : un passage régulé par la loi en accord avec la pratique des soignants**

La protection de l'enfance en France est un système complexe qui regroupe différentes institutions. Elle joue aussi bien un rôle de prévention et de soutien que de contrôle. Ce système est tutélaire, il s'organise autour de l'administratif et s'appuie sur une protection sociale et judiciaire que la loi du 5 mars 2007 avait pour objectif d'unifier.

### *1.1. Protection administrative et protection judiciaire*

Avant la loi du 5 mars 2007, le décret du 7 janvier 1959 modifiant et complétant le code de la famille et de l'aide sociale (CASF), en ce qui concerne la protection de l'enfance, définissait à partir du critère de risque de danger et sur la base de l'accord des familles le cadre de la protection administrative. Cette protection administrative est orchestrée par l'aide sociale à l'enfance (ASE). L'ASE est une administration départementale placée sous l'autorité du président du Conseil départemental depuis la loi de décentralisation de 1984. D'après l'article L.221-1 du code de l'action sociale et des familles, l'ASE a pour fonction :

(1) un « soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés, et aux majeurs âgés de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre »,

(2) un rôle d'organisation « dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, [d']actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles »,

(3) de « mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs visés (...) en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal », et

(4) de « pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ».

Pour remplir ces fonctions, elle s'appuie selon les départements sur différents services publics ou associatifs.

L'article 2 du décret du 7 janvier 1959, stipulant que « la DDASS<sup>16</sup> intervient auprès de l'autorité judiciaire en signalant, soit au procureur de la République soit au juge des enfants, les cas qui apparaissent relever des articles 375 à 375-8 du Code civil », donne à la DDASS la *faculté* de signalement. La loi du 10 juillet 1989 relative à la protection de l'enfance maltraitée a pour principal objet de préciser les modalités de signalement des mauvais traitements. Le signalement est rendu *obligatoire* et ne confère plus seulement une faculté, à toute personne ayant connaissance de mauvais traitements, de prévenir les autorités judiciaires ou administratives. La protection administrative acquiert une nouvelle fonction : celle du recueil des signalements. L'autorité administrative saisie est alors habilitée à décider, par contractualisation avec les familles, de mesures en milieu ouvert, comme des aides aussi bien financières qu'éducatives, ou bien de proposer un placement provisoire (Lherbier-Malbranque, 2000).

En parallèle avec l'assistance éducative administrative, l'assistance éducative judiciaire est une modalité de contrôle de l'autorité parentale. Son autorité judiciaire est personnifiée par le juge des enfants. Ce dernier est en charge de la protection de l'enfance en danger et de la répression des mineurs délinquants. Il a pour mission la mise en œuvre des mesures d'assistance éducative si, d'après l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son

---

<sup>16</sup> DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales – administration qui intervenait avant 2010 dans le champ des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires.

éducation sont gravement compromises » (Sellenet, 2010). Si le juge des enfants doit chercher l'adhésion des familles, il peut ordonner des mesures avec le concours de la force publique. La frontière entre la protection sociale et l'intervention judiciaire a longtemps été définie par la distinction entre risque de danger et danger avéré. Cependant, à partir des années 1980, la justice va être massivement sollicitée au nom de l'intérêt de l'enfant sur le fondement de risque de danger (Chamboncel-Saligue, 2010).

### *1.2. Une protection unifiée par la loi du 5 mars 2007*

La loi du 5 mars 2007 a cherché à unifier les niveaux d'intervention multiples à partir d'une nouvelle articulation des réponses. Le passage de la protection sociale à la protection judiciaire ne s'opère plus seulement en fonction de la notion de danger mais aussi de la capacité de la protection sociale (les services départementaux) à remédier à la situation de l'enfant et de sa famille qui pose question.

Avec la création des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) gérées par le Conseil départemental, la loi place le président du Conseil départemental comme chef de file de la protection de l'enfance. Les départements acquièrent la responsabilité de recueillir, traiter et orienter l'ensemble des informations préoccupantes. Les services sociaux des départements deviennent les premiers destinataires de toute information qui questionne une situation de risque de danger pour l'enfant. Une information préoccupante peut aussi bien faire référence à une demande volontaire de la famille auprès d'un service social qu'à un rapport d'une assistante sociale scolaire sollicitant une prise en charge par la protection de l'enfance (Chamboncel-Saligue, 2009). La création des cellules a été faite pour ne pas banaliser la réponse judiciaire et désengorger les parquets. Le terme « information préoccupante » proposé par l'ONED en 2005 et 2006 a été choisi pour réserver le terme « signalement » à la saisine du procureur de la République. Il devient un terme juridique avec la loi du 5 mars 2007 (Chamboncel-Saligue, 2010). Certains, comme Verdier (2009), reprochent à cette loi de restreindre le rôle du juge des enfants.

Dans ce schéma, toute information préoccupante passe dans un premier temps par la cellule du département qui en détermine la suite. La transmission au parquet s'opère si le mineur est en danger au sens de l'article 375 du Code civil<sup>17</sup> et si une action de la protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation, ou ne peut se mettre en place en raison du refus de la famille ou de son impossibilité à collaborer, ou encore s'il est impossible d'évaluer la situation. Cependant, l'article 12 de la loi du 5 mars 2007 modifiant l'article L.226-4 du CASF maintient au service public une faculté d'aviser directement le procureur de la République. Cette faculté exceptionnelle est liée à la gravité de la situation. Le signalement judiciaire est adressé au procureur de la République qui peut soit classer sans suite, soit mettre en place une enquête, soit saisir le juge des enfants et doit informer le président du Conseil général des suites données.

### *1.3. La décision des soignants dans le système de la protection de l'enfance*

Les échanges informels et les réunions de synthèse nous ont permis de comprendre l'intention donnée par les soignants à la décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Prendre contact avec les services de protection de l'enfance regroupe pour les soignants aussi bien l'acte de signalement, comme les autorise le code de l'action sociale et des familles, que celui de préconisation de séparation.

Lors d'une première rencontre avec le binôme de direction, il a pu être dit : « S'il y a un signalement, sans placement, notre prise en charge s'arrête ». « Le signalement doit représenter une meilleure mesure pour l'enfant ». La prise en charge de l'hôpital de jour étant intensive, les enfants y sont accueillis tous les jours après l'école ; prendre contact avec les services de protection de l'enfance ne peut être synonyme que d'une mesure « extrême », selon le terme employé par la directrice. Le signalement désigne pour les soignants une décision qui doit aboutir à la préparation

---

<sup>17</sup> « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».



d'une séparation entre l'enfant et son environnement familial. Dans une lettre adressée au juge des enfants, le médecin-directeur écrit : « Nous atteignons notre limite, une structure ambulatoire comme l'USIS ne peut offrir à cet enfant la continuité nécessaire (...). Il nous paraîtrait souhaitable d'envisager une séparation de l'enfant de ses parents (...) ».

La prise en charge de l'hôpital de jour ne s'inscrit pas légalement dans une mesure de protection de l'enfance. Elle n'est pas gérée par l'ASE, ni ordonnée par un juge des enfants. Néanmoins, ses missions ne sont pas éloignées d'une mesure de protection en milieu ouvert. Le recours à la préconisation d'une séparation s'inscrit dans les principes de la loi du 5 mars 2007. Les soignants de l'hôpital de jour décident d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance quand un travail avec la famille n'est plus ou n'a pas été possible.

### 1.3.1. La situation d'Eva

Eva est âgée de 10 ans quand les soignants posent la question en équipe d'un contact avec les services de protection de l'enfance. La situation a déjà fait l'objet de nombreux échanges en réunion de synthèse. Le premier événement qui a conduit les soignants à envisager un échange avec les services de protection de l'enfance fait suite au rapt de l'enfant par le beau-père, M. F. Mme F., la mère d'Eva, un soir a agressé M. F. au couteau. Ce dernier a alors fui le domicile familial en prenant Eva avec lui. Eva a alors été déscolarisée plus d'une semaine et n'est pas non plus venue à l'USIS. Suite à ces absences, les soignants-référents de l'enfant ont téléphoné à la mère, qui a évoqué l'agression. Les soignants-référents et le binôme de direction, grâce à différentes interventions téléphoniques auprès de l'école, de la mère et du beau-père, ont permis de remédier à la situation. Ce travail en collaboration avec l'école avait permis la rescolarisation d'Eva et la reprise des soins.

La question d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance a été de nouveau posée quand la mère n'a pas accompagné Eva à plusieurs rendez-vous pour lui faire passer un bilan psychologique. Bilan psychologique

essentiel pour les soignants, afin d'étudier son orientation scolaire en IME<sup>18</sup> ou en ULIS<sup>19</sup>.

Un des arguments mis en avant en réunion de synthèse pour prendre contact avec les services de protection de l'enfance par les soignants est leur difficulté à être au clair sur ce qui se passe au domicile familial. Eva, une fois, a été malade avec de la fièvre et a alors passé la journée seule chez elle. La mère n'a jamais donné la même version sur la garde et les soins. Parfois Eva était seule chez elle avec du doliprane, d'autres fois c'était la voisine qui s'en occupait. La confusion dans le discours de la mère inquiète les soignants. Les soignants-référents expriment leur difficulté à travailler avec la mère. En équipe il est demandé : « Est-ce qu'Eva ne serait pas mieux en dehors de chez elle ? » La directrice reprend : « On n'a pas cru à la maltraitance, à la négligence que racontait le beau-père ». La psychotérapeute affirme que la mère peut être violente psychologique. Elle est très acerbe par rapport au poids de l'enfant et peut lui dire qu'elle « pue ». La mère est décrite comme étant dans une volonté de tout contenir, ne montrant aucun affect. D'après l'équipe, l'enfant répond au sadisme de la mère en se « merdisant ».

Eva et sa mère éprouvent ce que Myriam David (1989) nomme une « intolérance mutuelle manifeste ». L'intolérance d'Eva se traduit par des troubles de la sphère instinctuelle, comme des troubles de l'alimentation, et par une détérioration de son hygiène personnelle, avec une négligence de son apparence qui s'inscrit dans une structure pathologique de sa personnalité. Lors des séances de groupe, Eva, dans une forme de séduction, se sacrifie pour les autres enfants. Elle a tendance à donner tout ce que lui demandent les autres enfants. Lors d'une séance de Lego, elle trouve une pièce du jeu rare, qui fait envie aux autres enfants. Tout de suite, elle la propose à un autre. La mère d'Eva résiste mal à l'image que lui renvoie sa fille et se sent en danger de ne pouvoir tout maîtriser. Les soignants expriment leur difficulté à accompagner la mère dans un changement de ses pratiques parentales. L'équipe doute

---

<sup>18</sup> IME : Institut médico-éducatif – lieu de soin accueillant des enfants et des adolescents atteints de déficience intellectuelle pour leur dispenser une éducation et des enseignements spécialisés.

<sup>19</sup> ULIS : Unité localisée pour l'insertion scolaire – dispositif d'accueil en milieu scolaire ordinaire d'enfants avec un handicap mental.

des apports d'une AEMO<sup>20</sup>. Pour les soignants, le contact avec les services de protection de l'enfance, s'il est pris, doit aboutir à une séparation mère-enfant.

### 1.3.2. Essayer de remédier à la situation de danger avant de séparer

D'après la directrice, lors d'un échange informel, « tous les enfants de l'USIS sont plaçables », mais « la mission est de ne pas aboutir à cet extrême ». Prendre contact avec les services de la protection de l'enfance n'est pas associé au besoin d'informer d'une situation préoccupante, d'un danger ou d'un risque de danger. La présence de l'enfant au sein de l'hôpital de jour caractérise la qualité préoccupante de la situation<sup>21</sup>. Dans le cas d'Eva, la première alarme avec le rapt de l'enfant par le beau-père ne conduit pas à une prise de contact avec les services de protection de l'enfance. L'équipe, par un travail d'élaboration avec la mère et l'école sur le danger que représentent la déscolarisation et l'arrêt des soins, parvient à remédier à la situation. Une mesure AEMO est pour eux difficilement envisageable. Les soignants-référents reçoivent déjà régulièrement la mère et le beau-père pour leur permettre une élaboration de la situation au domicile familial. Une mesure de protection de l'enfance, pour les soignants, doit apporter plus qu'un suivi en milieu ouvert, similaire à leur propre pratique et moins intensif. Prendre contact avec les services de protection fait alors référence à une préconisation de séparation<sup>22</sup>.

La prise de contact avec les services de protection de l'enfance, pour les soignants, doit se comprendre comme un acte de signalement qui préconise une séparation parents-enfant. Cette préconisation amène à questionner la légitimité de la

---

<sup>20</sup> Nous expliciterons les réticences des soignants face aux mesures de protection de l'enfance dans le chapitre 9.

<sup>21</sup> Nous reviendrons en détail dans le chapitre 10 sur l'impact des facteurs de cas dans la décision des soignants.

<sup>22</sup> Si la prise de contact avec les services de protection de l'enfance est le plus souvent synonyme pour les soignants d'une préconisation de séparation, on s'est demandé si le vocable qui devait être employé était celui de « placement » ou de « séparation ». Le choix du vocable « séparation » a été fait à partir des représentations des soignants. Pour ces derniers, ce n'est pas le déplacement vers un autre lieu de vie qui est au cœur de la prise de décision mais le besoin de mettre à distance, aussi bien physiquement que psychologiquement, la famille et l'enfant, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

parole des soignants. Il apparaît qu'en désignant l'intérêt de l'enfant comme une considération primordiale dans la prise de décision des juges des enfants, les lois en protection de l'enfance depuis 1989 incitent à la construction d'une évaluation des situations et au recours à l'expertise psychologique.

## **2. Intérêt de l'enfant : enjeux d'évaluation-diagnostic et de recours à l'expertise psychologique**

La protection de l'enfance en France peut être définie comme un soutien contraint qui s'articule entre accompagnement-contrôle et répression-prévention. Pour décider de la mise en place d'une mesure, les professionnels s'appuient, depuis son introduction dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), sur la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant.

### *2.1. L'intérêt de l'enfant dans le droit*

Certains (Sellenet, 2007, 2010 ; Robin, 2009) décrivent la législation de protection de l'enfance comme s'appuyant sur une vision familialiste de la protection sociale. L'action sociale est centrée sur les familles et non sur l'individu. L'individu n'est pas compris comme une entité à part entière mais comme un élément qui appartient à une unité. Dans cette vision holiste, la reconnaissance de droits individuels peut être perçue comme une menace pour l'ordre social et politique (Robin, 2009). L'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 met en avant l'intérêt supérieur de l'enfant, intérêt présenté certes comme une considération primordiale mais qui ne doit pas seulement être pris en compte (Verdier, 2009). L'enfant n'y est pas individualisé à l'extrême, il est un membre de sa famille et de sa communauté.

Toute mesure de protection de l'enfance met en tension le droit des familles à l'intimité et l'intérêt de l'enfant (Gabel, 2006). L'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales insiste sur le droit à la vie familiale en affirmant que l'ingérence de l'État n'est légitime que si nécessaire.

L'article 3 de cette même Convention interdit tous traitements inhumains ou dégradants. Décider une mesure de protection de l'enfance, et en particulier une séparation, met en tension ce droit à la vie familiale et cette obligation de protection pour l'État. La Cour européenne des droits de l'homme a statué que le placement n'est pas une atteinte excessive au droit au respect de la vie familiale si la mesure est adéquate pour préserver l'intérêt de l'enfant.

Sellenet (2007) dénonce toutefois l'aide sociale comme une tendance paternaliste qui se centre sur les parents et leurs compétences. La loi du 5 mars 2007, dans cette tendance, s'inscrit à partir de l'autorité parentale. D'après l'article L.112-3 du CASF (dans la loi du 5 mars 2007 avant qu'il ne soit modifié par la loi du 14 mars 2016), « la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ».

Pourtant, ces dernières décennies, la notion de l'intérêt de l'enfant tend à s'imposer comme une référence normative sur laquelle le juge peut s'appuyer pour fonder un arbitrage entre deux revendications ou pour restreindre l'exercice d'un droit. Dès la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, il est défini l'obligation pour le juge de se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant. La loi du 5 mars 2007 va plus loin et précise que toute action réalisée dans le cadre de la protection de l'enfance doit être guidée par « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits » (art. L.112-4 du CASF). La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant renforce certains principes de celle du 7 mars 2007. L'article 1 place l'enfant au centre de l'intervention et les parents en second dans le cadre d'actions de prévention : « La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents (...) » (art. L.112-3 du CASF). Dans

ces deux lois, l'intérêt de l'enfant n'est pas défini mais caractérisé par le concept de développement de l'enfant.

Dans certaines situations, les contours de l'intérêt de l'enfant peuvent être contradictoires et ambigus (Robin, 2009 ; Verdier, 2009). Dumortier explique (2013, p. 10) : « En cas de conflits de droits entre une mère et son enfant par exemple, l'intérêt de l'enfant entendu juridiquement peut aussi bien être mobilisé au fondement d'une reconnaissance d'un droit de l'enfant ou au contraire de celui de la femme ». La loi du 5 mars 2007 préconise un choix d'accueil facilitant l'exercice du droit de visite, mais donne aussi la possibilité de cacher le lieu d'accueil aux parents. La préconisation du maintien des visites par la famille peut être invalidée au nom de l'intérêt de l'enfant. D'après Robin (2009, p. 121), « l'intérêt de l'enfant peut être utilisé comme une notion magique qui permettrait de justifier tous les positionnements sans avoir à les argumenter ». Cette notion insaisissable nécessite le recours à l'évaluation-diagnostic pour déterminer cet intérêt (Dumortier, 2013) et à l'expertise d'intervenants spécialistes du concept de développement de l'enfant, comme les soignants de l'hôpital de jour.

## *2.2. Caractériser intérêt et développement de l'enfant : importance d'une expertise pluridisciplinaire*

Dès le début des années 2000, de nombreux rapports (Naves, 2003 ; Louis de Broissia, 2005 ; Bloche-Pécresse, 2006) soulignent insuffisances et manques dans le travail d'évaluation en protection de l'enfance. À la même époque, des affaires fortement médiatisées comme celle d'Outreau viennent révéler au grand public les failles en matière d'évaluation des situations. En écho à ces préoccupations, la loi du 5 mars 2007 définit l'évaluation des situations des enfants comme un préalable à toute délivrance de prestation sociale. La loi du 14 mars 2016 entérine les démarches d'évaluation en insistant sur le besoin de formation. Cette loi place l'enfant au centre de l'intervention et insiste sur l'importance de l'évaluation des besoins de l'enfant, avec le projet personnalisé de l'enfant (PPE) comme outil d'accompagnement du

mineur, qui doit permettre le développement de l'enfant dans ses différentes dimensions (ONPE, 2016).

La démarche d'évaluation-diagnostic doit permettre aux professionnels de faire des choix à partir d'une mise en perspective du respect de la vie privée et du devoir de protection (Robin, 2012). Elle est présentée par ses défenseurs comme un garant de l'intervention. Les chercheurs (Boutanquoi, 2008) et les travailleurs sociaux qui défendent la rationalisation de l'évaluation insistent sur le besoin de références communes pour que sa conduite soit rigoureuse et objective. Pourtant, comme le démontre Robin (2009), si l'évaluation-diagnostic doit améliorer les orientations, la qualité des prises en charge et la démocratisation des décisions, elle est souvent crainte pour ses potentielles dimensions de contrôle et d'étiquetage et de remise en cause du savoir-faire des professionnels.

L'hôpital de jour, dans une approche psychanalytique et psychodynamique de l'individu, ne veut pas réduire ce dernier à des catégories. La directrice de l'hôpital de jour explique, par rapport aux attendus de notre recherche doctorale, que l'équipe souhaite réfléchir à la manière dont elle est amenée à penser à un signalement, mais qu'elle ne veut pas construire un outil d'évaluation-diagnostic peu en adéquation avec sa pratique. La construction d'un instrument de mesure est perçue comme réductrice de l'humain. La subjectivité de la relation soignants-enfants, soignants-parents et parents-enfants ne peut pas être mesurée et doit être pensée dans un processus dynamique et non dans un état figé<sup>23</sup>.

Dans cette opposition binaire, les travaux de Robin (2009) ont ouvert la porte à une troisième voie qui présente l'évaluation comme une méthode permettant de poser la réflexion sur les raisons de la présence des intervenants sociaux et de construire une certaine réflexivité sur la pratique. Le débat sur l'évaluation-diagnostic met en tension les savoirs profanes, experts, sociaux, médicaux, cliniques. La reconnaissance de ces savoirs comme légitimes est un enjeu de pouvoir pour les

---

<sup>23</sup> Nous avons expliqué, dans le chapitre 5, le refus des soignants de catégoriser l'enfant par rapport à ses troubles. Nous détaillerons dans le chapitre suivant l'importance de préparer une mesure de séparation en la personnalisant et non pas en cherchant à faire rentrer dans une case l'enfant et sa famille.

acteurs participant à l'évaluation d'une situation. Savoirs qui, comme nous le montrerons dans les chapitres suivants, sont une des sources de pouvoir des soignants pour imposer leur volonté aux services de protection de l'enfance.

La loi du 14 mars 2016 insiste sur la nécessité d'une approche plurielle de l'évaluation-diagnostic. Elle met en avant l'importance de la constitution d'équipes pluridisciplinaires. Pour définir l'intérêt de l'enfant, le juge des enfants, dans une situation de signalement, doit recourir à des expertises. Verdier argumente (2009, p. 90) : « Le juge est indépendant, mais il dépend de l'administration pour ses informations et il a besoin d'elle pour les faire exécuter ».

Les soignants de l'hôpital de jour peuvent être placés dans un rôle d'experts par les magistrats. Dans les premiers mois de notre observation participante, le médecin-directeur a été sollicité par un juge des peines pour établir un historique psychologique d'un enfant maintenant majeur qui avait été accueilli au sein de l'hôpital de jour. Le médecin-directeur n'a pas connu l'enfant, toutefois, à partir du dossier archivé de l'enfant, il a rendu compte au juge du fonctionnement psychique de l'enfant lors de sa présence à l'hôpital de jour.

Le juge n'est pas le seul à avoir recours aux discours experts des soignants. Les travailleurs sociaux peuvent les solliciter pour enrichir leur compréhension de la situation familiale et de l'enfant. Les échanges entre soignants et équipes éducatives doivent permettre de mieux comprendre l'historique de l'enfant, de sa famille et de son comportement.

En novembre 2011, les soignants sont contactés par une équipe intervenant dans le champ de la protection de l'enfance qui accueille des jeunes en appartement en présence d'éducateurs spécialisés et de psychologues. L'équipe éducative a fait le lien avec l'hôpital de jour parce qu'un de leurs psychologues a précédemment travaillé à l'USIS. Elle est alors invitée à l'USIS lors d'une réunion de synthèse. Lors de cette rencontre, les soignants retracent le parcours de l'enfant concerné pendant son accueil à l'hôpital de jour. Bastien y est arrivé en 2001. Sa mère est marocaine, son père martiniquais. Les soignants ont cherché à travailler avec le père, même si ce



dernier n'a quasiment pas vécu avec l'enfant. Les soignants ont le sentiment d'avoir été instrumentalisés par la mère. Un premier signalement a été fait par l'école quand l'enfant était en CP<sup>24</sup>. Il fait suite à une mise en scène de suicide de l'enfant à son domicile que la mère vient raconter. Le juge des enfants a alors ordonné une IOE puis une AEMO. Quand l'enfant entre dans la préadolescence, les soignants s'interrogent sur la nécessité d'une séparation. « Il a toujours été l'objet de sa mère », explique un soignant. Un premier placement a lieu mais la mère kidnappe l'enfant. L'hôpital de jour essaye de réorganiser une séparation, mais entre-temps l'ASE place l'enfant en foyer d'urgence où il restera de février à mai 2009. Il sera par la suite placé en dehors de Paris.

Le recours à l'expertise des soignants peut aussi permettre aux équipes éducatives une prise de distance et une mise en perspective de certaines situations.

Au mois de mars 2012, une éducatrice spécialisée, qui s'occupe de la mesure AED<sup>25</sup> de Marcel, pris en charge à l'hôpital de jour, a demandé à participer à la réunion de synthèse. Elle y assiste sur son temps personnel. Elle souhaite échanger avec l'équipe sur la situation de Marcel. Selon elle, la situation de dangerosité de l'enfant est de plus en plus palpable. Elle reproche à la famille de trop s'appuyer sur les aides qui lui sont proposées : « On [l'équipe AED] s'interroge sur le bien-fondé de cette AED ». « J'ai l'impression que Madame est de plus en plus dans une demande de faire à la place de... ». « On n'est pas là pour suppléer mais pour accompagner ». « La mission AED est mise à mal par des parents qui ont du mal à s'engager, à coopérer ». L'éducatrice se demande si un signalement ne devrait pas être fait. D'après elle, l'intervention d'un juge des enfants devrait « impulser chez la famille une obligation d'action ». L'équipe soignante explique ne pas comprendre la nécessité de passer par le juge pour mettre en place une mesure AEMO, décrite comme contraignante. La proposition est faite d'organiser un rendez-vous à l'ASE pour

---

<sup>24</sup> CP : classe préparatoire – première classe de l'école élémentaire française. L'enfant est âgé entre 5 et 6 ans.

<sup>25</sup> Aide éducative à domicile: Mesure administrative qui vise à aider et conseiller les familles dans leur rôle. Elle s'exerce à la demande des parents ou sur proposition des travailleurs sociaux avec l'accord des parents.

replacer le contexte de l'AED. Après le départ de l'éducatrice spécialisée, le médecin-directeur et un thérapeute soulèvent le problème du découragement des professionnels. L'équipe soignante a le sentiment que cette éducatrice avait besoin de « verser quelque part son mal-être », pour pouvoir construire une autre image de la famille et envisager le travail possible avec cette dernière.

Les juges des enfants ou encore les équipes éducatives recherchent dans l'expertise des soignants des informations pouvant les accompagner dans leur pratique. Dans une recherche auprès d'un service AEMO conduite avec P. Durning (2010), nous avons interrogé la possibilité que la décision du juge soit le produit d'une consultation dans la définition qu'en fait Touzard (2006). Touzard explicite trois termes qui renvoient au processus de décision collective : la consultation, la concertation et la négociation. Il définit la consultation comme un recueil d'avis, d'opinions d'acteurs avant une prise de décision. Dans le cadre d'une AEMO, quand une mesure arrive à échéance, les travailleurs sociaux se doivent de communiquer un écrit au juge. Si le magistrat est seul décideur de la suite à donner à une mesure, sa prise de décision s'appuie sur les informations et préconisations du service d'AEMO. Nous avons observé une relation significative entre les préconisations de l'équipe et la décision du magistrat ( $\chi^2(2, N=91) = 77,704, p < .001$ ). Sur les 91 décisions étudiées, les préconisations de l'équipe et la décision du magistrat sont différentes à seulement sept reprises. Un magistrat n'est pas lié aux rapports d'expertise, mais le poids de ces derniers est important dans sa décision.

### **3. Le point de vue des soignants sur la protection judiciaire**

Le juge des enfants peut avoir recours à l'expertise des soignants pour étayer sa connaissance de la situation de l'enfant et de sa famille. Les soignants peuvent à leur tour faire appel au juge des enfants, non pas dans une première intention pour les mesures qu'il peut ordonner nous avons vu leur perplexité quant à la nécessité de passer à une mesure judiciaire dans la situation de Marcel mais parce qu'il symbolise une figure d'autorité et de médiateur pour l'enfant et sa famille.

### *3.1. Le juge des enfants dans le système de la protection de l'enfance*

Depuis la loi du 5 mars 2007 et l'unification du système de protection de l'enfance, quand un signalement est fait à la justice, toute situation a déjà fait l'objet d'une évaluation-diagnostic. Le signalement est adressé au procureur de la République qui a alors trois possibilités : classer sans suite, mettre en place une enquête, ou saisir le juge des enfants. Le juge des enfants a une compétence au pénal sur les questions de délinquance et au civil sur les questions d'assistance éducative. Avant de prendre une décision, la justice dispose de trois formes possibles d'évaluation : une enquête par la gendarmerie ou la police, une enquête sociale réalisée par un service éducatif missionné par le tribunal, ou une mesure judiciaire d'investigation éducative (MIJE<sup>26</sup>) ordonnée par le juge qui mandate un organisme privé ou public.

Grevot (2001, p. 57) rappelle que le juge des enfants a un rôle pour « non pas arbitrer les conflits entre familles et institutions en charge de la protection des mineurs mais pour substituer la conscience et la volonté collectives aux consciences et volontés individuelles pour déterminer les prérogatives et droits subjectifs de chacun ». Cependant, d'après Verdier (2009), le juge des enfants n'est pas un arbitre neutre entre les demandes des travailleurs sociaux et celles des familles. Il joue un rôle visant à rendre possible l'action auprès des familles. Dans certaines situations, les intervenants sociaux ont recours au judiciaire pour appuyer leur travail. L'éducatrice en charge de l'AED de Marcel remet en cause la pertinence d'une mesure administrative et souhaite une mesure judiciaire pour, avec l'intervention du juge des enfants, contraindre la famille à coopérer. L'article L.226-4 du CASF explique que le président du Conseil départemental doit aviser le procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants quand « [les actions] ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à

---

<sup>26</sup> La MJIE se substitue, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, à l'enquête sociale (ES) et à la mesure d'investigation et d'orientation éducative (IOE). Dans le discours des soignants, on ne s'étonnera pas de voir apparaître le terme IOE plus fréquemment que celui de MJIE.

l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service ».

### *3.2. Le juge des enfants : figure d'autorité et de tiers*

Le juge des enfants est perçu comme une figure d'autorité et un médiateur par les soignants. D'après le médecin-directeur, l'hôpital de jour ne peut pas être juge et partie. L'équipe soignante ne peut pas toujours expliquer à une famille que l'enfant a besoin de soins et que les soins dont il a besoin sont ceux proposés par l'hôpital de jour. Le juge des enfants peut parfois jouer un rôle de tiers entre l'équipe soignante et la famille pour légitimer la prise en charge de l'hôpital de jour.

#### 3.2.1. Le rôle de tiers du juge des enfants : la situation de Sylvain

En septembre 2011, une rencontre partenariale est organisée pour Sylvain dans les locaux du service social polyvalent du quartier. Une assistante sociale scolaire, une assistante sociale polyvalente, une responsable du service scolaire ainsi que le médecin-directeur de l'hôpital de jour, un soignant-référent et moi-même sont présents à cette réunion. La réunion a été organisée à la demande de l'assistante sociale scolaire qui a constaté une brûlure sur l'enfant avec « une histoire de l'enfant qui tient plus ou moins la route et qui est assez confuse ». En début de réunion, les représentants de l'entité scolaire reviennent sur la situation de l'enfant. Il est précisé que, jusqu'en 2009, la famille a fait l'objet d'une mesure d'AEMO. L'AEMO avait pu faire le constat des problèmes entre l'école et l'enfant, et la mère et l'école. À la fin de l'année scolaire 2011, Sylvain lors d'un passage à l'acte vole le portefeuille d'une maîtresse. L'assistance sociale polyvalente prend ensuite la parole et explique que sa première rencontre avec la famille a été structurée autour d'un problème de logement. Après le constat par l'assistante sociale scolaire de maltraitances en début d'année 2011, l'assistante sociale polyvalente s'est inquiétée des deux enfants en bas âge et a organisé une prise en charge PMI. Dans un troisième temps, les soignants de l'hôpital de jour prennent la parole et présentent l'enfant comme un garçon qui demande de

l'aide. L'accélération de son comportement depuis une année est comprise comme étant en lien avec les questions scolaires et l'orientation en sixième. La mère est décrite comme ayant besoin d'être « apprivoisée ». Elle est capable de manifester une grande violence verbale qui peut mettre mal à l'aise. Le médecin-directeur joue alors de son statut de représentant du monde médical pour interpréter ce que tout le monde a vu, la brûlure, et déterminer ce que le symptôme dit de la situation : une brûlure appuyée mais pas agressive. Les soignants proposent d'aider la mère à écrire une lettre au juge des enfants pour une demande d'assistance éducative. Elle a en effet évoqué cette possibilité lors de sa dernière rencontre avec les deux soignants-référents de Sylvain. L'ensemble des partenaires s'accordent pour astreindre l'équipe soignante à accompagner la mère dans le projet de prise de contact avec le juge des enfants. Le problème de l'orientation scolaire de Sylvain est présenté comme une opportunité pour travailler avec la mère une possible orientation en ITEP<sup>27</sup> avec internat. Les équipes éducatives, selon les soignants, doivent jouer un rôle de tiers entre l'équipe soignante, qui est pour la mère de Sylvain le bon objet, et l'équipe scolaire, qui est le mauvais objet. Les soignants soutiennent une mesure judiciaire. L'intervention d'un juge des enfants permettra de décharger l'école et l'hôpital de jour sur les services de la protection de l'enfance et facilitera la préparation d'une séparation mère-enfant par le biais de l'ITEP avec internat.

Le juge des enfants joue un rôle de tiers qui endosse la responsabilité des décisions et en décharge l'hôpital de jour. Avec l'intervention du juge des enfants, les soignants ne sont pas dans une position de rivalité avec les parents. À partir de l'alliance thérapeutique, au lieu d'agir les fantasmes et angoisses de la mère et de l'enfant, les soignants peuvent les repérer et préparer la séparation.

---

<sup>27</sup> ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – structure médico-sociale qui accueille des enfants et des adolescents avec des troubles psychologiques qui entravent leur socialisation et leur accès aux apprentissages scolaires.

### 3.2.2. Un représentant de la loi : les situations d'Eva et de Marcel

Plus haut dans ce chapitre, nous avons détaillé la situation d'Eva. Les soignants-référents ne parvenant pas à travailler avec sa mère, l'équipe envisage un contact avec les services de protection de l'enfance. Les soignants sont aussi interpellés par la confusion que créent la mère et le beau-père sur le statut de ce dernier. La mère et le beau-père ne seraient pas explicites avec Eva sur les relations de filiation qui la lient à ce beau-père. Le manque de clarté sur ce statut peut nuire à la construction identitaire d'Eva. Les soignants pensent nécessaire un travail de guidance avec les « parents », individuellement ou peut-être en couple. L'intervention d'une mesure judiciaire pourrait être profitable pour « replacer les parents dans le cadre de la loi ».

Nous avons aussi, dans ce chapitre, détaillé une rencontre entre les soignants et l'éducatrice AED de Marcel. La position de l'équipe soignante, réfractaire à l'intervention d'un juge des enfants, quelques mois après cette rencontre ne l'est plus. Marcel, aussi bien à l'USIS que dans la rue, a de plus en plus un comportement de petit chef. Les soignants ont dû confronter l'enfant et sa famille au sujet d'un vol de vélo. Le père a présenté cet événement non pas comme un vol mais comme un « emprunt ». La posture du père qui minimise la gravité des actions de Marcel inquiète l'équipe. À l'USIS, Marcel rackette les plus petits, pour des bonbons, peut-être même de l'argent. Il organise une petite armée avec certains enfants qui sont ses petits soldats. Suite au vol du vélo, ses soignants-référents l'ont reçu seul pendant que les autres enfants de son groupe commençaient la deuxième partie. Il s'est alors effondré.

