

Journée scientifique

co-organisée par le **RIAFET** et le **CFAT** de l'**asm13**

« **1966 – 2006...** »

**40 ANS D'UNE PRATIQUE DE SOIN
EN ACCUEIL FAMILIAL POUR ENFANT**



Samedi 25 novembre 2006
au Centre Alfred Binet, Paris 13^e

Texte intégral des interventions
et des débats du Forum



Le 25 novembre 2006 a eu lieu au Centre Alfred Binet une Journée scientifique initiée par le **Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à but Thérapeutique** (RIAFET) et co-organisée avec le **Centre Familial d'Action Thérapeutique** (CFAT) de l'ASM13^e. Voici l'argument qui a motivé ce rassemblement exceptionnel auquel participèrent plus de cent vingt professionnels :

« **1966 – 2006...** » 40 ans d'une pratique de soin en accueil familial pour enfant dont les principes, le cadre, le mode d'action restent un dispositif toujours novateur appartenant au champ de la pédopsychiatrie et étroitement lié à la protection de l'enfance.

1966 est l'année de la création par le Dr Myriam David, avec le soutien du Pr Serge Lebovici, du Centre Familial d'Action Thérapeutique, au sein du secteur de pédopsychiatrie du 13^{ème}. En préconisant l'accueil des enfants carencés et gravement perturbés dans leurs modalités relationnelles, Myriam David initie la clinique des placements familiaux.

Dans cet esprit, des équipes pédopsychiatriques ont créé les Unités d'Accueil Familial Thérapeutique destinées au soin des troubles psychiques précoces et moins précoces de l'enfant avec un dispositif comprenant une famille d'accueil et une équipe spécialisée.

Nos travaux nous permettront d'évoquer les aspects actuels de l'évolution de cette clinique : la prévention et le traitement des troubles psychiques de l'enfant, la répétition transgénérationnelle, la dysparentalité, et l'articulation avec la protection de l'enfance, la justice. Les participants débattront des projets de collaboration, de recherche, des initiatives à mener afin de mieux asseoir et faire connaître cette pratique.

Cette journée a été organisée non seulement dans le but de commémorer l'anniversaire d'une pratique de soin mais également pour souligner que cette notion de soins nécessaires devrait d'avantage inspirer les pratiques d'accueil familial dans le domaine « social ».

AVERTISSEMENT

Ce polycopié contient les retranscriptions à partir d'un enregistrement de la totalité des interventions de la journée, les textes ayant été visés et autorisés par les intervenants.

SOMMAIRE

Ouverture de la Journée	Dr Françoise MOGGIO	4	
La rencontre des pédopsychiatres avec l'accueil familial		5	
	Pr Michel SOULE, Invité d'honneur		
Transmettre la clinique de placement familial et s'interroger sur son devenir		9	
	Mmes Sylvie DAVID, Anne-Marie MERLET, Anne SERMOT, Sylvie TORRES		
Discussion animée par	M Jean-Pierre KIEFFER	22	
Anne-Marie MERLET	Dr Martine LAMOUR	23	
	M Vincent RAMON	30	
	Dr Hana ROTTMAN	34	
Qu'en est-il aujourd'hui du soin en accueil familial pour enfants ?		37	
	Dr Pascal RICHARD, M Christian ALLARD		
Discussion animée par	Pr Bernard GOLSE	50	
Dr Cathy FOURES	Mme Anne OUI	55	
	M Hervé HAMON	58	
	Mme Fabienne QUIRIAU	61	
FORUM 1966 – 2006 ...		65	
	animé par Dr Pascal RICHARD et Mme Anne-Marie MERLET		
Mme Françoise JARDIN	66	Dr Hana ROTTMAN	75
Mme Marceline GABEL	67	Dr Marie REVEILLAUD	77
Mme Geneviève APPELL	68	M Hervé HAMON	78
Mme Jeannine OXLEY	70	Mme Frédérique ULLA-ALONSO	79
Mme Guillemette RABIN-COSTY	71	Mme Carry VAN DER ZON	79
M Jean CARTRY	72	M Jean-Claude CEBULA	81
Dr Michel BOUBLIL	73	M Christian MESNIER	81
Dr Emmanuelle MALAGUZZI	75	Mme Geneviève MERMET	82
		Pr Bernard GOLSE	83
Who is who des intervenants			85

Ouverture de la Journée

Dr Françoise MOGGIO

C'est avec un très grand plaisir que je vous accueille aujourd'hui au Centre Alfred Binet, pour cette journée autour de la pratique de soin en accueil familial thérapeutique.

Très grand plaisir de vous voir venus nombreux, de France, de Paris, mais aussi de l'étranger, et de voir ainsi réunie une assemblée de professionnels, car ce sont toujours des journées fructueuses lorsque ce sont les professionnels inscrits dans la pratique qui débattent entre eux et qui travaillent.

Très grande émotion aussi parce que nous fêtons l'anniversaire des 40 ans de l'accueil familial du 13^{ème} arrondissement. Nous fêtons très régulièrement des anniversaires particulièrement signifiants. En 2008, nous fêterons 50 années de vie de notre association ASM13 et du Centre Binet dont je ne vous redirai pas combien elle a compté dans le paysage psychiatrique et pédopsychiatrique français. Donc 50 années de vie de cette institution, et aujourd'hui 40 années du Centre familial d'action thérapeutique qui fut créée, comme vous le savez tous par Myriam David.

La pratique d'accueil familial thérapeutique s'est beaucoup diversifiée, étendue, depuis ces 40 ans, elle s'est modifiée, ici au Centre Alfred Binet, elle s'est sûrement modifiée, transformée, enrichie et complexifiée – problématisée donc – dans les différentes structures où vous exercez les uns et des autres. C'est de tout cela que nous souhaitons débattre, ainsi que de l'avenir de cette organisation de soins à l'intérieur de nos structures institutionnelles. Et cela n'est pas la plus mince affaire. Quel avenir en général à la pédopsychiatrie en France, à une certaine forme de compréhension de la psychopathologie en pédopsychiatrie, et aux institutions de soins qui tentent de répondre aux questions posées par les enfants et la famille.

Je veux remercier notre invité d'honneur, Professeur Michel Soulé, qui est parmi nous aujourd'hui et va je pense reprendre l'historique puisque, vous le savez, il est un des pionniers, un des fondateurs de cette pratique.

Remercier le Professeur Bernard Golse pour sa participation.

Remercier tous les intervenants de la Journée, ceux que je connais très bien parce que je travaille avec eux, que je connais leurs difficultés et leurs engagements, parce que c'est un mot qui a tout son sens dans la pratique d'accueil familial thérapeutique.

Remercier aussi les membres du RIAFET, dont j'ai fait la connaissance à l'occasion de l'organisation de cette Journée.

Et puis remercier vous tous qui êtes venus aujourd'hui.

Je nous souhaite de bons travaux.

La rencontre des pédopsychiatres avec l'accueil familial¹

Pr Michel SOULE

Invité d'honneur

Je remercie les organisateurs de m'avoir invité parce que c'est un sujet qui m'intéresse depuis très longtemps. Alors, à mon âge, je ne vais pas vous expliquer et vous détailler tout ce qui se fait maintenant. A mon âge ce qu'on fait le mieux, même si c'est la seule chose qu'on sait faire, c'est l'historique. Donc je voudrais vous raconter comment a évolué le placement familial puisque je l'ai vécu.

La première étape, c'est en 1952, où j'arrive en ma quatrième année d'internat à l'Hôpital St. Vincent de Paul chez le Professeur Lelong et qui m'octroie des locaux pour constituer un service qui serait destiné à la psychiatrie infantile à cette époque. On ne sait pas encore très bien ce qu'est la psychiatrie infantile et je ne vais pas donc parler de cette science. Mais de l'autre côté de l'allée centrale il y a des bâtiments qui sont les divisions de ce qu'on appelle à l'époque les enfants de l'assistance publique. Et dans ce pavillon que nous avons en face bien entendu les surveillants et les surveillantes viennent nous trouver pour des enfants qui ont des difficultés et nous sommes confrontés à des choses que nous ne connaissions pas encore – quelle thérapeutique ? Quelle observation ? Quels repères du point de vue de la psychopathologie ? Et surtout on apprend qu'à chaque fois ils partent, ils s'en vont, ils quittent. Et une des fonctions principales d'un interne c'est le soir d'aller visiter toutes les salles et tous les pavillons de l'Hôpital St. Vincent de Paul pour marquer simplement ces trois lettres – c'est à dire après avoir pris un abaisse-langue et regardé le fond de la gorge, il écrit sur le livret : PPA – Peut Partir en Agence. Voilà tout le rôle à cette époque de la psychiatrie infantile de St. Vincent de Paul.

Et bien sur nous allons avoir une curiosité pour aller voir où ils vont. Et c'est ainsi que l'équipe que je constitue va commencer à faire des voyages aussi en Agence et va donc débarquer dans des Placements Familiaux qui n'ont pas changé depuis cinquante ans, depuis le début du siècle. C'est à dire ruraux, c'est à dire sans encadrement et chargés d'accepter tous les enfants, qu'ils aient des problèmes relativement directs et compréhensibles, comme ceux de la séparation dont a parlé Bernard Golse, mais aussi des problèmes très graves. Donc on va apprendre là à voir la psychose infantile. Donc nous allons par petites équipes, avec ceux qui y étaient à l'époque – il y avait Jeannine Noël, Françoise Bouchard, Liliane Aufaure, Françoise Peille, Jean-Claude Delaporte, puis d'autres encore – nous partons le vendredi soir et on va visiter pendant le week-end dans les placements vraiment ruraux, dans les fermes, les enfants que nous avons vu au moment où ils étaient à St. Vincent de Paul et dont on a fait une évaluation assez grossière.

Et là on est confronté, bien sûr, non pas à des professionnels, mais à des placements chez des paysans, mais vraiment très paysans. Par exemple, nous avons trouvé à ce moment là que certains paysans du Morvan, dans un endroit assez retiré, où la grand-mère était assez sale et on la mettait quasiment dans l'étable, alors c'était un endroit de placement assez remarquable pour les encoprésies. Parce que les enfants

¹ Compte-rendu d'un enregistrement au magnétophone

encoprétiques, pour eux c'était vraiment dégueulasse. Et finalement, c'était la première indication de placement thérapeutique.

Ceux qui dirigeaient ces agences avaient une grande appétence. Ils étaient confrontés à tous les problèmes dont vous allez parler aujourd'hui, ils n'avaient rien pour être aidés, et donc nous arrivions et on essayait de comprendre ensemble, et on s'est fait beaucoup d'amis dans différentes régions de France. Ensuite on a organisé un premier colloque sur le Placement familial – qui ne s'appelait pas comme ça à ce moment là – et puis petit à petit les choses ont évolué. Donc ceci se situe vers 1952. Bien entendu, on constate qu'il faut changer le placement familial et bien sur il faut des crédits, il faut s'y prendre, et comme l'a dit Bernard [Golse], dès qu'on veut perfectionner, dès qu'on veut de la finesse et arriver à quelque chose de scientifique, il faut davantage d'argent. Et là on va le trouver parce que l'Aide Sociale à l'Enfance avait pas mal d'argent à l'époque et a pu nous aider. Créer des systèmes d'éducation et de formation et constituer notre équipe qui s'est développée et qui avait la charge de ce Placement familial immense qui était dans toute la France avec toutes les variétés possibles.

Alors ensuite il va y avoir une autre étape. C'est que nous essayons de créer des îlots de placement familial – à l'époque on ne va pas les appeler spécialisés, mais en fait c'est ça que cela voulait dire – c'est-à-dire des îlots de placements où on apportait plus de connaissances, plus de professionnels. Il y en a eu comme ça à Alençon, dans différentes villes de province, qui dépendaient de l'ASE de Paris. Ensuite il y a eu la première réunion de Placement familial spécialisé à Saint-Nazaire où il y avait Jeannine Oxley, à l'époque psychologue. Et puis il y avait deux personnages qui ont bien œuvré, c'est Jean Bletner et Prochasson, l'un à Caen, l'autre à Paris et qui ont créés les premiers Placements familiaux spécialisés.

Ensuite, si on avance, on voit que le placement familial va apparaître comme une possibilité de se servir de lui comme observation. A cette époque il y a « les ordonnances », ce qui fait qu'on peut placer les enfants dont les milieux familiaux ou parentaux, ou pseudo-parentaux, sont très néfastes et pour leur apporter une certaine sauvegarde on les place à l'ASE, même si ça n'est pas une très bonne indication. De ce fait, à ce moment là Georges Amado va créer à Vitry à la fois le centre d'observation et à côté un placement familial d'observation. On va copier ce qu'il fait et on va faire la même chose dans le cadre de l'ASE. Très proche de Paris on a un placement avec, à côté, une possibilité de mettre en institution et ça se passe à Annet-sur-Marne. Pour les filles ça se passe à la Tutélaire à Issy-les-Moulineaux. Ici le placement familial apparaît comme un outil d'observation.

Le Placement familial thérapeutique, c'est ce qu'ont fait les différentes personnes qui étaient responsables. Ceux qui ont parlé, qui ont prêché pour le placement familial, dont je suis évidemment, ont senti qu'ils étaient assez isolés et un petit groupe de travail va se constituer avec Myriam David, qui en prend en quelque sorte la direction scientifique, avec Geneviève Appel, Jeannine Noël, moi-même ... Et à cette époque ... une chance : Elle est à ce moment là purement spécialiste du droit familial, elle n'a pas encore eu toute la carrière qu'elle aura ... c'est Simone Veil (ça a une importance, vous verrez). Donc ce groupe de travail va avancer et on a travaillé avec Monsieur René Bondon qui a développé « La vie au grand air », où il y a plusieurs

placements familiaux et qui se sont perfectionnés, qui sont devenus vraiment scientifiques. Je citais Simone Veil parce qu'évidemment le jour où elle est nommée Ministre elle se souvient de sa participation à ce groupe et elle va aider le placement familial, sachant exactement de quoi il retourne.

Puis, dernière étape que je décrirai - parce que c'est la dernière étape que j'ai vécue directement - c'est le fait qu'on développe la prévention dans le cadre du 14^e arrondissement de Paris. Pour ça on constitue ce qu'on appelle le Secteur unifié de l'enfance. C'est vers 1975. Et de ce fait on constate qu'il y a certaines mesures à prendre immédiatement qui ne coûtent pas cher. Et la première mesure qu'on constate c'est la nocivité du placement systématique, dès qu'il y a une difficulté, et placement systématique loin. Loin ça veut dire des centaines de kilomètres (il y a des placements près de Bayonne et de Narbonne). Vous vous rendez compte de la distance qu'on établit avec la famille d'origine. Il faut bien dire que jusque là c'était de faire en sorte que la famille d'origine réputée néfaste ne puisse pas venir voir cet enfant. Alors qu'ils avaient sur le plan légal le droit d'aller voir leur enfant on s'arrangeait pour cacher l'endroit où ils étaient placés, ou faire en sorte qu'ils étaient mis dans une ferme lointaine où on accède difficilement. C'est comme ça donc qu'on faisait une rupture. Beaucoup de professionnels de l'ASE voulaient changer cela. Alors nous allons essayer de faire le contraire et donc on va interdire tout placement hors des murs du 14^e arrondissement, à moins que ça soit sur la ligne de Sceaux, ce qui permet d'aller facilement. Ceci va introduire une nécessité - si on supprime les placements lointains, il faut faire des placements proches. Et c'est comme ça qu'on va créer, grâce à l'action de Michèle Rouyer et Jeannine Oxley le Relais familial, rue Alésia, et qui a comme mission de faire un placement proche des familles. Mais il faut bien dire aussi proche des psychiatres, parce que nous avons vu les enfants dans leur familles avant et nous les voyons après dans leur famille d'accueil. Or ceci va se développer, ce sera quand même limité pour les raisons financières, et enfin, il va y avoir alors Cap Alésia qui apparaît quelques années après et qui va jouer un rôle intermédiaire d'appréciation, qui va tâcher de résoudre un certain nombre de difficultés, que ça soit dans la famille ou dans les placements. Malheureusement, le secteur unifié de l'enfance n'a pas pu se développer davantage, n'a pas été repris ailleurs, ou alors seulement certaines idées du secteur unifié de l'enfance et n'a pas continué tout à fait ce maintien des enfants en placement proche de leur famille. Alors bien entendu, comme il a été dit, ça entraîne des problèmes, si on veut maintenir près de la famille. C'est exactement ce que vous faites actuellement, c'est-à-dire comment faire au niveau de la famille, au niveau des parents accueillants, puisqu'ils sont assez voisins et que vous n'avez pas à trancher dans le vif comme on faisait autrefois.