Marcel n'a aucune figure d'autorité sur laquelle s'appuyer et se construire. Le père ne joue pas ce rôle. Marcel a longtemps été l'objet de nombreux espoirs pour lui. Il devait être celui parmi ses enfants qui réussit à l'école, à s'insérer socialement. Le père de Marcel pouvait montrer un attachement fort à son fils, ce qui a masqué des affects de haine refoulés. Marcel, ne répondant pas aux attentes du père, devient une

source de frustrations et d'insatisfactions. Face à la déception, à l'image négative que lui renvoie son fils, le père est dans une forme d'abandon (David, 1989). Marcel pour se construire a besoin de cadre et de contenant, l'équipe soignante face aux passages à l'acte de Marcel pense à une mesure judiciaire en plus des soins. Marcel a besoin d'un lieu contenant pour ne pas avoir recours à l'agressivité. « S'il est laissé dans le vide, il peut s'orienter vers la délinquance », explique le médecin-directeur. Dans une première étape, le juge des enfants doit incarner pour l'enfant cette figure d'autorité dont il a besoin pour se sentir contenu et ne pas développer des comportements asociaux.

La loi du 5 mars 2007 et la lecture qu'il est possible d'avoir sur la récente loi du 14 mars 2016 légifèrent pour un passage d'une mesure de protection administrative à une mesure de protection judiciaire, à partir du danger encouru par l'enfant et aussi de la capacité de la famille à travailler conjointement avec les autres professionnels intervenant dans l'éducation de leur enfant. Ces lois s'appuient sur la notion de l'intérêt de l'enfant qui est caractérisée par ses besoins et son développement physique, affectif, intellectuel et social. Elles font appel à des références théoriques qui appartiennent au cadre de la pratique des soignants. L'expertise de ces derniers sur l'intérêt de l'enfant est reconnue aussi bien par le juge que par les équipes éducatives. La pratique des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance s'inscrit dans une logique analogue à celle de ces deux lois. Si l'intervention de l'hôpital de jour n'a pas le statut d'une mesure de protection de l'enfance administrative en milieu ouvert, elle en a les qualités. La prise de contact avec les services de protection de l'enfance, pour les soignants, est comprise comme une préconisation d'une mesure judiciaire qui doit permettre de travailler la séparation. Il convient maintenant de s'interroger sur la compréhension des soignants sur ce que doit permettre une mesure de séparation entre l'enfant et sa famille.

## **Chapitre 8 : Les représentations des soignants sur la mesure de séparation**

Les soignants, pour imposer leur objectif dans leurs interactions avec les services de protection de l'enfance, peuvent s'appuyer sur leurs connaissances de l'enfant. Dans les chapitres 4 et 5, nous avons repéré les fondements de la pratique et les cadres théoriques qui servent de référence aux soignants. Si l'approche psychanalytique est malmenée par les découvertes en neurologie, comme nous l'avons expliqué l'expertise des soignants est toujours sollicitée par les juges des enfants et les équipes éducatives. Quand les soignants préconisent une séparation, ils argumentent leur décision vis-à-vis des services de protection de l'enfance à partir des découvertes qui datent de la fin de la Seconde Guerre mondiale sur les effets négatifs d'une séparation entre l'enfant et son environnement familial. Cette connaissance est une des forces des soignants qui crée un déséquilibre en leur faveur dans la relation qu'ils entretiennent avec les services de protection de l'enfance. Il convient alors de présenter, dans une première partie, les connaissances acquises par le biais de l'approche psychanalytique sur le rôle et les effets de la séparation chez l'enfant, pour exposer, dans une deuxième partie, la compréhension des soignants sur la mesure de séparation. Nous finirons, dans une troisième partie, en détaillant l'importance pour les soignants de préparer la mesure de séparation.

### **1. Les connaissances des soignants sur la séparation chez l'enfant**

Les soignants de l'hôpital de jour, que ce soit en réunion de synthèse, en supervision de stagiaire ou sur des temps d'échange informels, ne font référence que rarement aux auteurs et aux théories sur lesquels ils se basent pour construire leurs connaissances de l'enfant. Nous avons expliqué, dans le chapitre 5, que pour comprendre l'agitation des enfants, les soignants de l'hôpital de jour s'appuyaient sur l'approche psychanalytique avec, comme auteurs de référence, M. Klein (1932), A. Freud (1946), R. Spitz (1948), J. Bowlby (1969), D. Winnicott (1969), ou encore, en France, S. Lebovici, R. Diaktine, M. Soulé (1985), et M. Mannoni (1988). Notre



intention n'est pas de croiser les différentes lectures de ces auteurs dans l'explication des réactions de l'enfant à la séparation, mais de définir dans les grandes lignes le consensus possible dans l'approche psychanalytique sur ces réactions.

### *1.1. Réactions normales de la séparation de l'enfant d'avec ses parents*

Que ce soit Freud (1905) à partir des concepts de libido et de pulsion, Bowlby (1969) avec celui de l'attachement, ou encore Winnicott (1956) avec celui de la préoccupation maternelle infantile, on s'accorde à dire que l'enfant à sa naissance est dépendant de ses parents. Pour survivre, il a besoin de manger, boire, se sentir en sécurité. Seul, il ne peut répondre à ses besoins primaires. Au moyen d'une palette de comportements innés, pleurs, cris, sourires, vocalises, il interpelle l'adulte et cherche à attirer son attention. Certains malaises comme la faim, le froid, la fatigue, la séparation soudaine vont provoquer chez l'enfant des émotions négatives. Ces frustrations, d'après Bowlby (1969), activent le système d'attachement de l'enfant. Dans un état d'inconfort, l'enfant par son comportement s'exprime pour attirer l'attention de l'adulte. Ces comportements créent une proximité vitale entre l'enfant et ses protecteurs. Ce sentiment de proximité engendre alors un sentiment de bien-être, de sécurité. L'enfant va donc s'attacher aux personnes qui répondent à ses besoins primaires, de réconfort et de contact social. Il va se construire des figures d'attachement, des *caregivers*. L'enfant n'est pas le seul à rechercher le contact : la mère<sup>28</sup>, le *caregiver*, selon l'âge de l'enfant, cherche aussi le contact, et le maintien d'une certaine proximité. Le *caregiving* est le versant parental de l'attachement, il fait référence à la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi. (Guédeney, 2005 ; ONED, 2010). Winnicott (1956), à partir du concept de la préoccupation maternelle infantile, explique que la mère, à la naissance de l'enfant, est particulièrement sensible à tout ce qui le concerne.

---

<sup>28</sup> Bowlby parle d'attachement à la mère parce que dans notre culture c'est la mère qui occupe une place privilégiée dans la vie de l'enfant.

Avec le temps, l'enfant âgé entre 3 et 6 mois va chercher de plus en plus le contact avec des figures d'attachement potentielles. Il va, par exemple, adresser plus de sourires et de vocalises à son entourage familial. Il devient de plus en plus sélectif dans ses réactions vis-à-vis des différentes personnes qu'il rencontre et se montre de plus en plus actif dans la recherche de proximité. À cette même période, selon Winnicott (1956), la mère va peu à peu se dégager de l'identification intense qu'elle a avec son enfant et reprendre sa vie personnelle et/ou professionnelle. La réponse aux besoins de l'enfant sera alors donnée avec un temps de latence. Ce temps de latence va créer chez l'enfant des défaillances transitoires que normalement il est capable de supporter. L'enfant se rend compte que, plusieurs fois par jour, une ou plusieurs personnes répondent d'une certaine manière à ses interpellations. Ce temps de latence dans la satisfaction des besoins de l'enfant met fin progressivement à la relation symbiotique avec son *caregiver*. À l'occasion des expériences de manque, l'enfant perçoit la tension qui naît en lui tandis que la satisfaction lui arrive du dehors. Il prend alors peu à peu conscience des objets extérieurs. Cela va lui permettre de constituer l'objet, d'abord de manière partielle. À partir de 7 ou 8 mois, l'enfant a de plus en plus peur de l'inconnu et du non familial. Spitz (1948) nomme cette période l'angoisse du huitième mois. L'enfant, sur la base des soins apportés par la mère, le *caregiver*, a appris à distinguer son corps de celui de la mère. Le moi de l'enfant est alors unifié, il fait la différence entre lui et l'extérieur. Il a une relation avec un objet total : la mère, le *caregiver* qui répond à ses besoins. Cette conscience de l'objet total entraîne des angoisses de perte de cet objet. Dans la théorie de l'attachement, au cours de ce deuxième semestre de la vie de l'enfant, ce dernier a déterminé son objet d'attachement primaire<sup>29</sup>. Il va, par exemple, réagir de façon négative au départ du *caregiver* et l'accueillir de façon positive à son retour. Il construit une représentation interne de sa figure d'attachement, ce qui lui permet de supporter de mieux en mieux l'absence et d'anticiper le retour.

---

<sup>29</sup> Schaffer et Emerson (1964) affirment que les enfants peuvent simultanément avoir plusieurs figures d'attachement : père, mère, frères, sœurs, grands-parents.

L'angoisse de séparation (Freud, 1905), ou la rupture de liens d'attachement<sup>30</sup> (Bowlby, 1969), est une donnée normale et obligatoire chez tout enfant. Elle lui permet dans un premier temps de distinguer l'humain du non humain, puis le familier et le moins familier. Sur le plan affectif, l'angoisse de séparation indique l'instauration de l'objet libidinal, de la figure d'attachement primaire, et celle de la permanence de l'objet perceptif : l'enfant n'a plus besoin de voir l'objet pour savoir qu'il existe, ce qui lui permet de supporter les séparations temporaires (Bailly, 2005).

Bowlby (1969) explique que le rapport à la figure d'attachement de l'enfant va lui permettre d'évoluer et de grandir. Ses figures d'attachement l'aident, en particulier, à réguler ses émotions et facilitent le développement de ses compétences personnelles. Les expériences avec sa figure d'attachement primaire vont permettre à l'enfant de se construire un modèle interne de lui-même, des autres et de ses relations aux autres. Ce modèle lui fournit une base d'interprétation des comportements et guide sa vie affective. L'attachement a une double fonction adaptative. Il a une fonction de protection à l'égard de ce qui peut faire peur, et aussi de survie, l'enfant n'étant pas autonome. Il a, d'autre part, une fonction d'exploration : le besoin d'indépendance et d'exploration de l'enfant est également un besoin fondamental. La réponse à ce besoin d'indépendance, d'exploration, dépend du lien d'attachement avec la mère (ou avec son substitut). Quand l'enfant sent que la personne objet d'attachement est accessible, il est disponible pour l'exploration de son environnement. Il sait que, si quelque chose l'inquiète, il pourra retrouver sa figure d'attachement et avec elle la sécurité et le réconfort (Guédeney, N. et Guédeney, A., 2002 ; Guédeney, 2010).

La construction du lien d'attachement ne dépend pas de la qualité de la réponse. La réponse la moins adéquate aux besoins de l'enfant, si elle représente pour lui le familier, contribue d'une manière ou d'une autre à sa survie, il va donc construire

---

<sup>30</sup> Freud présente la séparation d'avec la mère comme la situation traumatique primaire. Pour Bowlby, l'angoisse primaire de séparation doit se comprendre comme le signal activateur d'un schème de comportement spécifique : la conduite d'attachement. Le besoin d'attachement étant un besoin primaire, Bowlby ne parle pas d'angoisse de séparation mais de rupture des liens d'attachement.

le lien d'attachement. Néanmoins, l'absence de réponse adéquate des *caregivers* peut avoir un impact sur le développement de l'enfant et être source d'handicaps structurels, cognitifs et relationnels. Comme nous l'avons vu dans les chapitres 4 et 5, les enfants accueillis à l'hôpital de jour ont subi des traumatismes relationnels précoces, qui se traduisent par de l'agitation. Leur système de représentations et de guide sur la manière de se comporter est inadéquat.

### *1.2. La mesure de séparation : un risque de traumatisme*

La mesure de séparation est vécue par les soignants comme un paradoxe dans leur pratique. Face aux troubles que présentent les enfants pris en charge à l'USIS, les soignants n'envisagent pas nécessairement une mesure éducative de séparation comme une mesure de protection.

Les traumatismes relationnels précoces vécus par ces enfants les empêchent de construire leur « Moi ». L'intériorisation de la mère-objet dont parle Winnicott (1974) n'a pas été possible. L'instauration du lien d'attachement ne dépendant pas de la qualité de la réponse, mais de la continuité et de la stabilité temporelle de cette réponse par une même personne, une séparation physique d'avec un environnement familial aux réponses inadaptées peut être pour l'enfant source de traumatisme. L'enfant peut avoir du mal à se désinvestir de l'objet. Il n'a pas accès à cette dimension symbolique qui doit lui permettre de se situer face au désir de l'autre. Le risque de perte de l'objet est alors un risque de perte du « Moi ». Le processus de différenciation étant défaillant, la séparation physique peut accentuer les angoisses de perte, d'abandon et de mort dont souffrent déjà ces enfants. Les troubles des enfants de l'USIS peuvent s'apparenter à ce que Myriam David (1989) nomme la pathologie de l'attachement. Les enfants souffrent des pratiques éducatives inappropriées de leurs parents mais refusent la séparation. Les enfants pris en charge à l'USIS sont dans un fonctionnement clivé. Les agents protecteurs sont aussi maltraitants. Rappelons-nous la situation d'Enrico qui refuse de venir à l'USIS pour retourner au domicile familial. Enrico se préoccupe constamment de son accessibilité à sa mère. Il a un besoin avide d'être assuré de la présence de sa mère. Il lui est difficile de s'en

séparer, il a beaucoup de mal à se rendre à l'école et à l'hôpital de jour. Il réclame d'elle une attention soutenue. Il demandera d'ailleurs par le biais de son soignant-référent une preuve de l'attention de sa mère à son égard : « Demande-lui pourquoi elle ne veut pas venir me chercher ».

La construction d'un cadre pour la séparation est complexe. La séparation, si elle est toujours insécurisante, est parfois jugée nécessaire par les soignants<sup>31</sup> pour éloigner l'enfant des excès de stimulation des parents et lui donner un espace pour penser (Rottman, 2005). Qu'elle s'impose à la famille ou qu'elle ait été demandée par cette dernière, c'est une mesure qui n'est pas sans conséquences. Elle peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant, sur les parents et sur les liens familiaux<sup>32</sup> (David, 1989, 1995). Pour que la séparation ne soit pas une rupture, c'est-à-dire une interruption brusque de la relation (Pellé, 2011), elle doit être préparée.

## **2. La préparation d'une mesure de séparation**

La séparation, pour qu'elle soit une action aussi bien dans l'espace réel, en soustrayant l'enfant à des pratiques de maltraitance, que dans l'espace symbolique, en lui faisant bénéficier des soins dont il a besoin, doit prendre en compte le rapport de l'enfant et de ses parents aux angoisses de séparation et aux troubles du lien d'attachement (David, 1995 ; Josefsberg, 1997).

### *2.1. La séparation comme processus dynamique*

Les soignants ne sont pas dans une logique de catégorisation de l'enfant, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 5. Lors d'une préconisation et d'une préparation à une mesure de séparation, les soignants mettent en perspective trois facteurs dynamiques : les difficultés de la famille et de l'enfant<sup>33</sup>, les relations entre

---

<sup>31</sup> Nous détaillerons dans les chapitres de la quatrième partie les facteurs déterminant la nécessité d'une séparation.

<sup>32</sup> Les travaux sur les conséquences néfastes d'une séparation ont été présentés dans le chapitre 5.

<sup>33</sup> Nous adressons dans le chapitre 10 la question du lien entre les caractéristiques de la situation de l'enfant et de sa famille et la décision des soignants.

l'enfant et ses parents<sup>34</sup> et la possible réaction de l'enfant et de sa famille à la séparation.

Pour les soignants de l'USIS, une séparation ne doit pas se décider à partir de l'état de l'enfant et de la famille sur un temps « T », mais doit être pensée comme un processus dynamique articulant la spécificité de l'enfant et de sa famille. La séparation, en plus d'une protection physique, doit permettre une restauration psychique. Elle doit assurer une protection sociale à l'enfant en le dotant socialement pour lui permettre d'évoluer favorablement. L'enfant doit arriver à construire son histoire singulière à partir d'un travail d'individuation. Travail d'individuation qui doit lui permettre de concevoir et d'intégrer le sens de son histoire faite de ruptures. La distance psychique doit lui permettre d'accéder à la symbolisation (Euillet, 2010).

Les différents intervenants dans une préparation à la séparation ne s'appuient pas toujours sur les mêmes champs lexicaux et cadres théoriques pour désigner la qualité protectrice d'une mesure de séparation de l'enfant et de sa famille. D'après Berger (2003), la séparation est pensée plus en termes sociaux qu'en termes psychiques. La distinction par Castel (2003) des formes de protection est éclairante pour appréhender la différence de compréhension d'une mesure de séparation entre l'éducatif et le soin. Castel distingue la protection civile de la protection sociale. La protection civile est garantie par un État de droit. Elle est celle des libertés fondamentales, de l'assurance des biens et des personnes. La protection sociale, garantie par un État social, est une assurance contre les principaux risques de la vie qui peuvent entraîner une dégradation sociale. Dans nos sociétés contemporaines, la protection sociale est assurée par différentes institutions qui prennent en charge l'éducation et la santé. Les intervenants sociaux ont davantage tendance à comprendre la mesure de séparation comme un palliatif de première urgence. Rappelons-nous l'assistante sociale scolaire de Sylvain<sup>35</sup> qui, suite à une brûlure sur l'enfant, souhaite réunir l'ensemble des intervenants sociaux et « psys » de la famille pour discuter d'un

---

<sup>34</sup> Nous détaillerons dans le chapitre 11 le lien entre la capacité des parents à élaborer sur leurs défaillances et la décision des soignants.

<sup>35</sup> La rencontre a été détaillée dans le chapitre 7.

signalement. Un soignant affirmera : « L'assistante sociale scolaire a dit à la mère : "Vous vous souvenez du signalement en C.P., alors vous n'avez pas changé vos pratiques éducatives" ». Pour cette intervenante, la séparation est pensée comme une mesure de protection civile, c'est-à-dire qu'elle doit permettre une mise en sécurité de Sylvain. La mère est au centre des maux de l'enfant, il est nécessaire de mettre une distance avec ces interactions pathogènes. Ce discours comprend l'enfant comme fonctionnant sur un mode névrotique, il suppose que « le moi de l'enfant, suffisamment délimité et autonome, puisse bénéficier d'une relation de substitution pourvoyeuse d'identifications nouvelles plus adéquates » (Fortin et al., 1997, p. 24).

Les enfants accueillis à l'hôpital de jour ont des pathologies d'états-limites, qui rendent la séparation à l'objet, aux parents, difficile à supporter. La présence d'un enfant à l'USIS caractérise la présence d'un danger potentiel pour son développement physique, psychique, social et cognitif. Les soignants ne décident pas d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance sans un travail préalable avec la famille et l'enfant pour essayer de remédier à une situation de danger<sup>36</sup>. La préconisation de séparation n'est pas pour les soignants un palliatif de première urgence. L'intervention des soignants doit permettre de ne pas aboutir à un passage à l'acte de la famille, ou de l'enfant, qui oblige à une séparation physique d'urgence. La préconisation de séparation est construite comme un projet éducatif qui doit permettre autant à l'enfant qu'aux autres membres de sa famille de trouver, de prendre leur place. La séparation ne doit pas conduire à se représenter les parents comme incompetents et obligeant à confier à d'autres l'action de les élever, mais doit permettre à chacun de trouver son individualité dans cette institution collective.

La séparation d'Enrico<sup>37</sup> n'est pas préconisée à partir d'un événement déclenchant traumatique. La mère inquiète les soignants, ils questionnent la relation père-enfant. Ils constatent aussi l'incapacité d'Enrico à laisser sa mère, son besoin après l'école d'aller vérifier qu'elle est toujours présente, sa quête par différentes

---

<sup>36</sup> Ce point a été explicité dans le chapitre 7 à partir de la situation d'Eva.

<sup>37</sup> Nous reviendrons en détail sur les facteurs qui conduisent les soignants à préconiser une séparation pour Enrico dans le chapitre 11.

actions d'une preuve que sa mère « pense » à lui. Ces observations poussent les soignants à une contre-indication d'une séparation rapide. Les soignants ont une connaissance fine de la souffrance familiale. Ils planifient une séparation à long terme, en se laissant une marge de une à deux années, pour que la souffrance initiale qui déclenche la séparation ne perdure pas pendant le temps du placement. Les perturbations du lien ne peuvent être guéries par la seule séparation physique. Les troubles de la parentalité s'inscrivent dans la psyché des enfants et perdurent même après une séparation (Jaoul, 1991). La séparation peut être thérapeutique aux yeux des soignants, mais elle doit prendre en compte les angoisses de séparation de l'enfant et de ses parents. La séparation physique ne sera protectrice que si un travail auprès des parents et de l'enfant les aide à instaurer symboliquement de la distance entre eux.

## *2.2. La prise en compte de la spécificité de l'enfant et de sa famille*

Les soignants, lors de la préparation à la mesure de séparation, s'attachent non pas à faire rentrer les enfants dans une case, mais bien à individualiser la mesure en fonction de leurs besoins. Prenons la situation d'Alain<sup>38</sup> pour expliquer notre propos.

Après une lettre du médecin-directeur de l'USIS adressée au juge des enfants pour préconiser une séparation, en juin 2012 une IOE a été ordonnée. Suite à cette IOE, une mesure d'AEMO a été ordonnée. En décembre 2013 (1 an et 8 mois après la lettre du médecin-directeur), deux éducatrices AEMO en charge de la situation d'Alain et de sa petite sœur assistent à la réunion de synthèse. Pour Alain « tout va très mal », « le flou le plonge dans un drôle d'état », « les acquisitions s'effondrent », explique sa soignante-référente. Les soignants ont l'impression d'une régression des processus cognitifs. L'équipe soignante a pensé à une orientation en IMPro<sup>39</sup>, mais Alain n'a que 13 ans. La mesure d'AEMO, quand elle a été ordonnée, devait

---

<sup>38</sup> Alain fera l'objet d'une présentation plus détaillée dans le chapitre 10.

<sup>39</sup> IMPro : Institut Médico-Professionnel – lieu qui accueille des enfants entre 14 et 20 ans en situation d'handicap pour dispenser une éducation générale, des soins spécialisés et une première formation préparant à une activité professionnelle.



permettre d'articuler les va-et-vient de l'enfant entre le domicile maternel et le domicile paternel. Soignants et éducatrices spécialisées ont constaté qu'Alain fait beaucoup d'allers-retours en banlieue, seul, le soir, après 21 heures et 22 heures. Les deux équipes n'arrivent pas à se représenter le nombre de personnes qui vivent chez le père. Il est précisé qu'Alain a été seul au domicile paternel pendant une semaine pour s'occuper des autres enfants. Les éducatrices AEMO expliquent : « On a arrêté d'essayer d'organiser les choses avec le père et la mère ». Cette rencontre doit permettre de définir la mesure de séparation. Les éducatrices pensent autant à une famille d'accueil qu'à un foyer collectif. Les soignants argumentent qu'un foyer ne serait pas adapté. Ils craignent un effondrement de l'enfant. Quand Alain est allé en colonie de vacances, « ça a été la catastrophe », affirme une soignante. Alain est un enfant qui souffre d'angoisse de perte et d'abandon. Angoisse renforcée par la mère qui utilise le placement comme une menace. Les soignants sont plus favorables à une famille d'accueil, qui doit être articulée avec l'orientation en IMPro.

*Éducatrice 1 : « Le père accepte la famille d'accueil. Il faut faire attention que ce ne soit pas vécu comme un abandon ».*

*Médecin-directeur : « Comment on articule la famille d'accueil ? Il faut un IMPro ? »*

*Éducatrice 1 : « Ça ne va pas être facile. La famille d'accueil, ce ne sera pas sur Paris. Il faut le placer mais on ne sait pas où. »*

*Médecin-directeur : « Dans la ville de V., il y a un IMPro avec des places réservées ASE. »*

*Éducatrice 1 : « Pour cela, le juge des enfants doit le confier à l'ASE en disant que la famille s'oppose au projet. Pourquoi pas une MECS<sup>40</sup>? »*

*Médecin-directeur : « On perd le thérapeutique. »*

---

<sup>40</sup> MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social – établissement social ou médico-social, spécialisé dans l'accueil temporaire de mineurs au titre de la protection de l'enfance ou de la prévention de la délinquance.

*Éducatrice 1 : « S'il y a un placement, comment on organise le soin ? »*

*Médecin-directeur : « Il faut une prise en charge thérapeutique en groupe et non individuelle. Avec une famille d'accueil le lien sera plus fort avec la structure de soin. »*

Les soignants reconnaissent la nécessité d'instaurer une distance entre Alain et ses parents. Une mesure de placement en foyer n'est pas adéquate pour cet enfant qui souffre d'angoisse de perte et d'abandon. Le foyer, la vie en collectivité, risque d'être difficile à vivre, voire impossible, pour un enfant comme Alain qui est toujours en quête d'une attention exclusive. La famille d'accueil est présentée comme plus sécurisante et étayante. Les membres de cette famille pourraient devenir les personnes de référence dont Alain a besoin pour se construire un espace de pensée, et faciliter alors l'acquisition d'une image interne qu'il n'a pas pu construire dans son environnement familial. Ce projet de séparation doit être individualisé pour que les besoins éducatifs et thérapeutiques d'Alain soient satisfaits. Le lieu de vie n'est pas le seul enjeu de la mesure de séparation. Les troubles du comportement d'Alain et leurs conséquences sur son développement cognitif amènent les soignants à penser une prise en charge thérapeutique spécifique et appropriée à ce qu'ils ont observé chez cet enfant.

La famille d'accueil n'est pas toujours la solution adéquate pour l'enfant. Le foyer, selon les soignants, peut offrir un cadre plus contenant et donc être plus approprié pour certains enfants. Marcel, dont nous avons parlé dans le chapitre 7, n'a pas de figure d'autorité sur laquelle s'appuyer pour se construire. Cette absence provoque un vide. Vide que Marcel remplit par des passages à l'acte de plus en plus associés à de la délinquance. Pour les soignants, le foyer devrait offrir moins d'espace de vide où Marcel livré à lui-même pourrait faire échec à la mesure de séparation, avec le risque sous-jacent d'un passage de l'enfant en danger à l'enfant dangereux.

Les intervenants sociaux et « psy » définissent ensemble, pour mettre en œuvre la séparation, ses objectifs et ses modalités. Ce travail collectif doit permettre, avant la séparation effective, de la préparer auprès de l'enfant et de ses parents.

### **3. La nécessité de préparer une mesure de séparation**

L'observation participante est un jeu d'équilibriste, ai-je expliqué dans le chapitre 2. Il est nécessaire de jongler entre un regard flottant et un regard focalisé, de se polariser sur une entité sans laisser échapper le tout. Plus j'avancais dans l'analyse et l'écriture de la pratique des soignants, plus j'étais frustrée par le manque de données sur la question de la préparation, par les soignants, des enfants et de leurs parents à la mesure de séparation. Le sujet de la thèse était l'étude du processus décisionnel des soignants quand ils prennent contact avec les services de protection de l'enfance. Est-ce qu'étudier la préparation à la séparation n'était pas faire un pas hors du cadre de cette recherche ? Pendant mes temps d'observation, peut-être mon regard n'avait-il pas été assez flottant sur ces temps de la pratique des soignants, peut-être m'étais-je trop focalisée sur l'avant séparation. Mes notes sur la pratique de la préparation à la séparation portaient sur l'enfant et ses réactions à cette décision. Les données sur ce qui se jouait concrètement au cours de ces étapes étaient moindres. Certains échanges informels m'ont permis de déterminer les missions des soignants. Ces derniers me parlaient de ce qui se jouait pour l'enfant et ses parents dans ces temps de pratique, mais néanmoins j'avais du mal à saisir ce qui se construisait dans les interactions soignants-enfants, soignants-parents, soignants-partenaires, enfants-parents-partenaires. Avais-je laissé échapper des données ? Pourquoi n'avais-je pas de notes, d'échanges sur ces temps précis de la pratique ? Avais-je tellement été happée par la pathologie des enfants, comme je l'explique dans le chapitre 4, que j'en avais oublié les soignants ?

Dans l'analyse de ce manque de données, j'ai construit de nouvelles données. Je me suis souvenue d'une note de mon carnet de bord suite à un échange informel avec des soignants : « Quand je pose la question si un contact avec l'éducatrice AEMO de Denis a été pris, on me répond que "même pas". Les soignants

n'envisagent pas la perspective de travailler avec elle par rapport aux difficultés scolaires mentionnées<sup>41</sup> ». La construction d'une pratique avec les partenaires de protection de l'enfance n'est pas un automatisme pour les soignants. Dans mon processus de socialisation à la pratique des soignants, avais-je incorporé ce réflexe de mise à distance de l'extérieur ? M'étais-je moi aussi laissée enfermer entre les murs de l'institution ? J'avais participé à des rencontres partenariales, mais surtout à des rencontres où l'on réfléchissait aux questions : « Faut-il un placement pour cet enfant ? » ou encore : « De quelles modalités de séparation l'enfant a-t-il besoin ? ». Les données que je possédais sur ce temps de la pratique portaient sur le vécu de l'enfant, sur ce qui lui permettait d'élaborer le temps de préparation, et en quoi cette pratique était thérapeutique. Je n'avais que très peu d'éléments sur ce que faisaient les soignants dans cette situation pour permettre à l'enfant de se préparer. Je me suis rendu compte que, pendant le temps passé sur le terrain, cette spécificité de la pratique des soignants n'avait été que très peu mobilisée. Pour les situations des enfants que j'ai pu observer, on en était au début de la démarche des soignants d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance. Les soignants se posaient la question d'une préconisation de séparation, mais pas celle de la préparation à la séparation. Tout le travail de préparation a eu lieu après mon départ. Une partie de la mise en œuvre de la décision, la phase de préparation à la séparation, ne pouvait pas à ce moment s'observer puisqu'elle n'était pas opérante.

Il est aussi important de prendre en compte le rôle particulier que joue le soignant-référent dans la préparation à la séparation. Il est celui qui accompagne lors de la visite, rencontre les partenaires et, dans des temps autres que ceux des groupes, prépare enfants et parents à cette séparation. Si les soignants et les enfants m'ont placée dans un rôle de soignante, je n'ai jamais eu le statut de soignante-référente. Dans les chapitres 2 et 4, j'ai expliqué que mon processus de socialisation pour obtenir un rôle de soignante avait fait de moi mon propre objet de recherche. Vivre au quotidien la pratique des soignants m'a permis d'en expliciter les actions. Dans ces

---

<sup>41</sup> Cet échange a eu lieu en septembre 2012. Avant la rentrée scolaire, la directrice de l'école a fait signer un papier à la mère de l'enfant pour qu'il ne soit scolarisé qu'à mi-temps. Les soignants sont en colère contre cette directrice qui met en danger l'enfant.

temps de la pratique où ce n'est pas le soignant qui interagit avec l'enfant mais bien le soignant-référent, je n'ai pu être mon propre objet de recherche. Ce sont les échanges avec les soignants en tant que référents qui m'ont permis de comprendre les logiques de cette partie de leur pratique.

### *3.1. Transformer un projet en réalité concrète*

Tout enfant est confronté dans sa vie à la discontinuité. Les besoins biologiques des parents, comme le sommeil, les besoins sociaux, comme la reprise d'une activité professionnelle, ou encore ceux liés à la vie conjugale, comme l'intimité des parents, imposent à l'enfant des temps de séparation. L'enfant lui-même peut exprimer un besoin de retrait dans ses interactions avec ses parents. L'enjeu pour le développement psychique et affectif de l'enfant n'est pas de lui éviter toutes formes de discontinuité, mais de le préserver de ruptures non élaborées (Houzel, 1999). Les appréhensions que peut éprouver un enfant par rapport à une mesure de séparation ne sont pas nocives, contrairement à une mesure qui arrive par surprise (David, 1989). Pour ne pas renforcer les traumatismes déjà existants chez l'enfant, les soignants l'accompagnent pour qu'il se construise une image concrète de sa vie pendant la séparation et qu'il acquière ce que Winnicott (1956) nomme un « sentiment continu d'exister suffisant ».

#### 3.1.1. Aller visiter le lieu de vie

Sylvain, dont nous avons parlé dans le chapitre 7, se montre très angoissé lors des groupes du soir à l'USIS par rapport à son orientation en ITEP avec internat. Le médecin-directeur prend alors contact avec un lieu d'accueil potentiel. Cette visite de la structure proposée à l'enfant et sa famille est pour les soignants un temps d'échange, qui permet un premier contact entre l'enfant, sa famille et le lieu d'accueil. Elle permet de poser d'une nouvelle manière la nécessité du placement, les sources d'inquiétude et les possibles oppositions.

Lors de cette visite, Sylvain a pu visiter les chambres, les lieux de vie. Il a pu se construire une représentation des temps et des modes de vie dans ce lieu d'accueil.

Représentation qui doit lui permettre d'anticiper un nouveau mode de vie pour le rendre moins angoissant. Les soignants cherchent à ce que Sylvain ne subisse pas la mesure, en le sortant, grâce à la visite, d'une position passive pour qu'il puisse comprendre, s'exprimer et réagir à la séparation qui se prépare. La présence des soignants-référents est constructive pour l'enfant. Elle apporte une forme de continuité entre un lieu de soins et un autre.

### 3.1.2. Assurer un sentiment continu d'exister, même à l'USIS

Une des appréhensions des enfants quand une mesure de séparation s'impose est la peur, nous l'avons vu, de l'abandon, de la perte de l'objet. La préparation doit rassurer l'enfant, lui faire comprendre qu'il a une place, malgré son absence, au sein de sa famille et aussi auprès des soignants qui l'ont suivi, souvent sur un temps long.

Denis, lors d'un échange avec ses soignants-référents sur la mesure de séparation, les interroge sur le devenir de l'ensemble des dessins qu'il a faits à l'USIS et que les soignants ont conservés dans une chemise. Les soignants lui assurent que les dessins resteront là, qu'ils ne seront pas jetés, détruits. Cet échange qui exprime de manière indirecte l'angoisse de Denis lui permet de construire une perception interne sur le fait qu'il continuera à exister. La pratique des soignants dans la préparation à la séparation permet aux enfants de symboliser la séparation comme individuante et non comme un effondrement, un déchirement.

### 3.1.3. Quand les enfants apaisent eux-mêmes l'angoisse des autres enfants

Dans certaines situations, les enfants peuvent devenir les alliés thérapeutiques des soignants :

*Un mardi, en janvier 2012, sur le temps du goûter. Denis et Sylvain sont assis non loin l'un de l'autre. Leurs deux situations poussent l'équipe des soignants à construire un partenariat avec les services de protection de l'enfance pour préparer une séparation.*

*Denis me semble très agité, je l'ai vu arriver en colère, jeter son cartable contre le mur, faisant ainsi une entrée tonitruante. Il se dirige vers la cuisine, je prends le même chemin. J'apprends que sa mère et lui avaient une réunion avec une éducatrice spécialisée aujourd'hui et que la perspective d'une séparation a été mentionnée.*

*Sylvain a récemment vécu la même situation mais un travail de préparation par l'équipe soignante, en particulier ses soignants-référents, et le médecin-directeur a été mis en place avec sa mère et lui-même pour poser le bien-fondé de la séparation et déconstruire certaines représentations péjoratives sur les lieux de placement.*

*En mangeant du pain avec du chocolat, Sylvain explique à Denis (qui ne tient pas sur sa chaise), ce qu'il a compris d'un placement en foyer après sa visite d'un lieu de vie. Il détaille la chambre qu'il a vue, comment les lits sont positionnés, la présence d'un bureau, les salles de vie commune. Dans le flux des paroles de Sylvain, dans la cacophonie de la cuisine, Denis s'assoit et semble écouter attentivement.*

Au début du goûter, en observant Denis agité, en colère, dans ce corps à la fois agile et qui semble partir dans tous les sens, j'ai pensé que la rencontre avec l'éducatrice spécialisée avait été plus déroutante que constructive pour cet enfant. Denis était en colère contre les soignants, refusait de leur parler, à eux, les représentants de cette institution qui soutient la décision d'une séparation. Mais les soins de l'USIS sont institutionnels. Les deux enfants, dans cet échange, retrouvent une place de sujets, ils ne sont pas objets de soins, ils participent collectivement aux soins. Denis a trouvé une oreille en Sylvain qui écoute et à qui il veut bien faire entendre son mal-être. La pratique des soignants a permis de poser avec Sylvain le bien-fondé du partenariat, Sylvain est alors en position de transmettre quelque chose à

Denis. Si Denis ne donne aucun rôle aux soignants, ce soir-là Sylvain, comme un passeur, va lui permettre d'exprimer ses angoisses et de les apaiser pour un temps.

### *3.2. Préparer le parent à la séparation*

Une séparation n'est pas vécue seulement par l'enfant. Il est nécessaire de penser la famille comme une entité avec une souffrance psychique qui lui est propre et dont chaque membre peut être victime à des degrés différents (Fortin et al., 1997). La séparation place les parents dans une dualité : d'une part, le besoin d'être débarrassés de l'enfant, d'autre part, la peur de perdre leurs droits parentaux. La pratique des soignants dans la préparation à la mesure est aussi de s'assurer de la pérennité du lien parents-enfant après la mesure de séparation.

#### *3.2.1. Agir sur le narcissisme des parents*

La séparation est le plus souvent, en pratique, mise en action par les professionnels de manière binaire : d'un côté, l'enfant, et de l'autre, les parents. D'après Houzel (1999, 2003), il est nécessaire de comprendre en profondeur les problèmes rencontrés dans la dynamique des uns et des autres. Les soignants de l'USIS ont une approche normalisante des parents : la famille est « toxique ». Cependant, la question de la séparation est vécue par les parents comme une disqualification d'une partie ou de l'ensemble de leurs fonctions parentales, aussi les soignants cherchent-ils, dans la préparation à la mesure, à agir sur le narcissisme de ces derniers.

Les soignants-référents ont, à de nombreuses reprises, rencontré la mère de Sylvain. Celle-ci attache beaucoup d'importance à l'alimentation de son fils, elle craint que le lieu de vie ne lui apporte pas une alimentation saine. Une partie de la pratique des soignants consiste à valoriser cette norme parentale pour que la mère de Sylvain ne se sente pas dépossédée et soit reconnue comme porteuse de valeurs et de compétences dans sa fonction de parent.



### 3.2.2. S'assurer du maintien des liens parents-enfants

La séparation représente toujours un risque d'érosion des liens. Les parents sont amenés à vivre sans leurs responsabilités parentales (Bruehl, 2005). Les soignants, dans l'idéologie du maintien des liens qui sous-tend leur pratique, veillent donc à ne séparer l'enfant de sa famille qu'après s'être assurés de la solidité du lien parents-enfant. Prenons la situation de Maéva pour mieux comprendre :

Maéva a été prise en charge à l'USIS de novembre 1993 - elle était alors âgée de 7 ans - à février 2001. Elle ne fait pas partie des enfants qui ont fait l'objet de l'observation participante ; les informations ont été collectées dans son dossier.

Maéva a été orientée vers l'USIS par un CMPP. Ce CMPP a fait un signalement qui a conduit à la mise en place d'une mesure AEMO. L'USIS a été pensée comme une intervention pour éviter le placement de l'enfant.

M<sup>me</sup> T., la mère de Maéva, est secrétaire militaire. Elle a de nombreuses difficultés financières qu'elle rattache à de mauvais investissements en Allemagne. Elle a été menacée d'expulsion en 1994. Elle n'arrivait pas à payer régulièrement son loyer. Pendant les sept ans de prise en charge de l'enfant par l'USIS, les soignants ont rencontré différents compagnons de sa mère.

À son arrivée, Maéva a un comportement violent à l'école. Elle souffre d'une encoprésie fréquente. M<sup>me</sup> T. a été convoquée par l'école parce que Maéva a frappé au visage un autre enfant. L'école ne sait pas comment gérer la violence de l'enfant, mais remarque que Maéva n'a aucune difficulté dans les apprentissages. À l'USIS, son comportement avec les autres enfants est conflictuel. Elle est en constante quête d'attention, ce qui fait souvent d'elle le bouc émissaire des autres enfants. « Chaos à l'USIS. Les enfants pissent sur le manteau de Maéva ». Maéva est décrite comme « chapardeuse », elle vole des choses.

Au domicile familial, la mère maltraite Maéva. Dans le dossier, il est écrit qu'elle a écrasé des mégots sur la main de sa fille. La mère répond aux provocations

de sa fille en la tapant. L'enfant a une « coupure sur le dos de la main, sur l'autre main une trace de fer à repasser ». La mère est décrite comme présentant une instabilité affective, avec une capacité limitée à maîtriser sa violence. Elle a peur de sa propre violence, « peur de tuer sa fille ». Il lui arrive de téléphoner à l'USIS pour expliquer qu'elle vient de la frapper avec un sac à main et que Maéva saigne.

Tout au long de la prise en charge, les différents partenaires l'école, l'équipe AEMO soulèvent régulièrement la possibilité d'une séparation. Les soignants-référents, qui reçoivent régulièrement la mère et l'enfant, ne sont pas favorables à une séparation. M<sup>me</sup> T. est capable d'exprimer son attachement à son enfant et sa peur de la perdre. La séparation, selon les soignants, serait dommageable pour Maéva et pour sa mère. Elle pourrait être vécue par la mère comme une réponse à ses passages à l'acte. L'équipe soignante craint que cela ne sépare pas mais rompe les liens entre Maéva et M<sup>me</sup> T. Après un signalement de l'école en 1998, une décision de séparation est toutefois prise. Elle sera mise en œuvre en 2001.

La mère de Maéva a longtemps été prise dans une dualité : elle téléphone à l'USIS comme un appel au secours pour ne plus avoir à porter la responsabilité de son enfant, mais peut aussi exprimer une crainte de perdre son rôle de parent pendant les entretiens avec les soignants-référents. L'attachement primaire entre la mère et la fille a été troublé. Le processus d'individuation-séparation n'a pas permis d'instaurer une limite à la volonté de l'enfant d'assujettir la mère à ses désirs. Maéva cherche par tous ses comportements à s'imposer à sa mère. Sa mère répond à son tour sur un mode agi avec des passages à l'acte violents. La mesure de séparation serait une réponse aux passages à l'acte de M<sup>me</sup> T., mais ne permettrait pas une séparation symbolique si les liens mère-enfant n'étaient pas restaurés. Pour que la séparation ait un sens, les soignants-référents explicitent avec M<sup>me</sup> T. les raisons de la nécessité d'une séparation. Ils doivent lui permettre de trouver sa place en tant que mère malgré la séparation, tout en lui faisant accepter son incapacité à être un parent idéal. En reconnaissant les angoisses de la mère et en lui permettant de se sentir reconnue dans son statut de parent, les soignants restaurent les liens avant la mesure de séparation pour éviter la démission de M<sup>me</sup> T. après la séparation.

Les soignants, nous l'avons montré, ne comprennent pas nécessairement la mesure de séparation comme une mesure de protection. Mettre une distance physique entre un enfant qui souffre d'angoisse de séparation, de trouble du lien d'attachement, et ses parents peut être la source d'un traumatisme plus néfaste que les réponses pas toujours inappropriées de ses parents à ses besoins. La séparation, pour être thérapeutique, doit être préparée, pour les parents comme pour l'enfant. Un travail conjoint entre l'équipe de soins et les services de protection de l'enfance s'avère important. La définition d'un objectif commun entre ces deux parties les engage dans une relation dont nous allons chercher à comprendre le fonctionnement dans le chapitre suivant.

## **Chapitre 9 : Les relations (de pouvoir) entre les soignants et les services de protection de l'enfance**

Dans le langage de tous les jours, les termes de partenariat, de collaboration, de coopération fleurissent pour valoriser et caractériser les relations entre différents acteurs poursuivant un intérêt commun. Dans notre recherche, les soignants prennent contact avec les services de protection de l'enfance avec comme volonté commune de réfléchir à l'intervention, à la modalité de séparation la plus appropriée à la situation de l'enfant et de sa famille. Plutôt que de parler de partenariat, de collaboration ou de coopération, nous avons fait le choix d'employer la notion de relation de pouvoir telle qu'elle est conceptualisée par Crozier et Friedberg (1977). Nous comprenons la relation de pouvoir comme instrumentale. Elle existe parce que les différentes parties visent un but commun. La relation de pouvoir est une relation de réciprocité, les parties engagées dans cette relation ont chacune des ressources à engager. Elle se construit dans la négociation et donc dans l'échange. Les soignants et les services de protection de l'enfance ont besoin de travailler conjointement pour atteindre cet objectif commun. Cependant, cette relation de réciprocité est dite déséquilibrée. Certains termes de l'échange peuvent être plus favorables à l'une des parties. Ce qui s'échange dans une relation de pouvoir, ce ne sont pas les forces de chaque partie mais plutôt leurs possibilités d'action. Les soignants ne prennent pas contact avec les services de protection de l'enfance pour mesurer qui protégera le mieux l'enfant, mais bien parce qu'ils attendent des services de protection de l'enfance la concrétisation de leur préconisation. Les soignants ont besoin des services de protection de l'enfance pour poursuivre et atteindre leur objectif. La relation de pouvoir entre les services de protection de l'enfance et les soignants réside dans la marge de liberté des soignants d'imposer leur volonté aux services de protection de l'enfance et dans celle des services de protection de l'enfance de refuser ce que les soignants demandent et vice versa. Dans le système d'action étudié, nous avons cherché à comprendre le fonctionnement du couple soins-protection de l'enfance en déterminant les capacités stratégiques des soignants et, en parallèle, celles des intervenants des services de protection de l'enfance. Dans une première partie, nous exposerons les réticences des

soignants à établir cette relation. Dans une seconde partie, nous délimiterons le champ d'action des deux parties en mettant en lumière les marges de liberté des différentes parties.

## **1. Les réticences des soignants à construire une relation avec les services de protection de l'enfance**

La relation entre les soignants et les services de protection de l'enfance, avons-nous expliqué, est une relation de réciprocité. Les soignants prennent contact avec les services de protection de l'enfance pour, ensemble, aboutir à la mise en place d'une intervention appropriée à l'enfant et à sa famille. Dans cet échange, chaque partie propose et reçoit de l'autre des atouts nécessaires pour réaliser l'objectif commun. Les relations entre les soignants et les services de protection sont structurées à partir de contraintes, par exemple les règles du système de la protection de l'enfance que nous avons présentées dans le chapitre 7. Néanmoins, ces règles ne doivent pas se comprendre, nous dit Friedberg (1993), dans une approche structuro-fonctionnaliste. Les soignants, s'ils connaissent les normes et les valeurs qui régulent le système de la protection de l'enfance, n'ont pas intériorisé la place de chacun sans mise à distance de ce système. Les règles se définissent à partir de la mise en pratique de ces normes et valeurs par les différents acteurs. Ce n'est pas le statut du juge des enfants qui structure la relation entre ce dernier et les soignants, mais bien le rôle que les soignants lui donnent à jouer dans une interaction précise qui définit les règles du jeu. Le rôle que les soignants donnent aux services de protection de l'enfance est souvent limité, comme nous allons le voir, par des expériences passées qui instaurent un doute chez les soignants sur la pertinence de l'échange.

### *1.1. La perturbation de la distance relationnelle*

L'échange d'informations, dans la loi du 5 mars 2007<sup>42</sup>, doit permettre aux acteurs de la protection de l'enfance de construire une connaissance pluridisciplinaire d'une situation, pour mieux déterminer les mesures d'action sociale et médicale à mettre en place et ainsi améliorer leur efficacité et leur continuité. D'après le médecin-directeur, « la loi de 2007, elle permet des choses avec l'idée du secret partagé ». L'article 15 de la loi du 5 mars 2007 précise que les savoirs qui se partagent doivent être mis en perspective avec la nécessité de transmission de ces informations. Toutes ne sont pas pertinentes dans l'objectif de faciliter l'intervention de plusieurs ensembles de professionnels et d'améliorer la situation de l'enfant. Garder le secret des informations ou les partager est un dilemme auquel sont confrontés les soignants.

Dans le chapitre 4, nous avons expliqué que l'USIS offre aux enfants un cadre pour s'exprimer sans que les soignants et le lieu de soins s'effondrent malgré la violence de leurs comportements et les atrocités qu'ils donnent à voir. La prise en charge groupale doit permettre aux enfants un étayage des expériences antérieures et l'acquisition de stratégies d'élaboration pour dépasser le vide psychique dans lequel ils évoluent. Les soignants s'offrent au transfert, par des activités de médiation ils cherchent à construire un dialogue avec les enfants. La rencontre entre les soignants et les enfants doit faciliter la verbalisation des éprouvés. Dans un cadre de psychothérapie institutionnelle comme l'USIS, l'enfant qui entre en relation avec le soignant est celui qui lui assigne un rôle. La relation soignants-enfants est essentielle dans la pratique des soignants. Le rôle de médiation que les soignants peuvent être amenés à tenir avec des partenaires comme l'école et les services de protection de l'enfance leur apparaît comme compromettant l'aspect thérapeutique de leur pratique.

*Mai 2012, échange informel avec deux soignants :  
exceptionnellement les enfants vont à l'école ce mercredi. À mon*

---

<sup>42</sup> Article L.226-2-2 : « Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. »

arrivée à l'USIS, trois soignants sont dans le bureau de la secrétaire où je m'installe pour lire les dossiers. Un des soignants quitte les lieux, un autre va fumer une cigarette sur la terrasse extérieure. Je l'accompagne. Nous commençons à parler du rôle des soignants dans les échanges avec les partenaires comme l'école et les services de protection de l'enfance. Rapidement un autre soignant se joint à nous. Face à la situation d'un enfant, Soignant 1 s'interroge sur le rôle de l'USIS et le sien en tant que soignant-référent. Dans la situation de Nicolas, il se retrouve à pousser les parents à signer des papiers pour la MDPH<sup>43</sup>. Il se demande si ce n'est pas un autre partenaire qui devrait jouer ce rôle, si cette action ne nie pas la position thérapeutique des soignants. La discussion tourne autour de la construction du partenariat. Soignant 1 explique que le plus souvent, avec les partenaires, il a le sentiment de devoir jouer un rôle de représentant, d'avocat de la famille qui est absente. Pour soutenir ce propos, Soignant 2 prend l'exemple de Raoul. Il raconte que lors de sa première rencontre avec les partenaires éducatifs, les différents professionnels présents l'attendaient de pied ferme pour exprimer autant leur rejet de l'enfant que celui de l'USIS. Je demande alors si les soignants n'ont pas un rôle de médiateur qui doit permettre à chacun d'être écouté et entendu. Est-ce que la médiation ne peut pas être thérapeutique ? Soignant 1 acquiesce. La médiation peut être thérapeutique mais il remet fortement en question ce rôle. Il prend l'exemple de Fariq dont il est le référent. L'USIS et lui en tant que soignant-référent doivent offrir à cet enfant un espace d'échange. Pourtant, quand il fait le lien entre la famille et les services éducatifs, il se demande dans quelle mesure il ne nie pas cet espace. « Fariq, il m'a traité de poucave<sup>44</sup> ». Soignant

---

<sup>43</sup> MDPH : Maison départementale des personnes handicapées. Lieu unique qui doit permettre de faciliter l'accès aux droits et aux prestations des personnes handicapées.

<sup>44</sup> *Poucave* est un mot d'argot très employé par les enfants de l'USIS pour désigner un mouchard, une personne qui balance, dénonce les autres.

*I ne voit pas en quoi l'enfant a tort quand il le désigne ainsi. L'enfant dans le cadre de l'USIS se livre. Lors des réunions partenariales, ce qu'il a montré, dans ce qui doit être normalement un cadre de confiance et qui ne s'effondre pas, peut être partagé. Cette position de médiation déconstruit son travail thérapeutique. Soignant 1 aborde l'importance des suivis thérapeutiques individuels. Je demande si cela n'est pas en contradiction avec la pathologie des enfants. Je pensais que l'USIS avait été pensée pour des enfants qui ne supportaient pas la relation duelle. Il me répond que le suivi individuel doit s'ajouter aux soins en groupe. Il questionne alors la place des soignants-référents. Je rappelle qu'au début de l'USIS, c'était le médecin-directeur qui recevait les parents en séance de psychothérapie et que les référents ne s'occupaient « que » des enfants. Pour Soignant 2, tous les professionnels ne sont pas nécessairement à l'aise avec cette multitude de casquettes. Il fait le lien avec l'approche éco-systémique et l'importance de ne pas penser le sujet comme seulement individualisé mais comme interagissant dans un contexte, un environnement.*

Cet échange met en relief la pluralité du rôle des soignants-référents. Le soignant 1 marqué par sa désignation de « poucave » par un enfant exprime et réfléchit sur l'ambiguïté de ses rôles. La primauté de sa pratique, ce sont les soins directement adressés à l'enfant. Quand il échange avec des partenaires éducatifs, sa position de médiation le place dans un conflit d'intérêts entre ce qu'il représente pour l'enfant et le rôle que lui donnent les partenaires. Il se sent alors dans un entre-deux qui lui semble préjudiciable à la relation privilégiée qu'il a construite avec l'enfant et qui peut remettre en question la dimension thérapeutique de sa pratique.

Dans d'autres situations, les contacts avec l'extérieur sont pour certains soignants un frein à leur propre capacité à penser ce qui est bénéfique pour l'enfant. Lors d'une réunion de synthèse, une soignante affirme : « J'ai le sentiment que l'on se



laisse bloquer par l'extérieur et cela nous empêche de penser la question des soins pour l'enfant ».

En soins institutionnels, comme expliqué dans le chapitre 4, la pratique thérapeutique se construit quand les soignants deviennent dépositaires des angoisses de l'enfant. Les murs de l'institution deviennent le contenant nécessaire pour que l'enfant puisse « faire voir les horreurs de son intérieur<sup>45</sup> ». Sortir à l'extérieur, quitter les murs de l'institution pour partager et construire avec les partenaires peut être source de préoccupations pour les soignants. Le savoir des soignants n'est pas que verbal, il ne se limite pas aux échanges oraux entre soignants et enfants. Il est construit à partir des observations faites sur le comportement de l'enfant lors de son accueil à l'USIS. Le partage de ce savoir acquis lors d'une relation privilégiée entre enfants et soignants, dans un cadre conçu pour recevoir ce que l'enfant veut y déposer, n'est pas nécessairement compris comme permettant une meilleure prise en charge globale de l'enfant, mais comme pouvant compromettre le bien-fondé de la prise en charge thérapeutique. La relation avec les services de protection de l'enfance, pour les soignants, peut entacher la relation thérapeutique entre soignants et enfants, qui est un attribut essentiel de l'identité professionnelle de ces soignants.

### *1.2. Enfants aux difficultés multiples : la complexité d'un consensus entre soins et services de protection de l'enfance*

Les enfants accueillis à l'USIS cumulent des difficultés sociales, psychologiques, familiales et scolaires. Les équipes de soins et les équipes éducatives n'ont pas toujours la même approche pour comprendre la situation d'un enfant. La difficulté à aboutir à un consensus sur les besoins de l'enfant et de sa famille peut remettre en cause la pertinence de la relation. Nous illustrerons notre propos à partir de la situation de Denis et celle de Suzanne.

---

<sup>45</sup> Expression de la directrice de l'USIS lors d'une supervision de stagiaire.

### 1.2.1.La situation de Denis

Denis est âgé de 5 ans<sup>46</sup> quand il débute un petit groupe thérapeutique à l'USIS. Le CMP du quartier pense qu'une prise en charge à l'USIS lui sera bénéfique. Denis montre beaucoup d'impulsivité et d'excitation dans son comportement. Il vit avec sa mère et son frère. Il n'a aucun contact avec son père qui ne l'a pas reconnu. Le parcours de M<sup>me</sup> F. est « *chaotique* », elle a longtemps logé dans une cave et aurait survécu en se prostituant. Elle présente des problèmes de santé aussi bien psychique que physique. Elle suit un traitement médical pour des problèmes cardiaques. Denis a dit à ses soignants-référents : « *Maman, elle est malade et toujours au lit* ».

Denis, d'après le discours des soignants, est un enfant incapable de régler ses conflits autrement que par le passage à l'acte. Ce qu'il n'arrive pas à symboliser, il le transforme en un comportement agité. L'insécurité relationnelle dans laquelle il se construit provoque chez lui des angoisses envahissantes qui se caractérisent par un comportement agité et dispersé. Pendant le temps des groupes, Denis me fait penser au personnage des Looney Tunes, Taz le Diable de Tasmanie. Il est incapable de rester assis sur sa chaise. Il est en constant mouvement : une fesse sur la chaise l'autre dans le vide, deux pieds sur la chaise, la tête sous la table. Il a beaucoup de mal à « *rentrer dans les apprentissages*<sup>47</sup> ». Longtemps, le seul mot qu'il saura écrire est CATCH. Catch qu'il regarde régulièrement le soir après 23 heures chez lui et qu'il ne manque pas une occasion de pratiquer, à l'école, à la maison et à l'USIS.

Dans le dossier de Denis, il est précisé que depuis 2010, la famille fait l'objet d'une mesure AEMO. Avant les vacances scolaires de Noël 2011, M<sup>me</sup> F. a fait, aussi bien auprès des soignants que de l'éducatrice spécialisée en charge de la mesure AEMO, une demande de placement pour ses deux enfants. L'équipe de l'hôpital de jour pense qu'il est nécessaire, pour symboliser la séparation, de passer par une mesure judiciaire. L'équipe AEMO préfère organiser un placement administratif en passant par l'ASE.

---

<sup>46</sup> Au début de l'observation participante, il est âgé de 7 ans.

<sup>47</sup> Expression souvent employée par les soignants pour qualifier les progrès d'un enfant.

En janvier 2012, la mère de Denis n'a pas signé les papiers nécessaires pour aboutir à une mesure administrative de séparation. L'équipe de soignants pense alors à un placement avec une séparation progressive par le biais d'un accueil séquentiel. Les soignants travaillent avec le CMP et l'éducatrice AEMO pour préparer cette séparation. Le CMP et le service AEMO, d'après le médecin-directeur, vont très vite dans les démarches. « *On est à un moment où il y a plein de décisions à prendre et je ne sais pas comment on les prend* » (médecin-directeur, le 9 mars 2012). Le placement est prévu pour le 20 mars 2012. Les soignants de l'hôpital de jour et les services de protection de l'enfance n'ont pas le même rapport au temps. Comme indiqué dans le chapitre 8, pour les soignants, la préparation de la séparation est tout autant importante que la séparation en elle-même. Le service AEMO doit organiser le placement mais l'accueil séquentiel a refusé d'accueillir Denis. Les motifs ne sont pas clairs. D'après l'éducatrice AEMO, le service d'accueil séquentiel n'avait plus de place. Je contacte par téléphone la chef de service pour mieux comprendre le fonctionnement d'un accueil séquentiel. Lors de cet échange, elle refuse ma proposition d'entretien. Elle m'explique toutefois qu'elle se doit de « *protéger son équipe* » qui n'a pas la formation pour accueillir des enfants avec des troubles du comportement comme ceux de Denis.

À la suite de ce refus, l'éducatrice AEMO cherche un autre lieu d'accueil pour Denis. Un foyer dans le nord parisien propose d'aménager les temps d'accueil de Denis. Il pourrait séjourner au foyer en semaine et rentrer dans sa famille pendant le week-end. Cette proposition, relayée à l'équipe de l'hôpital de jour, provoque chez les soignants une dévalorisation des compétences des services éducatifs pour identifier les besoins d'un enfant. Les soignants pensent une séparation nécessaire parce que la mère est fragile dans l'exercice de ses fonctions parentales. Denis est dit sadisé par sa mère. M<sup>me</sup> F. est régulièrement absente du domicile familial. Un jour, l'appartement a été inondé. Un autre jour, l'enfant arrive à l'hôpital de jour avec des médicaments. Le médecin-directeur s'inquiète de ce libre accès aux médicaments pour les enfants. Ceux de M<sup>me</sup> F. peuvent très rapidement conduire à une intoxication médicamenteuse. L'accueil séquentiel devait permettre de séparer l'enfant du domicile familial le week-end, quand l'école ou le lieu de soins ne pouvaient agir comme des agents protecteurs.

Or, la proposition du foyer va à l'encontre de la conception des soignants. Un placement en semaine dans le nord de Paris signifierait une impossibilité pour l'enfant de venir chaque soir à l'USIS. Un retour au domicile familial le week-end l'exposerait à tous les dangers repérés par les soignants. Dans le même temps, l'équipe apprend que l'éducatrice AEMO qui s'occupe de Denis ne pourra pas être présente lors de l'audience mais qu'une collègue, « *qui n'a jamais rencontré Denis* » d'après le médecin-directeur, ira à sa place.

En réunion de synthèse, quand un retour sur la situation de Denis est fait à l'équipe par le médecin-directeur et les soignants-référents, la directrice s'exclamera en se tournant vers moi : « *Tu vois pourquoi on ne veut pas placer les enfants* ». Cette phrase vient soutenir ma première intuition sur un manque de confiance de la part des soignants dans les compétences des acteurs des services de protection de l'enfance, et participe à la construction de la réalité de cette équipe sur l'incapacité de la protection de l'enfance à travailler et à agir dans l'intérêt de l'enfant.

### 1.2.2. La situation de Suzanne

Suzanne est âgée de 9 ans au début de l'enquête. Elle est une des rares filles prises en charge à l'USIS. Mes contacts avec elle ont toujours été dans la violence, les coups, les crachats et les injures. Elle est placée en famille d'accueil depuis le début de sa prise en charge à l'USIS. Les rencontres avec sa mère biologique évolueront un peu au cours des trois ans d'observation. Le lien mère-enfant est très instable. La mère ne vit pas en région parisienne et présente de sévères troubles psychopathologiques. Les rencontres se font toujours en présence de psychologues-cliniciens par le biais d'un établissement qui s'occupe de rencontres médiatisées à visée thérapeutique.

Tout au long de l'observation, le comportement de Suzanne ne va que crescendo, sans accalmie dans sa violence. Suzanne bouscule beaucoup le cadre de l'hôpital de jour. Lors d'un de ses passages à l'acte qui fait suite à différents comportements qui ont laissé les soignants désarmés, il est décidé de ne pas l'accueillir pendant une semaine, en s'appuyant sur l'ASE pour soutenir la position

des soignants et participer à la reconnaissance de la nécessité des soins aux yeux de la famille d'accueil.

En conséquence de cette position des soignants, les relations entre la famille d'accueil et l'USIS ne s'améliorent pas. En réunion de synthèse, la question : « Comment peut-on envisager de travailler avec cette famille d'accueil alors qu'elle entretient une relation perverse avec cette enfant ? » est posée. Les soignants questionnent les apports des soins pour Suzanne : « Nous sommes là, tant qu'on a le sentiment que l'on peut aider l'enfant, au-delà des difficultés familiales. Mais pour Suzanne, a-t-on le sentiment que l'on puisse être soignant ? ».

Une réunion est donc organisée à l'ASE. Elle regroupe l'ensemble des intervenants autour de Suzanne. Lors de cette réunion, les soignants représentant l'USIS font part de leur souhait de faire intervenir un CMP pour jouer un rôle de tiers entre eux et les services de protection de l'enfance.

Après cette rencontre, en réunion de synthèse, le médecin-directeur explique que, sans grande surprise, la représentante de la direction du service d'accueil familial tient une position qui ne devrait pas être la sienne. Les soignants, lors de la rencontre, ont exposé les troubles observés chez Suzanne et leurs sujets d'inquiétude. Ils sont revenus très choqués des échanges entre les différents professionnels. La représentante du service d'accueil familial a affirmé que, depuis l'arrêt des soins, tout allait bien. Elle n'a jamais mis en doute la famille d'accueil ni discuté des difficultés rencontrées par l'enfant. La rencontre est placée sous le sceau du non-dit et des sous-entendus. Les soignants ont eu le sentiment qu'il était plus important de protéger l'équipe du service d'accueil familial que de réfléchir à ce qui pouvait être bénéfique pour l'enfant. Quelque temps après cette réunion, un goûter de départ est organisé pour Suzanne à l'USIS.

Les soignants et les intervenants éducatifs, après la réunion organisée à l'ASE, ne visent plus un but commun dans la prise en charge de Suzanne. La relation de réciprocité n'est alors plus existante et conduit à la rupture des échanges, qui se traduit par la fin de la prise en charge à l'USIS de Suzanne.

### 1.2.3.Denis et Suzanne : des enfants incasables

La présentation du comportement de Denis à la chef de service de l'accueil séquentiel amène cette dernière à anticiper les conséquences néfastes possibles de l'accueil d'un enfant avec des troubles du comportement comme ceux de Denis dans le fonctionnement de son institution. Elle rationalise sa pensée, en argumentant que l'équipe n'est pas formée pour répondre à ce type de pathologies. Lors de ma conversation avec cette chef de service, Denis devient un « incasable ».

Au contraire de Denis, pour Suzanne c'est l'hôpital de jour qui devient une structure qui n'est plus appropriée pour elle. Le service d'accueil familial ne joue pas son rôle, d'après les soignants. Il refuse d'entendre officiellement le discours de l'hôpital de jour sur le comportement problématique de Suzanne. Pour protéger la famille d'accueil, le service d'accueil familial nie l'apport ajouté d'une prise en charge thérapeutique. Un événement traumatique pour l'USIS, un passage à l'acte de Suzanne extrêmement violent à l'égard d'un soignant, et l'impossible collaboration avec la famille d'accueil, questionnent les soignants sur la pertinence des soins et les amènent à décider la fin de la prise en charge de Suzanne.

Denis et Suzanne appartiennent à ce que Barreyre (1997) identifie comme « la population-limite ». Ils ne relèvent pas seulement de mesures de protection de l'enfance ou de mesures thérapeutiques. Le terme d'« incasable » n'a pas fait l'objet d'une définition scientifique, la désignation d'« incasabilité » fait référence à des enfants qui se situent à la limite des institutions, qui relèvent de plusieurs modes de prise en charge, aussi bien du sanitaire et du social que du médico-social (Barreyre et al., 2008). Si Denis et Suzanne rentrent dans une case, c'est bien celle de l'« incasabilité ». Ils cumulent les difficultés familiales, sociales, scolaires et psychologiques. Les soignants préconisent pour Denis un placement séquentiel qui puisse garantir la poursuite des soins. Le service de protection de l'enfance se protège en refusant la candidature de cet enfant. Dans la situation de Suzanne, le service d'accueil familial nie la nécessité d'une prise en charge thérapeutique. La difficulté de

trouver une réponse adéquate dans ces situations est à rattacher au fait que chaque acteur, social, sanitaire, médico-social, fonctionne dans une logique qui lui est propre.

Dans une relation, les échanges entre les parties ne sont pas le plus souvent conflictuels. Friedberg (1993) parle d'une dimension *collusive* de cette relation où chaque partie, en cherchant à réduire les possibilités de l'autre partie, assure une stabilité dans la relation. Cependant, pour des enfants « incasables » comme Suzanne et Denis, les soignants et les équipes éducatives ne s'accordent pas sur la qualité de la réponse de chacun aux attentes et aux demandes des autres. Chaque acteur ne reconnaissant pas nécessairement l'intervention de l'autre comme profitable à l'enfant, dans la situation de Suzanne, ou confrontant les acteurs concernés à l'incertitude sur la qualité des interventions proposées pour Denis, se constitue alors un obstacle au maintien de la relation entre soignants et services de protection de l'enfance.

### *1.3. La difficile relation de réciprocité*

Dès mes premières journées passées à l'USIS, j'ai pu entendre, dans les interstices de soins, lors d'échanges informels : « Le problème, c'est qu'avec un signalement ils restent dans leur famille », ou encore : « On sait très bien que cette juge, elle ne place pas les enfants », « S'il y a un signalement sans placement, notre prise en charge s'arrête. Cela pose la question de la continuité des soins ». Un signalement qui n'aboutit pas à la mise en place d'une mesure de protection de l'enfance peut stopper les soins. La famille, se sentant trahie par l'équipe soignante, peut s'opposer à la venue de son enfant à l'USIS. La prise en charge à l'hôpital de jour s'organise autour de la libre adhésion de l'enfant et de sa famille, les possibilités des soignants de contraindre la poursuite des soins sont minces. Au regard des soignants, l'enfant est alors toujours au sein d'une famille qui compromet son développement et, avec l'arrêt des soins, il se retrouve sans lieu de protection.

Différentes expériences comme celle de Denis et de Suzanne, au cours de trente ans de pratique, ont conduit les soignants à construire une représentation

négative aussi bien sur la marge de manœuvre des services de protection de l'enfance que sur leurs connaissances de l'enfant et de son développement et sur celles de la famille et des difficultés rencontrées dans ses pratiques éducatives. Dans une forme de « processus d'accoutumance » (Berger et Luckmann, 1966), les soignants, par la répétition d'une déception au sujet des pratiques des services de protection de l'enfance, ont inscrit ces expériences dans un automatisme de pensée qui objective une signification subjective. Les soignants, par exemple, en ma présence, ont questionné à de nombreuses reprises la logique d'une équipe éducative qui avait fait une demande anticipée de mainlevée d'une mesure AEMO pour Enrico<sup>48</sup> alors que, selon eux, la situation de l'enfant et de la famille justifiait toujours cette intervention. La mainlevée n'était pas récente, elle avait été ordonnée un an avant mon arrivée sur le terrain. Cette signification subjective a été transformée dans la conscience des soignants en une facticité objective de l'incompétence des services de protection de l'enfance à se représenter le danger psychique que peut encourir un enfant dans sa famille. Facticité objective qui vient compromettre la construction de la relation entre les soignants et les intervenants des services de protection de l'enfance.