Petite anecdote encore, c'est-à-dire les écrits. Je peux vous dire que nous avons très tôt eu Lebovici qui avait compris le placement familial et sa nécessité - avant qu'il n'y ait un ici - et à cause de Myriam David et à cause de moi, et un des tous premiers articles de la revue *La Psychiatrie de l'enfant* a été un article de mon équipe qui s'appelle « Le Placement familial » qui a de ce fait été publié sous forme d'ouvrage aux PUF. Alors si on y retourne ça fait évidemment assez sourire parce qu'on ne connaissait pas grand-chose, mais quand même on a attiré l'attention de toute la psychiatrie infantile sur le placement familial, sur son rôle, sur ses difficultés.

Puis il va y avoir un livre, qui sera donc la suite de celui-là, qui sera sur le Placement familial spécialisé et qui reprend le fameux colloque de Saint-Nazaire dont je vous ai parlé. Et puis parallèlement nous essayons de faire en sorte que Myriam écrive un livre, *son* livre, « le livre ». Alors Myriam, qui est une grande amie, qui travaille avec nous toujours, a malheureusement une sorte d'humilité-timidité, pensant qu'elle ne pourra pas y parvenir. Notre rôle sera simplement de l'aider, de l'encourager, de la rassurer sur la qualité. Alors je lui offre un hébergement dans la collection que je dirige à l'époque et qui a été reprise par Sylvain Missonnier, c'est « La Vie de l'enfant », et dans cette collection il est certain qu'elle aura sa place. Chapitre après chapitre on le relie, on le discute, elle le perfectionne, et enfin le livre est à peu près écrit. Bien sûr comme toujours dans ces cas là, comme tout le monde a beaucoup de travail, on passe une partie des grandes vacances à travailler, alors de temps en temps ça se passe dans sa maison à Saint-Jean-Cap-Ferrat et de temps en temps ça se passe dans ma maison qui se trouve à Grasse. Alternativement on séjourne chez l'un ou chez l'autre et on avance et à la fin c'est la rédaction de la préface où Myriam David (si vous l'avez relu, il n'y a pas très longtemps) explique d'où lui vient son appétit pour le placement familial auquel elle va consacrer sa vie. Alors je terminerai là dessus. Elle a fait à l'âge de 6 ans un rêve, un cauchemar. A l'époque il y avait « Bambi ». Et donc Bambi est dans la forêt et la forêt brûle. Et une fois la forêt brûlée Bambi se retrouve tout seul au milieu d'un espèce de désert. Et des braves gens à côté vont se demander qu'est-ce qu'on fait de Bambi, et ils vont décider de le placer, et de le placer chez des braves gens qui n'ont pas d'enfants. A ce moment là Bambi est placé et la fin du conte c'est que Bambi se développe très bien, tout le monde est content. Et c'est ça qui donc a constitué la base de la vocation de Myriam David, c'est à dire de trouver des parents pour tous les Bambi du monde.

Merci de votre attention.

Transmettre la clinique du placement familial et s'interroger sur son devenir

Mmes S. DAVID, A-M. MERLET, A. SERMOT, S. TORRES
CFAT - Soisy sur Seine

Introduction par Mme Anne-Marie MERLET

A mon tour, je vous souhaite la bienvenue, collègues et amis qui avez été si prompts à répondre à cette journée de travail autour des idées fondatrices de Myriam David sur le soin en placement familial.

Je voudrais dire combien je pense à ceux et celles qui n'ont pu venir aujourd'hui retenus par des empêchements, en particulier Eve Marie Léger, Marie-Jeanne Gauquelin, Monique Ramet, Janick Rigal qui se sont manifestées.

Il est émouvant de retrouver cette place qui rappelle les heures de séminaires partagées avec Myriam David. Nous apportons là, nos questions, nos incertitudes, nos découvertes et nos tâtonnements sur cette très ancienne pratique souvent dépréciée qu'est le Placement Familial et que Myriam a rendue si dynamique et riche d'enseignements.

Je souhaite que cette « journée anniversaire », grave dans son contenu, soit légère dans son déroulement. Je suis sûre que nos échanges seront fructueux.

Pour ne pas faillir à la pratique du Placement Familial nous avons travaillé en équipe :

- dans un premier temps Anne Sermot évoquera l'histoire du CFAT sa création et son développement ;
- puis Sylvie David et Sylvie Torres reprendront les idées essentielles, fondatrices de la clinique du placement familial. Ce sont les points d'ancrage pour beaucoup d'entre nous, des concepts, des formalisations toujours à reprendre, à transmettre et surtout, comme le souhaitait Myriam David à faire évoluer.

Historique du Centre Familial d'Action Thérapeutique

Dès son retour des Etats Unis, le Dr Myriam David œuvre pour le soin des enfants séparés et gravement carencés, à travers sa participation à de nombreuses recherches :

- en 1950 à Parents de Rozan sur les soins précoces et les carences en soins maternels ;
- de 1956 à 1962, dans le cadre de l'OMS, elle réalise un travail sur les interactions mère-enfants, et à Soissons, une recherche épidémiologique sur les séparations d'enfants de moins de 6 ans ;
- en 1959, quand elle rejoint le Professeur S. Lebovici dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, ses travaux sur les soins à la petite enfance étaient encore l'affaire de pionniers même si à cette époque, les travaux de R. Spitz et de J. Bowlby « soins maternels et santé mentale », et de bien d'autres, provoquaient débats.

Monsieur le Professeur Soulé, Madame Geneviève Appell présents à nos travaux pourront préciser le contexte et le climat de cette période.

Les dix années qui vont suivre vont être celles de l'expansion économique et structurelle du secteur sanitaire et social : développement massif d'institutions qui aboutira quelques années plus tard aux lois cadre du secteur (Loi Hospitalière de 1970 et Loi Sociale de 1975). C'est aussi l'apogée du « tout placement » et le début de sa mise en cause en particulier sur les facteurs d'aggravation des troubles que sont les conditions de vie dans les lieux de placements collectifs.

Le placement familial « social » existe depuis longtemps mais nous ne sommes qu'au début de la mise en place des placements familiaux spécialisés : arrêté du 7 juillet 1957 autorisant la création des Placements Familiaux Spécialisés. Celle-ci se fait dans la confrontation des expériences et des idées : Journées d'études en 1959 (Paris), 1961, 1965, 1968 (Caen) des placements familiaux ; Congrès du GELPS à St Nazaire en 1967. Le décret du 2 janvier 1967 fixant, dans le cadre de l'annexe 24, les conditions d'agrément des PFS pour enfants inadaptés.

Le 1^{er} Janvier 1966, dans le cadre de l'annexe 23 qui fixe les conditions techniques d'agrément des Maisons de Santé pour Maladies Mentales, s'ouvre dans les locaux de l'Hôpital Psychiatrique de l'Eau Vive, à Soisy-sur-Seine, un **Centre Familial de Placement Psychothérapique enfants/adultes**. Selon la convention passée entre l'Association Santé Mentale et Lutte contre l'Alcoolisme dans le XIII^{ème} Arrondissement et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Paris, le Centre est destiné **à recevoir et à traiter des enfants et adultes des deux sexes soit en milieu nourricier soit sur place, ceci en l'absence de famille ou en raison de conditions familiales défavorables**.

Le règlement intérieur de la section enfant nous précise que :

- ce placement familial doit accueillir **des enfants de 1 à 15 ans, suivis et traités par la section infantile du Centre de Santé Mentale du XIII^{ème} arrondissement,**
- la responsabilité technique et l'organisation générale de ce centre **est assurée par un médecin chef désigné par le médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Soisy sur Seine, sur avis du médecin chef de la section enfant de l'Association de Santé Mentale du XIII^{ème} Arrondissement,**
- l'indication **de placement familial spécialisé est donnée par le médecin de secteur qui suit l'enfant** dans le cadre de la consultation enfant.

Le règlement intérieur, dans ses articles 4 et 5, nous éclaire également sur deux points importants :

- la localisation du centre : **la distance qui sépare Soisy sur Seine du XIII^{ème} arrondissement est favorable au plan du traitement, elle permet, malgré une séparation partielle, la possibilité de contacts entre l'enfant et son milieu familial ;**
- les familles d'accueil : **elles sont d'accord pour prendre en charge des enfants difficiles [...] tolérer les difficultés que ne manqueront pas de susciter l'enfant, établir avec l'enfant une relation éducative favorable à l'évolution de ses difficultés. Elles auront des contacts avec la famille**

naturelle de l'enfant, devront être capable de se situer auprès de l'enfant par rapport à sa famille [...] doivent collaborer avec tous ceux qui suivent l'enfant.

C'est le contexte dans lequel, à la demande du Professeur S. Lebovici, le Docteur Myriam David prend la responsabilité technique du placement enfant et en assure l'organisation générale avec l'aide précieuse du Dr P. Paumelle et de M Menteur. L'équipe se compose alors d'un tiers temps médical, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

En Mai 66, le Centre accueille le premier enfant sur indication du Docteur J.Simon, puis suivront les autres entrées sur indications des docteurs R. Diatkine, D. Diatkine, J. Lenoir, C. Chiland, S. Lebovici, L. Coppel ...

A l'ouverture, le Centre peut accueillir 15 à 20 enfants. Entre 1966 et 1970, il accueillera 69 enfants. Dans une note fin 1969 (note d'accompagnement de l'exercice 1969) Myriam David précise que **les enfants sont tous des enfants atteints de troubles psychiatriques mal supportés ou exagérés par le milieu familial.**

En janvier 1968, le placement familial psychothérapique pour enfant quitte les locaux de l'Hôpital psychiatrique pour s'installer dans deux pavillons à Soisy sur Seine (Essonne).

A cette première étape de l'histoire du Centre, je voudrais souligner plusieurs points qui ont à voir avec la clinique du placement que va initier le docteur Myriam David dès la création du centre :

Myriam David dans la création de cette institution a des repères théoriques mais aussi des intuitions et des convictions qui transparaissent dans les écrits aussi administratifs soient-ils, par exemple:

- elle crée très clairement un PFS, mais utilise déjà le terme de Centre de placement. L'installation dans de nouveaux locaux en 1968, sera pour elle l'occasion de penser ce lieu pour les enfants, leurs parents, les familles d'accueil et l'équipe. Elle écrira dans le rapport de bilan qu'elle fait des quatre premières années de fonctionnement du service : **le centre est aussi un noyau autour duquel s'organise la vie de l'enfant et lui apporte un peu de sécurité intérieure ;**

- à propos des familles d'accueil, Myriam David comme beaucoup à l'époque part de l'idée qu'un milieu naturel, **normalisant**, va permettre l'amélioration de l'état des enfants **à condition de surveiller l'enfant au sein de la famille d'accueil et d'avoir une action éducative psychiatrique des familles.** Là encore très vite, elle repérera les mouvements provoqués par l'enfant chez la famille d'accueil et notera alors que **cette situation (l'accueil) est excessivement pénible pour les familles d'accueil [...]. Elle perturbe leur équilibre familial.**

Myriam David a d'emblée associé tous ses collaborateurs(trices) à ce mouvement permanent de va et vient entre différents lieux de pratique, entre pratique et théorie et a fait se rencontrer et se mettre au travail des personnes de tous horizons dans le but d'améliorer le soin apporté aux enfants.

Ainsi, elle continue à participer de façon étroite à la consultation PMI du Bd Massena, Paris 13ème qu'elle avait rejoint à partir de 1959 ; jusqu'en 1970, elle assure formations et supervisions d'assistantes sociales à la SNCF, à la CAF ; en 1963, elle

est de la création du centre de formation interne pour les soignants de l'Hôpital l'Eau Vive ; très vite, elle participe aux réunions du Groupe d'Etudes et de Liaison des Placements Familiaux Spécialisés (GELPFS) ; elle se préoccupe, dès cette époque, de la formation des familles d'accueil dans le cadre du Centre Technique National d'Etudes et des Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) et sera à l'origine de la professionnalisation des assistantes maternelles (Loi de mai 1977).

En octobre 1970, Myriam David, en collaboration avec S. Lebovici, souhaite une nouvelle désignation du Centre Familial de Placement Psychothérapique enfants et adresse une note dans ce sens à la commission régionale d'agrément. Note dans laquelle elle explicite pourquoi elle propose **de l'appeler dorénavant Centre Familial d'Action Thérapeutique (CFAT)**. La note rappelle qu'il s'agissait d'un placement spécialisé pour des enfants atteints de troubles psychiatriques et précise : **une pratique de cinq années a montré l'intérêt de cette forme d'action, mais a mis en évidence la nécessité d'instituer une véritable action thérapeutique intensive et suivie de la relation qui demeure entre l'enfant et ses parents et des relations qui se nouent et se développent entre l'enfant et sa famille d'accueil.** Pour elle, la dénomination en cours **reflète mal le travail thérapeutique réel qui doit être entrepris.**

La commission d'agrément dans sa séance du 28 juin 1971 prend acte du changement de dénomination.

En 1971, Myriam David avec la collaboration de l'équipe qui s'est étoffée rédige un rapport de plus de 20 pages décrivant concrètement l'activité du Centre depuis quatre ans et tire le bilan de l'activité, chiffres et courbes à l'appui.

Le bilan précis des enfants suivis fait apparaître : 69 enfants suivis, 39 sorties, 30 présents

A propos des sorties : **2/3 (26) étaient à l'origine des placements prévus de courte durée, 1/3 (13) des placements de longue durée.**

A propos des enfants présents : **sur 30 enfants présents, 22 font preuve d'une amélioration importante de leurs possibilités d'adaptation sociale : ils poursuivent leur scolarité dans des écoles non spécialisées, ils y sont aussi disciplinés que les autres enfants et font des acquisitions importantes leur permettant de monter de classe. Ils partagent la vie de la famille d'accueil, adoptent leurs habitudes et arrivent à se sentir et à être considérés comme un membre de la famille, tout en conservant des liens avec leurs parents.**

Dès cette époque, Myriam David écrit : **dans les cas présentant une pathologie familiale sociale ou mentale grave, les placements sont bénéfiques sous réserve d'être de longue durée.**

A propos de l'indication, dans ce rapport, elle précise : **l'indication de placement est fondée sur deux faits principaux :**

- intolérance de la pathologie de l'enfant par les parents qui répondent par des réactions qui renforcent les troubles.