## **2. Les marges de liberté des soignants et des services de protection de l'enfance**

Dans le chapitre 7, nous avons expliqué que la marge de liberté des soignants était contrainte par la réglementation du système de protection de l'enfance. Cependant, les soignants ne reçoivent pas passivement cette réglementation, ils en font leur propre lecture et, en fonction de cette dernière, structurent leurs comportements. Le comportement d'un acteur est certes toujours contraint et limité, mais il n'est jamais directement déterminé, nous rappellent Crozier et Friedberg (1977). Soignants et intervenants des services de protection de l'enfance définissent un objectif commun, néanmoins, comme nous venons de le montrer, les deux parties ne s'accordent pas toujours sur les modalités de cet objectif. Chacun va alors déployer des stratégies différentes pour amener l'autre à accepter ce qu'il propose. Pour

---

<sup>48</sup> Nous présenterons plus en détail la situation d'Enrico dans le chapitre 11.



expliciter les stratégies des soignants et des intervenants des services de protection de l'enfance, nous nous appuyons sur une réunion à un CMP rassemblant des acteurs du soin et de la protection de l'enfance, organisée au sujet de la préparation de la séparation de Denis, dont nous avons parlé dans la partie 1.2 de ce chapitre.

### *2.1. Une rencontre entre soins et protection de l'enfance: la situation de Denis*

Nous avons expliqué précédemment que Denis et sa famille sont suivis par une éducatrice AEMO. Les soignants et cette dernière travaillent conjointement pour mettre en place une séparation. Les soignants ont défendu une séparation progressive et suggéré un accueil séquentiel. À la suite du refus de ce lieu d'accueil potentiel, l'éducatrice AEMO a proposé un autre lieu de placement, qui acceptait d'aménager l'accueil de Denis. Il avait été envisagé un placement en semaine et un retour au domicile familial le week-end. Cette proposition n'avait pas été comprise par l'équipe soignante, qui jugeait qu'elle allait à l'encontre des besoins de protection de Denis.

À la suite de cette proposition, une réunion est organisée au CMP du quartier. La mère de Denis, son frère et lui-même sont suivis dans ce CMP. La pédopsychiatre référente a invité l'ensemble des intervenants sociaux et « psys » de Denis, de son frère et de M<sup>me</sup> F. À cette réunion sont présents : la chef du service AEMO, l'éducatrice AEMO, la psychologue qui suit la mère au CMP, la pédopsychiatre référente du CMP, les deux référents de l'ITEP qui prend en charge le frère de Denis, la chef de service de cet ITEP, le médecin-directeur de l'USIS, un soignant-référent de Denis et moi-même.

Dans le premier de temps de cette rencontre, les différents intervenants sont invités à présenter leurs observations sur la situation de l'enfant qu'ils prennent en charge et/ou de M<sup>me</sup> F. La grande majorité des participants ont une formation en psychologie. Le vocabulaire employé appartient surtout au champ lexical de cette discipline.

Les intervenants « psys » s'accordent sur l'importance de séparer les enfants de leur mère le week-end mais réitèrent la nécessité de la poursuite des soins. Les enfants ne peuvent pas être placés en semaine, ou alors dans un lieu d'accueil proche des lieux de soins, pour ne pas créer plus de discontinuité que nécessaire. La chef de service et l'éducatrice AEMO semblent adhérer aux discours des intervenants « psys ». Elles rappellent néanmoins un principe de réalité : les places en foyer, surtout pour des enfants avec des troubles du comportement, et répondant aux exigences définies par les soignants, sont très difficiles à trouver. Un échange assez vif opposant les équipes de soins à l'équipe éducative s'engage, où chacun réitère ses arguments : les besoins spécifiques des enfants, la réalité de la situation pour trouver un placement. La pédopsychiatre du CMP mettra fin à cet échange en affirmant qu'elle représente le médical et que, en cette qualité, elle est décisionnaire de ce qui doit être fait pour répondre aux besoins des enfants.

La rencontre prend fin, la chef de service et l'éducatrice AEMO sont les premières à quitter le CMP. Les équipes soignantes s'attardent un peu pour échanger sur un point qui les rassemble : les soins sont plus importants pour le développement de l'enfant que la mesure éducative.

## *2.2. Connaissances expertes des soignants versus connaissances du réseau des intervenants de protection de l'enfance*

Un des fils rouges de cette recherche est la connaissance des soignants sur l'enfant et sa famille. La pratique des soignants s'appuie sur des cadres théoriques, comme détaillé dans les chapitres 4 et 5, qui permettent de comprendre l'enfant et son comportement. Cadres théoriques auxquels peuvent avoir recours les intervenants des services de protection de l'enfance. Lors de la réunion au CMP pour Denis, l'échange s'articule autour de notions et concepts « psys », les représentantes du service AEMO, que ce soit dans la compréhension des explications des soignants ou lors de leur propre prise de parole, ne sont pas en rupture avec ces notions et concepts.

Le champ de l'éducation spécialisée, quand il se construit au début du XX<sup>e</sup> siècle, valorise des qualités comme la générosité, l'altruisme et le don de soi. Les actions n'ont qu'une importance relative par rapport à la capacité d'influence. Cependant, ces pratiques manquent de fondements théoriques et scientifiques (Fablet, 2009). Le travail social se construit alors à partir de l'influence de courants de pensée comme le personnalisme, le *case-work* et/ou en empruntant des notions aux disciplines des sciences humaines comme la psychologie, la psychologie sociale, la psychanalyse ou encore la sociologie (Dartiguenave et Garnier, 2009). Hébert (2012) présente la construction de la pratique des éducateurs spécialisés à la croisée d'approches théoriques multiples comme une fragilité identitaire. Différentes réponses peuvent être apportées à une même situation. Une des réponses souvent appropriée apportée par ces acteurs du travail social est celle de l'approche psychodynamique, qui affirme la nécessité de mieux connaître pour mieux comprendre et pouvoir aider (Fablet, 2009). Cette approche est en lien avec le champ disciplinaire auquel les soignants sont formés. Formation plus riche et soutenue sur les concepts que celle des éducateurs spécialisés. Aussi, si ces derniers, comme les représentantes du service AEMO lors de la réunion au CMP, ne sont pas dépassés par le discours savant et reconnu comme légitime<sup>49</sup> des soignants, néanmoins, dans la joute verbale qui s'engage avec les détenteurs de ce savoir, les représentantes éducatives sont démunies pour expliciter leur point de vue et leur champ d'action possible. Leur rappel à une réalité de faits, comme la rareté des places en foyer, notamment ceux qui permettent la poursuite des soins, n'est pas entendu comme un argument par les soignants, qui s'attachent à l'aspect symbolique de la mesure de séparation. Les soignants, à la fin de cette rencontre, ont donc le sentiment qu'ils ont imposé leur idéal du but de la mesure de séparation, c'est-à-dire les modalités à mettre en place pour la séparation de Denis, auprès des représentantes du service de protection de l'enfance.

Les représentantes du service AEMO, si elles n'ont pas la même maîtrise du savoir des soignants, ont pour elles les règles organisationnelles du système de

---

<sup>49</sup> Nous avons détaillé, dans le chapitre 7, dans quelle mesure les intervenants sociaux et les juges des enfants pouvaient solliciter l'expertise des soignants.

protection de l'enfance. L'équipe AEMO qui prend en charge la situation de Denis a été missionnée par le juge des enfants pour organiser la séparation. C'est l'éducatrice AEMO qui prend contact avec les lieux d'accueil potentiels. Si, lors de la rencontre au CMP, elle entend et accepte le discours des équipes de soins qui s'appuient sur leurs connaissances expertes pour justifier le bien-fondé du but de la mesure de séparation, une fois la réunion achevée c'est elle qui, par sa connaissance du réseau, doit trouver le lieu d'accueil dont il a été dit qu'il est très difficile à trouver. Les services de protection de l'enfance ont une capacité de moyens. Ils ont la connaissance du réseau pour mettre en place physiquement une mesure de séparation. Ce sont eux les intermédiaires entre les soignants qui préconisent et les autres professionnels qui accueilleront l'enfant.

La relation entre soignants et services de protection de l'enfance se construit pour mettre en œuvre la mesure de séparation la plus appropriée pour l'enfant et sa famille. Cette relation de réciprocité n'est pas évidente à construire, les soignants pouvant mettre en doute la pertinence de faire intervenir les services de protection de l'enfance. Dans le chapitre 8, nous avons expliqué que les équipes éducatives et les soignants ne comprenaient pas la mesure de séparation à partir d'une logique similaire. Pour les équipes éducatives, la mesure de séparation est abordée dans sa dimension physique. Elle doit permettre de déplacer l'enfant d'un lieu de vie jugé dangereux vers un autre lieu qui lui assure une protection physique. Pour l'équipe soignante, la préparation à la mesure de séparation est autant protectrice que la séparation physique en elle-même. Les soignants comprennent la séparation dans sa dimension symbolique. Elle doit permettre un travail d'individuation pour l'enfant.

Ce que nous apprend la rencontre au CMP, c'est qu'au-delà de cette compréhension à partir de logiques différentes sur les attendus d'une mesure de séparation, soignants et équipes éducatives n'agissent pas dans une même logique de rationalité. Les soignants agissent à partir d'une rationalité en valeur (Weber, 1922), c'est-à-dire qu'ils déterminent l'intervention idéale pour l'enfant et sa famille à partir de leurs connaissances théoriques. Les intervenants des services de protection de l'enfance agissent à partir d'une rationalité en finalité (Weber, 1922), c'est-à-dire en

cherchant le moyen qui leur permettra d'atteindre le but fixé. La relation soins-services de protection de l'enfance se construit dans une recherche de congruence entre le but idéal défini par les savoirs reconnus comme légitimes des soignants et les moyens contraints dont disposent les intervenants de la protection de l'enfance pour atteindre ce but.

---

## **Partie 4 : Les facteurs qui agissent sur le processus décisionnel des soignants**

---

Dans les chapitres 3 et 7, nous avons expliqué l'importance, dans le champ de la protection de l'enfance, donnée ces dernières années à la démarche d'évaluation-diagnostic pour permettre d'améliorer les orientations et la qualité des prises en charge en protection de l'enfance. Selon l'écologie de la prise de décision (Baumann et al., 2011), arriver à une même évaluation-diagnostic (ce que doit permettre l'élaboration d'outils, de référentiels) par différents ensembles de professionnels n'est pas synonyme d'une décision identique. Au-delà des caractéristiques d'une situation prise en compte dans cette évaluation-diagnostic, d'autres facteurs jouent un rôle dans le processus décisionnel. L'anticipation des résultats d'une mesure est un facteur important dans le processus décisionnel des acteurs intervenant en protection de l'enfance.

L'écologie de la prise de décision explique que, pour étudier une décision, il est nécessaire de distinguer l'évaluation-diagnostic du seuil de tolérance du décideur (Baumann et al., 2011). Le seuil de tolérance représente la quantité et la qualité des preuves nécessaires à une personne pour prendre une décision à partir de l'évaluation-diagnostic. Ce seuil de tolérance est influencé par des facteurs comme ceux liés au processus décisionnel : dans notre recherche, les cadres théoriques de référence des soignants présentés dans les chapitres 4 et 5, et aussi, le sens et l'anticipation du résultat de la décision que nous avons abordés dans les chapitres 7, 8 et 9.

Les parties précédentes nous ont donc permis de repérer les contraintes, les règles du jeu qui définissent le périmètre de l'action étudiée et de repérer les stratégies des soignants pour se jouer de ces contraintes. Il convient maintenant, dans cette quatrième et dernière partie, de nous intéresser plus spécifiquement à l'étape de l'évaluation-diagnostic qui intervient dans le processus décisionnel des soignants, c'est-à-dire d'identifier les facteurs influençant le point de vue des soignants sur la nécessité de préconiser une séparation.

Dans le premier chapitre, nous chercherons à repérer les caractéristiques, les difficultés psychologiques et sociales propres à une situation qui peuvent avoir un impact sur la décision des soignants. En écho à ces résultats, dans un deuxième chapitre, nous nous intéresserons à la notion d'implication parentale et à son rôle dans la décision des soignants. Nous finirons, dans un troisième chapitre, en mettant en relief la pratique décisionnelle des soignants par rapport à une nouvelle norme sociale qui tend à s'imposer dans le travail social, celle de l'autoréalisation de soi à partir d'une élaboration de sa propre histoire pour agir sur ses difficultés.

## **Chapitre 10 : Facteurs de cas et décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance**

Les résultats présentés dans ce chapitre ont été obtenus à partir d'une analyse statistique des dossiers des enfants accueillis à l'hôpital de jour. Rappelons que 165 dossiers ont été étudiés. Il s'agit de ceux des enfants pris en charge à l'USIS pendant plus de six mois entre 1981 et 2011 et qui étaient majeurs lors de l'enquête. Ces dossiers ont été lus et analysés de deux façons. Une première lecture se concentre sur le corpus et permet, par le biais d'une approche quantitative, d'acquérir des informations psycho-socio-démographiques sur le public accueilli ; nous les présenterons dans une première partie. Une seconde lecture, plus transversale, révèle les types de danger caractérisés par les soignants et permet de mieux comprendre les facteurs les conduisant à prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Nous discuterons, dans une deuxième partie, de l'existence ou non d'un lien entre les caractéristiques des situations repérées par les soignants et les modalités de sortie que nous aurons définies en amont. Nous finirons, dans une troisième partie, avec l'exposition d'une situation, celle d'Alain, qui permet de comprendre plus finement les caractéristiques mises en avant par les soignants pour justifier leur prise de contact avec les services de protection de l'enfance.

### **1. Données socio-psycho-démographiques des enfants et de leur famille et modalités de sortie**

La présentation de ces données peut, à la lecture, paraître fastidieuse. C'est une énumération des caractéristiques de la population accueillie à l'hôpital de jour. Il nous a semblé nécessaire, toutefois, de les présenter afin que le lecteur ait connaissance de l'ensemble des caractéristiques retenues pour repérer les difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille. Elles renseignent sur la spécificité du public accueilli à l'hôpital de jour.



Ces données ont été obtenues à partir de la lecture et de l'analyse des dossiers. Elles ne sont pas représentatives de la réalité d'une situation mais renseignent sur la réalité observée par les soignants. Les dossiers sont rédigés par les soignants de l'USIS qui ont une formation en psychologie. Une assistante sociale ou un éducateur spécialisé dans un service d'AEMO, ou une autre personne travaillant dans le champ de l'enfance, auraient certainement repéré d'autres caractéristiques de la famille et de l'enfant. Ces données sont une image subjective et quantifiée de la population de l'hôpital de jour. Elles renseignent sur la pratique des soignants en identifiant les difficultés retenues par les soignants pour qualifier une situation.

### *1.1. Quel est le public accueilli à l'USIS ?*

Nous avons distingué les difficultés relatives à l'environnement familial de celles observées chez l'enfant.

#### 1.1.1. Les difficultés relatives à l'environnement familial

Les familles des enfants accueillis à l'hôpital jour sont décrites par les soignants comme des familles à problèmes multiples. Elles sont touchées par des problèmes économiques, sociaux et médicaux.

Dans les dossiers, très peu de notes évoquent la situation économique des parents. Dans 77% des cas, la profession du père ou de la mère n'est pas renseignée. Une des rares données qui apparaît sous différentes dénominations concerne les ressources des familles. 24,2% des enfants vivent dans une famille décrite comme ayant peu de ressources financières.

Les difficultés de logement sont indéniables et apparaissent de manière récurrente dans les dossiers comme un enjeu majeur pour ces familles. 23,6% des familles présentent au moins une difficulté relative à leur logement. 12,1% d'entre elles vivent dans un logement décrit dans les dossiers comme exigü. 9,1% des enfants et leur famille ont été menacés d'expulsion ou expulsés au cours de leur prise en charge par l'hôpital de jour. 5,5% de ces enfants ont vécu à un moment de la prise en

charge soit en hôtel, soit en refuge. 3,6% d'entre eux ont vécu à un moment de la prise en charge dans un logement décrit comme insalubre.

Difficultés liées au logement		
	Nombre	Pourcentage
Au moins une difficulté de logement	39	23,6%
Logement exigu	20	12,1%
Expulsé ou risque d'expulsion	15	9,1%
A vécu dans un refuge, à l'hôtel	9	5,5%
Logement insalubre	6	3,6%

45,5% des enfants accueillis vivent avec leur père et mère biologiques. Dans 38,8% des situations, l'enfant vit dans une famille monoparentale. 15,6% des enfants vivent dans une famille avec une fratrie de quatre enfants et plus. La taille des fratries, comme le rappelle Desplanques (1994), a des incidences sur les ressources et les conditions de vie du groupe familial.

Les séparations et les divorces ne sont pas les seuls facteurs explicatifs des familles monoparentales. Le décès du conjoint ou son incarcération explique une part de ces situations. 11,5% des enfants ont un de leurs parents qui est décédé, et 3,6% des enfants ont un de leurs parents incarcéré. Dans 7,3% des situations la filiation est incertaine.

Composition familiale complexe		
	Nombre	Pourcentage
La personne en charge de l'enfant au domicile est la mère biologique	64	38,8%
Fratrie de 4 enfants et plus	26	15,6%
Un des parents est décédé	19	11,5%
Filiation incertaine	12	7,3%
Un des parents est incarcéré	6	3,6%

Ces familles sont fortement affectées par des troubles de la santé. Dans 18,2% des cas, au moins un des parents souffre d'une forme de dépendance : 15,8% d'entre eux sont dépendants à l'alcool, 2,4% à une forme de drogue. Dans 29,1% des situations, au moins un des parents présente un trouble de santé physique et/ou psychique. Dans 17% des situations, au moins un des parents présente un trouble de santé physique et dans 16,4% des situations, au moins un des parents est décrit comme présentant un trouble de santé mentale. Dans 5,5% des situations, un des parents a fait une tentative de suicide.

Difficultés liées à la santé des parents		
	Nombre	Pourcentage
Au moins un des parents souffre d'une forme de dépendance	30	18,2%
Au moins un des parents souffre d'une dépendance à l'alcool	26	15,8%
Au moins un des parents souffre d'une dépendance à la drogue	4	2,4%
Au moins un des parents présente un trouble de santé physique et/ou psychique	48	29,1%
Au moins un des parents présente un trouble de santé physique	28	17%
Au moins un des parents est décrit comme présentant un trouble de santé mentale	27	16,4%
Un des parents a fait une tentative de suicide	9	5,5%

26,7% des enfants vivent dans une famille avec de la violence conjugale notée par les soignants. Pour 16,4% des situations un conflit conjugal a été observé. L'isolement social touche 9,7% des familles.

17,6% des situations se caractérisent par un rejet parental, 16,4% d'entre elles se caractérisent par une relation fusionnelle, 10,3% par une relation exclusive, 7,9% par une parentification et 3,6% par un conflit de loyauté.

### Difficultés dans la relation parent-parent et parents-enfant

	Nombre	Pourcentage
Violence conjugale	44	26,7 %
Conflit conjugal	27	16,4 %
Isolement social	16	9,7 %
Rejet parental	29	17,6 %
Relation fusionnelle	27	16,4%
Relation exclusive	17	10,3%
Parentification	13	7,9 %
Conflit de loyauté	6	3,6 %

Dans 58,2% des situations, l'équipe a noté au minimum une forme de maltraitance intrafamiliale. De la maltraitance physique a été notée dans 43% des situations, de la négligence dans 27,3% des situations, de la maltraitance psychologique dans 12,7% situations. Dans 8,5% des situations l'enfant est décrit comme livré à lui-même. 7,3% des situations ont été décrites comme incestuelles. Dans 5 situations, l'équipe s'est fortement interrogée sur un possible inceste.

Dans 3 situations de la maltraitance physique extrafamiliale a été notée, et dans 5 situations de la maltraitance sexuelle extrafamiliale.

Maltraitance		
	Nombre	Pourcentage
Au moins une forme de maltraitance intrafamiliale	96	58,2%
Maltraitance physique	71	43%
Négligence	45	27,3%
Maltraitance psychologique	21	12,7%
Enfant décrit comme livré à lui-même (négligence de supervision)	14	8,5 %
Relation incestuelle	12	7,3%
Questionnement sur inceste	5	3,1%
Maltraitance physique extrafamiliale	3	1,8%
Maltraitance sexuelle extrafamiliale	5	3,1%

### 1.1.2. Les difficultés observées chez l'enfant

La prise en charge de l'hôpital de jour, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 6, peut, sans en avoir le statut, jouer un rôle de mesure de protection de l'enfance. Toutefois, les enfants sont rarement adressés à l'USIS par des services de protection de l'enfance. Seulement 15 enfants (9,1%) ont été orientés vers cette structure par une équipe éducative de protection de l'enfance.

Ce sont surtout les troubles du comportement de l'enfant qui perturbent la classe qui conduisent les partenaires à adresser des enfants à l'USIS. Leur pathologie ne peut être traitée en soins ambulatoires dans des CMP ou CMPP, aussi des structures de soins de type CMP et CMPP ont-elles orienté 68 (41,2%) des enfants pris en charge à l'USIS, leur pathologie ne pouvant être traitée en soins ambulatoires. 58 (35,2%) ont été orientés par un partenaire scolaire (école, médecin scolaire, psychologue scolaire). Depuis son ouverture en 1981, l'hôpital de jour s'est fait connaître et reconnaître dans le quartier où il est situé ; dans 24 situations (14,5%), ce

sont les familles qui, sur le conseil d'autres familles, demandent que leur enfant y soit accueilli.

Les enfants accueillis présentent tous des difficultés scolaires. Un des objectifs de l'intervention est de combattre une exclusion du système scolaire « classique ». Peu de choses dans les dossiers sont notées sur leur retard. Les données qui se dégagent des dossiers concernent des troubles du langage et/ou des apprentissages, dont souffrent 49,1% des enfants, et un problème d'adaptation scolaire, qui affecte 17% enfants. Il est aussi remarqué dans 5,5% des situations que l'enfant fait l'objet d'un rejet de l'école. Nous sommes ici face à un des problèmes de catégorisation des enfants accueillis à l'hôpital de jour, qui d'après les enseignants ont du mal à être « élèves ».

Difficultés scolaires		
	Nombre	Pourcentage
Troubles du langage et/ou des apprentissages	81	49,1%
Problème d'adaptation scolaire	28	17,0 %
L'enfant fait l'objet d'un rejet de l'école	9	5,5 %

43,6% des enfants sont décrits comme agités, 18,2% comme inhibés, 11,5% d'entre eux ont présenté une tendance à l'isolement. Dans 40% des situations, l'enfant a été décrit comme présentant un comportement violent, 11,5% des enfants ont eu un comportement délinquant, dans 7,9% des situations des incivilités ont été évoquées. 19,4% des enfants ont présenté des troubles identitaires, 6,9% des troubles alimentaires. Dans 7,9% des situations de l'auto-agression a été constatée, 4 enfants (2,4%) ont inquiété l'équipe par leurs pensées suicidaires.

Troubles du comportement		
	Nombre	Pourcentage
Agités	72	43,6%
Inhibés	30	18,2%
Comportement violent	66	40%
Comportement délinquant	19	11,5%
Incivilités	13	7,9%
Troubles identitaires	32	19,4%
Troubles alimentaires	10	6,9%
Auto-agression	13	7,9%
Pensées suicidaires	4	2,4%

### *1.2. Quelles sont les modalités de sortie étudiées ?*

L'intention de ce chapitre est de mettre en évidence la possible existence d'un lien entre les caractéristiques des situations des enfants que nous venons de présenter et la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Les dossiers que nous avons étudiés sont ceux pour lesquels la prise en charge à l'USIS était terminée. Nous avons alors étudié les motifs de cet arrêt de prise en charge et nous les avons classés en six catégories : la décision de fin de prise en charge est celle des parents et/ou de l'enfant en désaccord avec l'équipe ; les soins se sont arrêtés parce que la famille a déménagé ; les soins se sont brusquement arrêtés après des événements traumatiques à l'USIS ; une mesure de séparation a été préparée par l'équipe ; l'équipe soignante a jugé la fin des soins possible au vu des avancées de l'enfant ; l'équipe soignante a orienté l'enfant vers d'autres lieux de soins. Nous avons ensuite distingué les motifs pour lesquels les soignants n'ont pas le choix dans la modalité de sortie (première partie du tableau ci-dessous en gris foncé) de ceux où une décision a été construite (dans la seconde partie du tableau en gris clair), qui est nommée décision effective.

### Modalités de sortie des enfants accueillis à l'hôpital de jour

	Nombre	Pourcentage
Décision des parents et/ ou de l'enfant en désaccord avec l'équipe	64	38,8%
Déménagement de la famille	29	17,6 %
Décision suite à des événements	2	1,2 %
Orientation vers d'autres structures avec séparation parents-enfant	35	21,2%
Décision de sortie en accord avec l'équipe suite aux avancées de l'enfant	24	14,5%
Orientation vers d'autres structures de soins	11	6,7%
Total	165	100 %

Dans 56,4% des cas, l'équipe soignante n'intervient pas dans la décision de mettre fin à l'accueil de l'enfant. Dans 38,8% des situations, ce sont les parents qui ont pris la décision de mettre fin à l'accueil, contre l'avis des soignants. Dans 17,6% des situations, l'accueil a pris fin en raison du déménagement de la famille et, dans 2 situations, l'accueil s'est arrêté à la suite d'événements graves survenus au sein de l'institution.

La recherche de liens porte donc sur trois modalités de sortie, qui représentent 43,6% de notre population, où la décision, pour les soignants, est effective : la sortie est organisée au vu des avancées de l'enfant dans 14,5% des situations, l'enfant et la famille sont orientés vers d'autres structures de soins (7,7% des situations) et une séparation a été préconisée (21,2% des situations). Par la suite, nous nous sommes intéressée aux modalités de sortie de manière binaire : d'un côté, les décisions où l'équipe a préconisé une séparation (35 situations), et de l'autre, celles où elle n'a pas préconisé de séparation (35 situations). Nous n'avons pas étudié les situations où l'équipe avait préconisé une séparation et où, cette préconisation n'ayant pas été suivie, la prise en charge ne s'est donc pas terminée.



## 2. Lien entre les caractéristiques et les décisions effectives

Le premier résultat obtenu après la réalisation d'un test de khi-2 est que la grande majorité des difficultés d'une situation n'agissent pas sur le processus décisionnel de l'équipe soignante.

### *2.1. Les caractéristiques qui n'agissent pas sur le processus décisionnel des soignants*

Notre première observation fait aussi écho à des résultats obtenus lors d'une étude similaire réalisée au sein d'un service d'AEMO (Turlais et Durning, 2011). Les facteurs sociaux d'une famille ne sont pas des caractéristiques qui agissent sur la décision des soignants. Certes, peu de données sont connues sur les ressources financières des familles, mais de nombreuses informations sont notées sur leurs conditions de logement. Toutefois, ces difficultés n'interviennent pas dans le processus décisionnel.

L'absence de données sur les conditions matérielles de vie des familles rejoint une partie des travaux de Potin (2012) qui met en avant la rareté de la corrélation entre pauvreté et placement. Potin explique (2012, p. 53) : « L'emploi du parent est rarement mentionné comme un élément déclencheur du placement, pourtant nombre de situations ont soulevé la difficulté à articuler vie professionnelle et vie familiale ». Les soignants de l'hôpital de jour ont une approche psychologique de la compréhension de la famille et de l'enfant. Lors des deux premières années de mon observation participante, j'ai beaucoup fait remarquer l'absence d'une assistante sociale au sein de l'équipe. Au cours de la troisième année, une assistante sociale a rejoint l'équipe. Le temps trop court de sa présence ne permet pas d'observer une possible évolution dans la prise en compte des facteurs sociaux dans les difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille. Pourtant, il semble essentiel de dépasser une focalisation sur l'aspect relationnel parents/enfants pour mieux prendre en considération les conditions matérielles, non pas pour associer famille pauvre et mauvaise famille, comme cela est souvent craint par les travailleurs sociaux, mais

bien pour permettre de dénoncer des conditions de vie peu favorables à la vie familiale. Ne peut-on pas imaginer que les répercussions de l'« agitation » de l'enfant sur sa famille ne soient pas les mêmes si la famille habite dans 100 m<sup>2</sup> ou si la famille composée d'une fratrie de trois vit dans 30 m<sup>2</sup> ?

Les difficultés en lien avec le cadre familial seules (parent incarcéré, parent décédé, filiation incertaine, violences conjugales, conflits parentaux) n'interviennent pas non plus dans la prise de décision des soignants. L'hôpital de jour reçoit tous les soirs des enfants, pourtant la pratique des soignants s'adresse aussi bien à l'enfant, aux parents, qu'à la relation parents-enfant. Permettre à l'enfant d'élaborer autour de la perte d'un parent, par exemple, est un enjeu de l'accueil de l'hôpital de jour. L'agitation d'un enfant, comme expliqué dans le chapitre 5, est pour les soignants un symptôme des expériences traumatiques vécues dans la sphère familiale. Ces expériences traumatiques engendrent des angoisses de perte, d'abandon et de séparation qui sont, selon les soignants, des contre-indications à une mesure de séparation. L'absence de lien entre les difficultés propres au cadre familial de l'enfant et la décision des soignants s'inscrit dans la logique de leur cadre théorique de référence.

Sans grande surprise, les difficultés qui caractérisent le comportement des enfants - violent, agité - ou les troubles observés - identitaire, du langage et/ou des apprentissages, problèmes d'adaptation scolaire - ne jouent pas de rôle dans la décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Ce sont le plus souvent pour ces comportements que les partenaires adressent les enfants à l'hôpital de jour.

## *2.2. Les caractéristiques qui ont un impact sur le processus décisionnel des soignants*

La seule caractéristique qui a un lien significatif avec la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance est la présence de maltraitance physique - ( $X^2(1, N=70) = 8,4$  p.  $<0,01$ ). Sur les 30

situations où de la maltraitance physique a été notée, 21 ont fait l'objet d'une séparation entre l'enfant et sa famille. Cependant, nous avons constaté, en présentant la situation de Maéva dans le chapitre 7, que la présence de maltraitance physique ne conduisait pas les soignants à la mise en place d'une séparation dans l'urgence. Même quand cette maltraitance est avérée, les soignants prennent le temps de la préparation pour maintenir les liens parents-enfant.

### **3. Mieux comprendre le rôle des facteurs de cas : la situation d'Alain**

Dans le chapitre 2, il a été argumenté la nécessité d'une complémentarité des approches pour étudier le processus décisionnel des soignants. Les résultats qui viennent d'être exposés confirment mon intuition. Le questionnaire qui a permis de collecter les données chiffrées a été élaboré avec des travailleurs sociaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance et en s'appuyant sur la littérature relative au sujet. Dès mes premières rencontres avec la directrice de l'hôpital de jour, avait été précisée la volonté de ne pas construire un outil qui catégoriserait les individus et irait à l'encontre du cadre psychanalytique qui sous-tend l'action des soignants. Les précédents résultats chiffrés n'étant pas très riches sur les facteurs de cas en lien avec la décision des soignants, une analyse de cas plus fine a été réalisée à partir de la situation d'Alain<sup>50</sup> que j'ai suivi pendant mes années passées sur le terrain. Les données ont été obtenues à partir d'observations sur le terrain et aussi par l'analyse du dossier de cet enfant. Cette combinaison de données permet d'appréhender de manière dynamique le processus de décision des soignants.

J'ai fait le choix d'exposer cette situation parce qu'elle est représentative de ce que j'ai pu observer des pratiques des soignants au sein de l'hôpital de jour, quand ils sont confrontés à de la maltraitance et de la négligence et construisent un questionnement sur la nécessité de prendre contact avec les services de protection de l'enfance pour préconiser une séparation.

---

<sup>50</sup> Nous avons détaillé un échange entre l'équipe soignante et des éducatrices spécialisées en charge d'une mesure AEMO pour Alain dans le chapitre 8. Cet échange a eu lieu après les faits que nous allons exposer ici.

### *3.1. Présentation d'Alain*

Alain est accueilli à l'hôpital de jour en 2006, il est alors âgé de 6 ans. C'est la guidance infantile du quartier qui a pris contact avec l'USIS. Elle-même avait été contactée par l'équipe scolaire d'Alain. L'enfant présentait des troubles du comportement qui s'exprimaient à l'école par des crises clastiques et des violences verbales.

Il est noté dans le dossier qu'en 2005, les parents d'Alain ont divorcé dans un climat de violence conjugale. Alain est resté vivre chez sa mère à Paris et son père a déménagé en banlieue parisienne. Dès les premiers mois de l'accueil, le contexte peu sécurisant et fortement discontinu du milieu familial est mis en exergue par les soignants. Pendant la période 2006-2008, Alain est accueilli à l'hôpital de jour dans un petit groupe thérapeutique, sur le temps scolaire, à raison de deux fois par semaine. Les référents reçoivent régulièrement les parents, aussi bien ensemble que séparément. Le père se montre très méfiant vis-à-vis de la prise en charge et de ce qu'elle peut apporter à son enfant.

Fin 2008, le père accuse l'école des maux de son fils et souhaite le scolariser en banlieue. Non satisfait de la prise en charge de l'hôpital de jour, il décide de faire vivre son fils à son domicile en banlieue. Malgré l'opposition des soignants à l'arrêt des soins, la distance entre le foyer paternel et l'institution représente plus d'une heure de transport en commun, ce qui entraîne une rupture.

Durant cette période de 2006-2008, aucun contact avec les services de protection de l'enfance n'est envisagé.

En juin 2010, peu avant mon arrivée au sein de l'hôpital de jour, la mère d'Alain reprend contact avec les soignants. Elle vient demander leur aide pour que l'enfant soit de nouveau scolarisé dans le quartier. Le père vient de déménager et son nouveau lieu de vie ne peut pas accueillir l'enfant dans une CLIS. À la rentrée scolaire 2010, Alain est de nouveau pris en charge à l'USIS. Il intègre le groupe du soir auquel je participe tous les vendredis.

### *3.2. Les préoccupations croissantes des soignants de septembre 2010 à l'écriture d'une lettre au juge des enfants en février 2012*

De septembre 2010 à septembre 2011, lors des réunions de synthèse, il est mis en avant qu'Alain est victime de la violence physique aussi bien de son père que de son beau-père.

Réunion de synthèse en octobre 2010 : un soignant s'étonne de voir que la menace de punitions n'a aucun effet sur cet enfant. En revanche, dès qu'on le touche, il a très peur et va se réfugier sous la table.

Réunion de synthèse en décembre 2010 : les soignants évoquent la situation d'Alain, suite à la présence de traces de main sur sa joue. L'équipe se demande d'où viennent ces marques. Est-ce du feutre ? des coups du père ? du beau-père ? Un soignant pose la question d'un signalement. L'équipe arrive à la conclusion que, si elle remarque la tristesse de l'enfant, elle pense manquer d'éléments d'évaluation.

Dès septembre 2011, les observations de la maltraitance par l'équipe sont plus fréquentes :

Réunion de synthèse en octobre 2011 : la sœur d'Alain, qui vivait avec lui chez la mère, est partie vivre chez le père. Il a le sentiment que sa sœur l'a quitté parce qu'il n'était pas gentil avec elle. Il semblerait qu'il y ait beaucoup de violence conjugale dont les enfants seraient les témoins. Les soignants s'inquiètent : « il est dans la tête de personne ». Ils soulèvent le fait qu'« il a l'air totalement livré à lui-même et très à l'abandon ». Il doit prendre le RER seul le week-end pour se rendre chez le père. Quand les soignants exposent à la mère que cela peut créer certaines angoisses chez lui, cela la fait rire.