- caractère pathogène grave fixé et non mobilisable des relations familiales, en rapport avec la pathologie mentale des parents.

Toute la gamme de pathologie infantile est représentée et il n'apparaît que l'indication de placement soit fonction du type de pathologie mais plutôt du type d'interaction entre la pathologie de l'enfant et celle de sa famille, ..., il s'agit toujours de situations complexes et graves, où effets et causes ne peuvent plus être distingués mais où des interactions entraînent une dégradation de tout et tous.

Ce bilan est longuement étayé d'observations cliniques concernant les enfants placés chez les familles d'accueil et leurs parents dont je citerai quelques extraits : **les familles d'accueil sont confiantes [...] persuadées que chez elles tout ira bien [...] puis vite touchées par la détresse [...] bouleversées par la souffrance des enfants, heurtées par les attitudes des parents. De son côté, l'enfant se sent tiraillé entre les deux familles, il ressent douloureusement le rejet de ses parents et il y répond en laissant exploser toute sa pathologie qu'il fait peser de tout son poids sur la famille d'accueil [...]. La famille de l'enfant malgré son accord et souvent même son grand désir d'éloigner l'enfant, supporte mal le placement [...]. Soulagée momentanément par le départ de l'enfant, elle devient vite ambivalente à l'égard de ce placement, dont elle craint le succès autant que la rupture.**

Ce rapport résume quatre années de pratique et contient déjà l'essentiel du soin des enfants séparés de leurs parents et confiés à une autre famille : **Il faut assurer la continuité (du placement) et lutter contre les causes de ruptures qui ne manquent pas de se manifester à diverses étapes de chaque placement. ... Il faut aider parents, enfants et familles d'accueil dans leur inter-relation à travers une mise à distance entre l'enfant et ses parents tout en maintenant les liens entre eux, en confiant l'enfant à une autre famille qui lui apportera d'autres réponses, tout en veillant à ce que la famille de l'enfant le supporte. Pour assurer en pratique ce travail délicat :**

- **il faut du temps pour que l'enfant retrouve une certaine paix intérieure à l'égard de ses parents,**
- **il faut du temps pour que la famille d'accueil devienne disponible à un dialogue avec l'équipe, collabore à part entière,**
- **il faut du temps et des moyens puisque le placement d'un enfant est une entreprise dont la complexité ne doit pas être sous estimée.**

Il reste alors sur le métier à tisser les fils du travail de l'équipe.

En 1971, le CFAT est agréé pour 30 enfants.

En 1976, Myriam David crée l'Unité de Soins pour Jeunes Enfants, dans le cadre de la Fondation Rothschild, dont la spécificité est le traitement des troubles de la relation enfant-parent au sein de la famille.

En 1978, dans un autre rapport sur l'évolution du CFAT et toujours à partir de l'évaluation concrète des situations, Myriam David précise son fonctionnement, l'objectif du placement, le travail pluridisciplinaire de l'équipe, le travail avec les

familles d'accueil et revient sur la durée des placements. Elle souligne l'intérêt du placement comme mode de protection des nourrissons de mères psychotiques.

Enfin, pour conclure sur cet historique un peu formel du CFAT, et avant de passer la parole à mes collègues et toujours pour mettre l'accent sur l'articulation constante entre clinique et cadre législatif, je terminerai mon propos par un point sur la situation administrative des enfants accueillis au Centre :

- en 1966, 100% des accueils se font à la demande des parents sur un financement sécurité sociale ;
- en 1980, le règlement intérieur du CFAT précise, art 2-1, que le Centre peut accueillir des enfants dont le placement est imposé par mesure judiciaire. Et, au milieu de ces années 80, 50% des accueils sont encore des placements à l'initiative des parents et 50% dans le cadre d'une mesure de protection, avec un financement Sécurité Sociale pour la partie soin ;
- actuellement, en 2006, 98% des accueils sont pris en charge par la Sécurité Sociale dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance.

Les indications

C'est dans cette dynamique de pensée que nous nous inscrivons pour tenter de vous transmettre aujourd'hui ce qui nous paraît être l'essentiel de cette pratique adressée à un enfant séparé de ses parents et confié à une autre famille.

Un enfant est séparé de ses parents.

La plupart des familles en difficulté avec leurs enfants profitent de l'étayage des actions menées dans le cadre du soutien à la parentalité ainsi que de la prise en charge plus spécifique au sein du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et peuvent ainsi plus ou moins bien, plus ou moins mal poursuivre leur chemin ensemble.

Or il en va tout autrement des situations familiales que nous sommes amenés à connaître au CFAT.

L'étayage social, psychiatrique, pédo-psychiatrique, parfois même judiciaire existe. Les parents ont su mobiliser autour d'eux, de leur enfant un très grand nombre de professionnels. Mais rien ne fonctionne, rien ne paraît aménageable dans cette relation enfant-parent close. Une relation d'enfermement où chacun : enfant, parent s'expose à des mises en danger réciproques, permanentes, graves : rupture, lâchage, captation, emprise, discontinuité, imprévisibilité, passage à l'acte violent. Ces situations sont d'autant plus inaccessibles que les démonstrations d'attachement viennent avec force faire écran, brouillage et empêchent la prise en compte d'éléments tout aussi pathogènes :

- la non-reconnaissance par les parents des besoins élémentaires de l'enfant. Tout mouvement d'autonomie de l'enfant est vécu comme dangereux, intrusif voire même persécutoire.
- De son côté l'enfant exprime sa souffrance psychique et physique par des signes de refus, d'opposition, de violence ou de dépression, par des troubles alimentaires, du sommeil, de la sphère sphinctérienne...
- Le développement psychique est manifestement entravé et l'enfant met en place, tant qu'il le peut encore, un système défensif pour tenter de se protéger des attaques organisées dans l'inter-action.

Ces troubles témoignent d'une intolérance mutuelle aiguë qui se développe dans l'interaction enfant-parent ou enfant-couple parental.

Le plus souvent niée, cette intolérance mutuelle s'inscrit dans les troubles précoces de l'attachement et altère le processus de séparation-individuation de l'enfant.

L'impossibilité d'accéder pour l'enfant à une individuation psychique rend la séparation physique inévitable.

Jamais pensée, toujours agie, la séparation est actée par l'enfant, son parent, comme un geste ultime de protection même si elle est mise en œuvre par des professionnels. Il y a toujours, de la part du parent, le plus souvent la mère, un pas de côté qui, s'il est saisi à temps, rend possible la séparation.

Pour rendre plus explicite notre propos, nous vous proposons une part de l'histoire de Marius qui témoigne de l'enfermement de la relation enfants-couple parental et d'une non-accessibilité au processus de séparation-individuation pour les enfants.

Le couple parental est constitué depuis plusieurs années. Un premier enfant naît peu de temps après leur mariage. Six ans après cette première naissance, les grossesses vont se succéder au rythme d'une par an : une fille, un garçon, une fille. Lorsque les services nous sollicitent madame est enceinte pour la cinquième fois, la dernière née a à peine quelques mois (5 mois au début de la grossesse).

Ce qui est prégnant chez monsieur, c'est sa grande confusion et des rituels de propreté plus ou moins envahissants selon son état. Lorsque ses préoccupations personnelles sont moins présentes, il a des relations chaleureuses avec ses enfants mais il n'a aucune conscience de leurs besoins quotidiens.

Madame a des difficultés majeures à s'organiser dans le temps et dans l'espace. Elle est dans un déni total de la réalité qu'elle interprète continûment en fonction de ses propres besoins. Ces accès de violence, tels des décharges pulsionnelles sont imprévisibles, ce qui oblige son entourage à un état de qui-vive permanent.

Madame exprime avec beaucoup de clarté et de conviction son besoin impérieux d'avoir des bébés à elle. Sa satisfaction de les avoir sur elle, en elle, que ça s'accroche à elle. Satisfaction qui s'émousse au fur et à mesure que le bébé acquiert quelque autonomie. L'enfant constitue alors une menace pour elle.

Cet écart entre le corps de la mère et le corps de l'enfant représente pour la mère une béance dans laquelle s'engouffrent ses propres angoisses de morcellement. Parce que l'enfant n'assure plus cette fonction de bouchon, il devient persécuteur. L'enfant est alors le lieu où se déploie toute la violence du rejet maternel.

En ce sens :

- la répétition accélérée des grossesses ou l'état de grossesse permanent plusieurs années,
- l'indifférenciation dans laquelle elle tient ses enfants tant dans leur être que dans leur sexe : elle les appelle tous « le bébé », filles ou garçon, ils sont tous habillés en fille,

tous ces éléments, témoignent de la sévérité des troubles précoces de l'attachement et d'une intolérance extrême aux mouvements d'autonomie des enfants.

Lorsque madame est à nouveau enceinte, l'état de chacun se dégrade un peu plus :

- au cours de ces mois, madame n'a jamais pu envisager que cette grossesse allait avoir un terme à l'issue duquel naîtrait un enfant. Rien dans l'organisation familiale ne laissait entrevoir un semblant de place pour l'enfant à venir. Madame parlait alors de sa grande fatigue.
- La violence au sein du couple était le quotidien. Monsieur partait de plus en plus souvent du domicile ne supportant plus la violence de sa femme à son

égard et à l'égard de ses enfants. Mais malgré tout, il les laissait seuls au domicile.

- Les enfants vivaient alors dans une extrême carence de soin compte tenu de la désorganisation au domicile. Ils assistent aux scènes de violence parentales, étant pris eux-mêmes dans ces accès. Les enfants étaient l'objet de contentions violentes et douloureuses.

Les équipes : PMI, CMP adulte, de pédopsychiatrie, AEMO étaient dans l'impossibilité de contenir la situation familiale : toutes propositions d'étayage étant rejetées car vécues comme persécutions supplémentaires.

Puis les meubles sont passés par la fenêtre, quelques jours plus tard ce fut le chien. Un signalement indiquant la situation de danger au domicile pour les enfants a été transmis au magistrat qui a décidé d'une ordonnance de placement provisoire. C'est dans ce contexte qu'est né Marius.

Respectons pour l'enfant, ses parents leur impossibilité à vivre dans la proximité des corps et pensons cet acte comme une première tentative de distanciation. Un préalable au traitement du lien qui ne peut advenir que dans le cadre du placement familial.

Confié à une famille d'accueil, l'enfant, malgré la séparation et le placement, garde en lui la trace toujours vive de ses troubles précoces de l'attachement.

Que lui proposons-nous dans le cadre du placement familial ?

- des actions de soin;
- un travail de réflexion par une équipe pluridisciplinaire ;
- un lieu, le Centre Familial d'Action Thérapeutique.

Un lieu pour l'enfant.

Le centre est bien évidemment le siège de l'équipe, garante du cadre du travail de soin. Par sa matérialité, il étaye les axes fondamentaux de la clinique du placement familial.

Destiné à être investi par l'enfant c'est donc d'abord son lieu, son endroit, un espace de mentalisation possible.

Il est le lieu où il est reconnu en tant qu'individu autonome, pour lui-même. Il y est connu dans ses mouvements d'expression tant avec ses parents que sa famille d'accueil. Il y est toujours accueilli par notre secrétaire avec respect et attention.

Surtout, il y vient seul, à distance à la fois de ses parents et de sa famille d'accueil. Un espace qu'il s'est approprié pour y exprimer sa souffrance, où il va livrer ses fantasmes et peut être même s'aventurer à penser par lui-même. Un lieu, un contenant où il lui est possible de s'individuer sans perdre pour autant ni ses parents, ni sa famille d'accueil.

- « CAFT ? mais t'as vu elle s'est trompée ! C'est pas CAFT. C'est CFAT. »

C'est mercredi dernier, j'accompagne Juliette, 11 ans, au centre pour y rencontrer ses parents entre autre sa mère, hospitalisée depuis deux mois, et qu'elle va revoir là.

Sa mère lui a écrit. C'est de cette lettre, qu'elle n'a pu ouvrir encore, dont elle me parle.

Je relance :

-« Oui, c'est en désordre. Est-ce que tu sais ce que veulent dire ces lettres là ? »

- « C – le centre ; A – activité ? »

- « Oui, on peut dire les choses comme ça. Et puis ? »

- « F – famille ; T pour Tata »

- « Alors si c'était ça, ça ferait quoi ? »

- « Ben, Centre d'Activité Famille et Tata. Le T ça le fait pas. Ca pourrait être le T de Tonton. Non je rigole. C'est quoi le T ? »

Je lui donne le T de thérapeutique

- « Est-ce que tu sais ce que ça veut dire ? »

-« Ben oui c'est comme quand t'as le rhume. Tu vas chez le docteur il te donne des médicaments. C'est ça la thérapeutique !! »

- « Ca voudrait dire quoi alors? »

Elle me regarde comme si vraiment j'étais la dernière des nulles qui ne comprend rien à rien.

- « C'est pour soigner »

- « Ah bon et on soigne quoi alors? »

- « La relation »

- « La relation ? quelle relation? »

- « Celle de moi avec mes parents »

- « Bon, c'est comme ça que tu penses les choses. Et alors on s'y prend comment ? »

- « Tu nous protège, mais qu'est-ce que tu as aujourd'hui tu comprends rien. »

- « Oui Juliette ça doit être ça »

Et elle ouvre l'enveloppe pour lire le courrier de sa mère.

Cette vignette clinique me permet d'introduire le propos de ma collègue Mme Sylvie Torres qui va vous parler plus avant de cette action de soin qu'est l'accompagnement thérapeutique.

Une action de soin : l'accompagnement thérapeutique

Pourquoi éprouve-t-on encore aujourd'hui le besoin de rappeler que le soin est une nécessité pour tous les enfants placés, quel que soit le type de placement ?

Vives et sans fin sont les controverses à propos de la pratique du placement familial, écrivait Myriam David, à la fin des années quatre vingt.

La transmission de cette nécessité d'un soin de l'enfant placé et la transmission de cette pratique thérapeutique complexe restent difficiles aujourd'hui et nous constatons toujours quelles défenses, parfois massives, cela suscite chez des professionnels.

Dans le cadre de la pratique du CFAT, nous utilisons comme outil de soin ce que Myriam David a appelé l'accompagnement thérapeutique.

L'accompagnateur de l'enfant, éducatrice, psychologue, assistante sociale, est présent auprès de lui dès la préparation de son placement. C'est cet accompagnateur, référent, responsable, qui va observer, témoigner et porter la problématique du placement de l'enfant. Car cette problématique est singulière, elle est propre à chaque enfant. Et des troubles relationnels de chaque enfant rien ne

peut être généralisé. Connaître ces troubles, être impliqué dans la problématique du placement de chaque enfant est le seul moyen d'établir un soin adapté à chacun.

Cet enfant qui n'a pu construire que peu de repères à travers les séparations déjà vécues, cet enfant désorganisé, vide ou sidéré, carencé, perdu dans une grande confusion a besoin de quelqu'un qui soit avec lui, engagé dans une relation qui lui apporte écoute, parole, soutien, regard. Car cet enfant qui a à se construire entre et avec ses parents, sa famille d'accueil, le service, a besoin plus que tout autre, d'étayages forts lui permettant d'avoir des liens et de se créer des objets d'attachement.

L'enfant a besoin que cette relation d'accompagnement thérapeutique soit fiable afin qu'il puisse s'y engager. Il a aussi besoin que cette relation existe dans la continuité c'est-à-dire qu'elle dure suffisamment longtemps pour lui permettre de s'aventurer dans son monde intérieur.