Pendant les groupes, Alain ne manque pas de montrer qu'il ne va pas bien. Il se précipite dès que cela est possible dans la cour pour être seul. Un des soignants doit

souvent le contenir avec force, pour qu'il arrête de jeter les chaises dans tous les sens dans la salle. Il peut être décrit comme triste et énervé.

Réunion de synthèse en novembre 2011 : les soignants-référents s'étonnent que la mère ne parle que d'elle quand ils la reçoivent. La situation est de plus en plus dégradée. Les soignants soulèvent la question d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance : « doit-on en parler au service social ? ». L'enfant est vêtu le plus souvent d'habits sales et déchirés. Quand il doit prendre le RER, le vendredi soir pour se rendre chez le père, la mère ne lui donne rien à manger. « La mère oublie de lui donner à dîner et quand il arrive là-bas (chez le père), il est tard et il n'y a rien de prévu pour lui ». L'équipe pense qu'un contact avec les services de protection de l'enfance est nécessaire, du fait de la difficulté à construire un environnement sain et stable pour Alain.

Réunion de synthèse en décembre 2011 : Alain a pris un couteau à la cantine pour, dans sa tête, punir un garçon qui s'était moqué de lui. Les soignants mettent en avant qu'à de nombreuses reprises Alain mime des tentatives de suicide. Il est arrivé à l'enfant de dire que, quand il faisait des bêtises, le père pouvait être violent. « Il est en train de se construire comme un objet sado-maso ». Ce qui préoccupe l'équipe dans la prise de contact avec les services de protection de l'enfance est la question de la stabilité. Pour une première fois, l'enfant reste deux ans dans un même lieu.

Après la réunion de synthèse de décembre 2011 : un contact est pris avec le père et la mère pour discuter de la possibilité de prendre contact avec un juge des enfants pour clarifier la situation d'Alain et pour lui donner l'environnement sécurisant qu'il ne trouve ni auprès de la mère, ni auprès du père. La mère est présentée comme étant complètement ailleurs. Le père affirme que même avec « de l'ordre » il n'arrivera pas à le « sauver ». Le père est présenté comme ayant une vision manichéenne de ses enfants : soit il les sauve, soit il fait une croix dessus. À la fin de l'entretien, les référents expliquent le besoin de l'intervention d'un éducateur spécialisé auprès de la famille.

Peu après, le père a pris contact avec l'assistante scolaire pour mettre en place une mesure d'accompagnement pour les trajets Paris-banlieue.

Rencontre partenariale avec l'assistante sociale scolaire en janvier 2012 :

« La mère dit oui à tout mais ne se mobilise pas pour être plus présente auprès de son fils qui est toujours aussi négligé et sale. Le père est très absent, minimise les troubles de son fils », affirme l'assistante sociale scolaire. Lors de cette réunion, les représentants de l'hôpital de jour font part de la nécessité d'un « signalement » pour « protéger Alain en le plaçant ».

Réunion de synthèse en février 2012 : les soignants exposent leur décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance suite à « l'aggravation des troubles et l'impossibilité de mettre en place dans la famille des repères pour qu'Alain se sente moins lâché ». La séparation est présentée comme pouvant apporter un environnement stable.

Rencontre partenariale avec les services de protection de l'enfance en février 2012 : le médecin-directeur, lors de cette rencontre, argumente la nécessité d'une séparation pour protéger Alain d'une mère qui « dit oui à tout » mais n'agit pas dans ce sens et néglige son fils, et d'un père « absent » qui « minimise les troubles de son enfant ».

Suite à cette rencontre, le médecin-directeur écrit une lettre au juge des enfants.

### *3.3. Le courrier du médecin-direction au juge des enfants*

Dans cette lettre, le médecin-directeur met en avant les difficultés de l'enfant, telles que ses troubles d'apprentissage, la complexité de l'environnement familial, les actions réalisées au sein de l'hôpital de jour, et justifie la nécessité de la séparation par la dégradation de l'environnement familial et du comportement d'Alain. Il explique la difficulté, voire l'impossibilité pour l'équipe de soignants de travailler avec la famille.

Dans ce courrier, il emploie les expressions suivantes :

- « aggravation de la désorganisation familiale »
- « aucun repère sécurisant autour de l'enfant », « l'incertitude plonge Alain dans des états d'angoisse qui le déstructurent totalement »
- « incapable de construire une image intérieure fiable et rassurante de ses parents qui pourrait représenter l'assise sur laquelle modeler sa personnalité »
- « la première conséquence de cette dégradation est l'atteinte des processus cognitifs qui risque d'évoluer vers un déficit »
- « les difficultés des parents avec leur fils s'observent aussi dans les soins (...). Alain est habillé avec des vêtements sales et déchirés qui sont peu changés, sa manière d'être habillé peut être décalée par rapport au climat »
- « pour aider Alain, il aurait fallu que les parents puissent se mobiliser (...), nous n'avons pas observé cette mobilisation »
- « nous atteignons notre limite, une structure comme l'hôpital de jour ne peut offrir à cet enfant la continuité nécessaire sans une participation active des parents au projet, nous constatons que nous n'avons jamais réussi à impliquer ceux-ci de cette manière dans la prise en charge ».

La situation d'Alain est représentative de ce qui conduit les soignants à prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Si de la maltraitance physique a été observée dès le début de l'accueil d'Alain au sein de l'hôpital de jour, ce sont les comportements de négligence qui interpellent les soignants sur la nocivité de l'environnement familial : les habits sales, déchirés, les problèmes d'hygiène, le fait que l'enfant semble toujours sale, et qu'il ne soit pas toujours nourri correctement.

De, même au-delà de la négligence en lien avec le soin physique, c'est aussi la négligence dans la supervision de l'enfant qui pousse les soignants à s'interroger sur la nécessité de l'éloigner de son environnement familial. Ils mettent en avant le fait qu'aucun parent ne semble se préoccuper de l'enfant : ce dernier est souvent abandonné, il se retrouve souvent en errance, sans oublier qu'à moins de 10 ans, il doit prendre le RER seul pour se rendre chez le père.



Suite à la prise de contact des soignants avec les services de protection de l'enfance, le juge des enfants, en juin 2012, ordonne une mesure judiciaire d'investigation éducative. Une AEMO sera mise en place par la suite, elle conduira à la rencontre présentée dans le chapitre 8 - p. 147, pour préparer la séparation.

Il apparaît que la décision de l'hôpital de jour soit moins prise par rapport à la caractérisation du danger encouru par l'enfant que par l'implication des parents dans son développement. Dans l'analyse statistique, certes la présence de maltraitance physique oriente significativement la décision des soignants vers une préconisation de séparation. Toutefois, à l'étude de la situation d'Alain, comme cela a aussi été exposé dans le chapitre 6 pour Eva, ce qui fait basculer la décision de prise de contact avec les services de protection de l'enfance est la représentation des soignants sur l'incapacité des parents à s'impliquer aussi bien dans le quotidien de l'enfant que dans son accueil à l'hôpital de jour.

L'analyse de la situation d'Alain permet de mieux comprendre le rôle des caractéristiques des situations dans le processus décisionnel des soignants. Cette observation rejoint la première, faite dans le chapitre 6, sur la différence pour les soignants entre le danger et l'implication des familles pour préconiser une séparation. Il serait intéressant, dans un autre travail de recherche, de pouvoir vérifier le lien entre le degré d'implication ou de refus des parents dans l'accueil de l'enfant à l'hôpital de jour. Pour cela, il faudrait en amont définir ce qui est entendu derrière la notion d'implication parentale. La démarche de cette recherche étant compréhensive, ce travail n'a pas été fait. Néanmoins, le fil de l'implication parentale a été suivi pour mieux comprendre le processus décisionnel étudié et sera détaillé dans le chapitre suivant.

## **Chapitre 11: Implication parentale, capacité d'élaboration et décision des soignants**

Parents et enfants ont longtemps été des récepteurs passifs des interventions qui leur étaient destinées. De nombreuses recherches (Pourtois et al., 2005) affirment la nécessité d'intégrer les parents à l'intervention pour stimuler positivement l'enfant. Une intervention socio-éducative ne devrait être pensée ni pour l'enfant, ni pour le parent, mais dans un système interactif parents-enfant (Durning, 1999). Ils deviennent alors producteurs et acteurs de l'intervention, comme partenaires des intervenants sociaux. Les interventions dans le champ de la protection de l'enfance, depuis les années 1980, s'inscrivent dans cette logique où l'objet d'intervention doit en devenir sujet. Avant l'intervention d'un juge des enfants, qui impose (tout en recherchant l'accord des parents), les services éducatifs et, comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 7, les soignants de l'USIS recherchent l'implication des parents pour agir sur les difficultés rencontrées. Difficultés qui, prises individuellement, nous l'avons constaté dans le chapitre précédent, ne sont pas le déclencheur de la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. À l'analyse du cas d'Alain, il semble que ce soit davantage la capacité d'action des parents sur ces difficultés qui fasse basculer le seuil de tolérance<sup>51</sup> des soignants de l'autre côté de la ligne. Dans ce chapitre, nous avons cherché à comprendre le lien entre le point de vue des soignants sur l'implication parentale, c'est-à-dire la capacité des parents à transformer la situation, qui interroge les soignants et la décision de prendre contact avec les services de protection. Dans un premier temps, nous mettrons en avant ce que semble vouloir dire implication parentale pour les soignants, et dans un second temps nous détaillerons la décision des soignants de contacter les services de protection de l'enfance quand l'implication parentale ne leur semble pas appropriée.

---

<sup>51</sup> Dans le chapitre 3, nous avons expliqué que, d'après les théoriciens de l'écologie de la prise de décision, ce n'est pas seule l'évaluation-diagnostic qui agit sur la décision. Le seuil de tolérance des décideurs, c'est-à-dire la quantité et la qualité des preuves nécessaires au décideur pour agir, fait basculer la décision vers une mise en action ou un maintien dans l'état actuel de la situation.

## 1. Les soignants et l'implication parentale

L'implication parentale est, dans le discours des professionnels s'occupant de l'éducation des enfants, en pleine croissance depuis les années 1980. Les parents, qui ont longtemps été exclus de ces institutions, sont de plus en plus attendus comme partenaires. Partenariat complexe à établir, tant il demande une transformation dans les relations entre parents et professionnels. À l'hôpital de jour, on attend du père et de la mère qu'ils participent aux soins de l'enfant, mais l'implication parentale demandée est plus une imposition des soignants qu'une co-construction entre acteurs.

### *1.1. Père, mère comme interlocuteurs des soignants ?*

Dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, le rôle des femmes dans les activités de protection de l'enfance a été mis en exergue. Le lien entre la mère et son enfant est présenté comme primordial pour le bon développement de ce dernier (Winnicott, 1956 ; Bowlby, 1969). Dans cette logique, la mère porte la responsabilité des soins, de l'investissement affectif et de l'éducation de l'enfant (Ganne, 2013). Dans l'évaluation-diagnostic en protection de l'enfance, d'après Potin (2012), les éléments pour caractériser la situation familiale et justifier un placement s'appuient surtout sur des jugements quant à la place et au rôle de la mère. Les failles de la mère sont pointées pour permettre la mise en place d'une action.

Dans notre recherche, les soignants qualifient la mère en se référant à des normes médicales et psychologiques : « mère toxique », « mère envahissante », « mère confuse », « pathologie de la mère », et le père à partir de la fonction symbolique d'autorité qu'il joue ou devrait jouer<sup>52</sup>. Nous allons être amenée à le constater dans ce chapitre, la mère et ses actions sont souvent au cœur de la décision des soignants de prendre contact avec les services de protection de l'enfance. Cependant, les soignants dans leur pratique ne se focalisent pas seulement sur ce membre du couple parental. Dans les contacts téléphoniques et les rencontres soignants-référents/parents, une place est donnée au père. Quand le comportement de

---

<sup>52</sup> Rappelons-nous la situation de Marcel (chapitre 7) : les soignants souhaitent l'intervention du juge des enfants pour symboliser l'autorité, le père de Marcel, d'après eux, ne jouant pas ce rôle.

l'enfant déborde le cadre de l'USIS, les soignants présentent l'appel à un parent comme une sanction pour essayer de faire comprendre à l'enfant qu'il franchit des limites et que, s'il continue, il devra quitter le lieu de soins pour la soirée. Si un recueil quantitatif n'a pas été réalisé, dans les notes du carnet de bord il apparaît que les soignants font référence autant à la mère qu'au père. La fréquence des rencontres avec les pères est moindre, ils se déplacent moins que les mères. Cependant, que le père soit absent ou présent dans la vie de l'enfant, les soignants insistent sur sa place et son rôle dans l'éducation et le développement de l'enfant. D'ailleurs, nous le montrons également, le père et ses actions sont aussi pris en compte dans la décision des soignants de contacter les services de protection de l'enfance.

Le père et la mère de l'enfant ne jouent pas les mêmes rôles, selon les soignants, dans l'éducation et le développement de l'enfant. La mère est plus associée à des fonctions de *care* et le père à celles d'autorité. Cependant, au-delà de cette distinction, les soignants en font tous deux des interlocuteurs et des enjeux de leur pratique. Pourtant, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 9, une relation, si elle est réciproque, est toujours déséquilibrée. L'implication attendue des parents est rarement définie conjointement entre parents et soignants. Cette implication est le plus souvent imposée par les soignants.

### *1.2. Les aspirations des parents et l'écoute partielle des soignants*

Les vocables « partenariat », « coopération » et « participation », depuis les années 1980, s'imposent dans le champ lexical du travail social (Bergier, 1994 ; Loubat, 1994 ; Mackiewicz, 1997). Ces vocables font référence à une même notion, celle du « faire ensemble ». En protection de l'enfance, le rapport Dupont-Fauville (1972) va inviter à repenser le système uniforme de la protection de l'enfance centré sur le placement, et le rapport Bianco-Lamy (1980) va préconiser de donner un rôle actif à la famille. Néanmoins, c'est la loi du 6 juin 1984, relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut des pupilles de l'État, qui institutionnalise la recherche de la

coopération des familles dans les mesures mises en œuvre. D'autres lois plus récentes renforcent cette volonté affichée de faire des parents des « partenaires » des intervenants sociaux. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale replace les usagers au cœur de l'action, en rappelant que ces derniers ont des droits et des attentes, dont ceux d'être entendus, décisionnaires et de comprendre ce qui est mis en place (Rurka, 2007). Dans cette loi, la notion de participation est centrale. Les parents doivent participer à des dispositifs de concertation et d'élaboration de documents contractuels. La loi du 5 mars 2007, quant à elle, définit l'importance d'établir un document intitulé « projet pour l'enfant » (PPE). « Les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale établissent un document intitulé "projet pour l'enfant" qui précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil général et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions. Il est porté à la connaissance du mineur et, pour l'application de l'article L.223-3-1, transmis au juge » (article 19, loi du 5 mars 2007). Cependant, rappellent Join-Lambert et al. (2014), selon l'ONED (2009) les parents ne sont sollicités qu'à la fin du processus pour signer le document.

Les interactions entre parents et intervenants sociaux et éducatifs se construisent le plus souvent dans la rivalité et non dans la complémentarité (Mackiewicz, 1997). Dans une recherche sur la relation entre parents et professionnels du travail éducatif, Guigue et Tillard (2010, p. 74) expliquent : « Vouloir coopérer avec les professionnels de l'école conduit à éprouver ses limites et son impuissance, cela d'autant plus que l'on est éloigné de la culture scolaire ». Tous les parents ne sont pas égaux devant ces nouvelles exigences. À l'hôpital de jour, les soignants se placent dans une position de sachant. Leurs compétences et leurs connaissances sur l'enfant créent un déséquilibre dans leur interaction avec les intervenants des services éducatifs, comme indiqué dans le chapitre 9, et plus encore avec les parents qui ne maîtrisent pas le vocabulaire « psy ». Les soignants se présentent comme ceux qui

savent ce qui est bon pour l'enfant. Le médecin-directeur, par exemple, peut jouer de sa posture d'autorité, légitimée par sa fonction de direction et son statut de médecin, pour convaincre les parents du bien-fondé de la pensée des soignants en opposition à celle des parents. La mère de Matisse ne souhaite plus que son fils participe au groupe du mercredi. Selon cette dernière, Matisse a une autre activité. Pour imposer l'importance des soins, le directeur de l'hôpital de jour lui objectera : « *Vous ne pensez pas à l'intérêt de votre enfant mais au vôtre* ».

Cette volonté de faire participer, d'impliquer les parents s'inscrit, nous semble-t-il, dans une transformation profonde du travail social. D'après Astier (2007, p. 9), « pour un nombre sans cesse croissant d'agents, travailler ne consiste plus à obtenir le consentement des sujets de leur intervention à des valeurs générales mais à les accompagner dans la construction de leur identité personnelle. » Cette participation des parents impose une nouvelle posture au professionnel qui doit alors être dans une co-construction de la solution. Karsz (2004) distingue trois formes d'interaction entre les professionnels et les parents. La première est la *charité*. L'utilisateur est compris comme ayant des besoins non satisfaits qu'il faut combler. Les professionnels travaillent pour la famille, ils font « à la place de ». La deuxième forme d'interaction est la *prise en charge*. Les professionnels font un travail sur la famille. Ils œuvrent dans une perspective de réduction de l'écart entre ce que les parents sont et ce que les professionnels pensent qu'ils devraient être. Les professionnels définissent le chemin et guident les parents. La troisième forme d'intervention est la *prise en compte*. Les professionnels ne posent pas des problèmes à résoudre mais définissent avec les parents les questions à travailler. Ils quittent une position savante et acceptent le doute pour construire une nouvelle alliance.

La pratique de l'hôpital de jour s'adresse aux enfants, avec les groupes thérapeutiques, mais les soignants reçoivent régulièrement les parents, rencontres qui ont une visée thérapeutique. L'hôpital de jour, comme indiqué chapitre 4, structure sa pratique en s'appuyant sur une approche psychanalytique. Dans cette approche, l'instauration de la relation objectale est importante. Elle peut conduire à une accusation et une culpabilisation des parents. Les parents ont donc un rôle ambigu

auprès des soignants, ils sont des partenaires avec qui il faut construire les soins mais ils sont aussi eux-mêmes objets de soins. Les soignants de l'hôpital de jour demandent aux parents un travail d'élaboration sur leur histoire personnelle. Histoire personnelle qui semble être à l'origine de la perturbation du lien parents-enfant. La mise en mots de leur histoire par les parents doit permettre par la suite d'élaborer et ainsi d'agir sur le lien parents-enfant. Toutefois, dans cette position d'accompagnement des parents à réfléchir au rôle de leur historicité aussi bien dans le lien qu'ils ont avec leur enfant que dans le comportement de leur enfant, les soignants ne prennent pas en compte leurs aspirations.

*Darwin est un garçon de 7 ans qui montre un grand intérêt pour la pratique du football. Son père (ainsi que Darwin) souhaite qu'il participe à des entraînements de football qui ont lieu deux fois par semaine. Ces entraînements se déroulent sur un temps de la prise en charge de l'USIS.*

*Darwin, pendant quelques semaines, ne viendra pas aux groupes thérapeutiques qui ont lieu en même temps que ces entraînements. Les soignants s'offusquent de la décision des parents de faire passer le loisir footballistique avant la nécessité des soins. En réunion de synthèse, toute l'équipe s'accorde sur la primauté des soins. L'idée qui se dégage est que, pour le père de Darwin, le football représente un ascenseur social. Il ne comprend pas que ce dont Darwin a besoin, c'est de soins.*

*Les soignants-référents de Darwin, avec l'appui du médecin-directeur, contactent et reçoivent les parents de Darwin pour leur imposer la primauté des soins. Ils affirment que Darwin ne peut pas profiter de la prise en charge de l'USIS s'il ne participe pas tous les soirs de la semaine au groupe.*

Les soignants comprennent plus l'action du père comme une réticence à la prise en charge de Darwin. Mannoni (1988) explique que certains patients résistent à

la thérapie par peur de devenir fous en abandonnant leurs mécanismes adaptatifs. Ils ne sont que très rarement dans une posture de *prise en compte*. Les soignants attendent comme implication des parents qu'ils se conforment à la nécessité des soins, toujours présentés comme primordiaux avant toute autre forme d'activité pour l'enfant. Leur discours peut être culpabilisant et créer une dichotomie entre le bon soignant, qui pense à l'intérêt de l'enfant, et le mauvais parent, qui ne comprend pas l'importance des soins et n'agit pas pour le bien de son enfant.

Dans certaines situations, les parents sont d'ailleurs les grands oubliés dans la conception d'une intervention, comme nous allons le montrer en nous appuyant sur la situation de Marcel dont nous avons parlé dans le chapitre 7.

### *1.3. Les parents, les grands oubliés*

Dans le chapitre 7, nous avons présenté une rencontre partenariale entre les soignants et l'éducatrice AEMO. Pour mieux comprendre la complexité de la situation de cet enfant, il nous semble important ici de la présenter plus en détail.

Marcel est un garçon de 11 ans au début de l'observation participante. Il a été adressé à l'hôpital de jour par la guidance infantile. Il est pris en charge à l'hôpital de jour depuis 2006, il avait alors 6 ans. Il est le dernier enfant d'une fratrie recomposée de huit enfants. Sur la feuille de protocole de soins, il est inscrit : troubles du comportement et des conduites, agressivité, difficultés scolaires, contacts précaires avec le réel, carences socio-éducatives, et père violent.

Dès son arrivée à l'hôpital de jour, les soignants s'interrogent sur les pratiques éducatives de la mère. Lors de l'entretien d'admission, l'enfant arrive avec des griffures faites par la mère. En 2006, il est écrit dans le dossier : « Madame a de la difficulté à se faire obéir de son fils sans recours à la menace ». En 2008, l'enfant arrive un jour à l'école en pyjama. Il est précisé que les soignants le trouvent beaucoup livré à lui-même et que le père est violent : « Marcel se prend de bonnes raclées ».



En 2008, Marcel est dit en grande difficulté dans ses apprentissages. « Il n'a peur de rien, ni de personne ». « Il colle avec la violence ». « Il séduit et menace en même temps ».

Depuis 2009, une AED est mise en place suite à une rencontre avec l'assistante sociale scolaire, la responsable de secteur et les soignants. L'école est alors très en demande d'un projet.

À mon arrivée à l'hôpital de jour, Marcel est un garçon qui ne fait pas encore partie des enfants les plus grands, mais sa corpulence s'impose dans l'espace qu'il occupe. Il est en même temps craint et admiré par les enfants plus jeunes. Lors du goûter, il s'assoit toujours en bout de table, à la place qui semble représenter pour les enfants celle du chef. Il lui arrive d'essayer d'imposer ses volontés lors de ce temps, en ordonnant aux autres enfants de s'asseoir à une place précise. Il me fait penser à un roi qui déplace ses sujets à sa guise.

Après des inquiétudes soulevées par l'école par rapport aux comportements violents de l'enfant et à l'absence des parents lors de la rencontre parents-enseignants, l'éducatrice spécialisée chargée de l'AED vient échanger à l'hôpital de jour sur la situation. Elle répète que les parents n'hésitent pas à brandir la menace d'un retour au pays d'origine, même si la mère a expliqué que c'était pour faire peur à l'enfant. Cet échange a lieu au mois de mai 2011. Les professionnels (soignants et éducatrice spécialisée) discutent sur ce qui paraît le plus approprié et bénéfique pour Marcel pendant les vacances scolaires qui approchent. Ils conviennent d'un séjour d'éloignement. Dans ce travail collaboratif, dans la construction de ce projet, jamais mention n'est faite d'une possible participation des parents à l'élaboration du projet. Les soignants et l'éducatrice spécialisée me semblent décider à la place des parents.

Paradoxalement, lors d'une autre réunion en mars 2012<sup>53</sup> entre les soignants et l'éducatrice spécialisée, cette dernière dit : « J'ai l'impression que Madame est plus dans une demande de faire à la place de » et rappelle que l'AED « n'est pas là pour

---

<sup>53</sup> Cette réunion a été présentée en détail dans le chapitre 7.

suppléer mais pour accompagner ». Elle reproche à la famille de trop s'appuyer sur les aides proposées par l'AED, d'après elle « la mission AED est mise à mal par des parents qui ont du mal à s'engager, à coopérer ».

Quand j'analyse la situation de Marcel, je suis moi-même confuse quant aux attentes aussi bien des soignants que de l'éducatrice spécialisée par rapport aux parents. Dans la logique qui tend à s'imposer dans le travail social d'accompagner les parents pour qu'ils soient eux-mêmes acteurs du changement, je comprends le discours de l'éducatrice AED. Elle semble ne pas arriver à co-construire avec les parents. Elle leur reproche une forme d'attentisme et de ne peut-être pas assez impulser de changement dans leur situation. Elle pose le cadre de la mesure AED comme n'étant pas une mesure de suppléance parentale, pourtant les soignants et elle-même ont décidé seuls du séjour d'éloignement. Les parents ont été exclus de cette décision et, dans une certaine mesure, cet ensemble de professionnels les a suppléés dans une de leurs tâches parentales, celle de l'organisation des vacances scolaires. Les attentes semblent assez explicites pour les soignants et l'éducatrice spécialisée, mais les actes posés semblent parfois antinomiques avec ces attentes.

Les soignants se présentent aux parents comme détenant un savoir propre sur les besoins de l'enfant. Le parent est rapidement décrédibilisé dans ses aspirations par les soignants qui ont une lecture psychanalytique de ses actions. Le désir du père de Darwin de faire participer son fils à des entraînements de football n'est pas compris comme un temps de loisirs transmettant à Darwin certaines valeurs importantes pour le père, mais comme une résistance aux soins qui peuvent ébranler les mécanismes adaptatifs de la famille. Les soignants attendent des parents qu'ils s'impliquent dans les décisions qu'ils ont prises pour eux et leurs enfants.

Le discours des soignants peut être omnipotent et les conduire à nier celui des parents. La volonté affichée de l'hôpital de jour est de faire participer les parents au processus de soins de leur enfant. Les rencontres parents/soignants-référents doivent permettre une interaction entre les deux parties. Cependant, les soignants ont des difficultés à concevoir les parents comme des partenaires, c'est-à-dire comme

leurs égaux, avec qui l'échange est possible pour construire une décision au bénéfice de l'enfant. Lors des réunions de synthèse, les parents sont replacés dans le cadre de leur histoire personnelle, comme dans une tentative d'action de ré-humanisation. Cette action, qui cherche à se dégager d'une représentation du parent comme le mauvais objet, peut le fragiliser. Dans la mise en perspective de son histoire personnelle pour mieux comprendre son comportement, il devient alors celui qui a besoin de soins. Les troubles de l'enfant se comprennent comme une réponse en résonance avec les défaillances de l'appareil psychique familial. L'étayage de la famille, le travail d'élaboration psychique des parents devient alors un enjeu important de la prise en charge de l'hôpital de jour.

## **2. Implication parentale et décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance**

Quand les parents ne répondent pas aux attentes des soignants et mettent en place des stratégies d'opposition au bon déroulement des soins, les soignants posent la question d'un contact avec les services de protection de l'enfance.

### *2.1. Les parents et la remise en cause des soins*

De nombreuses situations ont été observées où les soignants s'interrogent sur la pertinence de maintenir l'enfant dans une famille qui remet en question le bien-fondé des soins pour son développement. Pour illustrer notre propos, nous nous appuyerons sur une situation précise, celle de Daniel.

#### **2.1.1. La situation de Daniel**

Daniel est un garçon âgé de 11 ans au début de l'enquête. Il arrive à l'hôpital de jour quand il a 4 ans. Son grand frère a lui aussi été pris en charge par l'hôpital de jour. Daniel n'a pas été adressé par l'institution scolaire ou par des partenaires médicaux ou éducatifs. Le suivi du grand frère a incité l'équipe à le prendre en charge. L'orientation de l'enfant vers l'hôpital de jour se justifie par des troubles du

comportement et, selon le document remis à la Sécurité sociale, par des « angoisses archaïques extensives » et « un contact précaire avec le réel ». Dans le bilan d'entrée de l'enfant, il est écrit : « conflit entre le désir d'affirmation et la dépendance ». L'enfant montre des « dysharmonies évolutives à versant névrotique ».

Il participe d'abord une fois par semaine sur le temps scolaire à un petit groupe thérapeutique. À 7 ans, il intègre la prise en charge intensive du soir, et bénéficiera l'année suivante d'un suivi psychothérapeutique individuel.

Dès ses premières années de vie, Daniel est confronté à une instabilité des liens familiaux et à des traumatismes relationnels précoces. Un an après sa naissance, ses parents se séparent dans un contexte de grande violence. C'est à ce moment que le grand frère va être adressé à l'hôpital de jour. Quelques années plus tard, la mère est remariée. La famille est menacée d'expulsion. Quelques mois après, la mère est enceinte d'un troisième enfant. Un an après cette grossesse, le beau-père de Daniel quitte le foyer familial. La mère doit de nouveau faire face à des problèmes de logement. Ce second divorce qui prendra du temps à s'officialiser est marqué par la violence conjugale. À la même période, un signalement anonyme est fait au 119<sup>54</sup>. Un peu plus tard, l'école fait aussi un signalement qui débouchera sur l'ordonnance d'une IOE et la mise en place d'une AEMO.

Le climat familial est décrit, dans le dossier, comme « toxique » et « incestuel », la mère comme « envahissante ». Il est expliqué que Daniel cherche par son comportement une réaction de sa mère. Sa mère ne réagit pas à ses appels, ce qui l'amène à « se gaver ». Il est décrit par les soignants, au fil des ans, comme « ne rentrant pas dans les apprentissages », « il se bourre de nourriture », c'est un enfant « agité, violent, insultant ». Avant mon arrivée, l'équipe le dit « en errance ». Les problèmes d'hygiène « l'enfant est sale » sont souvent évoqués.

---

<sup>54</sup> Le 119 est un service national téléphonique pour l'enfant en danger. Il a pour mission de réceptionner l'ensemble des appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

Au moment de mon arrivée, il est dit : « Madame a un fonctionnement très pervers qui représente de plus en plus une limite de soins à l'hôpital de jour ». Par exemple, elle a téléphoné à la police, affirmant que le lieu de soins séquestrait ses enfants.

Réunion de synthèse du 14 octobre 2011 : Daniel est souvent absent. Les soignants se demandent s'il n'éprouve peut-être pas un sentiment d'abandon à la suite de l'absence de son thérapeute depuis quelque temps. « Il fait semblant d'être agressif, on le retient, il se débat, on le retient, puis il s'écrase ». D'après les soignants, Madame semble très sale dans son apparence et c'est la même chose au domicile. Il décide d'organiser une rencontre avec l'éducatrice d'AEMO, pour lui faire part de leurs inquiétudes. Il est précisé que « Daniel a été bien une fois que son frère a été placé ». Chaque fois que l'enfant est présent aux groupes, il met en acte qu'il est seul et qu'il peut faire ce qu'il veut. Selon l'éducatrice d'AEMO, Madame a un discours très virulent à l'égard de l'hôpital de jour. Les soignants se demandent : « Comment peut-on faire pour qu'il revienne sans contacter la mère ? » L'hôpital de jour est présenté comme le mauvais objet.

Échange informel du 14 octobre 2011 : la première fois que les soignants-référents ont parlé d'un placement à la mère, les liens avec elle ont été rompus.

Rencontre avec l'éducatrice d'AEMO le 16 novembre 2012 : la mère mène en bateau l'équipe de soignants. L'enfant n'arrive pas à venir à l'hôpital de jour. Chaque fois qu'il est présent, c'est lui qui s'organise pour l'être. L'éducatrice spécialisée et les soignants-référents se demandent si le beau-père n'est pas de nouveau présent au domicile de la mère. Monsieur était présent lors de la dernière visite à domicile de l'éducatrice spécialisée. L'hôpital de jour a du mal à donner un sens à la prise en charge, du fait d'une présence trop irrégulière de Daniel. L'enfant a été hospitalisé trois jours pour faire des tests par rapport à sa surcharge pondérale. La mère l'a prévenu à la dernière minute, ce qui l'a beaucoup angoissé. Il y a de gros problèmes d'alimentation à la maison, c'est le plus souvent crêpes et pizzas. Il a de

grosses difficultés à l'école. Le cahier de correspondance est déjà bien rempli. Les cahiers ne sont pas achetés et il y a des problèmes de bavardage.

Tous affirment une difficulté à travailler avec la famille, qui manipule les différents intervenants, aussi bien « psys » que sociaux. La difficulté de mettre en place les soins thérapeutiques est due, selon les soignants, à l'irrégularité et aux discours disqualifiants à la maison. Les soignants, l'éducatrice spécialisée et l'école ont du mal à démêler le vrai du faux. En équipe AEMO, le placement n'a pas été abordé. Les soignants ont pensé à une séparation dans le cadre de la santé, avec placement dans un établissement qui prend en charge l'obésité et la scolarisation. Depuis le placement du frère, la collaboration est difficile, ce qui rend une mesure de protection de l'enfance compliquée à envisager. Les soignants ont peur que « ce qui reste de pas malade chez Daniel soit atteint s'il reste avec la mère ».

Précisions lors d'une discussion informelle : Daniel ne vient pas régulièrement à l'hôpital de jour parce qu'il doit garder sa petite sœur. La mère ne cherche pas d'autre solution de garde. Les soignants-référents se mobilisent autour de l'idée d'une séparation dans le cadre de la santé.

La séparation dans un établissement médicalisé n'est pas une mesure financée par la protection de l'enfance. Toutefois pour les soignants elle est pensée comme une mesure de protection pour l'enfant. La mère est présentée comme toxique pour ce dernier. La séparation doit permettre de sauver ce qui reste de bon chez cet enfant.

### 2.1.2. Les stratégies d'opposition de la mère de Daniel

Daniel est un enfant qui, dès son plus jeune âge, a été confronté à des événements de rupture, de discontinuité des liens : deux divorces, chacun dans un climat de violence conjugale. D'après les soignants, ces traumatismes relationnels entraînent un comportement agité et agressif de l'enfant à l'hôpital de jour et à l'école. Les soins de l'hôpital de jour, par leur régularité et leur répétition, doivent permettre de panser les ruptures dont Daniel a pu faire l'expérience et lui permettre de

se construire une identité. Pourtant, la mère de Daniel n'accepte pas la légitimité des soignants à intervenir dans l'éducation et le soin psychique de son enfant. Elle s'oppose à l'intervention en la dévalorisant devant son fils et les partenaires éducatifs.

Les échanges parents-soignants sont impossibles. Dès que la perspective d'un placement est évoquée, la mère rompt les liens. L'équipe cherche des solutions pour contourner la mère et permettre à Daniel de profiter des soins. L'idée d'une relation mère-soignants dans cette réalité de situation n'est pas envisageable pour l'équipe. En réponse, la mère met en place des stratagèmes d'usure : Daniel doit s'occuper de sa petite sœur. Dans cette rivalité forte, l'hôpital de jour se sent impuissant. Le travail thérapeutique qui leur semble important pour Daniel est compromis par la mère. Elle est présentée comme le mauvais objet, la toxine à chasser pour préserver l'enfant. La préconisation de séparation est donc un corollaire de l'opposition de la mère à coopérer dans la prise en charge de son enfant à l'hôpital de jour.

## *2.2. L'incapacité des parents à l'élaboration psychique*

La place donnée aux parents par les soignants, nous l'avons expliqué, est assez ambivalente. Ils sont voulus comme partenaires mais sont aussi sujet de soins lors de leur participation à des groupes parents ou lors des rencontres avec les soignants-référents de leur enfant. Quand ils ne jouent pas leur rôle de partenaires, comme la mère de Daniel, ou quand ils n'arrivent pas à profiter des soins, comme nous allons le montrer en présentant la situation d'Enrico, les soignants s'engagent alors dans un processus de séparation.

### *2.2.1. La situation d'Enrico<sup>55</sup>*

Enrico est un garçon âgé de 8 ans lors du début de l'observation participante. Son arrivée à l'hôpital de jour alors qu'il était âgé de moins de 3 ans fait qu'il a longtemps été l'enfant le plus jeune pris en charge dans un petit groupe thérapeutique.

---

Dans le chapitre 5, le comportement et les troubles d'Enrico ont permis d'explicitier la compréhension de ses troubles à partir du cadre théorique auquel se réfère l'hôpital de jour.

Ses deux grands frères ont eux aussi été pris en charge à l'hôpital de jour. Son entrée fait suite à un signalement en 2005 par un service social d'aide à l'enfance, suite aux inquiétudes des soignants pour les trois enfants.

Selon la fiche de protocole de soins, Enrico présente « des troubles du comportement », « une agitation psychomotrice », « de l'agressivité », « des angoisses archaïques », « des troubles du cours de la pensée qui ont des répercussions sur ses capacités d'apprentissage ».

Suite au signalement, une IOE a été ordonnée. Elle débouche sur la mise en place d'une AEMO qui commence en 2007 après le signalement. En 2010, le service en charge de l'AEMO fait une demande anticipée de mainlevée<sup>56</sup>.

Réunion de synthèse du 24 juin 2011 : la mère est dite de plus en plus confuse. Il semble qu'elle ne sort pas de chez elle. Les soignants craignent qu'Enrico ne sorte pas de la maison de tout l'été. L'enfant est laissé seul au domicile quand le père travaille et que la mère rend visite à son autre fils en prison. Face à la dégradation de la situation, l'équipe est préoccupée et se demande ce qui doit être fait avant l'été. Le climat familial est présenté comme problématique, avec un manque d'investissement du père dans la relation avec son fils, et une mère qui a des problèmes psychiatriques.

Échange informel du 24 juin 2011 : en raison de l'inquiétude de l'équipe, un contact est pris avec l'école. Il m'est dit que, dans le passé, la venue d'une assistante sociale n'a pas servi à grand-chose face à la négativité de la mère. Un signalement est décrit comme non productif par la soignante-référente. Elle précise qu'une lettre pourrait être écrite au juge mais dans l'idéal il faudrait que la demande émane de la mère. Si la mère ne peut pas entendre la nécessité de l'aide, m'explique-t-elle, les soignants ne peuvent la forcer. D'après elle, il n'y a pas de danger imminent, mais un besoin d'aide dans la fonction parentale.

---

<sup>56</sup> Dans le chapitre 7, nous avons expliqué que cette demande anticipée de mainlevée avait fortement participé à la conception négative des soignants sur les services de protection de l'enfance.



Réunion de synthèse du 23 septembre 2011 : les soignants soulèvent la question d'un contact avec les services de protection de l'enfance, mais cela leur pose problème. Ils craignent que ce contact ne remette en cause « l'espace de parole », « l'espace de confiance » qu'il faut donner à l'enfant<sup>57</sup>. Pourtant, la prise en charge à l'hôpital de jour ne leur semble pas suffisante. Il est décidé de prendre contact avec l'assistante sociale scolaire.

Échange informel du 30 septembre 2011 : je reviens sur la situation d'Enrico avec un de ses soignants-référents. Je m'étonne du changement de posture des soignants dans la décision de contacter les services de protection de l'enfance. Je demande ce qui a changé dans l'environnement familial. Il m'est expliqué que « l'enfant sort très peu de chez lui, c'est ça qui n'est pas sécurisant ».

Enrico pendant ce temps, dans le groupe, montre qu'il va mal. Il est difficile de le faire rentrer dans la salle. Il court, s'enfuit dehors, se met en danger en montant sur la cabane de jardin de la cour. Il devient dans certaines situations exhibitionniste.

Formation de l'équipe sur un temps de réunion de synthèse le 23 mars 2012 : la situation d'Enrico est présentée lors de cette formation. L'équipe explique que, face à une mère « lunaire », la prise en charge de l'hôpital de jour n'est pas suffisante pour compenser le dysfonctionnement de la famille. Il est bien précisé qu'en 2010, l'équipe AEMO a fait une demande de mainlevée parce que les parents ne s'opposaient pas aux soins. Depuis un an, la mère évoque un « internat ».

Régulièrement, les soirs de soins où je suis présente, j'observe qu'Enrico, à la sortie de l'école, refuse de se rendre à l'hôpital de jour. Les stagiaires qui l'accompagnent expriment leur difficulté face à cet enfant qui se terre devant l'école, ou annonce qu'il doit repasser chez sa mère pour telle ou telle raison. Pourtant, au moment du départ, en fin de groupe, Enrico ne veut plus bouger non plus, il ne veut plus rentrer chez lui. Un soir, j'observe une vraie course de chats et de souris.

---

<sup>57</sup> Nous retrouvons ici le point abordé dans le chapitre 9, sur les réticences des soignants à prendre contact avec les services de protection. Le contact avec les services de protection de l'enfance est présenté comme pouvant mettre à mal la relation thérapeutique de l'enfant avec les soignants.

L'hôpital de jour est situé au quatrième étage d'un immeuble qui en compte cinq. Le stagiaire qui raccompagne Enrico vient lui signifier qu'il est l'heure de partir. Enrico se transforme en statue. Ses référents viennent lui parler, Enrico s'enfuit dans les escaliers. Certains soignants descendent les escaliers, d'autres les montent pour retrouver Enrico. Je reste à discuter avec une soignante de la situation d'Enrico. Quelques longues minutes après, j'apprends qu'Enrico a accepté de rentrer. Je pars de l'hôpital de jour, je vois l'enfant au loin, le stagiaire et son référent descendent avec lui dans la bouche du métro.

Réunion de synthèse du 30 novembre 2012 en présence de l'assistante sociale scolaire : l'hôpital de jour a pris contact avec elle parce que les soignants se sentent seuls dans cette prise en charge. Le problème réside dans la confrontation avec la mère. Il est dit qu'elle annule tout ce qui peut être bénéfique à l'hôpital de jour. D'après la directrice, en grandissant Enrico se rend de mieux en mieux compte des défaillances de ses parents. L'autre inquiétude des soignants est relative au frère qui est en prison. Enrico aurait de plus en plus tendance à s'identifier à lui. La mère semble souvent faire la comparaison entre les deux. L'assistante sociale scolaire explique qu'avec l'instituteur l'enfant a trouvé un équilibre. Il a réussi à se faire des amis. Les autres enfants se plaignent moins de son comportement violent. L'assistante sociale scolaire a vu la mère pour un dossier CMU<sup>58</sup> et pour essayer de régler un problème de lunettes qui dure depuis deux ans. La situation conjugale est assez floue. Pour les soignants, la mère parle de placement à sa manière. Elle est capable de dire devant Enrico qu'il ne faut rien lui dire.

Réunion de synthèse du 4 octobre 2013 : cela fait une semaine qu'Enrico n'est pas venu à l'hôpital de jour. Nous avons détaillé dans le chapitre 5, comment, chaque jour de la semaine, Enrico s'arrange pour que le stagiaire ou son soignant-référent l'accompagne au domicile familial, pour arriver à ce qu'il demande à son soignant-référent devant sa mère : « Demande-lui pourquoi elle ne veut pas venir me chercher ». Les soignants : « On travaille l'autonomie d'Enrico quand elle cherche un

---

<sup>58</sup> CMU : couverture maladie universelle – prestation sociale française permettant l'accès aux soins, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

appartement pour son autre fils ». « On dirait qu'il prend conscience que l'investissement maternel n'est rien ». Il est précisé qu'il « fout la merde » à l'école, qu'il y a des problèmes dans le bâtiment du logement. Cela tombe au moment où l'hôpital de jour a un projet de thérapie parce qu'Enrico commence à poser des mots. « La mère, elle, fait de la lutte active ». « On peut faire l'hypothèse que le projet thérapeutique fait flamber Madame. Elle voit que l'hôpital de jour se mobilise et là, on ne peut plus rien lui demander, elle ne vient plus. » Le projet consiste à placer l'enfant pendant deux ans, en faisant une demande d'AEMO au juge. La soignante-référente s'exclame : « On l'a déjà fait, ça n'a pas marché ». Le médecin-directeur lui répond : « Il faut apprendre de nos erreurs, voir ce qu'il faut mettre dans l'écrit pour être entendus par le juge ».

Échange informel du 31 janvier 2014 : la mère a été reçue à la suite d'événements inquiétants, errance et délinquance. Le médecin-directeur a évoqué avec elle la possibilité d'une séparation. La première réaction de la mère a été le refus. Le contact a été pris avec une assistante sociale pour écrire à la CRIP et construire le projet d'une séparation sur une période d'un ou deux ans.

### 2.2.2.L'incapacité des parents à élaborer

Enrico est un enfant qui m'a beaucoup marquée. Il m'a permis de mieux comprendre la pathologie des enfants accueillis à l'hôpital de jour d'après les cadres théoriques de référence des soignants, comme exposé dans les chapitres 4 et 5. Quand je considère le point de vue des soignants, je comprends que la pathologie d'attachement (David, 1989) d'Enrico est forte. Il souffre des pratiques éducatives inappropriées de ses parents. Son père n'a pas vraiment de relation avec lui. Sa mère, qui « rend fou » tout le monde, d'après les soignants, raconte tout et son contraire. Elle affirme ne pas dire des choses tout en les exposant devant Enrico. Elle fait souvent un amalgame avec son frère délinquant. Enrico montre sa souffrance par son agressivité, sa mise en danger et ses tendances exhibitionnistes. Pourtant, il ne peut supporter l'idée d'être séparé de sa mère. Il lui arrive de refuser à de nombreuses reprises de venir à l'hôpital de jour, et aussi de ne pas vouloir quitter le lieu de soin. Il

craint la disparition de sa mère et souhaite qu'elle lui montre qu'elle peut être présente pour lui. Les parents d'Enrico sont ses agents protecteurs, mais également maltraitants. La maltraitance n'est pas physique mais bien psychologique. Le fonctionnement de l'enfant est clivé et le cadre de séparation est complexe à travailler. Sa mère n'arrive pas à le penser, lui n'arrive pas à construire une représentation de l'espace, du temps et de son corps.

L'un des enjeux de la pratique des soignants est de permettre aux parents de mettre en mots ce qui n'a pas été suffisamment symbolisé de leur propre enfance afin, par ce travail d'élaboration psychique, d'en décharger l'enfant. Les soignants-référents essayent de rencontrer la mère d'Enrico régulièrement. Souvent celle-ci ne vient pas au rendez-vous fixé. Elle est un sujet secondaire de soin. Au fil des ans, ce travail d'élaboration avec la mère est fortement mis en doute. Ses absences régulières empêchent les soignants de jouer leur rôle de passeurs. La mère n'arrive pas à élaborer à partir de son histoire. Les soignants ne réussissent pas à lui faire prendre conscience que son passé peut l'envahir à son insu et avoir des répercussions sur Enrico. Les soignants ne parviennent pas à faire avancer la mère et craignent que son comportement n'ait un impact irréversible sur la construction identitaire d'Enrico.

Les parents d'Enrico semblent ne pas toujours avoir des attitudes parentales appropriées. L'enfant est laissé sans supervision au domicile parental. L'équipe questionne le rôle que tient le père dans l'éducation de son fils et s'inquiète de la santé mentale de la mère. Cependant, ce n'est pas une de ces caractéristiques - toutes représentent un danger pour Enrico - qui déclenche la prise de contact avec les services de protection de l'enfance. La décision de préconisation d'une séparation se construit quand les soignants admettent les limites de la mère à élaborer sur sa situation et craignent que cela n'affecte les capacités de socialisation d'Enrico. Pour les soignants, le danger pour Enrico n'est pas immédiat, il leur semble diffus. La séparation précipitée ne serait pas une protection pour cet enfant dont le danger encouru doit s'anticiper sur le long terme. Le risque est surtout par rapport à sa construction identitaire.

La séparation parents-enfant est nécessaire, selon les soignants, quand ils n'arrivent pas à accompagner le parent dans la compréhension et l'intégration du sens de son histoire dans ses pratiques parentales. Elle l'est aussi quand ce dernier n'investit pas les fonctions parentales attendues par les soignants et n'accepte pas la primauté des soins. Ne pas réussir à être thérapeutique avec la mère d'Enrico, ou à faire entendre à la mère de Daniel la pertinence des soins, fragilise un des fondements de la pratique des soignants, qui est la mise en mots et l'élaboration psychique. Le rôle de sachant et de praticien n'est alors pas suffisant pour accompagner ces enfants et construire un environnement sain pour eux. L'USIS est une institution qui a été pensée pour éviter les séparations inutiles. La décision de prendre contact avec les services de protection de l'enfance est une action douloureuse pour les soignants. Elle les met face à l'échec relatif de leur intervention. La mesure de séparation ne peut pas être évitée, l'intervention des soignants n'a pas été suffisante pour renverser et contrebalancer les carences parentales.

## **Chapitre 12 : Ne pas conformer mais personnaliser : enjeux d'une nouvelle norme sociale**

La décision des soignants de s'engager avec les services de protection de l'enfance dans un processus de séparation ne dépend pas des difficultés aussi bien psychiques que sociales et économiques de l'enfant et de sa famille. La nécessité d'une séparation et d'une prise de contact avec les services de protection de l'enfance se pose quand l'implication des parents ne paraît pas appropriée et semble compromettre les bénéfices des soins dispensés pour panser les troubles psychiques de l'enfant. Cette pratique des soignants a peu changé au cours de ces trente dernières années, elle s'inscrit dans une nouvelle dynamique de la conception de l'individu. Ce dernier doit prendre sa place dans la société non plus en se conformant à des normes et des valeurs, mais en définissant ses propres aspirations (Ehrenberg, 2014). Dans ce chapitre nous voulons, en discutant notre compréhension de la pratique des soignants et de la décision étudiée, mettre en relief les contours et les enjeux d'une nouvelle norme sociale, celle d'une autoréalisation de soi. Nous montrerons, dans un premier temps, que la protection sociale ne s'appuie plus sur des prestations mais se contractualise, en nous basant sur l'importance pour les soignants de personnaliser, d'individualiser la mesure de séparation, et sur la demande forte des soignants adressée aux parents d'être capables de se raconter pour agir sur leurs propres difficultés. Dans un second temps, nous interrogerons les conséquences de cette nouvelle norme sociale.

### **1. La contractualisation de la protection : l'importance de personnaliser la mesure de séparation**

Depuis les deux dernières décennies, nous sommes passés d'une société où l'individu se définit à partir de son appartenance à un groupe, à une société, où l'individu se caractérise par sa singularité. Les institutions sociales qui assuraient le fondement de la protection et de la reconnaissance d'un individu en fonction d'un collectif doivent maintenant l'accompagner dans son parcours pour lui permettre de se

construire lui-même. Les interventions étatiques ne sont plus pensées en référence à une affiliation institutionnelle, mais sur la base d'un traitement individualisé (Astier et Duvoux, 2006).

La pratique de l'USIS, nous allons le montrer, s'inscrit dans ce processus d'individualisation. Que ce soit au sein même de l'institution ou lors de la décision d'une séparation, les soignants structurent leurs interventions en prenant en compte la spécificité de l'enfant et de sa famille.

### *1.1. De l'État-providence à l'État-actif*

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, à la naissance de l'État-providence, l'idée répandue est que, par souci d'égalité, il faut permettre à tous d'avoir accès à des prestations sociales qui préviennent des risques que Castel (2003) nomme sociaux : le chômage, la maladie, la vieillesse. Nous sommes ici dans une logique statutaire. En fonction de son appartenance à un groupe, l'individu acquiert, en contrepartie d'une cotisation préalable, des droits et des devoirs. Les interventions sociales se construisent en réparant les dommages qu'il faut alors repérer.

Depuis les années 1960, et de plus en plus ces deux dernières décennies, une nouvelle dynamique de la construction de l'individu s'impose. Le regard de la société sur la notion d'égalité et sur les constats d'inégalité se transforme. Les inégalités, qui devaient être réduites en assurant à chacun les mêmes droits et devoirs, n'ont pas disparu. Par exemple, l'école républicaine, par souci d'égalité, devait permettre à chaque enfant d'avoir accès à un même savoir. Cependant, de nombreuses recherches (Bourdieu et Passeron, 1964 ; Boudon, 1973) ont montré qu'une transmission identique à tous d'un même savoir n'assurait pas à chacun une égalité des chances. L'idée qui s'impose alors est que, pour égaliser ces chances, il faut différencier ce qui est proposé à chacun. Le système scolaire va offrir de nombreuses mesures plus individualisées, comme les assistants de vie scolaire, par exemple, pour permettre à chacun de réussir selon son potentiel.

L'individu, dans nos sociétés contemporaines, doit trouver sa place non pas en se fondant dans un groupe, mais en créant ses propres relations sociales et en devenant maître de ses aspirations. D'après Astier et Duvoux (2006), dans cette logique, si l'individu n'est pas maître de son sort, il se doit d'être maître de sa vie. Nous sommes passés, d'après Ehrenberg (2010), d'un fonctionnement de l'individu de type névrotique - qu'est-ce qui m'est permis de faire ? - à un fonctionnement de l'individu de type dépressif : est-ce que je suis capable de le faire ?

L'homme social doit alors produire lui-même ses protections. La logique statutaire laisse place à une logique contractuelle. Les individus doivent se saisir des moyens à leur disposition pour agir sur leurs propres difficultés. Le conformisme à un groupe est remplacé par une nouvelle ligne de normativité, celle de la capacité et de l'incapacité d'agir (Ehrenberg, 2010). Les risques contre lesquels la société doit assurer une protection ne sont plus des risques sociaux, mais des risques de l'existence (Castel, 2003). Les interventions sociales n'ont plus seulement pour objectif de pallier une potentielle souffrance physique mais aussi une souffrance psychique, avec la promotion d'un droit à l'épanouissement.

Dans le champ de la protection de l'enfance, après l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, l'un des buts des interventions sociales et familiales est d'aider et de conseiller la famille. Alors que, comme indiqué dans le chapitre 9, la première vocation du travail social s'était construite sur une tendance moralisatrice, selon laquelle les travailleurs sociaux, par leur capacité d'influence, devaient permettre à l'individu de suivre le bon chemin, à partir des années soixante il se fonde sur une tendance psychologisante. Les travailleurs sociaux doivent apprendre à connaître le public avec lequel ils travaillent. Nous sommes en train de passer d'une société régulée par des normes et des interdits à une société qui doit se construire en s'appropriant ce qui est à sa disposition. L'individu n'est plus le résultat de structures, il doit être le produit de ressources.



## *1.2. L'individualisation des prises en charge des enfants et de leurs parents*

Les soins de l'USIS, avons-nous expliqué dans le chapitre 4, sont des soins institutionnels. L'hôpital de jour a construit sa pratique en s'appuyant sur les logiques de la psychothérapie institutionnelle, qui s'efforce de réduire la distance entre patients et soignants. Les soignants ne catégorisent pas l'enfant comme un patient faisant l'objet de soins, mais cherchent à lui redonner un rôle et un statut social. Lors des rencontres partenariales, les soignants s'attachent à ne pas stigmatiser l'enfant et ses parents à partir de leurs comportements. Les comportements sont toujours présentés dans un contexte dynamique. La marque de fer sur le corps de Sylvain<sup>59</sup> n'est pas comprise comme un constat de maltraitance de la mère, mais comme un symptôme qui exprime les difficultés dans le lien entre la mère et l'enfant. L'enjeu de la pratique thérapeutique des soignants est de dépasser une description qui pourrait être chronophage, pour la penser en cherchant à dégager la signification particulière du comportement.

Pour les soignants, une intervention, qu'elle soit éducative ou thérapeutique, ne doit pas se construire sur un schéma médical, avec dans un premier temps le dépistage, dans un second temps le diagnostic et dans un troisième temps le traitement approprié, mais en prenant en compte la spécificité de l'enfant et de sa famille.

Par exemple, les soignants ne condamnent pas la prescription médicamenteuse.

*Vassili<sup>60</sup> est un des garçons les plus violents que j'ai pu observer à l'hôpital de jour. Lors d'un groupe, je suis assise à côté de lui, nous sommes en train de regarder son cahier de texte, pour identifier les leçons qu'il a à faire et pour lesquelles je pourrai peut-être l'aider. Nous choisissons de commencer par sa leçon de poésie. Il me*

---

<sup>59</sup> Cette rencontre partenariale a été présentée dans le chapitre 7.

<sup>60</sup> Nous avons déjà exposé le comportement de Vassili p. 76 et p. 93.

*demande de la lire. Je m'exécute, il m'arrête, il semble que je ne la lise pas correctement. Je lui explique que je ne comprends pas ce qu'il veut dire par là. Vassili prend alors son cahier, me le jette au visage et commence à m'insulter. Je ne pourrai plus parler avec lui pendant tout le reste de la soirée, sans recevoir un coup, ou un jet de stylo ou d'autres choses.*

L'ensemble des soignants font l'objet des attaques constantes et violentes de Vassili. Ses passages à l'acte ne se limitent pas au lieu de soins. La mère exprime ses difficultés à la maison et à l'école, son comportement amène à sa déscolarisation. Pendant sa prise en charge, un rendez-vous est pris à l'hôpital pour lui prescrire des neuroleptiques. Les soignants portent le projet de la prescription médicamenteuse qui doit permettre à l'enfant de s'apaiser et d'apaiser son environnement, aussi bien en famille qu'à l'école et même à l'USIS. Les soignants acceptent et portent ce mode de traitement après l'avoir réfléchi longuement en réunion de synthèse. Il s'inscrit dans un projet individualisé pour cet enfant. Néanmoins, les soignants ne jugent pas les médicaments efficaces sur le long terme. La prescription médicamenteuse s'inscrit dans une logique statutaire. L'enfant a été dépisté comme ayant un comportement qui nécessite d'être corrigé parce qu'il l'empêche de s'intégrer à son groupe - sa classe à l'école - et d'accéder à sa position d'élève. À l'USIS, même si la prise en charge est groupale, les situations des enfants sont individualisées. Les activités dans les groupes sont éducatives, mais deviennent thérapeutiques en réunion de synthèse. De même que la prise en charge est collective, elle est individualisée quand en réunion de synthèse les soignants élaborent sur le comportement propre à un enfant par rapport à ce qu'il a pu montrer dans le groupe.

Cette volonté des soignants d'individualiser la prise en charge des enfants et de leur famille est d'ailleurs une des tensions que nous avons repérées dans les chapitres 8 et 9 entre les soignants et les intervenants des services de protection de l'enfance lors du processus de séparation. Les tensions naissent d'une lecture différente, par ces deux acteurs, de la forme de protection qui doit être assurée à l'enfant. Pour les intervenants de la protection de l'enfance, le risque est un risque

physique, il est alors nécessaire de séparer l'enfant de sa famille. Pour les soignants, le risque qui est pris en compte dans le processus décisionnel est un risque de l'existence. La séparation n'est pas nécessairement une mesure de protection, parce qu'elle peut représenter une menace pour le développement de l'enfant. Elle doit, certes, sécuriser socialement l'enfant mais aussi lui permettre d'évoluer favorablement. Quand les soignants préparent avec les services de protection de l'enfance la séparation de Denis, les deux acteurs partagent bien un objectif commun, celui d'aboutir à une séparation, mais ne définissent pas de la même manière les attentes d'une telle mesure. Pour les soignants, la séparation n'est pas un palliatif de première urgence mais doit permettre d'instaurer symboliquement une distance entre l'enfant et ses parents.

### *1.3. Une demande forte d'élaboration psychique*

Les institutions, dans la nouvelle norme qui tend à dominer, n'ont plus une fonction idéale consistant à imposer une morale à tous, mais doivent permettre à chacun d'élaborer sa propre construction identitaire. La pratique des intervenants sociaux n'est pas coercitive vis-à-vis d'un individu qui doit intérioriser les normes et les valeurs, mais elle se construit dans l'échange pour permettre à l'individu d'exprimer sa singularité. Si nous reprenons la classification de Karsz (2004), il apparaît que dans cette nouvelle ligne de normativité, l'intervention sociale ne se construit plus par *charité*, en cherchant à combler les besoins de la personne, ni même par *prise en charge*, en cherchant à rééduquer la personne, mais de plus en plus par *prise en compte*, en permettant à l'usager de définir lui-même ses propres attentes à l'égard de l'intervention.

Les soignants ne cherchent pas à rééduquer les enfants et leurs parents mais, par leur accompagnement, à transformer les expériences vécues en événements symboliques. Cette mise en mots et cette élaboration psychique doivent permettre d'apaiser les angoisses et d'agir sur le lien troublé entre les parents et l'enfant, ainsi qu'entre l'enfant et son environnement social. Le rôle des intervenants sociaux est donc d'aider à transformer des attitudes et des sentiments éprouvés (Fablet, 2009).

L'élaboration psychique qui est demandée doit permettre d'agir sur les relations sociales.

*Lors d'un groupe, Vassili met à feu et à sang l'ensemble des activités que nous essayons de construire avec les enfants. Il monte sur les tables, sur l'armoire, tape adultes et enfants. Il va réussir à s'échapper de la salle. Quelque temps après, l'alarme incendie se met à retentir. C'est Vassili qui l'a déclenchée. Quelques jours plus tard, le médecin-directeur revient avec Vassili sur la gravité de son acte. Pour le symboliser, il est demandé à Vassili de réaliser un dessin par rapport à la situation. Il dessinera un camion de pompiers et un pompier tenant une lance d'incendie qui est actionnée pour éteindre le feu d'un grand bâtiment.*

Dans ce passage à l'acte de Vassili, l'équipe soignante ne reprend pas seulement avec lui les raisons de ne pas agir comme il l'a fait, mais cherche à le faire élaborer sur ce qui l'a poussé à déclencher l'alarme incendie. Rappelons comment, lors de mes premières expériences de la violence des enfants entre eux et aussi à l'égard des soignants, j'observe que la réponse des soignants est d'essayer de comprendre avec l'enfant les raisons de son action, comme dans le cas de la stagiaire invitant Enrico qui lance des missiles sur des voitures à s'imaginer à la place des conducteurs et à mettre en mots son ressenti s'il était à leur place. Les soignants ne cherchent pas à imposer un savoir à l'enfant, mais souhaitent lui donner les espaces nécessaires le dessin pour Vassili, le petit jeu de rôles pour Enrico pour savoir ce qu'il veut leur dire. Le salut de la personne, de l'enfant, réside alors dans sa capacité à faire preuve de réflexivité par rapport à ses actions. Les actions et les difficultés rencontrées ne sont pas en elles-mêmes de toute importance, ce qui prime est la manière dont l'individu se positionne face à ces actions et difficultés.

La pratique des soignants, aussi bien à l'égard des enfants que des parents, s'inscrit dans cette nouvelle norme qui cherche à responsabiliser le sujet de l'intervention. Il est attendu du sujet qu'il participe à la personnalisation de son

accompagnement. Les soignants cherchent à doter les enfants et les parents des capacités nécessaires pour pouvoir agir, anticiper et surmonter les difficultés qu'ils ont rencontrées et qu'ils pourront rencontrer.

## **2. Les conséquences de la demande croissante d'une élaboration de son histoire personnelle**

Cependant, nous observons que l'incapacité des parents à élaborer sur leurs difficultés conduit les soignants à préconiser une mesure de séparation, nous nous interrogeons alors sur les possibles conséquences de cette demande croissante d'élaboration sur son histoire personnelle.

### *2.1. Les limites d'une intervention qui favorise l'élaboration de l'individu*

Une mesure de séparation n'est pas préconisée par les soignants parce qu'ils ont fait le constat d'une difficulté particulière. 58,2% des enfants accueillis à l'hôpital de jour ont été victimes d'au moins une forme de maltraitance. 43% des enfants ont été maltraités physiquement. Maéva<sup>61</sup> est maltraitée physiquement par sa mère. Elle a été brûlée par des mégots de cigarette, par un fer à repasser, et frappée par un sac à main avec une telle force qu'elle en saigne. Alain<sup>62</sup> et Marcel<sup>63</sup> sont victimes des coups de leur père et beau-père, la situation de Sylvain<sup>64</sup> alarme les intervenants sociaux et éducatifs suite au constat d'une brûlure. 27,3% des enfants accueillis à l'USIS ont été négligés par leurs parents. La situation d'Alain inquiète les soignants et les autres intervenants sociaux parce qu'il fait de nombreux allers-retours seul le soir en RER. Aucun de ses parents ne semble se préoccuper des soins physiques à lui donner. 8,5% des enfants sont décrits comme livrés à eux-mêmes. Marcel peut errer

---

<sup>61</sup> La situation de Maéva a été présentée dans le chapitre 8.

<sup>62</sup> La situation d'Alain a été présentée dans le chapitre 10.

<sup>63</sup> La situation de Marcel a été présentée dans le chapitre 7.

<sup>64</sup> La situation de Sylvain a été présentée dans le chapitre 6.

des heures dans la rue sans que ses parents s'en préoccupent. Enrico<sup>65</sup> peut rester des heures seul chez lui. Ces familles doivent faire face à des problèmes multiples. 23,6% des enfants accueillis à l'USIS ont connu dans leur parcours une difficulté en lien avec leur logement. La mère de Maéva et celle de Daniel ont été menacées d'expulsion. La mère de Denis a vécu avec ses enfants dans une cave. Dans 26,7% des situations, la violence conjugale a été notée par les soignants : Vassili a été témoin de la violence du père contre la mère, les deux mariages de la mère de Daniel ont été empreints de violence conjugale. Dans 29,1% des situations, au moins un des parents présente un trouble de santé physique et/ou psychique. La mère d'Enrico, au dire des soignants, rend tout le monde fou. Néanmoins, ce n'est aucune de ces difficultés qui a conduit les soignants à s'engager dans un processus de séparation.

La séparation a été préconisée quand les parents n'ont pas répondu de manière adéquate, selon les soignants, à leurs difficultés. Ce n'est pas le vol de vélo par Marcel qui amène les soignants à prendre contact avec un juge des enfants, mais parce que le père semble minimiser toutes les actions proches de la délinquance de son fils. Ce n'est pas parce qu'Alain est battu chez sa mère et chez son père, ou qu'il est livré à lui-même quand il prend le RER, qu'une mesure de séparation se prépare, mais parce qu'aucun des parents ne semble avoir un espace pour lui dans leur pensée. La préconisation de séparation pour Enrico n'est pas le résultat d'un constat des défaillances parentales - les soignants ont accueilli avant Enrico deux de ses frères - mais bien parce que le père semble incapable de construire une relation avec son fils et que la mère n'est pas capable d'élaborer psychiquement sur les difficultés qu'elle rencontre. La séparation, selon les soignants, est envisagée quand les parents semblent dans l'impossibilité d'élaborer. Une action sur leurs pratiques parentales n'apparaît pas possible pour les soignants.

Dans la logique des soignants, la séparation est préconisée non pas à partir d'une stigmatisation manichéenne des parents, stigmatisation et assimilation entre dangerosité et famille pauvre qui a été fortement dénoncée à partir des années 1970 (Castel, 1995 ; Deleuze, 1990 ; Donzelot, 1977), mais en prenant en compte les

---

<sup>65</sup> La situation d'Enrico a été présentée dans le chapitre 11, p. 210.

capacités d'élaboration des parents sur les difficultés rencontrées par l'enfant et par eux-mêmes.

L'environnement est protecteur pour l'enfant si les parents font preuve de réflexivité et si l'hôpital de jour construit les espaces nécessaires à l'enfant pour lui permettre de ne plus remplir un vide psychique par des passages à l'acte. La conscientisation doit permettre de passer de l'agi à la pensée. La séparation est alors pour les soignants une décision douloureuse qui va à l'encontre de leur idéologie de « la continuité ». Les soins doivent permettre de ne pas aboutir à une nécessité de séparation. Si la séparation ne peut être évitée, cela révèle les limites de cette pratique thérapeutique. L'accompagnement des soignants n'a pas été suffisant pour soutenir les parents dans leur fonction parentale. La séparation est donc une intervention nécessaire quand les parents n'ont pas su se saisir des ressources à leur disposition pour s'autonomiser.

## *2.2. L'élaboration : enjeu d'une bipolarisation de la société et une nouvelle forme de violence symbolique*

Le passage d'un État-providence à un État-actif transforme les modes classiques d'intervention. Nous l'avons expliqué, dans une logique contractuelle, les interventions ne sont pas pensées comme une prise en charge d'un collectif mais doivent répondre aux besoins spécifiques de chacun. Dans cette nouvelle normativité, il est demandé une contrepartie à l'individu, celle d'un engagement, d'une preuve de l'utilisation qu'il fait du soutien qui lui est apporté. Si cette preuve n'est pas jugée suffisante par les intervenants qui l'accompagnent, ce soutien peut alors lui être retiré. Nous sommes dans une nouvelle exigence de discipline, celle de l'autonomie (Ehrenberg, 2010). Astier et Duvoux expliquent (2006, p. 25) : « L'individualisation n'est pas synonyme d'émancipation, mais plutôt une façon de rendre chacun responsable de sa vie et du moindre événement qui l'émaille ».

Dans une logique contractualisée, où l'intervention est personnalisée, se crée une nouvelle polarisation de la société avec, d'un côté, les individus ayant les

capacités et les ressources pour entrer dans ce que Giddens nomme « la démocratisation de la vie personnelle », et les autres (Commaille, 2006).

Le paradoxe, dans cette demande d'élaboration adressée par les soignants aux parents, est que les exigences ne sont pas construites dans l'échange. Les soignants se placent en position de sachants et attendent des parents qu'ils se conforment à leurs exigences. Dans un idéal social, nous explique Astier (2007), les individus, les parents, devraient décider et agir par eux-mêmes ; dans la réalité, cependant, ce sont les dispositifs qui incitent les individus, les parents, à exposer leur subjectivité, leur expérience. Les soignants font d'ailleurs une distinction entre les parents qui répondent à leur définition d'implication parentale, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 11, et les autres. D'un côté, les parents qui montrent une capacité à s'appuyer sur des interventions comme celle de l'USIS pour faire évaluer leurs pratiques parentales, tel le père de Darwin, qui accepte après de longs échanges avec les soignants-référents l'arrêt des entraînements de football quand ils ont lieu en même temps que les soins, et reconnaît alors la primauté des soins, sont des parents protecteurs. De l'autre côté, les parents qui sont en rivalité avec l'USIS, comme la mère de Daniel, qui met en place des stratégies d'opposition aux soins, ou qui sont dans une incapacité à élaborer sur leur histoire personnelle, comme la mère d'Enrico, sont des parents qui amènent à la préconisation de séparation. L'insécurité pour les enfants est que les parents ne trouvent pas par eux-mêmes ou dans leur entourage - entourage qui peut faire référence à différentes formes d'interventions, sociales, thérapeutiques - la capacité d'assurer la protection recherchée. La situation de l'individu, du parent, n'est plus associée à des caractéristiques propres à sa situation mais présentée comme le fruit de sa défaillance personnelle.