Accompagner l'enfant c'est utiliser un espace intermédiaire où l'enfant montre, à sa façon, ses désirs et ses craintes, ce qu'il peut éprouver, ce dont il doit se protéger. Et c'est pouvoir établir pour et avec lui des liens entre l'agi et le ressenti, l'aider à reconnaître, identifier, nommer les affects qu'il tend à repousser ou par lesquels il est dépassé. C'est aussi pour cet enfant découvrir peu à peu l'intérêt et la possibilité de dire.

Cette relation se veut dynamisante et elle est souvent intense. La relation d'accompagnement thérapeutique comporte bien des risques : risque d'enfermement, de toute-puissance, d'évitement, d'engloutissement ... Face à ces risques, l'observation est un outil précieux. L'attitude d'observation, observation des manifestations de l'enfant, observation des interactions, permet à l'accompagnateur de prendre de la distance, de ne pas être pris par les projections, les siennes et celles des autres.

L'accompagnement thérapeutique est une relation qui, comme on l'imagine, se construit peu à peu et les situations qui donnent lieu à l'accompagnement sont multiples.

L'une d'elle est l'accompagnement de l'enfant qui se sépare de sa famille d'accueil pour aller rencontrer ses parents, puis se sépare à nouveau, cette fois de ses parents pour retrouver sa famille d'accueil. L'accompagnement thérapeutique permet à l'enfant d'appréhender qu'il peut quitter et retrouver parents et famille d'accueil sans les perdre. L'accompagnateur peut alors être source de pensée parce qu'il est lien entre les présents et les absents. Il aide à établir des liens entre les diverses parties de l'enfant qui habituellement s'excluent les unes les autres.

Je passe la parole à Mme S. David qui va vous transmettre un temps de préparation de rencontre de l'enfant, Marius:

« Lorsque j'allais voir Marius, âgé de 3/4 ans, j'amenais toujours ses albums photos prises lors des rencontres.

Ces images étaient alors tellement inquiétantes pour lui qu'il refusait de les garder chez sa famille d'accueil.

Quand il a eu assez de force pour se souvenir et apprivoiser la réalité de ces temps de relation avec ses parents, il allait les chercher dans mon sac et nous nous racontions.

Cette évocation amenait alors toute une série de dessins, de commentaires : des chemins, des accidents, du rouge, une voiture cassée, des routes sur lesquelles on se perd, où l'on serait tout seul, marcher jusqu'à ne plus pouvoir avancer, dormir, peut-être mourir. »

Se séparer d'une famille pour en retrouver une autre, échanger, pour à nouveau se séparer. C'est dans ces temps de passage d'un lieu à l'autre, d'une famille à une autre que se mettent en acte, se jouent, se disent, les angoisses d'abandon et de séparation, les craintes et les envies de retrouvailles.

Temps de séparation : Marius quitte sa famille d'accueil

« Au moment de se séparer de sa famille d'accueil, Marius avait beaucoup de mal à se décoller du corps de son assistante familiale. C'était comme s'il s'enfouissait en elle. Je restais à côté d'eux et je racontais le trajet, à partir du moment où il me donnerait la main pour aller à la voiture jusqu'au moment où j'ouvrirai la porte verte du Centre.

Mon histoire finie, il coupait la relation à son assistante familiale, c'est-à-dire que pour lui elle devenait totalement transparente et comme un automate se dirigeait vers la voiture où une fois installé, il reprenait vie.

Il en était de même lorsqu'il devait se séparer de sa mère ».

La continuité de ce travail d'accompagnement a permis à cet enfant que les séparations ne soient plus des ruptures. La présence de l'accompagnateur, son empathie, son attention, sont un soutien qui facilite la capacité de représentation et permet à cet enfant un apprentissage de la permanence, permanence du monde extérieur et permanence des objets internes.

Le travail d'accompagnement thérapeutique se fait aussi, bien sûr, pendant le temps de rencontre.

« Marius a amené son repas.

Sa mère approuve avec enthousiasme son menu.

Marius commence à manger seul.

Elle le regarde, lui sourit. Elle tient un moment comme ça. Mais ne supportant plus, elle s'empare de sa main-cuillère.

Marius n'est pas content mais il suit le rythme imposé par sa mère. Il a très mal à sa main, la retire. Sa mère continue de lui donner à manger seule. Puis Marius refuse la nourriture.

C'est elle qui finira le reste du repas, tandis que Marius m'entraîne dans le jardin pour une partie de pêche aux têtards. Les têtards ont beaucoup souffert ce jour là. »

L'accompagnement thérapeutique consiste alors à reprendre avec l'enfant ce qui vient de se passer : mettre des mots, se questionner, tenter de donner du sens. C'est dire aussi à la mère le désir que son enfant a de lui montrer qu'il est grand,

qu'il peut faire un peu tout seul et que ceci lui est adressé à elle, la mère ; marque d'affection ou d'agressivité ? Mais c'est ce désir là qui est insupportable pour cette mère. Alors il faut tenter de trouver l'équilibre entre le tolérable et l'intolérable, éviter les passages à l'acte trop agressifs et préférer qu'elle engloutisse le repas plutôt que Marius.

C'est ce travail d'accompagnement autour des liens qui permet qu'au fur et à mesure des rencontres, existent des temps où les relations s'assouplissent un peu.

Au cours de ce travail, il est donc nécessaire de s'identifier, outre à l'enfant, à ses parents, et également à sa famille d'accueil ; d'être auprès des uns et des autres puis de prendre du recul.

Si les rencontres sont souvent épuisantes pour les enfants et leurs parents, elles le sont autant pour nous. Malgré notre formation, notre expérience professionnelle, nous aussi nous sommes tiraillés, agacés, en colère, vidés, aspirés, souffrants. Alors, même si l'enfant ne nous donne pas grand-chose à voir et à entendre, on peut tout de même supposer que notre état dit quelque chose de cette relation parents-enfant. Pour préserver l'enfant, il faut aussi écouter de ce côté-là.

La mère de Marius et le temps de rencontre.

« Au cours de ce trajet entre son domicile et la gare la plus proche du Centre, la mère de Marius est souvent malade, prise de vomissements. Arrive trop tôt, ou trop tard, parfois le lendemain, parfois elle oublie alors que par ailleurs elle fait le siège des services pour se plaindre encore et encore du peu de rencontre, de notre présence continue,,, être dans la plainte, jamais dans la demande. Mais le fait est que jamais Marius ne peut savoir à l'avance si sa mère sera là ou pas. Etre là, avec lui, aussi dans l'absence et le pousser à penser le pourquoi de cette absence. Etre disponible pour recevoir sa réponse quelle qu'elle soit et laisser à l'autre, le parent, la place d'y répondre.

Ces ratés, ces plaintes témoignent de leur souffrance à être séparés, de la désorganisation psychique que provoquent les rencontres et parfois de leur impossibilité à rencontrer leur enfant : pour se protéger eux mais aussi l'enfant. »

Lors des rencontres, l'accompagnement se fait aussi du côté des parents. Car l'enfant a besoin de voir que son parent n'est pas seul, qu'il n'est pas lâché et qu'il n'est pas considéré comme mauvais. Soutenir le parent, le contenir, repérer et prendre en compte ses manifestations de souffrance, c'est aider l'enfant.

Les familles d'accueil, elles aussi, sont mises à mal par la problématique du placement. De leur place prépondérante, elles sont attaquées, rudoyées par l'intensité de la pathologie du lien. C'est dans une collaboration étroite, dans le souci commun de l'enfant, que sont pensées avec elles les discontinuités, les risques de ruptures, l'indifférenciation, le collage, les évolutions, les progrès.

Enfin le travail en équipe pluridisciplinaire est, nous le savons, essentiel. Il permet de se décentrer. Il nous met à distance des situations pour mieux y revenir, pour trouver la force de regarder la souffrance des enfants, mieux observer, penser,

élaborer des réponses complexes à des troubles de la relation à chaque fois uniques et multiformes.

Prendre du recul certes, et surtout comprendre que paradoxalement, tous ces ailleurs nous ramènent à l'essentiel : prendre soin de cet enfant, séparé et placé.

Je passe la parole à Mme Anne-Marie Merlet qui va pouvoir dire quelques mots du CFAT aujourd'hui et passer le relais aux intervenants suivants.

Le devenir du Centre Familial d'Action Thérapeutique

Parler de l'évolution du CFAT c'est déjà ouvrir la discussion de cet après-midi.

Tout d'abord, nous pouvons affirmer que l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} (ASM 13) a offert à ce service une souplesse extraordinaire qui a permis d'en faire une institution originale en même temps qu'un lieu de recherche. Le CFAT a eu la possibilité d'accueillir des enfants relevant du secteur de la protection de l'enfance avec les moyens de la pédopsychiatrie.

Mais nous remarquons également qu'une institution, sortie de sa période de créativité, longue certes, se banalise et se trouve même contestée. Des obstacles, des résistances dans le cadre même de l'ASM 13 ont entravé le développement, l'évolution du CFAT et ont même conduit à une réduction de son activité. Des questions d'ordre théorique ont pesé. Ainsi, dans le champ de la psychanalyse, est mis en avant l'antinomie du soin pour des enfants séparés de leurs parents et ce d'autant qu'ils le sont « sous contrainte » (décisions du juge et de l'Aide Sociale à l'Enfance). Les choix cliniques ont généré des restructurations. Le contexte socio-économique actuel a imposé des orientations nouvelles en particulier la nécessité de définir les territoires de l'intervention sanitaire, pédo-psychiatrique, médico-sociale, éducative, sociale et familiale.

Quarante ans après la création du CFAT, avec plus d'expérience, plus d'outils conceptuels, du recul et un héritage conséquent, nous nous retrouvons devant les mêmes questions, évoquées par A. Sermot :

- la question de la formation des familles d'accueil devenues des assistants familiaux. A nouveau cette formation est ressentie comme menaçante pour les équipes alors qu'elle contient beaucoup d'aspects positifs, dans la mesure où il s'agit d'accroître les compétences des accueillants et de réunir encore plus de professionnels à l'écoute des besoins et des difficultés des enfants et leurs parents.

- la localisation du service liée à la question de la « bonne distance » ;

- la durée des accueils liés à la question fondamentale des indications dans le secteur pédo psychiatrique ;

Autant de thèmes de réflexion à travailler.....

Je passe maintenant la parole à Madame le Dr Lamour, Messieurs Jean-Pierre Kieffer, Vincent Ramon, à Madame le Dr Rottman, qui ont soit partagé le travail avec Myriam David soit prolongé sa pratique, ils vont apporter leur contribution et compléter, et pourquoi pas, discuter, notre intervention.

DISCUSSION 1

M Jean-Pierre Kieffer

Je vais parler de la pratique du placement familial où je travaille, qui accueille 150 jeunes de 0 à 21 ans, avec une équipe qui essaye de tendre vers l'accompagnement de soin. Mais quand un intervenant a 23 jeunes en responsabilité, quand un Pédopsychiatre est là 1 après-midi par semaine, une Psychologue à mi-temps, 75 Assistantes familiales et tous ces enfants étant confiés par les Juges pour enfant ... Donc effectivement, le Professeur Soulé a évoqué ce matin l'histoire du placement familial et la préhistoire, mais on n'en est pas très éloigné encore. On voit bien que les pratiques sont encore disparates, des formateurs de placement familial sont là, l'ANPF est présente et tente de prendre le relais me semble-t-il pour tout ce qui est du placement familial de la protection de l'enfance, mais tous les jours nous devons nous questionner sur nos pratiques.

Alors, quoi rajouter après ce qui a été dit depuis ce matin. Qu'effectivement la formation est à mon sens la chose essentielle en placement familial, ce n'est pas parce qu'on a un diplôme d'Educateur Spécialisé, d'Assistante Sociale que l'on peut pratiquer le placement familial qui nécessite des formations complémentaires. Dans le service que je dirige nous avons la chance d'avoir une équipe d'intervenants qui travaille depuis plus de 10 ans pour certains, et qui ont suivi, comme j'ai pu le faire moi-même, les cours du COPES qui, à l'époque, étaient sur 2 ans, sur *Le placement Familial – l'enfant séparé de son milieu naturel*. Ensuite on a pu travailler – et je remercie Anne-Marie Merlet de m'avoir invité - parce qu'ici j'ai participé pendant des années au séminaire de Myriam David, et ensuite à la formation des Assistantes Familiales à laquelle elle était plus qu'attachée. Grâce à Anne-Marie Merlet, Myriam David a pu venir dans notre service pour nous accompagner dans notre questionnement autour de la souffrance de l'enfant, de la séparation, de ce travail sur le lien, de ces espaces de rencontre que malgré tout nous essayons de mettre en place dans « la maison ». J'avais été frappé, en allant à Soisy, par l'aspect contenant de cette maison avec ce jardin et cet espace où on avait l'impression qu'il faisait bon rencontrer ses parents avec l'accompagnement qui allait de paire. Et j'ai pu, lors du déménagement du service obtenir un jardin, et nous voyons bien que les espaces dans les lieux de rencontre avec les parents et les enfants en présence des accompagnants est essentielle. Et l'accompagnement de l'intervenant, ou du référent d'une famille à l'autre doit être dans le travail de la protection de l'enfance. Parce que je ne me situe pas toujours dans l'idée du soin. En sachant que Myriam disait que le soin est fait par tout le monde et que ce sont des « reprises » qui devraient être après aidantes. Mais l'enfant n'est pas confié à une Assistante familiale, l'enfant est confié à un service et ce service doit mettre en place un certain nombre de protections et d'accompagnements pour faire sens et essayer de lui donner les meilleures conditions d'accueil.

Néanmoins, je voudrais faire part de l'évolution sociétale dans laquelle nous nous trouvons et de l'évolution des textes.

Je crois que nous, praticiens de placements familiaux, avons traversé de grandes souffrances. Vous l'avez évoqué, la souffrance est effectivement au niveau des enfants lors de la séparation mais elle est également au niveau des équipes. La souffrance c'est qu'à un moment donné on a beaucoup entendu dire que le

placement n'était pas nécessaire et qu'il fallait éviter que les enfants soient placés ce qui nous paraît être une aberration et vous le savez mieux que nous, praticiens thérapeutiques, que la prévention et les placements précoces sont utiles. Aujourd'hui ce n'est pas forcément le cas. Les enfants qui arrivent en placement familial ont beaucoup souffert de traumatismes et de carences, ils arrivent en très mauvais état, ça c'est une réalité.

La deuxième réalité c'est qu'il y a eu un certain nombre d'écrits et de travaux sur les pratiques professionnelles – je fais référence au rapport Naves Cathala, au rapport Deschamps – et puis nous avons pu utiliser la loi 2002-2 comme un levier d'évolution. Cette loi qui a replacé l'usager ou la personne au centre des débats a permis dans nos services d'élaborer de nouveaux projets de service ce qui doit donner du corps, du sens, définir des valeurs et regarder ce qui est positif chez un enfant plutôt que, comme souvent dans le social, faire l'état de ce qui ne va pas au détriment de ce qui va bien. Donc regardons l'enfant avec un regard positif et essayons de l'accompagner ainsi que sa famille dans ce dispositif.

Et puis l'autre aspect que nous avons personnalisé, c'est que dans les services il faut qu'il y ait un projet individuel de l'enfant. Ce projet individuel de l'enfant c'est le lieu où toutes les personnes qui gravitent autour de lui sont réunies pour faire le bilan. Le bilan du quotidien, le bilan du soin, le bilan de l'accompagnement. On a à rendre compte aux parents de ce travail parce que même si les enfants sont confiés par les juges pour enfants vous savez que l'autorité parentale est quelque chose qui a été renforcé et que l'on respecte. Je crois que c'est une évolution importante pour la prise en charge des enfants et du respect des personnes.