Les soignants pensent la séparation nécessaire parce qu'ils font une distinction entre les parents qui sont capables d'agir sur leurs pratiques parentales et ceux qui n'en sont pas capables. Cependant, sans nier toute la richesse de cette approche dynamique de la famille et de l'enfant, cette forte psychologisation du processus de séparation amène à nier l'inscription sociale d'un individu. Les parents ne sont pas que des parents, ils remplissent dans la société d'autres rôles, ils peuvent



avoir un emploi avec des horaires contraignants, se trouver confrontés à des difficultés financières ou de logement. La capacité des parents à élaborer sur leurs pratiques parentales, sur leur lien avec les enfants, est dépendante de ces autres contraintes. D'après Commaille (2006), des risques sociaux comme le chômage peuvent conduire à un phénomène de disqualification parentale, avec une dégradation du parent chômeur et une remise en cause de son autorité. Cette défaillance parentale ne peut s'expliquer par le laxisme des parents : les conditions de vie ont une conséquence sur le métier de parent. L'approche dynamique des soignants essaye de replacer le parent dans son individualité, lors des réunions de synthèse par exemple, néanmoins les conditions matérielles d'existence des parents sont rarement mentionnées, or la capacité d'élaboration est certainement dépendante de la difficulté à articuler vie professionnelle, vie sociale et vie familiale. La prise en compte des relations psycho-affectives doit s'inscrire dans un système plus large pour ne pas aboutir à une nouvelle forme de stigmatisation des familles.

La volonté de placer l'individu au cœur des interventions en lui permettant d'être celui qui trouve ses propres solutions, sans prendre en compte comment le métier de parent s'inscrit dans un contexte plus large que l'approche psychologique, représente le risque d'un retour à ce que Foucault (1978) nomme un « gouvernement des populations » (Commaille, 2006). C'est-à-dire avec, d'un côté, ceux qui ont les capacités de pleinement associer individualisme et indépendance et jouissent donc d'une liberté, et, de l'autre côté, ceux pour qui l'individualisme est une croix lourde à porter du fait de leur incapacité à répondre à cette injonction d'élaboration sur leur histoire personnelle.

Une mesure de séparation est une réponse corrélée au fait que les parents sont jugés incapables d'agir et qu'ils n'ont pas pu mettre en place les solutions nécessaires pour anticiper et/ou remédier aux difficultés rencontrées. Dans ce cas, il est alors indispensable de remettre l'enfant à la collectivité pour que cette dernière assure son bon développement.

La mesure de séparation telle qu'elle est envisagée par les soignants s'inscrit dans une nouvelle norme du travail social. Les soignants exigent dans leur pratique thérapeutique que le parent soit capable d'élaborer à partir de son histoire personnelle pour, par ricochet, agir sur ses pratiques parentales. Il est demandé au parent de se responsabiliser et d'agir sur sa situation. Néanmoins, ces exigences d'élaboration qui peuvent paraître une injonction conduisent à se représenter le parent comme responsable de sa situation et n'invitent pas à prendre en compte l'impact des conditions matérielles d'existence du parent sur sa capacité à élaborer. Cette injonction d'élaboration peut présenter le risque d'instaurer sur une population cible une nouvelle forme de contrôle qui nous semble aller à l'encontre de l'intention des soignants de ne pas catégoriser les enfants et les parents qu'ils prennent en charge à l'hôpital de jour.



---

## Conclusion

---

Pour comprendre le phénomène social étudié, celui du processus décisionnel des soignants les amenant à s'engager avec les services de protection de l'enfance dans une mesure de séparation, nous sommes passée par une succession de stades parfois très centripètes, en nous focalisant sur le fonctionnement interne de l'hôpital de jour, d'autres fois plus centrifuges, en nous intéressant à la relation des soignants avec l'extérieur. En empruntant ce concept à Wallon (1963), nous pourrions comprendre ce travail de recherche comme une « évolution dialectique » de notre pensée.

Dans un premier stade, il m<sup>66</sup>'a été nécessaire de m'approprier, de faire mienne la pratique des soignants. Le choix de l'observation participante s'est révélé pertinent pour construire de l'intérieur une compréhension des soins thérapeutiques mis en œuvre au sein de l'hôpital de jour. En faisant l'expérience du quotidien des soignants, j'ai été confrontée à l'agitation souvent violente des enfants. Agitation que j'ai pu lire dans les dossiers analysés. Néanmoins, il me fallait en faire l'expérience, comme une expérience primitive, pour comprendre l'importance de prendre en charge ces enfants dans un lieu fermé - comme l'asile avait été pensé par Pinel à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle - pour leur offrir un cadre contenant où ils puissent s'exprimer sans crainte de voir le lieu s'écrouler sous leurs passages à l'acte.

De mes premières observations, je n'avais retenu que les activités éducatives : un temps de goûter, un temps d'aide aux devoirs et un autre temps plus ludique où les enfants jouaient au Lego, au Playmobil, ou encore à des jeux de ballon dans la cour. En passant beaucoup de temps sur le terrain, en participant aux groupes de supervision des stagiaires organisés par la direction, aux réunions de synthèse, et en échangeant dans les interstices autour d'une cigarette, d'un repas ou d'un verre avec les soignants, j'ai compris la spécificité des soins institutionnels, l'importance

---

<sup>66</sup> Nous distinguons l'usage du « je » et du « nous » en fonction du temps de la recherche qui est exposé. Le « je » fait référence à l'expérience de terrain, et le « nous » à la mise à distance et l'analyse de ce qui a été vécu et observé sur le terrain.

d'entendre chacun – au-delà de la diversité de leurs formations - sur leurs éprouvés lors de leurs contacts avec les enfants, pour transformer un crachat en une représentation, l'éducatif en thérapeutique, pour faire d'une prise en charge groupale une intervention individualisée qui s'adapte à la singularité de l'enfant et de sa famille.

Je me suis familiarisée avec la pensée « psy » des soignants. Je me suis confrontée à des théories, celle de Freud, de Winnicott, ou encore de Bowlby, qui m'étaient étrangères, j'ai enrichi ma palette de concepts avec ceux de traumatismes relationnels précoces, états-limites, défense maniaque, pour comprendre le comportement des enfants en adoptant le point de vue des soignants. La rencontre avec les enfants m'a permis de me confronter à ces nouveaux cadres de pensée et ces nouveaux cadres de pensée m'ont permis de décrire l'enfant accueilli à l'hôpital de jour. En croisant les regards des soignants sur ces enfants agités avec d'autres regards qui les qualifiaient comme en danger et/ou dangereux, j'ai glissé vers un autre stade.

Le deuxième stade, possible à atteindre parce que je m'étais au préalable approprié les cadres théoriques de référence des soignants et que j'avais participé à la prise en charge des enfants, a élargi ma compréhension de la pratique des soignants dans leurs contacts avec l'extérieur. Cette recherche interrogeant les relations des soignants avec les services de protection de l'enfance, il m'a alors fallu comprendre, définir ce que représentait pour les soignants prendre contact avec les services de protection de l'enfance. La décision étudiée m'amenait à m'intéresser à la relation entre les soins et les services de protection de l'enfance. Cette relation se construisait autour d'un objectif commun qu'il fallait définir et dans un ensemble de contraintes qu'il fallait identifier. La décision des soignants de s'engager dans un processus de séparation s'inscrivait dans un système, celui de la protection de l'enfance. Il était nécessaire de dessiner les contours de ce dernier pour situer le rôle des soignants dans ce système et celui donné par les soignants à la décision étudiée.

Il a été compris qu'un des enjeux de cette relation était la définition différente donnée à l'objectif : la séparation de l'enfant d'avec sa famille. Pour les

intervenants de la protection de l'enfance, la séparation était une mesure de protection contre des risques sociaux : l'enfant devait être retiré de son environnement pour le protéger du danger qu'il y encourait. Pour les soignants, la séparation était une mesure de dernière nécessité qui, pour être bénéfique à l'enfant et à sa famille, devait être préparée en amont. Les soignants s'appuyaient sur les connaissances acquises dans les champs disciplinaires qui fondent leur pratique - la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse - pour imposer l'importance des soins et affirmer la nécessité d'individualiser la mesure pour que cette dernière ne soit pas un déchirement mais ait une vertu thérapeutique.

Une fois que les enjeux de la décision et de la relation étudiées ont été dégagés, le regard s'est de nouveau focalisé sur la pratique propre aux soignants pour identifier les facteurs qui jouaient un rôle dans leur processus décisionnel. Nous sommes passée au troisième stade.

Les apports de l'écologie de la prise de décision ont servi de fil rouge tout au long de ce travail de recherche. Cela nous a permis de distinguer l'acte de l'évaluation-diagnostic de celui de la prise de décision. Pendant l'observation participante, la catégorisation des facteurs - de cas, organisationnels, externes - liés au processus décisionnel a permis de focaliser le regard sur un environnement très riche à observer. Cette théorisation de la prise de décision a aussi permis d'ordonner les données, abondantes et variées, collectées pendant les temps d'observation et lors de l'analyse des dossiers.

En étudiant la prise de décision comme un continuum, ainsi que les différents facteurs qui agissent sur le processus décisionnel des soignants, nous avons noté que ce n'étaient pas les caractéristiques d'une situation, les difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille, qui amenaient les soignants à prendre contact avec le service de protection de l'enfance. Les soignants, a-t-il été montré, confèrent une place importante à l'implication parentale dans le soin de l'enfant. Implication parentale dont la définition et les attentes ne sont pas construites avec les parents, mais seulement par les soignants. Ces derniers, dans une position savante, attendent des

parents qu'ils se conforment à leurs exigences, c'est-à-dire reconnaître la primauté des soins sur les autres activités de l'enfant et participer avec les soignants à l'élaboration de leur histoire personnelle. Les soignants, dans la continuité des soins institutionnels, attendent des parents qu'ils soient capables de verbaliser leur propre histoire pour se donner les moyens d'agir sur les liens parents-enfants - liens troublés, l'agitation des enfants étant comprise comme le haut-parleur de la souffrance psychique familiale. Nous avons alors montré que, quand les parents ne répondent pas aux exigences d'implication parentale, les soignants s'engagent dans un processus de séparation. Processus de séparation qui marque la limite de la pratique des soignants, puisque cette pratique œuvre pour éviter la séparation, en rendant capable le parent d'assurer seul ses fonctions parentales, sans l'intervention de la collectivité.

En mettant en perspective l'ensemble de ces stades par lesquels nous sommes passée pour construire notre compréhension du phénomène étudié, il nous est apparu que la pratique des soignants s'inscrit dans une nouvelle ligne de normativité du travail social, où les attentes ne sont pas celles d'un conformisme de l'individu mais celles d'une capacité d'agir en élaborant sur ses difficultés pour les anticiper et les surmonter.

Cette tendance à la contractualisation des interventions psycho-socio-éducatives peut répondre à une nécessité de penser l'enfant et ses parents dans leur singularité pour mettre en œuvre les mesures appropriées à leur situation. Cependant, elles présentent un risque, nous semble-t-il, celui d'une nouvelle forme de stigmatisation et de bipolarisation des individus, en distinguant ceux ayant la capacité d'agir, d'élaborer sur leurs difficultés, et les autres.

Nous notons que, outre-Atlantique, ou chez nos voisins plus proches, de nombreuses interventions sont pensées sous forme de programme. À partir d'une approche plus comportementaliste que psychanalytique, l'objectif n'est pas de permettre à l'individu d'élaborer sur son histoire et ses difficultés, mais d'acquérir des stratégies pour savoir comment réagir face aux difficultés rencontrées. Il nous semble qu'il serait intéressant de croiser ces deux approches, en distinguant bien leur cadre

théorique de référence et le contexte dans lequel elles s'implantent, pour acquérir de nouvelles connaissances sur cette norme qui tend à s'imposer dans le travail social, et aussi pour permettre, peut-être, de dépasser la dichotomie « psy »/« social » dans les interventions psycho-socio-éducatives et de favoriser alors une approche globale.





## BIBLIOGRAPHIE:

- Ainsworth, M., Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, (41), 49-67
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (2014). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York :Routledge.
- Ajurriaguerra J.(1973). Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique. dans *Cinquantenaire de l'hôpital Henri Rousselle*, (pp.129-137). Paris: Editions Sandoz.
- Alexander, F.G., Selesnick, S.T. (1972). *Histoire de la psychiatrie*. Paris: Armand Colin.
- Allard, C. (2015) (4 ed.). *Pour réussir le placement familial*. Paris : ESF
- Althabe, G. (1990). Ethnologie du contemporain et enquêtes du terrain. *Terrain*, 14, 126-131.
- Aron, R. (1968). *La révolution introuvable*. Paris: fayard
- Astier, I., Duvoux, N. (2006). *La société biographique: une injonction à vivre dignement*. Paris: L'Harmattan.
- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris: Presses Universitaires de France
- Astier, I. (2010). *Sociologie du social et de l'intervention sociale*. Paris : Armand Colin.
- Attias, D., Khaïat, L. (Dir.) (2014). *Le placement des enfants*. Toulouse: Eres.
- Bailly, D. (2005). *La peur de la séparation: de l'enfance à l'âge adulte*. Paris: Odile Jacob.
- Baumann, D.J., Schwab, J., Schultz, F. (1997). The influence of case, organizational, and individual factors on the process of decision making. Dans Kern, H.D., (eds) *Worker improvement to the structured decision and outcome model*, (pp. 129 -144) Department of Protective and Regulatory Services : Austin, TX.

- Baumann, D.J., Dalgleish, L., Fluke, J., Kern, H. (2011). The Decision Making Ecology in: *American Humane Association*. En ligne: <http://www.americanhumane.org/assets/pdfs/children/cprc-dme-monograph.pdf>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-904.
- Barbey-Mintz, A.S. (2015). L'attachement à l'école primaire. *Enfances & Psy*, 66 (2), 33-43.
- Barreyre J.-Y. (1997). Jeunes incasables, une population limite, *Interfaces*.
- Barreyre, J.Y, Fiacre, P., Joseph, V., Makdessi, Y. (2008). *Une souffrance maltraitée: Parcours et situations de vie des jeunes dits incapables*. ONED
- Beaud, S. et Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La Découverte.
- Becker, H. (2004). Quelques idées sur l'interaction. Dans Blanc, A., Pessin, A. (dir). *L'art du terrain*. (pp. 245-265). Paris: L'Harmattan.
- Becker, H., Geer, B. (1960). Participant Observation: the analysis of qualitative field data. Dans Adams, R., Preiss, J. (dir). *Human organization research. Field relations and techniques*. Homewood: The Dorsey Press.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders*. (traduit par B. Chapoulie). Paris: Métailié.
- Becker, H.S. (2002 [1998]), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociale*. Paris: La Découverte.
- Becquemin, M., Chauvière, M. (2013). L'enfance en danger : genèse et évolution d'une politique de protection. *Enfances & Psy*, 60 (3), 16-27.
- Béliard, A., Biland, E. (2008). Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus. *Genèses*, 70 (1), 106 - 119.
- Béliard, A., Eideliman, J.S., (2014). Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Revue française de sociologie*, 55(3), 507-536.
- Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.S., Moreau, D. (2015). « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences sociales et santé*, 33(3), 5-14.

- Belsky J. (2001). Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 845-859.
- Berger, M. (2001). Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. *Dialogue*, 152 (2), 33-62.
- Berger, M. (2003a). *L'enfant et la souffrance de la séparation: Divorce, adoption, placement*. Paris: Dunod
- Berger, M. (2003b). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris: Dunod
- Berger, M. (2012). *Soigner les enfants violents : traitement, prévention, enjeux*. Paris: Dunod.
- Berger, P., Luckmann, T. (2012 [1966]). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Armand colin.
- Bergier, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. Paris: L'harmattan.
- Bergonnier-Dupuy, G., Join-Lambert, H., Durning, P. (dir.). (2014). *Traité d'éducation familiale*. Paris : Dunod.
- Bernardeau Moreau, D. (2014). Pour une sociologie utile : la sociologie d'intervention. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 115 (1), 64-73.
- Berthoz, A. (2003). *La décision*. Paris, Odile Jacob.
- Binet, A. (1910). Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. *L'année psychologique*, (17), 145-201.
- Blanchard-laville, C., Fablet, D. (2003). *Théoriser les pratiques professionnelles: Intervention et recherche-action en travail social*. Paris:L'Harmattan.
- Blumer, H. (1962) La société conçue comme une interaction symbolique. Dans Birnbaum, P. et Chazel, F. (1975). *Théorie sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boltanski, L. (2009). *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*. Paris: Gallimard.

- Bonneville, E. (2012). Perspectives thérapeutiques avec les enfants violents victimes de traumatismes relationnels précoces. *Psychologie Clinique*, 33 (1),138-154.
- Bonneville, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant placé*. Toulouse: ERES.
- Bopp-Limoge, C., Greth, P., Weibel, H. (2006). Protection de l'enfance en danger: qu'est-ce qui détermine le signalement? A propos de 30 situations. *L'Information Psychiatrique*, 82, 211-218.
- Borie, C. (2015). Les « incasables ». Quelques éléments de réflexion. *VST - Vie sociale et traitements*, 126 (2), 91-99.
- Boudon, R. (1973). *L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris: Armand Colin.
- Boudon, R. (1991 [1984]). *La place du désordre : critique des théories du changement social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. (2002 [1969]). *Les méthodes en sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. (2002). À quoi sert la sociologie ? *Cités*, 10 (2), 133-156.
- Boudon, R., (2007). *Essai sur la théorie générale de la rationalité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boudon, R. (2009). *La rationalité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bourdieu, P., Passeron, J. C. (1964). *Les héritiers, les étudiants et la culture*. Paris: Éditions de Minuit
- Bourdieu, P., Passeron, J. C. (1970). *La reproduction: Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1993). (dir.). *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). *Les usages sociaux de la recherche. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*. Paris: INRA éditions.

- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*. Paris: Editions de minuit
- Bourdieu, P. (1978). Classement, déclassement, reclassement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24, 2-22.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bourgois, P. (1992). Une nuit dans une « shooting gallery ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 94, 59-78.
- Boutanquoi, M. (2007). Pratiques et systèmes de représentation : les éducateurs dans le champ de la protection de l'enfance. *Connexions*, 87 (1), 163-180.
- Boutanquoi, M. (2012). Pratiques professionnelles, évaluation et recherche-action. *Connexions*, 98 (2) , 135-150.
- Boutanquoi, M., Minary, J.P. (2008). (dir.). *L'évaluation des pratiques en protection de l'enfance*. Paris: L'Harmattan.
- Boutin, G. (2003). Où en sommes-nous plus d'un demi siècle après Kurt Lewin? Dans Blanchard-laville, C., Fablet, D. *Théoriser les pratiques professionnelles: Intervention et recherche-action en travail social*. (pp.149-170). Paris: L'Harmattan.
- Boutin, G., Durning, P. (1999). *Les interventions auprès des parents: Innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*. Paris: Dunod.
- Boutin, G., Durning, P., (2008). *Enfants maltraités ou en danger. L'apport des pratiques socioéducatives*. Paris : L'Harmattan.
- Bouvier, P., (2000). *La socio-anthropologie*. Paris : Armand Colin.
- Bowlby, J (2006 [1944]). Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale. (A. Graham, trad.). *La psychiatrie de l'enfant*, 49 (1), 7-123.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home lives. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXV, 19-52.
- Bowlby, J. (1969/1978). *Attachement et perte, vol. 1 : L'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Bréant, F. (2013). Initiation clinique à la recherche comme processus de création de soi. *Cahiers de psychologie clinique*, 41 (2), 105-122.
- Breugnot, P. (2011). Prévenir la déscolarisation et la désocialisation de jeunes adolescents. *Connexions*, 96 (2), 129-142.
- Britner, P.A., Mossler, D.G. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 26, 317-332.
- Brody G. H., Xiaojia G., Su Yeong K., McBride Murry V., Simons R. L. *et al.* (2003). Neighbourhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behaviour with conduct disorders. *African American children Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 211-222.
- Bruel, A. (2005). Le lieu à l'épreuve de la loi. Dans Gabel, M., Lamour, M., Manciaux, M., *La protection de l'enfance: maintien, rupture et soins des liens.* (pp.71-84), Paris: Fleurus
- Bruggeman, D. (2016). Une enquête ethnographique en centre d'hébergement : démarches collaboratives et implications réciproques du chercheur et des professionnels. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 16, mis en ligne le 15 mars 2016.
- Cadet, B., Chasseigne, G. (2009). (dir.). *Psychologie du jugement et de la décision.* Bruxelles: De Boeck.
- Caïtucoli, D. (2006). Clinique des psychoses en institution à l'éclairage de l'école expérimentale de Bonneuil, *Figures de la psychanalyse*, 14 (2), 83-100.
- Campbell S. B. (1995). Behavior problems in preschool children : A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
- Carbonneau R., Tremblay R. E., Vitaro F., Dobkin P. L., Saucier J. F., Pihl R. O. (1998). Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviours in boys from age six to twelve years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 59, 387-398.

- Caspi A., McClay J., Moffitt T., Mill J., Martin J., Craig I. W. et coll. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 29 (7), 851-854.
- Capul, M., David, M., Dulieu, C., Forestier, J.C., Jayr, M., Pineau, J. (2010). *L'invention de l'enfance inadaptée*. Toulouse: ERES.
- Capul, M. et al., (2010) Le secteur de l'« enfance inadaptée », Dans Capul, M. et al., *L'invention de l'enfance inadaptée*. (pp. 29-77.) Toulouse: ERES.
- Caron, T. (2013). Carences parentales précoces et états-limites. *Enfance et psy*, 61 (4), 179-189.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliéniste*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1976). *Le psychanalyste: l'ordre psychanalytique et le pouvoir*. Paris: Editions Maspero
- Castel, R., (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris : Fayard.
- Castel, R. (2011 [1981]). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est ce que protéger?* Paris: Le Seuil.
- Chagnon, J.Y. (2005). Hyper-actifs ou hypo-passifs ? *La psychiatrie de l'enfant*, 48 (1), 31-88.
- Chagnon, J.Y., Croas, J., Durand, M.L., Guinard, M. (2011). Approche projective des angoisses et problématiques de perte en psychopathologie de l'enfant. *Psychologie clinique et projective*, 17(1), 29-64.
- Chamboncel Saligue, P., Oui, A. (2009). Des dispositifs réformés par la loi du 05 mars 2007, clarification des circuits et diversification des services. *Santé, Société et Solidarité*, 1, 91-96.
- Chamboncel-Saligue, P. (2010). Une meilleure coordination des actions pour servir l'intérêt de l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 277 (4), 28-32.



- Chantraine-Demilly L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: La Découverte.
- Chapoulie, J.M. (2000). Enseigner le travail de terrain et l'observation : témoignage sur une expérience (1970-1985), *Genèses*, 39 (2),138-155.
- Chapoulie, J.M. (2005). Un cadre d'analyse pour l'histoire des sciences sociales. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*,13(2), 99-126.
- Chapponnais, M. (2006). Le signalement: parcours et obstacles. *Empan*, 62 (2), 34-38.
- Chapponnais, M. (2007). Placement et pédopsychiatrie, quel partenariat ? *Perspectives Psy*, 46 (1), 25-29.
- Chauvière, M. (1980). *Enfance inadaptée, l'héritage de vichy*. Paris: Les Editions ouvrières.
- Chauvière, M. (2009). La réforme de la protection de l'enfance, un analyseur du social et de la formation . *Empan*, 75 (3), 61-66.
- Chauvière, M. (2011). *L'intelligence sociale en danger*. Paris: La Découverte.
- Chiland, C. (1971). *L'enfant de six ans et son avenir. Etude psychopathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chronos, A.M., Jones, H.A., Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin. Psychol. Rev.*, 26, 486-502.
- Coenen, H. (2001). Recherche-action: rapports entre chercheurs et acteurs. *Revue internationale de psychosociologie*, 16-17 (VII), 19-32.
- Commaille, J., (2001). Famille: entre émancipation et protection sociale, . *Sciences humaines*,115, 243-250.
- Commaille, J. (2006a). L'économie socio-politique des liens familiaux. *Dialogue*, 174 (4), 95-105.
- Commaille, J. (2006b). La famille, l'état, le politique : une nouvelle économie des valeurs. *Informations sociales*, 136, 100-111.

- Coohey, C. (2003). Making judgments about risk in substantiated case of supervisory neglect. *Child Abuse and Neglect*, 27, 821-840.
- Copans, J. (2005). *L'enquête et ses méthodes*, Paris: Armand Colin.
- Creoff, M. (2014). Les placements à l'Aide sociale à l'enfance. Dans Attias, D., Khaïat, L. (dir.). *Le placement des enfants*. (pp.67-74). Toulouse: Eres.
- Cresswell, R., Godelier, M. (1976) (Dir.). *Outils d'enquête et d'analyse anthropologique*. Paris: F. Maspéro.
- Crozier, M. (1993 [1963]). *Le phénomène bureaucratique: essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Paris: Editions du Seuil
- Crozier, M. (1996). Comment je me suis découvert sociologue. Réflexions sur un apprentissage qui ne sera jamais terminé. *Revue française de science politique*, 46 (1), 80-95.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1997, [1977]). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Editions du Seuil.
- Crozier, M. (2000a). *A quoi sert la sociologie des organisations ? Tome 1, Théorie, culture et société*. Paris : S. Arslan
- Crozier, M. (2000b). *A quoi sert la sociologie des organisations? Tome 2, Vers un nouveau raisonnement pour l'action*. Paris : S. Arslan
- Daadouch, C., Verdier, P. (2016). Loi du 14 mars 2016 : des avancées en demi-teinte pour le dispositif de protection de l'enfance, *Journal du droit des jeunes*, 353 (3), 37-53.
- Dalgleish, L. (1997). *Risk Assessment and Decision Making in Child Protection*. Unpublished manuscript.
- Dalgleish, L.I., Drew, E.C. (1989). The relationship of child abuse indicators to the assessment of perceived risk and to the Court's decision to separate, *Child Abuse and Neglect*, 13, p.491-506.
- Dauphin, S. (2009). Les pratiques éducatives, la société et l'État : bref historique. *Informations sociales*, 154(4), 8-11.

- David, M. (1989). *Le Placement familial. De la pratique à la théorie*. Paris: ESF.
- David, M. (1995). Lien parents-enfants et maltraitance: maintien rupture, traitement? dans Gabel, M., Lebovici, S., Mazet, P. *Maltraitance, maintien du lien?* (pp. 167-173), Paris: Fleurus.
- David, M. (1998). Réflexions sur les séparations dans la petite enfance. dans Ben Soussan, P. (Dir.) *Parents et bébés séparés*. (pp. 29-52), Paris: Syros.
- David, M., Carry, J. ( 2005). Une conversation avec Myrian David. Des carences précoces au placement familial. *Lien social*, 736, 3-15.
- Delion, P. (2011). (2ed.). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Paris: Dunod.
- Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: La Découverte.
- Demazière, D. (2013). Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues. *Sociologie*, 4(3), 333-347.
- Demazière, D., Dubar, C. (1997). E.C.Hughes, initiateur et précurseur critique de la Grounded Theory. *Sociétés Contemporaines*, 27, 49-55.
- De Medeiros, M.E. (1994). *A propos de l'accueil en unité de soins su for d'enfants dits « antisociaux »*. Mémoire de DIS de psychiatrie: Université Paris V.
- Deschenaux, F., Laflamme, C. (2007). Analyse du champ de recherche en sciences de l'éducation au regard des méthodes employées: la bataille est-elle vraiment gagnée pour le qualitatif? *Recherches qualitatives*, 27, 5-27.
- Desplanques, G. (1994). Les familles "recomposées" en 1990. *Population et sociétés*, Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Études Démographiques, 286.
- Dettlaff,A., Rivaux, S., Baumann, D, Fluke, J., Rycraft, J., James, J. (2011). Disentangling substantiation: The influence of race, income, and risk on the substantiation decision in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 1630–1637.

- Deydier, J., Eymennier, M. (2010). Le recueil et le traitement de l'information préoccupante. Une posture nouvelle pour les conseils généraux. *Les Cahiers Dynamiques*, 49 (4), 36-44.
- Diatkine, R., Avram, C. (1995). *Pourquoi on m'a né ? Un traitement contre les méfaits du destin : l'unité de soins intensifs du soir 1971 à 1995*. Paris: Calmann-Lévy.
- Diatkine R, Fréjaville JP. (1972). Des amphétamines pour les enfants hyperkinétiques: danger de toxicomanie ou danger idéologique. *Le Concours Médical*, 94 (4), 497-499.
- Donzelot, J. (1977). *La police des familles*. Paris : Editions de Minuit.
- Dubar, C. (2013, [1991]). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (2006). Le pluralisme en sociologie : fondements, limites, enjeux. *Sociologos*, 1, 1-14.
- Dubet, F. (2001). Plaidoyer pour l'intervention sociologique. Dans Vrancken, D., Kutu, O. (ed.). *La sociologie et l'intervention: Enjeux et perspectives*. (pp. 89-110). Bruxelles: de Boeck.
- Dubois, M. (2000). *Premières leçons sur la sociologie de Raymond Boudon*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dubost, J. (2001). Réflexions sur les passés de la recherche-action et son actualité. *Revue internationale de psychosociologie*, 16 (VII), 9-18.
- Dumortier, T. (2013). L'intérêt de l'enfant : les ambivalences d'une notion « protectrice ». *La Revue des droits de l'homme*. mis en ligne le 26 novembre 2013, URL : [http:// revdh.revues.org/189](http://revdh.revues.org/189).
- Dupont-Fauville, A. (1973). *Pour une réforme de l'Aide Sociale à l'Enfance*. Paris : ESF.
- Durkheim, E. (2007 [1894]). (éd.13). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Durkheim, E. (2007[1897]). (éd. 13). *Le suicide: étude de sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Durning, P., (1995). *Education familiale. Acteurs, processus et enjeux*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Durning, P. (1999). *Le partage de l'action éducative entre parents et professionnels: relevé des travaux en langue française sur la coéducation des enfants et propositions de recherches à développer*. Vaucresson: CNFE-PJJ.
- Durning, P. (2010). *Enfance maltraitée et éducation familiale*. Paris: L'harmattan
- Durning, P., Fablet, D., (1982). La réunion de synthèse : analyse comparative dans trois internats d'enfants, in *Handicaps et Inadaptation les cahiers du C.T.N.E.R.H.I.* (20),5-15.
- Durning, P., Gabel, M. (2002). *Evaluation(s) des maltraitances, rigueur et prudence*. Paris: Fleurus.
- Durning, P., Turlais, A., (2011), *Pratiques et décisions en A.E.M.O.* Rapport de recherche ERISFER, Paris.
- Ebersold, S. (1992). *L'Invention du handicap. La normalisation de l'infirmes*, Paris: Presses Universitaires de France
- Ecrement, D. (2007). Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation? *Vie sociale*, 3 (3), 123-145.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51(4), 473-498.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris: Calmann Lévy.
- Ehrenberg, A. (2006). Le cerveau de l'individu, neurosciences, psychiatrie, individualisme. dans Collin, J., Otero, M., Mon-Nais, L. (eds.) *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*. (pp. 153-75). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2014), Santé mentale: l'autonomie est-elle un malheur collectif ? *Esprit*, 2, 99-108

- Ehrenberg, A., Lovell, A. (dir.) (2001). *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris: Odile Jacob
- Ehrenberg, A., Lovell, A. (2001). Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? Dans Ehrenberg, A. , Lovell, A. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. (pp. 9-39). Paris: Odile Jacob.
- Erhenberg, C. (1995). *Réduction des risques d'exclusion chez les très jeunes enfants: étude et propositions d'actions à partir d'une unité de soins intensifs à temps partiel*. Etude interne à l'USIS : non publié.
- Ehrenberg, C. (2001). Traiter les enfants agités: l'Unité de soins intensifs du soir. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 43 (1), 77-82.
- Ehrenberg, C. (2007). Même pas peur ! Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent et leur traitement au sein d'une UDS à temps partiel. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 67 (1), 57-64.
- Ehrenberg, C. (2014). Ni dieu ni maître. *Annuel de l'APF*, 103-114.
- Ehrenberg, C., Salvan, C. (2010). « L'ennui c'est qu'ils ne savent pas jouer » : les enfants agités en mal de latence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58 (1-2), 64-71.
- Eideliman, J.S. (2008). *Spécialistes par obligation. Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques*. Thèse en Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).
- Esquirol, E (1838). *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Bruxelles : J.-B. Tircher.
- Euillet, S. (2007). L'enfant accueilli. *Empan*, 65 (1), 119-124.
- Euillet, S. (2010). Les enfants face à la séparation: une affaire de reconstruction. *Le Journal des psychologues*, 277 (4), 46-49.
- Fablet, D. (2004a). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. *Connexions*, 82 (2), 105-117.

- Fablet, D. (2004b). Pour d'autres modalités de collaboration entre chercheurs et professionnels de l'intervention socio-éducative, *Éduquer*, (8) mis en ligne le 15 octobre 2008. <http://rechercheseducations.revues.org/345>
- Fablet, D (2005). *Suppléance familiale et interventions socio-éducatives: analyse les pratiques des professionnels de l'intervention socio-éducative*. Paris: L'harmattan.
- Fablet, D. (2008). L'émergence de la notion de parentalité en milieu(x) professionnel(s). *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 5. <http://sejed.revues.org/3532>
- Fablet, D. (2009a). *Animer des groupes d'analyse de pratiques: pour une clinique des institutions sociales et éducatives*. Paris: L'Harmattan.
- Fablet, D. (Dir.). (2009b). *Expérimentations et innovations en protection de l'enfance, de la séparation au maintien des liens parents-enfants*. Paris: L'Harmattan.
- Fablet, D. (2009c). Quels modèles de référence pour les travailleurs sociaux ? *Empan*, 75 (3), 72-79.
- Fansten, M. (2006). *Le divan insoumis: la formation du psychanalyste, enjeux et idéologies*. Paris : Hermann.
- Feldman, S. (2011). *Personnel motivation and child protection decision-making. The role of regulatory focus in removal recommendations*. PhD: Columbia University Academic Commons.
- Ferrand, M., Imbert, F. (1993). Le longitudinal à travers quantitatif, qualitatif. *Sociétés contemporaines*, 14-15, 129 -148.
- Flamant, N. (2005). Observer, analyser, restituer: Conditions et contradictions de l'enquête ethnologique. *Terrain*, 44, 137-152.
- Fluke, J. D., Baumann, D. J., Dagleish, L. I., & Kern, K. D. (2014). Decisions to protect children: A decision making ecology. dans J. Korbin, & R. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment* (pp. 462–463). New York, NY: Springer.
- Fluke, J.D., Chabot, M., Fallon, B., MacLaurin, B., & Blackstock, C. (2010) Placement decisions and disparities among aboriginal groups: An application of

- the decision-making ecology through multi-level analysis. *Child Abuse and Neglect*. 34, 57-69.
- Font, S, K., Maguire-Jack, K. (2015). Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology. *Child abuse and neglect*, 49, 50-62.
- Fontaine, A. (2012). La recherche ethnographique en travail social: l'exemple d'une étude de cas sur le travail de rue. *Pensée Plurielle*, 30-31 (2), 83-96.
- Fortin, A., Chamberland, C. (1995). La violence psychologique envers les enfants: quelques pistes d'action à prévenir. *Service Social*, 44 (2), 129-146.
- Fossier, A., Gardella, E. (2010). Avant-propos. Démocratiser les sciences humaines. *Tracés, Revue de Sciences humaines*, H-S 10 (3), 5- 18.
- Foucault, M. (1999 [1972]). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Fourneret, P. (2003). A propos de l'enfant instable: aperçu historique et point de vue épistémologique, *Le Carnet PSY*, 78 (1),13-14.
- Frechon I., (2013). Processus d'entrée et de sortie d'une situation de vulnérabilité. Le cas des « enfants placés » et des « sans-domicile ». dans Bresson, M., Geronimi, V., Pottier, N., (Dir.) *La vulnérabilité : Questions de recherches en Sciences sociales*, (pp.107-122). Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Freud, A. (1996 [1946]) (14.ed.). *Le moi et les mécanismes de défense*. (trad. de A. Berman). Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (2011[1905]) (22 ed.) . *Trois essais sur la théorie sexuelle* (trad. F. Cambon). Paris : Flammarion.
- Friedberg, (1997[1993]). *Le pouvoir et la règle: Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. (2001). Faire son métier de sociologue, surtout dans l'intervention. dans Vrancken, D., Kutty, O. (eds.). *La sociologie et l'intervention: Enjeux et perspectives*. (pp.111-131). Bruxelles: de Boeck.
- Gabel, M. (2006). Famille et signalement : approche historique. *Empan*, 62 (2),23-27.