Et puis il y a un autre aspect que je voulais souligner. C'est la révolution de la place des assistantes maternelles qui sont devenues des assistantes familiales, avec des aspects positifs mais également des questionnements que nous pouvons avoir, en particulier à l'ANPF, autour de leur position. C'est-à-dire que ce sont des travailleurs sociaux à une place singulière, la nécessité d'un stage préparatoire à l'accueil (60 heures) permettra à ces nouvelles professionnelles d'être prévenues, accompagnées sur les risques de ce métier. Et faisons en sorte que ces 240 heures de formation apportent la distance nécessaire pour les assistantes familiales. Dans un contexte où les services mettent en place de plus en plus fréquemment des relais parfois à la demande des assistantes familiales débordées par les émotions ou par « l'étrangeté » de l'enfant accueilli, parfois pour permettre à l'enfant d'avoir « un ailleurs » indispensable. Donnons du sens à ces pratiques pour éviter les discontinuités.

Merci.

Dr Martine LAMOUR

Bonjour. Je suis tout à la fois émue et intimidée aujourd'hui. D'abord parce que sont réunis ici des professionnels qui se sont beaucoup engagés – Françoise Jardin a prononcé ce mot engagement et je pense qu'il est très juste – et ont beaucoup œuvré pour les enfants les plus exposés à être oubliés voire exclus des systèmes de soins. Myriam David et Serge Lebovici, absents mais si présents parmi nous, Geneviève Appel, Michel Soulé, Marceline Gabel, mais aussi Hana Rottman, Françoise Jardin, Janine Huxley et bien d'autres...

Michel Soulé, je relisais récemment l'article que vous avez écrit en 1971 avec Jeanine Noel, « Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance »², et j'étais frappée par sa pertinence et son actualité en ce qui concerne l'accès aux soins psychiques pour les enfants placés.

Je voudrais dire aussi que l'équipe du CFAT, qui a présenté son remarquable travail, m'a beaucoup appris. Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour saluer le courage qu'il a fallu à ces professionnelles pour maintenir le cap thérapeutique dans les turbulences qu'elles ont traversées après le départ d'Hana Rottman. Elles n'ont pas cédé à la désespérance, ce qui me paraît essentiel du point de vue des enfants accueillis qui ont autant besoin de leur accompagnement thérapeutique.

Les organisateurs m'ont demandé de parler des situations pour lesquelles, à l'Unité³, j'avais posé l'indication d'un placement familial thérapeutique au CFAT. Vous en avez déjà eu une illustration avec Marius, que j'ai connu avant même qu'il naisse et qui a pu être admis très tôt au CFAT ; il a maintenant 14 ans et j'ai été heureuse d'apprendre qu'il allait bien.

APPEL AUX SOINS : ETRE THERAPEUTIQUE OU NE PAS ETRE

Quand Myriam a créé l'Unité¹ en 1975, elle pensait qu'« aller vers » les nourrissons et leur familles en grandes difficultés le plus précocement possible était la seule façon de prévenir les perturbations relationnelles graves qui évoluaient souvent, comme on l'a vu, vers une intolérance mutuelle sanctionnée par la séparation avec placement de l'enfant, dans des conditions souvent traumatisantes pour lui et ses parents.

Cependant, certaines situations adressées à l'unité¹ ont peu à peu dessiné les limites de notre intervention, soit en cours de traitement, soit dès le début de la prise en charge. Dans tous ces cas, le nourrisson était en danger, tant physiquement que psychiquement, ainsi que ses parents, désorganisés par la rencontre avec un bébé de chair et de besoin.

La séparation physique, la distanciation de l'enfant de ses parents et son accueil au CFAT, dans une perspective de long terme, s'imposaient pour nous comme l'indispensable mesure thérapeutique, associée très souvent à une mesure de protection judiciaire.

Notre filiation commune a favorisé les échanges entre nos deux équipes (Centre Myriam David et CFAT) et a permis que la préparation de ces placements se fasse dans de bonnes conditions tant pour l'enfant, les parents que pour les professionnels, ce qui mérite d'être souligné.

Dans ce travail conjoint, j'ai beaucoup appris de vous, équipe du CFAT, et je vous en remercie.

² Soulé M., Noel J., (1971) « Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance », Psychiatrie de l'enfant, 2, Vol 14.

³ Centre Myriam David, Fondation de Rothschild, 76, av Edison, 75013 Paris.

Notre approche à l'unité nous a permis de clairement identifier les caractéristiques des situations qui nous faisaient poser l'indication de placement. C'est ce que vous m'avez demandé de traiter aujourd'hui.

I QUELLES SONT CES SITUATIONS ?

Elles se caractérisent par l'intensité de la souffrance de tous les partenaires : bébé, parents, professionnels. Cette souffrance s'origine dans la pathologie du lien et les troubles de parentalité.

1-1 Au niveau de la famille

La souffrance psychique et affective des bébés et des parents, dans la rencontre, est au premier plan.

Observer et accompagner leurs relations nous fait pénétrer dans un monde :

- où des bébés évitent du regard leur mère pour s'agripper à celui des soignants,
- où ils tentent de s'échapper du corps maternel en se raidissant ou en se faisant mous, comme pour "s'en écouler" .
- où la proximité physique est dangereuse pour la mère et le bébé, entravant la construction du lien.

C'est un monde

- où des bébés ne semblent rien attendre de l'autre et se font oublier.
- où, privés de nourritures affectives, ils s'arrêtent de grandir,

C'est un monde

- où les soins se font au gré des impulsions parentales et non des besoins de l'enfant,
- où des bébés maternent des mères folles, inversant les rôles parents-enfant.

C'est un monde

- où la haine, où la peur du bébé réel coexistent avec l'attachement au bébé imaginaire.
- où les mères, mais aussi les pères se sentent si persécutés par leur bébé de chair qu'ils le négligent et le maltraitent

C'est un monde où il n'est pas possible d'être à 3, un père - une mère - un bébé, d'être une famille, d'être en famille.

C'est un monde étrange, qu'on voudrait être d'une autre planète (celle des ogres, des sorcières, du roi des aulnes) et qui pourtant appartient à la nôtre.

C'est un monde qui pulvérise nos repères habituels

Comme l'a si bien montré Myriam David, il nous confronte à des bébés et à des parents bien loin de nos représentations habituelles :

1-1.1 *L'enfant*

- Soumis à des conditions de vie que nous percevons intolérables au regard de ses besoins, le bébé s'adapte et survit. Loin d'être passif, il lutte activement face à cet environnement adverse. Ses signes de souffrance sont d'abord un

appel à l'aide ; ils témoignent d'un déséquilibre entre lui et son environnement et de ses tentatives d'y faire face.

- Ces processus adaptatifs sont très coûteux pour son développement en allant à l'encontre des processus maturatifs.

Ces nourrissons nous ont appris :

- À « Penser l'impensable », pour reprendre l'expression de Selma Fraiberg (1981). Ils n'ont pas autour d'eux des adultes qui les "portent" physiquement, mais aussi psychiquement dans le temps et l'espace. Ils ne trouvent pas de contenant à leurs angoisses, à leurs émotions. Tous les moments de transition et de changement, du plus quotidien au plus exceptionnel, ne sont pas préparés, entourés, organisés, afin que l'enfant ne se sente pas morcelé, démantelé, comme étranger à lui-même. Leur vie psychique en est profondément attaquée.
- D'où l'extrême importance de la continuité des liens et de la continuité du soignant référent du placement qui accompagne l'enfant dans la création de nouveaux liens et dans l'articulation de ces liens avec ceux déjà existants.

Ces nourrissons nous ont appris :

- Qu'un enfant peut s'attacher à un parent maltraitant, négligent : ce n'est pas la qualité de la parentalité qui détermine la force du lien.
- Que, dans ses interactions au quotidien avec sa figure d'attachement, il développe une représentation de lui-même et de l'autre en relation avec lui. Ainsi, un enfant exposé à des carences, développera une représentation de lui-même comme quelqu'un d'inactif sur son environnement, ses comportements n'ayant pas le pouvoir de réguler l'interaction, et de sa mère comme une personne sur qui il ne peut pas compter, qui n'est pas source de réconfort. Non seulement il ne pourra pas acquérir le sentiment d'être compétent, mais aussi il se vivra comme un mauvais enfant, qui ne sait pas se faire aimer.

Ces nourrissons nous ont appris :

- Qu'un bébé peut entraîner l'adulte qui l'accueille, comme l'assistante familiale du placement, dans des relations marquées par les mêmes perturbations que les relations à sa mère, car il a déjà intégré très précocement (dans les premiers mois) des modes relationnels qui l'exposent, dans toute nouvelle relation, au risque d'être de nouveau rejeté, négligé, maltraité, abusé. D'où les échecs à répétition des placements familiaux.

Changer l'enfant d'environnement ne suffit pas, ni même un simple accompagnement éducatif et social du placement. L'accueil de ces enfants dans une famille nécessite un traitement spécifique de la nouvelle relation qui s'instaure afin de protéger l'enfant et de prévenir les ruptures de placement.

1-1.2 Les parents

Les parents, eux aussi, sont très loin de nos représentations habituelles de « bons parents » qui ont des difficultés passagères avec leurs petits.

Ce sont des adultes psychotiques, gravement carencés, ou borderline. Quand ils ne présentent pas de troubles psychiatriques évidents, diagnostiqués

comme tels, tous ces adultes ont en commun de dysfonctionner gravement dans leur rencontre avec un bébé de chair et de besoins.

Dans les familles à problèmes multiples par exemple, tout lien est menaçant et menacé de rupture. Ces hommes et ces femmes portent en eux la détresse du bébé qu'ils ont été et qui s'est construit dans un chaos relationnel. Devenus des adultes avec un attachement désorganisé, ils ont de grandes difficultés à faire confiance à l'autre, et à ne pas ressentir la proposition d'aide comme une menace. Ils ne peuvent pas se représenter que nous nous intéressons à eux en tant que personne, que nous pouvons partager émotionnellement leurs ressentis et comprendre ce qu'ils vivent. Leur compétence à l'intersubjectivité n'a pas pu se développer, déshumanisant ainsi leur vécu de la relation à l'enfant et à l'environnement.

Leur vie psychique et affective en est profondément bouleversée. Leur psychopathologie les empêche de percevoir leur bébé comme un individu différencié, et par là même d'assurer des soins parentaux adéquats. Ils ne trouvent pas, en eux, de réponse aux besoins fondamentaux de leurs enfants. Ces parents sont malades dans leur parentalité et dans leurs liens. Parler de troubles graves de la parentalité, c'est reconnaître l'existence d'une psychopathologie de la parentalité, qui impose une évaluation et un soin psychiatrique. D'où les limites et le danger d'une intervention uniquement éducative et sociale .

1-1.3 La pathologie du lien parents-enfant

La pathologie du lien parents-enfant est au cœur de ces problématiques. Elle se caractérise par des troubles graves de l'attachement et une altération des processus intersubjectifs.

La vie s'apprivoise douloureusement, les liens mettent en péril, l'empathie s'éteint. Notre clinique nous a montré que les formes variées que revêt la pathologie relationnelle parent-nourrisson se retrouvent dans les relations famille-professionnels et dans les relations entre professionnels.

Avec les familles carencées :

Les alternances de mouvements fusionnels et de mises à distance de l'enfant par sa mère, se retrouvent dans l'alternance des mouvements d'investissement massif et de désinvestissement brutal de ces familles par les intervenants.

Les carences narcissiques précoces dont ont souffert l'enfant et ses parents exposent les professionnels constamment à ne pas voir, à oublier l'enfant réel et sa détresse.

Dans ces situations, il nous faut accepter que le lien soignant-soigné, et plus généralement le lien professionnel-partenaire familial soit susceptible de devenir pathogène et destructeur (Kaës, 1996), à l'opposé de nos objectifs initiaux.

Les relations entre professionnels sont aussi touchées. Dans les réunions du réseau (PMI, Services sociaux, judiciaires, psychiatriques), nous rejouons souvent entre nous, comme dans un psychodrame, la problématique familiale. Les émotions sont vives ainsi que les tensions. Le temps de l'émotion prend trop souvent le pas sur le temps de l'évaluation.

Les dysfonctionnements interactifs parents-nourrissons-professionnels témoignent de la souffrance de l'enfant, de ses parents et des professionnels. Les stratégies adaptatives que chacun développe ne font le plus souvent qu'aggraver le dysfonctionnement : les partenaires "soignent le mal par le mal ».

Nous sommes tous exposés à cette pathologie du lien, quelles que soient notre formation et nos institutions.

Étant donnée la violence des émotions négatives en jeu, notre empathie est mise à rude épreuve. Il faut nous protéger de ses affects trop pénibles. Aussi retrouve-t-on chez les professionnels, les mêmes mécanismes de défenses que dans la famille (Sarfaty et al, 1998) : déni, clivage, projection.

La souffrance des professionnels est d'autant plus grande que les troubles graves de la parentalité les confrontent à un monde qui attaque les repères fondateurs de l'humanisation : « tu ne maltraiteras pas ton enfant , tu ne le tueras pas ; tu n'auras pas de désir sexuel à son égard ». Ils en sont profondément fragilisés et déstabilisés.

II LA SEPARATION

Nous le sommes d'autant plus qu'à la souffrance des liens est étroitement intriquée la souffrance que génère la séparation du jeune enfant de sa famille, quand se réalise le placement

Dans ces familles, "se séparer", donc opérer une distanciation physique, atteint parents et enfant au cœur de leur problématique, au cœur de leur fragilité! Aussi tout mouvement de séparation-individuation de l'enfant est vécu comme dangereux, comme l'ont très bien montré Sylvie Torres et Sylvie David.

André Carel souligne que dans les familles qui nous mettent le plus à mal, il est incestuel de s'attacher et mortel de se détacher, et/ou à l'inverse : l'attachement ne peut s'effectuer que sur le mode incestuel et le détachement que sur le mode destructif.

« Il s'ensuit ce que nous connaissons bien, à savoir la répétition et l'intrication de conduites violentes, destructives et incestuelles, d'abandon et d'intrusion, de rupture et de capture, de clivage et de collage ».

(Carel, Medjahed, 2000 ; p. 126)

La séparation, c'est inévitable, est source de souffrance pour l'enfant et ses parents. Reconnaître l'existence d'un lien entre les parents et l'enfant, aussi pathologique et pathogène qu'il soit, permet d'alléger les angoisses de perte suscitées par la séparation.

- l'enfant se construit dans le lien avec ses parents. L'existence et la force de ce lien vont être à la source des signes de souffrance chez l'enfant et, peut-être, d'un vécu d'arrachement, d'amputation d'une partie de lui-même, qui vont s'exprimer à la séparation.

Comprendre ce que représente ce lien pour l'enfant, tant dans ses aspects positifs que négatifs, est la condition préalable à toute intervention directe concernant l'enfant.

- les parents nouent un lien affectif à leur enfant, lien noué parfois plus avec l'enfant imaginaire qu'avec le bébé de chair, mais qui n'en n'est pas moins fort. D'où leur souffrance à la séparation.

Quand l'indication de placement est posée précocement, dans la première année de vie (comme ce peut-être le cas à l'unité parce que nous, nous voyons des nourrissons - par exemple pour Marius, pratiquement dès la naissance), elle est souvent vécue comme un échec par les professionnels (Lamour, 2003). Écartelés qu'ils sont entre le « fantasme de soignant idéal » qui ne place pas les enfants, alimenté par des circulaires d'une part, et d'autre part la confrontation, dans la réalité, à la violence de la pathologie de la parentalité et du lien, qui impose la protection de l'enfant et la distanciation. On retrouve là l'incompatibilité entre pratique et éthique professionnelles, identifiée par Odette Masson (1990) comme un des facteurs de risque du syndrome d'usure, le « burn-out ».

Le sentiment d'échec et de dévalorisation que ressentent les professionnels est aussi produit par l'approche des carences sévères où la sous-alimentation narcissique, caractéristique du lien parent-nourrisson, les atteint aussi. La disqualification des professionnels fait écho à la disqualification des parents.

Ainsi, il apparaît qu'il faut tout autant accompagner les professionnels que les parents et les enfants dans ces situations. Au CFAT comme au Centre Myriam David, Myriam a ressenti cette nécessité d'accompagner les professionnels et en a fait un des axes majeurs du dispositif thérapeutique.

Tous les processus psychopathologiques que je viens de décrire et qui sont très complexes comme vous l'avez vu, appellent un soin psychiatrique le plus précocement possible. Quand on prend la mesure de ces processus à l'œuvre, on ne peut pas se représenter un accueil qui n'intègre pas la dimension thérapeutique. C'est pourquoi le CFAT, tel que l'a conçu Myriam, est un outil indispensable dans notre pratique.

CONCLUSION : ÊTRE THÉRAPEUTIQUE OU NE PAS ÊTRE

Je voudrais conclure sur « être thérapeutique ou ne pas être ».

Myriam, dans sa postface de son ouvrage princeps « Le Placement Familial, de la pratique à la théorie », réédité en 2004, cite, parmi les facteurs de nuisance qui s'opposent au progrès des accueils des enfants :

« *La méconnaissance de la nature des troubles* qui sont à l'origine des placements au long cours et de leurs conséquences sur le déroulement du placement est le point central et crucial auquel on se heurte. Elle conduit à de graves erreurs de pratique, entre autres à propos du repérage bien trop tardif des troubles de la parentalité, ce qui rappelons-le, génère des urgences, et à propos également de l'aménagement des rencontres, et surtout de la non-instauraton de la fonction thérapeutique de l'équipe, etc.... » M David 2004 ; p 443.

La non-instauraton de la fonction thérapeutique de l'équipe a de redoutables effets comme le montrent les modes de réponse qui se situent encore essentiellement dans le registre social et médico-éducatif, sans prendre en compte la dimension psychopathologique. Ce qui a pour résultat de nombreuses ruptures de vie. Ces enfants vivent une errance relationnelle : placés, déplacés, replacés, ce sont des « sans relation fixe ». Ces SRF traversent des paysages relationnels en trop grand nombre pour ne pas en ressentir une solitude profonde et déshumanisante.

Toujours dans la postface de son ouvrage princeps réédité en 2004, Myriam formule le vœu que « tout placement familial dit « social » soit converti en placement familial thérapeutique ». Cela reste d'actualité. Toujours sur le métier remettons notre ouvrage, mais en nous mettant à l'heure de l'horloge psychique de l'enfant (Berger M.) ; le développement de l'enfant n'attend pas.

CAREL A., MEDJAHED M. (2000) Le traitement à domicile. Une forme de thérapie familiale. *Groupal*, 6, 123-142.

FRAIBERG S. (1981). Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. Tr. Française. *Devenir*, 1993, 5, 1, 7-29.

KAES R. (1996) Souffrance et psychopathologie des liens institués. Une introduction. In R. Kaes et al, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod.

LAMOUR M. (2003) La souffrance des professionnels confrontés aux séparations précoces. In M. Blazy, A. Debourg, C. Mignot, (Éds), *Séparation précoce : rapt, échec ou soin? Ramonville* : Erès, Collection mille et un bébés.

MASSON O. (1990). Le syndrome d'épuisement professionnel. Burnout. *Thérapie familiale*, Genève, 11, 4, 355-370.

SARFATY et al. (1998). Le vécu des professionnels dans des situations médico-sociales lourdes impliquant de jeunes enfants. DASSES Val de Marne.

M Vincent RAMON

« *La clinique en Protection de l'enfance ,c'est assumer le vide qui nous effraie parce qu'il nous renvoie à nos responsabilités face à la complexité des situations.* »
M. Lavoué¹

Je suis chef de service au *Service spécialisé en Placement familial* sur Lille, baptisé « Entr'actes ». Nous avons ainsi nommé notre service pour éviter de renforcer le clivage néfaste, mais toujours actuel, entre le placement familial comme modalité d'hébergement² et le placement familial structuré selon des perspectives de soins telles qu'elles sont préconisées dans l'ouvrage "Parents, enfants, famille d'accueil"³.

40 années se sont écoulées depuis la création du Placement familial thérapeutique par Myriam David dans le 13^{ème} arrondissement de Paris sans que l'on parvienne à généraliser de façon significative l'avancée des connaissances pratiques et théoriques et les traduire en organisation dans ce domaine, domaine qui pourtant représente numériquement plus de la moitié des Prises en charge d'enfants en Protection de l'Enfance.

J'apprécie la possibilité qui nous a été donnée de créer et de travailler dans un service à taille humaine (30 enfants suivis), disposant d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une psychologue, de trois éducatrices qui ont en référence 10 enfants chacune, de quelques heures d'un pédopsychiatre, de 20 assistants(es) familiaux(ales) et d'un chef de service. Dans le contexte actuel travailler dans un

¹ M. Lavoué –colloque ANPF -l'évaluation en Placement familial -Rennes 2004

² Alain Boucher Colloque ANPF 2003-*La dimension Institutionnelle du placement familial*- on dit encore que l'enfant est « placé dans une famille d'accueil », sous-entendant que les vertus du placement sont liées au seul accueil. Journées d'études ANPF de PARIS –dessine- moi un placement familial 2003

³ *Parents, enfants, familles d'accueil* -sous la direction de Myriam David

service qui laisse une place centrale aux dimensions cliniques apparaît souvent comme un luxe générant des phénomènes d'envies potentiellement destructeurs aux yeux de nos partenaires de l'ASE.

La question de cette journée consiste à s'interroger sur l'avenir de la clinique. Travaillant dans le secteur social, je poserai la question différemment : « quel avenir du social sans la clinique » ?

Quand j'ai commencé à découvrir le domaine du Placement familial il y a douze ans, j'ai dû « rentrer en résistance » contre une forme d'instrumentalisation des prises en charges dites « spécialisées ». Les demandes adressées au service s'inscrivent dans une chaîne marquée par la gravité des problématiques à l'aune de la gravité des symptômes. Souvent, cependant les pratiques sociales en amont prolongent ou alimentent des situations de ruptures, de mal-traitement qui sont insuffisamment interrogées.

La plupart des demandes qui sont faites aux services spécialisés relèvent de situations où les parents sont dans l'incapacité de construire un espace psychique autonome, soit en lien avec leur pathologie soit parce qu'ils ont besoin de leur enfant comme prolongement narcissique. L'enfant est inconsciemment appelé à prolonger le malheur de ses parents qu'on pourrait entendre comme le « heurt qui fait mal ». L'enfant est appelé à soulager les traumatismes non élaborés dans les générations qui l'ont précédé.

Comme l'observe Hana Rottman, la carence lourde chez les parents produit des effets gravissimes sur leurs enfants, tenus de s'identifier au miroir tendu par leurs parents comme si cela pouvait tenir lieu d'appartenance et d'identité.

Le premier acte de résistance, c'est le refus de l'urgence, le refus de penser l'équation naïve : enfants en grande difficulté = placement familial spécialisé, réduisant au passage, au risque de la perdre, la question de la subjectivité des acteurs, usagers (parents et enfant) et professionnels au profit d'une « solution » formulée par : « est-ce que vous avez de la place, je cherche une famille spécialisée? » Il y a là quelque chose de difficile à reformuler mais essentiel : au lieu de la phrase rituelle « Y a-t-il de la place », nous souhaitons introduire d'autres questionnements comme quelle place manque-t-il à cet enfant dans la relation avec ses parents, quel vide du désir et de sens s'installe-t-il dans sa prise en charge actuelle, jusqu'où le cadre de sa prise en charge permet ou non que les difficultés personnelles et familiales soient prises en compte ?

L'hébergement éducatif dévolu aux uns et les soins réservés à d'autres, voilà bien le malentendu tenace qui sépare encore les conceptions du placement familial et qui perpétue des formes de maltraitements, institutionnelles cette fois, qui se développent par l'exclusion des données cliniques, l'absence de regard critique et évaluatif sur les effets des systèmes, le cloisonnement des institutions, l'absence de cadre institutionnel. L'enfant est plus facilement l'objet de dysfonctionnements institutionnels quand les acteurs sociaux sont insuffisamment étayés dans leurs pratiques.

Le « mal-entendu », ce sera l'enfant pris dans l'incompréhension générée par les effets des systèmes qui confinent à une forme de dé-subjectivation quand cela ne tient pas du refoulement appliqué aux pratiques sociales. L'exemple caricatural bien connu c'est le « passe à l'autre qui passe à l'autre qui... » sans qu'il ne devienne

possible de transformer le passage en essai, l'essai en transformation, pas étonnant alors que tout s'emmêle. S'inscrivent alors l'escalade de symptômes, des ruptures qui transforment l'enfant en « patate chaude » ce qui dissuade les protagonistes de s'engager par crainte de se brûler le doigts, par désespérance d'aller à la rencontre.

Le second acte de résistance, c'est de mettre en place une évaluation rigoureuse¹ qui ouvre un espace qui loin de simplifier va complexifier. Il s'agit d'entendre la souffrance des acteurs, ceux qu'on appelle à présent les « usagers » (-parents et enfants-) parfois celle des professionnels également pris dans des identifications à la souffrance de l'enfant ou/et celle des parents, alors qu'ils sont souvent isolés dans le travail, privés de support d'équipe et de supervision. L'évaluation ce sera de tenter d'entendre ce que pense chacun afin de chercher à (re)mettre de la pensée, à problématiser sur des bases qui engagent les acteurs dans une possible subjectivation. Ce sera tenter de favoriser par l'écoute et l'élaboration de ce qui fait souffrance sans éluder la responsabilité et l'engagement. Si l'évaluation précède toute admission et peut prendre en compte les parents afin d'installer le sens de ce qui peut être tenté, cette pratique autorise dans la plupart de situations un minimum d'alliance avec les parents parce qu'il y a de la place pour une certaine reconnaissance et pour de l'énonciation. Comment comprendre que des parents nous remercient après quelque temps ?

Le redémarrage par l'écoute d'un travail clinique ne peut se faire qu'à la condition de prendre en compte les subjectivités et se dégager d'énoncés qui encombrant le travail sur la résonance des problématiques sur nous-mêmes au profit d'une objectivation descriptive, prescriptive et prédictive.

A partir de là, le travail clinique est à l'œuvre s'il dispose d'une enveloppe faite d'un cadre institutionnel, d'un cadre à penser avec ses références, un travail en équipe conçu comme « *la possibilité de mettre en jeu la subjectivité des acteurs, en dépassant la culpabilité de la faute pour accéder à un autre savoir, différent du savoir de maîtrise, le savoir de l'énonciation : y voir plus clair chez l'autre passe par soi-même* »¹. Par le travail en équipe peuvent se construire des hypothèses, s'exprimer des contradictions et des paradoxes, se déprendre des identifications, entendre les répercussions des psychopathologies sur nous-mêmes, accepter d'être en échec, accepter d'être celui sur lequel se projette la partie mauvaise du fonctionnement psychique clivé etc... pour construire une narration, « un récit non de ce que chacun pense de l'enfant mais de ce qu'il vit à ses côtés »⁴.

Troisième motif de résistance je le situerai du côté des politiques en Protection de l'enfance et des pratiques sociales.

On peut observer que les institutions s'enferment jusqu'à un certain degré dans leur idéologies et leur rigidités respectives qu'elles soient judiciaires, sociales (ASE) et medico-sociales, ce qu'on peut nommer pour simplifier les "logiques institutionnelles".

Par exemple, une décision d'éloignement peut devenir d'emblée caduque si les besoins et les modalités de distanciation n'ont pas été évalués, si les motifs de séparation ne sont pas explicites, si les problématiques n'ont pour seule évaluation que mettre à l'abri du danger.

¹ L'Association Nationale des Placements Familiaux recommande la mise en œuvre d'une évaluation préalable à toute admission. L'évaluation doit pouvoir déterminer si l'indication peut être retenue ou non.

¹ Arlette Pellé – énoncés /énonciations article tiré d'un colloque du Grape -colloque du Grape 2004 "Au fil de la parole des groupes pour dire"

⁴ Régis Gaudet. cahier de l'IFD. déc 2005

La séparation peut rester une tentative vaine, une opération blanche, comme dit Agostini, si la pathologie ou les effets de la carence de l'abandon se prolongent ou s'amplifient malgré la séparation physique. La non prise en compte de la souffrance de séparation, l'impréparation du placement, l'incapacité à nommer les raisons etc... feront que la séparation deviendra dans les faits une séparation-non-séparation qui va accroître la souffrance et figer le développement de l'enfant et son élaboration psychique, renforcer la culpabilité pour aboutir à ce qu'il vive son placement comme une double peine (traumatisme de séparation ajouté à l'impossibilité d'investir d'autres personnes significatives). Tout cela peut être mis en œuvre avec l'énoncé des droits des parents, « l'accord » verbal des parents, mais mis en acte de telle façon que la séparation manque de tranchant sur fond de la mythologie du retour. Mais de quel retour s'agit-il ?

Si le cadre est mal posé au plan judiciaire, puis relayé au plan social et mis en place par des explications mais sans paroles incarnées sur le sens de la mesure, tout se passe comme si la mesure elle-même perdait son sens et devenait inopérante.

Quelle place reste-t-il pour penser le travail sur les liens et sur la construction de la maison interne ? Quelle élaboration l'enfant peut-il faire de ses traumatismes en lien avec les traumatismes parentaux ? Faute de concevoir le placement familial comme une perspective dynamique de remaniement des liens parents-enfant avec le *holding* simultané des acteurs (parents, enfants, famille d'accueil) l'enfant n'est-il pas alors condamné à un certain nomadisme ?²

L'enfant dans ce contexte ne peut que maintenir son hyper maturité, son hyper vigilance, son adaptation de surface, ou bien développer des symptômes inquiétants car son sort reste incertain, provisoire, comme suspendu dans un temps confus, susceptible d'être modifié jusqu'à une fois par an, renouvelé, sans stabilité. On peut se demander si le faux self auquel il est convié pour s'adapter n'est pas en miroir du faux self de la vraie-fausse séparation. Penser le temps et l'espace de la reconstruction de l'enfant en parallèle avec le temps de la possible réparation ou la réanimation de la parentalité chez ses parents nous semble un incontournable de notre travail.

Dans les situations où le retour reste une fiction-échappatoire, pour ne pas nommer les difficultés qui restent indépassables, on évite ainsi de penser les alternatives durables en terme de projet de vie, différencié d'un trajet de vie dans sa famille d'origine. Une partie non négligeable des enfants confiés en Protection de l'enfance et particulièrement les enfants confiés à des PFS sont souvent pris dans cette problématique.