- Gabel, M., Durning, P. (2002). *Evaluation des maltraitances, rigueur et prudence*. Paris: Dunod.
- Gabel, M., Lamour, M., Manciaux, M. (2005). *La protection de l'enfance: maintien, rupture et soins des liens*. Paris: Fleurus
- Gaberan, P. (2012). La langue des éduc. *Empan*, 88 (4), 64-68.
- Ganne, C. (2013). *Le devenir des enfants accueillis en centre maternel: Approche écologique du parcours et de la qualité de vie des enfants sept ans après la sortie d'un hébergement mère-enfant*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Paris Ouest Nanterre La défense.
- Garfinkel, H. (2007 [1967]) (22ed.) *Recherches en ethnométhodologie*. (trad. coord. Barthélémy, M., Quéré, L.). Paris : Presses universitaires de France.
- Gauchet, M., Swain, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain*. Paris: Gallimard.
- Gauthier, Y. (2009). *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant: le parcours d'un psychiatre d'enfant*. Toulouse : ERES
- Gavarini, L. (2006). Du contrôle social à la prédiction: évolution du regard sur l'enfance. dans Neyrand, G. et al., *Familles et petite enfance*. (pp. 93-108). Toulouse: ERES.
- Gebler, L. (2005). Peut-on savoir sans juger, peut-on juger sans savoir ? *Journal du droit des jeunes*, 246 (6), 23-28.
- Genel, K. (2004). Le biopouvoir chez Foucault et Agamben. *Methodos*, 4, mis en ligne le 09 avril 2004. <http://methodos.revues.org/131>.
- Gewirtz, S., Cribb A. (2008). Que faire des valeurs en sciences sociales ? Pour une réflexivité éthique en sociologie de l'éducation. *Éducation et Sociétés*, 22, 113-125.
- Ghitti, J.M. (2008). Réformer la justice familiale? *Le Débat*, 148 (1), 135-145.
- Giddens, A. (2012 [1984]). *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*. (trad. M. Audet). Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity press.

- Giddens, A. (1987). *Social Theory and Modern Sociology*. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1982). *Profiles and Critiques in social theory*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Giddens, A. (1996). *In Defense of Sociology: Essays, Interpretations and Rejoinders*. Cambridge: Polity Press.
- Ginger, S. (2004). Psychiatrie et psychothérapie. La psychothérapie du psychiatre. *Journal français de psychiatrie*, 21 (1), 10-12.
- Ginzburg C. (1989). *Mythes, emblèmes et traces*. Paris : Flammarion.
- Ginzburg, C. (1989). Traces. Racines d'un paradigme indiciaire. dans : Ginzburg C. *Mythes, emblèmes et traces*. (pp. 139-180). Paris : Flammarion.
- Glaser, B., Strauss, A. (2010), *La découverte de la théorie ancrée: Stratégie pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin.
- Glueck, S., Glueck, E. (1950). *Unraveling juvenile delinquency: exploring the mysteries of human behavior*. New York: The Commonwealth Fund.
- Goffman, E. (1968 [1961]). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autre reclus*. (Trad.C. et L. Lainé). Paris: Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. (trad. A. Kihm). Paris: Les éditions de minuit.
- Gold, N., Benbenishty, R., Osmo, R. (2001). A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel. *Child Abuse & Neglect*, 25, 607-622
- Golse, B. (2004). La pulsion d'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), 5-25.
- Golse, B. (2003). L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société. *Le Carnet PSY*, 78 (1),26-28.
- Gonon, F., Guilé, J.M., Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273-281.

- Goode, W.J. (1957). Community within a community: The professions. *American Sociological Review*, 22 (2), 194-200.
- Gori, R. (2006), Thérapies molles recherchent désespérément pathologies flexibles. *Cliniques méditerranéennes*, 74 (2), 143-172.
- Graham, J.C., Dettlaff, A., Baumann, D., Fluke J. (2015). The Decision Making Ecology of placing a child into foster care: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 49, 12-23.
- Grévoz, A. (2001). *Voyage en protection de l'enfance, Une comparaison européenne*. Ministère de la Justice: CNFE-PJJ
- Guédeney, N., Guédeney, A. (2002). *L'attachement*. Paris: Masson.
- Guédeney, N. (2005). Maintien ou rupture des liens d'attachement: le prix à payer! dans Gabel, M., Lamour, M., Manciaux, M., *La protection de l'enfance: maintien, rupture et soins des liens*. (pp. 27-46). Paris: Fleurs
- Guédeney, N. (2007). Le domaine de la protection de l'enfance. *Perspectives Psy*, 46 (1), 11-17.
- Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles: éditions Faubert.
- Guedeney, A., Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 227-278.
- Guérin, S. (2010). *De l'Etat providence à l'Etat accompagnant*. Paris: Michalon.
- Guichard, G. (2001). Qu'est-ce qu'ils sont excités, aujourd'hui! *Enfances & Psy*, 14 (2), 65-70.
- Guigue, M. (2010). Présentation du dossier. Les relations parents-professionnels dans le cadre de la co-éducation. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 27 (1), 11-16.
- Guigue, M. (2012). L'émergence des interprétations : une épistémologie des traces. *Les Sciences de l'éducation- Pour l'Ère nouvelle*, 45 (4), 59-76.

- Guigue, M., Tillard, B. (2010). Parents et professionnels du travail éducatif : une relation en tension. Regards croisés autour de vingt jeunes en difficulté. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 27 (1), 57-80.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la grounded theory: pour innover? *Recherches Qualitatives*, 26, 32-50.
- Hamel d'Harcourt, L. (2014). Comprendre et respecter les droits. dans Attias, D., Khaïat, L. (Dir.). *Le placement des enfants*. Toulouse: Eres.
- Hammond, K., McClelland, G., Mumpower, J. (1980). *Human judgment and decision making: theories, methods and procedures*. New York: Praeger.
- Haustgen, T. (2013). Les archives et l'histoire de la psychiatrie. Première partie : les sources et les travaux. *PSN*, 11 (3), 69-90.
- Hay D. F., Pawlby S., Angold A., Harold G. T., Sharp D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39, 1083-1094.
- Hébert, F. (2012). *Chemins de l'éducatif*. Paris: Dunod.
- Hecht, J. (1992). Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants. *Population*, 47 (6), 1589-1620.
- Herreros, G. (2001). Sociologie d'intervention: pour une radicalisation de quelques principes. dans Vrancken, D., Kuty, O. (ed.). *La sociologie et l'intervention: Enjeux et perspectives*. (pp. 273-297). Bruxelles: de Boeck.
- Herreros, G. (2009). *Pour une sociologie d'intervention*. Toulouse: ERES.
- Hetherington, R., (1998). Issues in European child protection research. *European Journal of Social Work*, 1, 71-82.
- Hochmann, J., Mongin, O., Padis, M.O., Roman, J. (2015). Les contestations de la psychiatrie. *Esprit*, 3, 19-27.
- Hochmann, J., Bizouard, P., Bursztejn, C. (2011). Troubles envahissants du développement: les pratiques de soins en France. *La psychiatrie de l'enfant*, 54 (2), 525-574.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Eres.

- Houzel, D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. *Enfances & Psy*, 21 (1), 79-82.
- Hughes, J, Sharrock, W. (1997 [1990]) (3ed.). *The Philosophy of Social Research*. London: Longman
- Huteau, M. (2006). Alfred Binet et la psychologie de l'intelligence. *Le Journal des psychologues*, 234, 24-28.
- Ion, J., (2009). Travailleurs sociaux, intervenants sociaux : quelle identité de métier? *Informations sociales*, 152, 136-142.
- Jaeger, M. (2011). Recherche et travail social. Quelle voie de passage entre deux dérives : le scientisme et le romantisme ? *Vie sociale*, 3 (3), 11-23.
- Jaeger, M. (2012) (3ed.). *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris: Dunod
- Jaoul, H. (1991). *L'enfant captif: Approche psychanalytique du placement familial*. Paris: Editions Universitaires.
- Join-Lambert Milova, H. (2004). *L' autonomie et les éducateurs de foyer : pratiques professionnelles et évolutions du métier en France, en Russie et en Allemagne*. Thèse de doctorat en sociologie. Université Paris 8.
- Join-lambert, H. (2013). « Coéducation : parents et acteurs professionnalisés, modalités de coopération ». dans Bergonnier-Dupuy, G. Join-Lambert, H., Durning, P. (dir.), *Traité d'éducation familiale*. (pp. 189-206) Paris : Dunod.
- Join-lambert, H., Euillet, S., Boddy, J., Stotham, J., Danielsen, I., Guerts, E. (2014). L'implication des parents dans l'éducation de leur enfant placé: Approches Européennes. *Revue française de pédagogie*, 187, 71-80.
- Josefsberg, R. (1997). *Internat et séparations: des outils éducatifs*. Ramonville Saint Ange: Eres.
- Jouvet, G. (2009). *Parcours et légitimité des cadres du social*. Paris: L'Harmattan.
- Kapp, S. (2015). Un apprentissage sans normes explicites ? La socialisation à l'écriture des doctorants, *Socio-logos*, 10, mis en ligne le 14 juillet 2015.
- Karsz, S. (2004). *Pourquoi le travail social?* Paris: Dunod.

- Klein, M (2004 [1932]). *La psychanalyse des enfants*. (trad. J.B. Boulanger). Paris: Presses universitaires de France.
- Lahire, B. (2004) (dir.), *À quoi sert la sociologie ?* Paris: La Découverte.
- Lahire, B. (2006). Nécessité théorique et obligations empiriques. *Revue du MAUSS*, 27 (1), 444-452.
- Lanteri-laura, G. (2001). L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. Dans Ehrenberg A., Lovell A., *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société* (pp. 247-262), Paris: Odile Jacob.
- Lebovici,S., Diatkine, R., Soulé, M. (2004) (eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France.
- Lecendreux,M. Konofal, E., Touzin, M. Mouren, M. (2007). *L'hyperactivité: TDAH*. Paris: Solar.
- Le collectif pas de 0 de conduite. (2006). *Les « initiateurs » de l'appel Pasde0deconduite exposent leurs analyses, leurs convictions, leurs demande*. Toulouse : ERES
- Le collectif pas de 0 de conduite (2008). *Enfants turbulents: l'enfer est-il pavé de bonnes préventions?* Toulouse: ERES.
- Le Collectif pas de 0 de conduite. (2011). *Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond !* Toulouse: ERES
- Lecordier, D.; Jovic L. (2009). Une réflexion épistémologique sur la rigueur scientifique de la recherche qualitative. *Recherche en soins infirmiers*, 99 (4), 22-25.
- Le Guillant, L. (1948). Objet et Méthode de la neuropsychiatrie infantile. Conférence Evolution psychiatrique, le 27 avril 1948. dans Le Guillant, L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps: Travaux et écrits de Louis Le Guillant*. (pp. 165-191) Toulouse: Eres
- Le Guillant, L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps: Travaux et écrits de Louis Le Guillant*. Toulouse: Eres.

- Lenoble, E. (2010). L'hyperactivité : un syndrome géographique ?, dans Marika Bergès-Bouines *et al.*, *Enfant insupportable*, (pp. 27-38). Toulouse: Eres.
- Leplay, É. (2008). La formalisation des savoirs professionnels dans le champ du travail social : Définition, énonciation, références, validations. *Pensée plurielle*, 19 (3), 63-73.
- Lessard-Hébert, M. (1997). *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. Paris: De Boeck
- Lherbier-Malbranque, B. (2000). *La protection de l'enfant maltraité: Protéger, aider, punir, collaborer*. Paris: L'Harmattan.
- Linton, R. (1977 [1945]). *Le fondement culturel de la personnalité*. (trad. A. Lyotard). Paris: Dunod.
- Liu, M. (1997). *Fondements et pratiques de la recherche-action*. Paris: L'Harmattan
- Loeber R., Farrington D. P., Stouthamer-Loeber M., Moffitt T. E., Caspi A., Lynam D. (2001). Male mental health problems, psychopathy and personality traits : Key findings from the first 14 years of the Pittsburgh Youth Study, *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 4, 273-297.
- Loriol, M. (dir.) (1999). *Qu'est ce que l'insertion: entre pratiques institutionnelles et représentations sociales*. Paris : l'Harmattan.
- Lucia,S., Jaquier, V. (2012). Délinquance, victimation et facteurs de risque : différences et similitudes entre les filles et les garçons. *Déviance et Société*, 36 (2), 171-199.
- Maccoby, E. E., Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family : Parent-child interaction. dans P. H. Mussen, E. M. Hetherington (dir.), *Handbook of child psychology : Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4e éd.). New York : Wiley.
- Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton, M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex
- Mannoni, M. (1985). *L'enfant arriéré et sa mère: étude psychanalytique*. Paris : Seuil.

- Mannoni, M. (1988). *Ce qui manque à la vérité pour être dite*. Paris: Editions Denoël.
- Mannoni, M. (1993). *Amour, haine, séparation: renouer avec la langue perdue de l'enfance*. Paris: Editions Denoël
- March, J.G., Simon, H.A. (1999). *Les organisations: problèmes psychosociologiques*. Traduit par J.-C. Rouchy et G. Prunier. - 2e édition. Paris: Dunod
- Marques, A, Azocar, B., Daoud, V., Lafaille, M. (2013). Formation action sociale/ santé mentale : évaluation d'impact. *L'information psychiatrique* 89 (1), 43-49.
- Martinez, A.M. (2014). Liens et séparation : le paradoxe du placement familial . *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 90 (2), 15-18.
- Mary, A., Slama, H., Massat, I. (2009). La théorie de l'esprit dans le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43 (2), 169-185.
- Massari, B. (1984). La prescription des psychotropes en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32, 433-441.
- Maurot, E. (2014, 19 mai). Jean Oury, psychiatre et psychanalyste : « Il faut assumer la transcendance de l'autre ». Journal La Croix. <http://www.la-croix.com/Culture/Livres-Idees/Livres/Jean-Oury-psychiatre-et-psychanalyste-Il-faut-assumer-la-transcendance-de-l-autre-2014-05-19-1152653>
- Mazet, P., Houzel, D. (1979 [1975]) (2ed). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine
- Mendras, H., Oberti, M. (2000). *Le sociologue et son terrain*. Paris: Armand Colin.
- Merton, R.K. (1997 [1965]). *Eléments de méthode sociologique*. (trad. H. Mendras). Paris: Armand Colin.
- Monceau, G. (2006). Troublante individualisation des pratiques éducatives. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 66 (4), 23-30.
- Mias, C., Lac, M. (2012). Recherche professionnelle, recherche scientifique : quel statut pour les recherches en travail social ?. *Pensée Plurielle*, 30-31 (2-3), 111-123.



- Michaud, G. (1977). *La Borde, un pari nécessaire: de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*. Paris : Gauthiers-Villars.
- Miller L. S., Wasserman G. A., Neugebauer R., Gorman-Smith D., Kamboukos D. (1999), Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, urban boys, *J. Clin. Child Psychol.*, 28, 2-11.
- Molina, B.S., Flory, K., Hinshaw, S.P., Greiner A.R., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Hechtman, L., Jensen, P.S., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W.E., Elliott, G.R., Wells, K.C., Abikoff, H.B., Gibbons, R.D., Marcus, S., Conners, C.K., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B., Wigal, T., Flory, K., Hinshaw, S.P., Greiner, A.R., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Hechtman, L., Jensen, P.S., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W.E., Elliott, G.R., Wells, K.C., Abikoff, H.B., Gibbons, R.D., Marcus, S., Conners, C.K., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B., Wigal, T. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course and treatment effects. *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 46, 1028-1040.
- Moor, L. (1977). Histoire de la pédagogie curative ou spéciale. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 10, 603-616.
- Moreau-Ricaud, M. (2004). Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle. *Topique*, 88 (3), 95-108.
- Mornet, J. (2007). *Psychothérapie institutionnelle: Histoire et actualité*. Nîmes: Champ social.
- Moss H. B., Baron D. A., Hardie T. L., Vanyukov M. M. (2001), Preadolescent children of substance-dependent fathers with antisocial personality disorder: Psychiatric disorders and problem behaviors, *Am. J. Addict*, 10, 269-278.
- Nagin D. S., Tremblay R. E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58, 389-394.
- Neyrand G., Dugnat M., Revest G., Trouvé, J-N. (2006). *Familles et petite enfance*. Toulouse: ERES.
- Nony C. (1949). Délinquance et infériorité de l'intelligence. *L'année psychologique*, (51), 35-52.

- Norimatsu, H., Pigem, N. (2008). (dir). *Les techniques d'observation en sciences humaines*. Paris: Armand Colin.
- Olivier de Sardan, J-P. (2004). La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique. *Espaces Temps*, 84-86, 38-50.
- ONED. (2010). *La théorie de l'attachement: une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Paris: Observatoire nationale de l'enfance en danger
- ONED. (2007). *Les sept enjeux de la loi du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*. Paris: Observatoire nationale de l'enfance en danger
- ONED. (2013). *Huitième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*. Paris : Observatoire national de l'enfance en danger.
- ONPE. (2016). *Protection de l'enfance: les nouvelles dispositions issues de la loi n° 2016 - 297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance*. Note d'actualité. Paris : Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires*. Lecques : éditions Champ social.
- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *Vie sociale et traitements*, 95 (3), 110-125.
- Oury, J., Roulot,D. (2008). *Dialogue à la borde: psychopathologie et structure institutionnelle*. Paris : Herman.
- Parsons, T. (1955), *Éléments pour une sociologie de l'action* (trad. F. Bourricaud), Paris: Plon
- Patriarca, G. (2010). Les évolutions de la protection de l'enfance. *Les cahiers Dynamiques*, 49 (4), 27-35.
- Patriarca, G. (2014). Quelles conditions minimales pour prendre la décision de placement? Dans Attias,D., Khaïat, L. (Dir.). *Le placement des enfants*. Toulouse: Eres.
- Patterson G. R., de Baryshe B. D. et Ramsey E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale, La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pavlov, I. (1941). *Conditioned reflexes and psychiatry. Sélection d'articles écrits de 1928 à 1936*. New York : International Publisher.
- Pellé, A. (2001). Le placement familial: les ruptures qui précèdent la séparation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 44 (2), 23-29.
- Pelicier, Y., Thuillier, G. (1996). *Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant: Edouard Séguin (1812-1880)*. Paris: Comité d'histoire de la Sécurité sociale.
- Pierre, E. (1999). La loi du 19 avril 1898 et les institutions. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, (2), 113-127
- Piette, A. (1996). *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*. Paris: Métailié
- Pimor, T. (2012). En famille dans la rue: Trajectoires de jeune de la rue et carrières zonards. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Bordeaux II – Victor Segalen
- Pinard, R., Potvin, P., Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches Qualitatives*, 24, 58-82.
- Potin, E. (2012). Enfants placés, déplacés, replacés: parcours en protection de l'enfance. Toulouse: Eres.
- Potin, E. (2013). Les déplacés : des enfants placés qui ne trouvent pas de place. *VST - Vie sociale et traitements*, 119 (3), 46-53.
- Pourtois, J.P. (1979). *Comment les mères enseignent à leur enfant (5-6 ans)?*. Paris: Paris: Presses Universitaires de France.
- Pourtois, J.P., Desmet, H.; Lahaye, W. (1993). La pratique interagie de la recherche et de l'action en sciences humaines. *Revue française de pédagogie*, 105, 71-80.
- Prades, J. (2001). Sociologie comparative et recherche-action. *Revue internationale de psychosociologie*, 16-17 (VII), 223-233.
- Prévost, C.M. (2003). *La psychologie clinique*. (5<sup>e</sup> éd.). Paris: Presses Universitaires de France.

- Prieur, É., Jovelin, É. (2005). État providence, inégalités sociales et travail social en France. Un combat des titans. *Pensée plurielle* (10), 61-83.
- Quartier-Frings, F. (2004). Psychiatres et psychanalystes d'hier et d'aujourd'hui. *Topique*, 88 (3), 119-123.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Ribes, B. (2003). *L'accompagnement des parents*. Paris: Dunod.
- Ritz, J.J. (2012). Emergences et effacements du sujet dans l'histoire de la psychiatrie française. *Le coq héron*, 209, 125-134.
- Robin, P. (2009). L'évaluation de la maltraitance en tension, regards comparés France/Allemagne. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Paris Ouest Nanterre La défense.
- Robin, P. (2010). Mesures de protection de l'enfance. Le point de vue des jeunes. *Les cahiers dynamiques*, 46, 43-51.
- Robin, P. (2012). L'évaluation de la maltraitance en tension: l'exemple de la définition participative d'un référentiel. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 31, 123-141.
- Rollet-Echalier, C. (1990). La politique à l'égard de la petite enfance. Paris : INED/ Presses Universitaires de France.
- Rollet, C. (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920). *Annales de démographie historique* 101(1), 97-116.
- Rollet, C. (2004). Enfances en difficulté. *Le mouvement social*, 209 (4), 3-7.
- Rollet, C. (2014). L'enfance et l'éducation donnée aux enfants: perspective historique. Dans Bergonnier-Dupuy, G., Join-Lambert, H., Durning, P. (dir.). *Traité d'éducation familiale*. (pp. 57-78). Paris : Dunod.
- Roman, P. (2007). Le « sujet » de l'expertise judiciaire. *Bulletin de psychologie* 491 (5), 463-469.

- Root, R.W., Resnick, R.J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 34-41.
- Roqueplo, P. (1997). *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*. Versailles: Editions Quæ.
- Rottmann, H. (2005). Pour qu'un placement familial soit thérapeutique. dans Gabel, M., Lamour, M., Manciaux, M. *La protection de l'enfance: maintien, rupture et soins des liens*, (pp.189-208). Paris: Fleurus
- Rurka, A. (2007). Les parents face aux travailleurs sociaux. Quelles représentations pour quelle efficacité de l'intervention? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 40 (1), 97-113.
- Rutter M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage, dans M. W. Kent et J. E. Rolf (ed.), *Primary Prevention in Psychopathology*, vol. 3 : *Social Competence in Children* (pp. 49-74), Hanover, New Hampshire: University Press of New England.
- Sampson R. J., Laub J. H. (1993). *Crime in the Making. Pathways and Turning Points through the Life Course*. Cambridge: Harvard University Press.
- Saïas, T., Tereno, S., Pintaux, E., Bouchouchi, A., Hoisnard, G., Simon-Vernier, E., Milliex, M., Legge, A., Désir, S., Glaude, C., Hauchecorne, A., Ménard, C., Thomas, A., Hok, V., Tissier, J., Greacen T. (2010). Le développement précoce de l'enfant: évolutions et révolutions. *Devenir*, 22 (2), 175-185.
- Savournin, F. (2016). De la difficulté au trouble : vers une médicalisation des difficultés scolaires ?. *Empan*, 101 (1), 42-46.
- Schaffer, H. R., Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1-77.
- Schonwald, A. (2005). Update: attention déficit/hyperactivity distordre in the primary office. *Curt. Open. Pediatric.*, 17, 265-274.
- Schuckit M. A., Smith T. L., Radzimirski S., Heyneman E. K. (2000), Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in non-alcoholic or alcoholic families. *Am. J. Psychiatry*, 157, 1881-1883.

- Sédat, J. (2007). Le statut et les réglementations de la psychanalyse en France. *Topique*, 101 (4), 11-26.
- Segal, U.A., Schwartz, S. (1985). Factors affecting placement decisions of children following short-term emergency care. *Child Abuse and Neglect*, 9, 543-548.
- Segalen, M., Lapierre, N., Attias Donfut, C. (2002). *Le nouvel esprit de famille*. Paris: Odile Jacob.
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée, Pertinence et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan
- Sellenet, C. (2008). Coopération, coéducation entre parents et professionnels de la protection de l'enfance, *Vie sociale* 2 (2), 15-30.
- Sellenet, C. (2010). *Loin des yeux, loin du coeur? Maintenir les liens parents-enfants dans la séparation*. Paris: Belin.
- Serre, D. (2009). *Les coulisses de l'Etat social: Enquête sur les signalements d'enfants en danger*. Paris : Raisons d'agir.
- Sherif, M., Hovland, C.I. (1980). *Social judgment*. Greenwood: Westport.
- Simon, H. (1947). *Administrative Behavior*. New York : Macmillan.
- Simon, H. (1959). Theories of decision-making in economics and behavioral science. *American Economic Review*, 49, 253-283.
- Singly de, F. (1996). *Le Soi, le couple et la famille*. Paris: Nathan.
- Singly de, F. (2007). *Sociologie de la famille contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- Skinner, B.F. (1969). *L'Analyse expérimentale du comportement*. Liège: Mardaga.
- Small, S.A. (1995). Action-Oriented Research: Model and Methods. *Journal of marriage and family*, 57(4), 941-955.
- Soulé, M., Noël, J. Bouchard, F. (1983 (1964)). *Le placement familial*. Paris: Les éditions ESF.
- Spitz, R. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, 5 (1), 373-391.

- Stormshak E. A., Bierman K. L., McMahon R. J., Lengua L. J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. Conduct Problems Prevention Research Group. *J. Clin. Child Psychol.*, 29, 17-29.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D., Sabshin, M. (1981) (2 ed.). *Psychiatric ideologies and institutions*. New York: Free Press
- Strauss, A. (1992), La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. dans Baszanger, I. textes réunis et présentés par. (pp. 269-282). Paris: L'Harmattan.
- Surbeck, B. (2003). An investigation of racial partiality in child welfare assessments of attachment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 13-23.
- Swain, G. (1994). *Dialogue avec l'insensé*. Paris: Gallimard.
- Terrisse, B., Pineault, C. (1989). Contexte théorique et analyse des effets de l'intervention en milieu familial. dans Pourtois, J.P. (dir). *Les thématiques de l'éducation familiale*. (pp. 65-192). Bruxelles: De Boeck.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 1073-1086
- Théodon, O. (2009). Éducateur spécialisé en foyer de l'enfance : de la difficulté à penser et à agir le changement dans la relation aux parents. Approche clinique. *Empan*, 73(1), 148-157.
- Théry, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui: le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Paris: Odile Jacob.
- Thévenot, J.P., Boudart, Y. (2000). Le psychiatre d'enfant face à la prescription de médicament. Résultat de l'enquête nationale. *L'Information Psychiatrique*, 76, 267-72.
- Tiberghien, D. (2013). Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant: Marcel Manheimer (1870-1936) ou Marcel Gommès, auteur du premier Précis de psychiatrie infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, 56 (2), 485-520.

- Tillard, B., Robin, M. (2010) (dir). *Enquêtes au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé*. Paris : l'Harmattan.
- Tillard, B. (2011). Temps d'observation ethnographique et temps d'écriture. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44 (4), 35-50.
- Torrubia, H. (2002). *La psychothérapie institutionnelle par gros temps*. Lecques: éditions du Champ social.
- Touati B. (2003). Hyperactivité : la fin de l'histoire ... du sujet. *Le Carnet PSY*, 78 (1), 20-23.
- Touzard, H., (1998). *La négociation : situations et problématiques*. Paris: Nathan.
- Tulchin, S.H. (1939). *Intelligence and Crime*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tversky, A. ; Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1123-1131.
- Vasquez-Bronfman, A., Martínez Navarrete, M. (1996). *La socialisation à l'école : approche ethnographique*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Verdier, P. (1992 [1978]). *L'enfant en miettes*, Paris: Privat.
- Verdier, P. (2009). De l'intérêt de l'enfant aux droits de l'enfant. *Enfances & Psy*, 43 (2), 85-92.
- Vermorel H, Vermorel M. (2012). De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique*, 88, 759-770.
- Vial, M. (2012). *Se repérer dans les modèles de l'évaluation, méthodes dispositifs, outils*. Bruxelles : de Boeck.
- Vitaro F., Tremblay R. E., Kerr M., Pagani L., Bukowski W. (1997). Disruptiveness, friend's characteristics and delinquency in early adolescence : A test of two competing models of development, *Child Development*, 68, 676-689.
- Vrancken, D., Kutty, O. (2001) (ed.). *La sociologie et l'intervention: Enjeux et perspectives*. Bruxelles: de Boeck



- Wacjman, C. (2012). À propos des psychothérapies en institution. *Bulletin de psychologie*, 518 (2), 193-198.
- Wallon, H. (1963). L'évolution dialectique de la personnalité. *Enfance*, 16 (1-2), 43-49.
- Weber, F. (1995). L'ethnographie armée par les statistiques. *Enquête*, 1, 153-165.
- Weber, M. (1977 [1922]). *Economie et Société t.1*. Paris: Plon.
- Webern, E. (1999). De la genèse du lien à la séparation. Mémoire de DESS de psychologie: Université Paris 7.
- Weisser, M. (2005). Quelle épistémologie pour les Sciences de l'Education ? Le modèle de l'arc herméneutique. *Penser l'éducation*, 18, 115-129.
- Welniarz, B. (2008). Approche psychodynamique et prescription médicamenteuse : comment associer ces pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'information psychiatrique*, 84 (7), 627-635.
- Welniarz, B. (2011). De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé, *Perspectives Psy*, 50 ( 1), 16-22.
- Widlöcher, D. (2004). Psychanalyse et psychiatrie française. 50 ans d'histoire. *Topique*, 88 (3),7-16.
- Winnicott, D. (1935). La défense maniaque. dans Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. (1948). Pédiatrie et psychiatrie. dans Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. dans Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot
- Winnicott, D. (1974). *La crainte de l'effondrement*. Paris: Gallimard.
- Youf, D. (2009). *Juger et éduquer les mineurs délinquants*. Paris: Dunod.

- Youf, D. (2011). Protection de l'enfance et droits de l'enfant. *Études*, 415 (12), 617-627.
- Youf, D. (2012). Éducateurs, familles et réseaux de sociabilité : des rapports ambivalents. *Les Cahiers Dynamiques*, 55 (2), 4-5.
- Youf, D. (2015). Protection de l'enfance et Éducation nationale : apprendre de l'autre pour lutter contre le décrochage scolaire. *Les Cahiers Dynamiques*, 63(1), 4-5.
- Youf, D. (2015). Faut-il réformer l'ordonnance de 1945 ? *Les Cahiers Dynamiques*, 64 (2), 4-5.



---

## Lexique des sigles

---

AED	Aide éducative à domicile	Mesure administrative qui vise à aider et conseiller les familles dans leur rôle. Elle s'exerce à la demande des parents ou sur proposition des travailleurs sociaux avec l'accord des parents.
AEMO	Aide éducative en milieu ouvert	Mesure judiciaire qui vise à aider et conseiller les familles dans leur rôle.
ANRT	Association nationale de la recherche technique	Association qui assure trois actions principales dont celle des conventions CIFRe. Elle oeuvre pour encourager la coopération technologique au niveau national et européen, favoriser l'innovation industrielle pour la compétitivité des entreprises.
ASE	Aide sociale à l'enfance	Administration départementale dont la mission essentielle est d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance.
CASF	Code de la Famille et de l'Aide Sociale	Code qui regroupe l'ensemble de dispositions législatives et réglementaires sur l'action sociale et la famille.
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant	Premier texte international juridiquement contraignant de protection des Droits de l'Enfant qui a pour objectif de protéger les droits de tous les enfants dans le monde.
CIFRE	Convention industrielle de formation par la recherche	Le dispositif CIFRE subventionne toute entreprise de droit français qui embauche un doctorant pour le placer au cœur d'une collaboration de recherche avec un laboratoire public.
CLIS	Classes pour l'inclusion scolaire	Classe qui accueille dans une école primaire ordinaire d'un petit groupe d'enfants présentant le même type de handicap.
CMP	Centre médico-psychologique	Etablissement regroupant une équipe pluridisciplinaire assurant des consultations pour toute personne en souffrance psychique.
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique	Etablissement qui assure le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique d'enfants et d'adolescents

CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes	Dispositif lié à la protection de l'enfance qui recueille, à l'échelle du département, toutes les informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou en risque de l'être.
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale	Administration française départementale qui intervenait jusqu'en 2010 dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual	Manuel diagnostique et statistique américain qui liste les désordres mentaux
IME	Institut médico-éducatif	Lieu accueillant des enfants et des adolescents atteints de déficience intellectuelle pour leur dispenser une éducation et des enseignements spécialisés.
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique	Structure médico-sociale qui accueille des enfants et des adolescents avec des troubles psychologiques qui entravent leur socialisation et accès aux apprentissages scolaires.
IOE	Mesure d'investigation et d'orientation éducative	mesure d'aide à la décision pour le magistrat. Elle consiste en une démarche d'évaluation et d'analyse de la situation de l'enfant et de sa famille
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées	Lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes en situation de handicap qui offre un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées.
ONPE	Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance	Observatoire qui a pour mission de mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter.
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse	La PJJ a la charge d'assurer l'exécution et le suivi des mesures judiciaires prononcées à l'encontre des mineurs et jeunes majeurs par un magistrat
PMI	Protection Maternelle et Infantile	La PMI a pour mission principale la prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants.
RASED	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés	Structure éducative qui a pour mission de fournir des aides spécialisées à des élèves en difficulté dans les classes ordinaires des écoles primaires.
ULIS	Unité localisée pour l'insertion scolaire	Dispositifs d'accueil en milieu scolaire ordinaire d'enfants avec un handicap mental.
USIS	Unité de Soins Intensifs du Soir	Hôpital de jour à temps partiel. Lieu de notre recherche.