Pour conclure je ne peux que constater un décalage entre :

- d'une part l'accroissement des savoirs, des savoirs faire, des avancées dans la compréhension fine des inter-relations parents-enfants, des modes de repli et de survie que les enfants en souffrance empruntent, de la compréhension des répercussions de la psychopathologie sur les professionnels, compréhension dont cette journée et l'œuvre féconde de M. David et de ses successeurs témoignent.
- d'autre part la socio-culture des organisations gestionnaires qui tendent à dé-subjectiver l'acte éducatif. La clinique du sujet disparaît au profit des

² J'emprunte ce mot au titre du film de Jacques Duez- *l'enfant nomade* - Production RTBF

catégories objectivantes, d'organisations de plus en plus complexes et cloisonnées dans lesquelles les acteurs du travail social se débattent au risque de se troubler et de perdre l'objet et le sens de leur travail. Le social sans la clinique n'a pas d'avenir. La clinique devrait pouvoir mieux éclairer le social et le judiciaire et nous aider à passer du travail à la chaîne pour mettre la chaîne au travail, trouver une possibilité d'aller vers plus de cohérence entre les différents cadres – judiciaire, social (ASE) et éducatif/thérapeutique.

En placement familial la clinique reste une dimension à élaborer entre les acteurs de chaque discipline afin de soutenir les acteurs professionnels dans la conjugaison du travail d'humanisation auprès de l'enfant et de sa famille.

La résistance c'est le fil fragile qui, au milieu d'une ampoule électrique, devient incandescent et produit de l'éclairage quand il est alimenté par un générateur.

Dr Hana ROTTMAN

Les difficultés du travail clinique en placement familial thérapeutique : ou le cratère du volcan

Nous voici réunis à l'occasion d'un anniversaire, celui de 40 ans d'une pratique particulière, celle du soin en placement familial telle que l'a défrichée, instituée et théorisée Myriam David, au sein de l'institution qu'elle a créée en 1966, le Centre Familial d'Action Thérapeutique ou CFAT.

Ce nom avait été difficile à trouver et mérite d'être analysé : trois termes y prédominent : celui d'une « action thérapeutique » menée par une institution : un « centre », et cela par le truchement d'une « famille ».

Tout y est dit : - objectif de soin au sens large, global, à comprendre comme somato-psychique, reprenant l'adage latin : *mens sana in corpore sano*, « un esprit sain dans un corps sain »,

- dans un « Centre » : la fonction pivot de l'institution avec l'équipe qui l'incarne et qui pense les différentes composantes du soin,

- grâce à l'immersion de l'enfant dans une « famille » qui l'accueille en son sein, l'intègre et l'entraîne dans sa dynamique de vie avec ses diverses composantes : matérielles, psycho-affectives et sociales.

En quarante ans du travail thérapeutique en placement familial, une expérience se constitue, une problématique s'élabore. Ce jour anniversaire est une occasion de se poser, de faire un point.

Parmi les thèmes qui foisonnent, en ces temps difficiles pour les équipes, j'ai choisi de parler du travail des référents dans sa complexité, son importance et sa richesse.

On travaille en placement familial avec des parents et des enfants unis par un lien pathologique au pouvoir pathogène inélaborable dans la proximité, producteur de symptômes et en particulier d'intolérance violente. C'est pourquoi une séparation sera mise en œuvre afin d'assurer à l'enfant protection et soin dans un lieu de vie

autre que sa famille d'origine, ici un placement familial accueille l'enfant au sein d'une famille, choisie pour lui, désireuse de le recevoir et salariée dans ce qui est pour elle un travail (précisions qui ont leur importance sur le plan symbolique).

Il s'agit d'un travail aux confins de la vie psychique, dans une zone de passage entre la pulsion et la psyché, exposé à la violence qui survient souvent, comme on le sait, dans l'acte de séparation, et par déficit de représentation. Plus d'une fois m'est venue cette image à l'esprit : les intervenants en placement familial sont exposés comme peuvent l'être les vulcanologues, au bord du cratère d'un volcan en activité, celui de l'espace relationnel parent-enfant, où bouillonne le magma en fusion des pulsions. Ils ont pour mission, avec le risque de s'y brûler, d'être témoin des éruptions de la vie pulsionnelle et de tenter de les endiguer, de les réguler grâce aux voies de canalisation que permet l'accès à la mentalisation.

Cette image illustre bien, à mes yeux, la dimension parfois dangereuse, nécessairement active, bien qu'à l'écoute, et toujours engagée, du travail clinique en placement familial thérapeutique.

Ce travail « sur le terrain » est le complément nécessaire du face-à-face de la consultation traditionnelle au Centre.

Il s'agit donc d'une pratique, en partie ambulatoire, qui outre les consultations et les synthèses avec les partenaires du soin, comporte : visite à domicile chez les parents, et la famille d'accueil, sortie avec les enfants, accompagnement dans des lieux publics, en particulier en voiture. Cette pratique demande d'avoir fortement intériorisé le cadre de soins, qui n'est plus matérialisé par des murs, un secrétariat, un bureau, et les collègues, de l'autre côté de la porte, au bout du couloir. Le partage et l'évaluation du vécu professionnel, dans l'équipe ou hors équipe, de manière individuelle ou en groupe, sont indispensables au maintien de ce cadre internalisé, faute de quoi le praticien risque d'éprouver un sentiment de solitude et de malaise déstabilisant pour lui et pour son travail. Le risque n'est pas nul, alors, d'être pris dans les projections et de verser dans le passage à l'acte.

L'engagement dans la réalité du quotidien de l'enfant soigné n'exclut pas la possibilité d'être à l'écoute des manifestations de sa vie psychique, elle en est au contraire la condition, grâce à la place qu'acquiert le soignant par cette pratique – place formulable au choix des références théoriques et que je vous propose : témoin unifiant, empathique, continu et privilégié, fonction alpha décrite par Bion (qui transforme les éléments beta en contenu psychique, donne une forme au pensable), support de transfert, et, en partie de ce fait, prothèse de pare excitations faisant écran aux excès de stimulations à potentiel traumatique, lieu de recours au sens winnicottien, repris par Roussillon, figure d'attachement sécuritaire, dotée d'une fonction réflexive donneuse de sens et de mots, selon Fonagy, soutenant le travail de représentation, de symbolisation, et la transformation des agis en pensée, en fantasme.

Enfin, l'accompagnement de l'enfant séparé entre et avec deux familles demande de la part du soignant une grande souplesse identificatoire et une analyse poussée de ses contre-attitudes pour pouvoir rester l'interlocuteur attentif et bienveillant de motions très souvent contradictoires, entraînant des défenses particulières. A

l'époque où je travaillais avec Myriam David et même plus tard lorsque je lui ai succédé, une psychanalyse personnelle était conseillée aux candidats à l'embauche, et de ce fait était souvent déjà entamée, comme outil de compréhension et lieu d'élaboration, en particulier de tout ce que le contact avec la pathologie du lien et de l'archaïque risquait de soulever chez ceux qui l'approchaient pour la traiter.

En conclusion, il y a là, en placement familial thérapeutique, une action à poursuivre inlassablement, requérant temps, patience, persévérance, réflexion ... Travail difficile qui peine à être reconnu pour ce qu'il est, à savoir un soin psychique authentique, à la frontière de la vie psychique, et qui s'implique, se commet avec le quotidien pour mieux le symboliser.

On est loin ici du potentiel mutatif miraculeux quasi-instantané de l'interprétation « juste » qui faisait rêver, il y a longtemps, les aspirants psychanalystes.

C'est dans ce va et vient entre réalité externe et réalité psychique, avec toutes les exigences et les difficultés que nous venons de voir, que le placement familial, s'il se veut thérapeutique, par déploiement de ses fonctions d'accueil, de référence et d'élaboration, tente de susciter et soutenir, chez les enfants pris dans une pathologie de la relation d'objet et du lien, leur activité de pensée, empêchée par la violence à laquelle ils sont exposés et par ses effets : sidération, désorganisation, éclatement, clivage et autres modes de défense ...

Qu'en est-il aujourd'hui du soin en accueil familial pour enfants ?

Dr Pascal RICHARD, M Christian ALLARD

Pascal RICHARD : La notion de soin (s)

Le risque, quand un pédopsychiatre prend la parole pour évoquer la notion de soin, fut-ce dans le cadre d'une pratique aussi chargée d'histoire que celle de l'accueil familial d'enfants qui ne peuvent être élevés par leurs parents, le risque est qu'on attende de lui qu'il se contente de développer la notion du soin psychique, du soin pédopsychiatrique, en référence à l'évolution des idées et des pratiques dans le champ de sa discipline.

Bien sûr, praticien hospitalier travaillant depuis bientôt 20 ans dans l'unité d'accueil familial thérapeutique qu'a mis en place le 1^{er} intersecteur de pédopsychiatrie de Paris, je vais être conduit à reprendre la place que ce type de soin peut trouver au sein de la pédopsychiatrie de service public et à rappeler les principaux concepts qui ont pu être développés dans le cadre d'une pratique si spécifique. (Car, quoi qu'on en dise, il s'agit bien, nous le verrons, d'une pratique vraiment spécifique).

Mais je compte surtout insister sur l'absolue nécessité qu'il y a à partager ces concepts issus des réflexions sur l'utilisation pédopsychiatrique de l'accueil familial avec l'ensemble des intervenants du champ de la protection de l'enfance – et en premier lieu (mais pas seulement) avec ceux que leurs missions conduisent à utiliser l'accueil familial pour permettre à l'enfant de se développer après qu'il ait eu à connaître une séparation protectrice (et à connaître, à l'origine de cette séparation, les conséquences de troubles de la parentalité).

Ces réflexions animent depuis de nombreuses années des praticiens dont certains se sont récemment organisés en réseau : le Réseau des Intervenants en Accueil Familial pour Enfants à but Thérapeutique, le RIAFET donc, qui est – aux côtés de nos collègues de l'ASM 13 et du CFAT de Soisy - à l'origine de cette journée scientifique.

Accueil Familial pour Enfants à but Thérapeutique et non Intervenants en Accueil Familial Thérapeutique qui est, vous le savez, la dénomination officielle des unités psychiatriques de service public, pour adultes ou pour enfants, régies par le décret du 4 novembre 1990 dont l'article premier précise qu'elles sont chargées d'organiser, je cite, « le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie. S'agissant de personnes mineures, cette prise en charge comporte également une composante éducative adaptée au développement psychomoteur et intellectuel des enfants accueillis. »

En souhaitant que notre réseau rassemble tous ceux dont la pratique les conduit à être attentifs aux soins nécessités par les enfants qui grandissent en famille d'accueil après avoir dû être séparés de leurs parents, nous voulons souligner que les AFT pédopsychiatriques n'ont pas l'apanage de ce souci de prendre soin de l'enfant, de ses parents et de sa famille d'accueil.

L'intervention de Christian Allard, également membre du Bureau du RIAFET et qui dirige un service d'accueil familial de l'ASE du Val-de-Marne, viendra dans quelques

instants souligner à quel point il est fondamental que les services dits « sociaux » puissent enfin s'approprier cette notion d'un indispensable soin centré sur l'enfant placé et auquel leur organisation comme leurs modalités d'interventions se doivent de contribuer.

Cette volonté était déjà celle du groupe de travail coordonné par Myriam David en 1999 à la DGAS, et dont les recommandations constituent le célèbre « petit livre bleu » : *Enfant, parents, famille d'accueil ; Un dispositif de soins : l'accueil familial permanent*.

Depuis, aucun texte législatif ni réglementaire n'est venu infirmer cette notion que l'accueil familial permanent se doit de constituer un dispositif de soins. Christian nous rappellera même à quel point cette notion est inscrite dans les missions des services départementaux de l'ASE.

Bien sûr, la notion de « soins » à laquelle nous nous référons est d'abord à comprendre dans le sens de « prendre soin » (de l'enfant, de ses parents, de sa famille d'accueil... des équipes aussi...) ; prendre soin de leurs difficultés, de leurs forces, de leur devenir...

Mais cette notion de soins est télescopée par l'idée, développée par les équipes d'AFT pédopsychiatriques qui ont été créées comme « alternative à l'hospitalisation pédopsychiatrique », que des soins (pédopsychiatriques, médico-psychologiques) pouvaient, devaient, être proposés dans le cadre d'un Accueil Familial.

Comme vous le savez probablement, la même appellation d'AFT pédopsychiatrique (régie par le décret de 90) recouvre actuellement deux grands types de pratiques, résolument divergentes - voire opposées - dans leurs indications, objectifs et modalités de soins, dans leurs références théoriques même. Et il n'est pas anodin que nos instances de tutelle (depuis les administrations hospitalières jusqu'à la DHOS) expriment de moins en moins discrètement leur souhait de ne voir en subsister qu'un. Ce que je vais vous en décrire vous permettra sans doute de deviner lequel.

Ainsi, certains secteurs pédopsychiatriques se sont dotés d'unités d'AFT destinées à prendre en charge des enfants présentant une pathologie psychiatrique constituée, le plus souvent du registre de l'autisme ou de la psychose infantile, voire du polyhandicap. Ces équipes recourent à des familles d'accueil, dans un cadre posé donc comme « alternatif à l'hospitalisation », pour essentiellement, d'une part, soulager des parents épuisés par les conséquences quotidiennes d'une pathologie lourde ; d'autre part, tenter d'initier ou de « redynamiser » une prise en charge spécialisée (le plus souvent de type hôpital de jour).

D'autres équipes de secteur pédopsychiatrique, plus directement inspirées par les travaux du CFAT, ont toutefois développé des pratiques centrées sur la possibilité de reconnaître l'existence d'une pathologie précoce du lien, sur le corpus de connaissances - maintenant bien établi, mais qui semble parfois encore difficile à partager - concernant les conséquences de cette pathologie sur le développement de l'enfant, et sur les possibilités de soins - préventifs et curatifs - que peut tenter d'offrir la pédopsychiatrie française de service public à ces enfants et à leurs familles. Et il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, pour l'instant encore, la pratique française de la pédopsychiatrie de secteur s'étaye résolument sur les concepts

psychodynamiques, et surtout psychanalytiques, tant pour proposer des soins à l'enfant et à sa famille que pour tenter d'élaborer ce qui est à l'œuvre dans le registre institutionnel.

Pour ces équipes, l'AFT ne se résume pas à placer des enfants dans des familles d'accueil qui seraient considérées (et selon quels critères ?) comme thérapeutiques en elles-mêmes. Pour répondre aux affirmations d'un éminent pédopsychiatre, l'AFT ne consiste certainement pas à offrir, au sein de familles d'accueil spécialisées, le gîte et le couvert à des enfants qui recevraient la visite régulière de soignants polyvalents de l'intersecteur.

Pour ces équipes qui s'inscrivent dans la lignée des réflexions de Myriam David, ce qu'il y a à soigner c'est, schématiquement : d'une part, dans le registre du curatif, la pathologie du lien dont l'enfant est à la fois victime et porteur, et d'autre part, de façon préventive si possible, les conséquences chez l'enfant de la séparation protectrice, conséquences majorées, justement, par les difficultés psychique où le met cette pathologie du lien.

Concrètement, les pratiques de ces équipes se sont donc développées autour d'indications qu'elles ont peu à peu affinées : il s'agit idéalement de proposer à des nourrissons de parents dont les troubles psychiques retentissent gravement sur l'expérience et la pratique de la parentalité, d'être précocement accueillis, de façon stable et sur le long terme, par une famille au sein de laquelle ils pourront grandir jusqu'à ce qu'ils soient capables, pour ainsi dire, « d'aimer et de travailler », tout en bénéficiant d'un dispositif institutionnel de soins visant à garantir d'une part l'indispensable stabilité de cet accueil et d'autre part l'inscription de l'enfant dans sa filiation (symbolique, narcissique et sexuée) afin qu'il élabore de son histoire un narratif cohérent.

Finalement, on pourrait dire qu'à l'échelon sociétal, la pratique de ces AFT pédopsychiatriques vise à s'opposer à la répétition transgénérationnelle des phénomènes de dysparentalité et de leurs conséquences.

Cet objectif ambitieux a toutefois l'inconvénient majeur, dans le champ sanitaire, de se situer dans une dimension de prévention. Or, comme vous le savez, dans notre France si rationnelle, la prévention, malgré les discours convenus, « ce n'est pas du soin » ; cela n'a pas notamment à être pris en charge par la Sécurité Sociale

Pourtant, si l'on voulait bien, dans notre France décentralisée, dépasser les clivages induits par la question, très gestionnaire, de savoir ce qui ressortirait au soin curatif (sécurité sociale), à la prévention (budget de l'État), ou à une prise en charge dite sociale (Département), on pourrait alors donner réellement sens aux discours sur « l'enfant pris dans la globalité de ses besoins » et, dans le cas qui nous occupe, on pourrait tenter de concevoir l'accueil familial comme un dispositif qui accepte, et se nourrisse, de cette polysémie du terme de « soins ».

Mais, revenons à la clinique.

Car, finalement le grand apport du regard pédopsychiatrique à la compréhension de la problématique de l'accueil familial telle qu'elle peut être décrite depuis quelques

centaines d'année, c'est d'avoir mis en évidence l'existence d'une clinique et d'une psychopathologie bien particulières.

Comme vous le savez, Myriam David a nommé « Mal de Placement » le syndrome regroupant l'ensemble des signes cliniques témoignant du dysfonctionnement familial à l'origine de la séparation protectrice. Quelles qu'en soient les manifestations - sur lesquelles nous n'avons pas le temps de revenir ici, mais elles sont bien connues -, ce syndrome est l'expression de l'intolérance mutuelle qui s'installe entre enfant et parents, intolérance liée aux troubles précoces du processus d'attachement primaire et qui s'intensifie inéluctablement en l'absence de traitement.

Cette intolérance, qui obère le processus psychique de séparation-individuation et qui est à l'origine d'interactions extrêmement dommageables pour le bébé et son développement, devient peu à peu inaménageable et impose une séparation physique, une séparation protectrice : protectrice pour l'enfant comme pour ses parents (souvenons-nous à quel point un bébé peut être dangereux pour sa mère quand l'appareil psychique de celle-ci est infiltré par les processus psychotiques).

Cette réflexion clinique, qu'il est fondamental de pouvoir partager avec l'ensemble des protagonistes, permet de comprendre toute la problématique, les risques et la nécessité de soins liés au recours à l'accueil familial : Car, comme le répétait Myriam David, « À défaut de traitement, le mal de placement continue à se manifester tout au long de la durée du placement de l'enfant dans une famille d'accueil et tend à provoquer encore et encore la rupture ».

Pourtant, malgré la rigueur des descriptions colligées depuis plus de 40 ans, tout se passe encore trop souvent comme s'il était possible de ne pas tenir compte du corpus de connaissances accumulées sur les modalités d'expression clinique des troubles de l'attachement primaire.

De même, force est de constater que, à défaut d'une compréhension partagée de la psychopathologie associée au syndrome de « Mal de placement » et à l'origine de la nécessité d'une séparation protectrice, ce sont trop souvent encore des facteurs déclenchants qui conduisent en pratique à la mise en acte de la séparation, facteurs plus circonstanciels - et souvent référés à des difficultés d'ordre social - mais dont l'aspect souvent spectaculaire ou choquant risque d'empêcher les protagonistes de la situation de placement de comprendre et s'approprier les raisons profondes du placement.

Il s'agit alors de s'interroger non pas tant sur l'éventuelle ignorance de nos collègues ou de nos partenaires, que sur les résistances que suscite en chacun de nous, confronté au fantasme d'être « l'enfant idéal de parents idéaux », la constatation de graves distorsions du lien parent-enfant.

C'est dire toute l'importance du travail, en équipe et entre équipes, pour encourager et soutenir la nécessaire élaboration des mouvements psychiques à l'œuvre chez l'ensemble des protagonistes de la situation de placement.

Ce travail d'élaboration, centré sur la compréhension psychodynamique des processus à l'œuvre, est d'autant plus important en accueil familial que la nature même des troubles à traiter est à l'origine de nombreuses difficultés à « faire du lien » à l'échelon institutionnel.

La psychopathologie à l'origine d'un syndrome de mal de placement nous plonge en effet du côté des forces de déliaison. Les phénomènes d'attaque des liens, phénomènes de clivage, de déni et de projection, qui s'originent le plus souvent au plus profond de l'appareil psychique maternel et qui, transmis au psychisme du bébé, viennent entraver la capacité primaire à rencontrer l'Autre, vont s'étendre, en l'absence de traitement, à tous les protagonistes ; y compris aux professionnels.

Tout service d'Accueil Familial devrait donc se doter des moyens d'un indispensable travail institutionnel lui permettant de maintenir une cohésion indispensable à la cohérence de sa mission de soin.

Cette mission de soin est à l'évidence dévolue aux Accueils Familiaux des services de pédopsychiatrie.

Christian Allard va maintenant nous rappeler qu'elle s'impose également aux Accueils Familiaux des services départementaux de l'ASE.

M Christian ALLARD : Qu'en est-il aujourd'hui du soin en placement familial ASE ?

Au nom de quoi, quand on travaille à l'Aide Sociale à l'Enfance, ose-t-on parler de soin ?

Quels sont les textes et les lois qui légitiment notre intervention dans ce domaine ? Que peut-on dire du profil des enfants accueillis à l'ASE ? Et des soins que l'on peut, que l'on doit, leur apporter ?

Il nous paraît tout *naturel* aujourd'hui qu'une société se préoccupe du sort de ses enfants. Mais ce qui nous paraît *naturel*, est en fait le fruit d'une longue construction tout au long de notre histoire. La protection de l'enfance est ancrée dans un pacte qui nous unit, dans notre culture. Dans nos lois. Et c'est cet enracinement dans les valeurs de notre société, cet ancrage dans le temps qui en fait sa force.

Dans la hiérarchie des grands textes, regardons le premier. En son article 1 et 2. Le préambule de la Constitution de 1958. Art. 1 : « La France affirme sa République laïque, démocratique et **sociale** »

« La civilisation, nous a dit Freud, doit tout mettre en oeuvre pour limiter l'agressivité humaine et pour en réduire les manifestations à l'aide de réactions **psychiques** d'ordre **éthique**. »

Voilà pourquoi, cet « idéal imposé » - l'article 2 « La France a pour devise Liberté, **Égalité**, **Fraternité** ».- est gravé aux frontons de nos édifices. Il doit être affirmé haut et fort puisque « précisément rien n'est plus contraire à la nature humaine primitive. »

Il s'agira donc toujours d'un combat.

Et nous y sommes dans ce combat...

Il y a aux origines de l'action sociale une double commande, sécuritaire et humanitaire. Cette double commande est toujours d'actualité. On retrouve aujourd'hui ces deux notions dans les textes : favoriser **l'épanouissement** de l'enfant, et **éviter les troubles** à venir.

Nous sommes un placement *éducatif* nous allons donc nous intéresser à l'éducation.

« Toute personne a droit à l'éducation. » Dit la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 qui précise : « L'éducation doit viser **au plein épanouissement** de la personnalité humaine. »

« L'éducation de l'enfant, poursuit la Convention Internationale des Droits de l'enfant, doit viser à favoriser **l'épanouissement** de la personnalité de l'enfant et **le développement de ses dons et de ses aptitudes** mentales et physiques, **dans toute la mesure de leurs potentialités »** La CIDE qui stipule par ailleurs : « **Dans toutes les décisions qui concernent les enfants**, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, **l'intérêt supérieur de l'enfant** doit être une considération **primordiale.** »⁵

Supérieur est à comprendre comme traduisant son intérêt à long terme. Une certaine hauteur de vue est attendue. On ne nous demande pas seulement de penser à l'enfant d'aujourd'hui, mais de penser à l'adulte en devenir.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) énonce – en son article fondateur le L221-1 – que le service de l'ASE est ... « chargé des missions suivantes : apporter un **soutien** matériel, éducatif et **psychologique**... ». Nous y voilà !

Soutenir des mineurs « confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives **susceptibles de compromettre gravement leur équilibre** »... Le législateur fait un lien entre l'environnement d'aujourd'hui et leur équilibre futur. Les professionnels de l'ASE ont à se former à la clinique de l'enfant.

...« **pourvoir à l'ensemble des besoins** des mineurs confiés au service »⁶
L'ensemble des besoins ! Il va falloir penser plus large que les nourrir et leur fournir l'allocation d'habillement, il va falloir prendre soin de leur vie psychique ! On ne doit pas demander à l'enfant de s'amputer d'une partie de lui-même. On nous demande de s'occuper de cette partie là, de *sa relation aux autres, à lui-même*, de cette partie qui est la plus souffrante.

Enfin, le C.A.S.F énonce que « Le département assure par une équipe de professionnels qualifiés dans les domaines social, éducatif, psychologique et médical l'accompagnement **professionnel des assistants familiaux qu'il emploie et l'évaluation des situations d'accueil.** »⁷

Il y a une logique, une cohérence, - au moins dans les textes - entre les objectifs fixés et les moyens donnés : assistante sociale, éducateur, psychologue, médecin...autour des assistantes familiales.

La loi de 2005 franchit un pas supplémentaire, elle institue un projet de service de l'ASE. L'esprit de la réforme apparaît dès le 1^{er} article de la loi, il nous y est demandé de : « favoriser **le développement physique et psychique** de l'enfant, de **permettre son épanouissement et de garantir son bien-être.** »

La loi précise que « L'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et **l'épanouissement** des mineurs et majeurs de moins de vingt et un ans accueillis... » L'assistante familiale doit « présenter les

⁵ CIDE Article 3. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 Novembre 1989 En France, mise en application le 2 Juillet et publiée le 12 Septembre 1990 au Journal Officiel.

⁶ Toujours l'article L221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

⁷ C.A.S.F. Article L 422-5

garanties nécessaires pour accueillir des mineurs dans des conditions propres à **assurer leur développement physique, intellectuel et affectif** »⁸.

Ainsi, l'affection est reconnue comme fondement, non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan social.

Cette idée a été renforcée par la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. « 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 doivent guider toutes décisions le concernant »⁹.

Revenons à la loi 2005-706, dorénavant le contrat d'accueil¹⁰ spécifie : les modalités d'information de l'assistante familiale sur la situation de l'enfant et notamment sur sa santé et **son état psychologique** et **les conséquences de cette situation sur la prise en charge au quotidien** de l'enfant ;

En outre, le contrat d'accueil indiquera dorénavant les modalités selon lesquelles l'assistante familiale participe à la mise en œuvre et au suivi du **projet individualisé** pour l'enfant.

On retrouve l'idée de la loi 2002-2, reformant l'Action Sociale, qui impose à tout établissement social ou médico-social d'être centré sur **l'avenir et la promotion** de la personne accueillie.

On conviendra qu'il s'agit d'un peu plus que de répondre à un problème d'hébergement ou à un problème de place.

En annexe de la loi 2005-706, le référentiel professionnel définit la profession. d'assistante familiale : « En cas de circonstances imposant une séparation entre parents et enfants, le fondement de la profession d'assistante familiale est de procurer à l'enfant... des conditions de vie lui permettant de poursuivre son développement physique, **psychique, affectif et sa socialisation**... »¹¹

Accueillir, prendre en compte ses besoins fondamentaux : ... « **répondre aux besoins psychiques** de l'enfant. »¹²

Le soin à l'enfant est donc désigné comme tel. Voilà pour le 1^{er} volet de la commande.

Le 2^{ème}.

Le C.A.S.F : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à **prévenir les exclusions et à en corriger les effets**. »¹³

Même idée dans le référentiel des assistantes familiales, leur profession « participe à la prise en charge des **conséquences des troubles de la parentalité** pour l'enfant et à **la prévention de leur répétition**. Elle contribue également à la lutte **contre les exclusions dont peuvent être victimes les personnes ayant souffert de troubles durant l'enfance**. »¹⁴

C'est parfaitement clair : Évitez aux *graines de crapule* leur développement naturel, la marginalité étant, sans intervention de l'autorité publique, la destinée des enfants qui n'ont pas reçu une éducation adéquate.

On peut noter d'ailleurs, à une époque où l'on parle beaucoup d'évaluation, que c'est même la seule prédiction fiable dans le domaine du développement de

⁸ Art. R. 421-3.

⁹ Article L.112-4 du CASF.

¹⁰ Art. L 4421-16 du CASF

¹¹ Référentiel professionnel de l'assistante familiale : Santé Bulletin Officiel n° 2006-4 annonce n°50

¹² idem

¹³ Article L ;116.1 du CASF.

¹⁴ Référentiel professionnel de l'assistante familiale : Santé Bulletin Officiel n° 2006-4 annonce n°50

l'enfant : l'absence d'intervention de l'autorité publique donne des altérations majeures (déficiences intellectuelles, violence, troubles du comportement, troubles psychiatriques...).

Il est donc reconnu par tous que le développement de la personnalité, le développement psychique, ne se fait pas à l'abri du monde. Il se fait dans un environnement. Les données externes sont en lien avec ce qui se construit en interne.

Nous avons aujourd'hui certaines connaissances sur ce qui peut entraver la construction d'un sujet.

On ne peut pas faire l'impasse sur la vie psychique des enfants. Sa compréhension ne relève pas uniquement des lieux thérapeutiques, mais du travail de l'ASE.

Protéger un enfant, c'est lui aménager un environnement où il pourra développer sa vie interne, sa vie psychique, pour qu'il ait une vie sociale, une vie affective et relationnelle, pour qu'il apprenne à faire avec les contraintes de la vie.

Protéger un enfant, c'est se soucier de la société. Une société où la délinquance, les troubles sociaux domineraient, serait une société bien compliquée.

Plus de 135 000 enfants font l'objet, actuellement, en France, d'une mesure de placement hors leur milieu familial.

- Parmi les enfants confiés à l'ASE, 65000 sont accueillis en famille d'accueil.
- Chez 46800 assistantes familiales.
- Ce mode d'accueil représente 55% des accueils de l'ASE.
- 9/10 font suite à une décision judiciaire.

Il est prouvé aujourd'hui, depuis le rapport Naves-Catala,¹⁵ qu'il n'y a pas de séparations parents/enfants du fait de la situation financière des parents. Il y a placement quand il y a dysfonctionnement grave de la parentalité.

La question du soin ne concerne pas uniquement le petit millier d'enfants accueillis en PFT, mais aussi les 64 000 autres.

Quelques éléments statistiques concernant un Placement Familial de l'ASE du Val-de-Marne.

Nous accueillons 80 enfants. 35 filles pour 45 garçons. L'âge moyen est de 12 ans. Les plus jeunes n'ont pas 2 ans ; les plus âgés en auront bientôt 21.

- 40% ont une mère qui bénéficie d'un suivi psychiatrique. Ou bénéficierait si elle ne l'avait pas interrompu contre avis médical.
- 20% ont une mère qui a une dépendance avérée à l'alcool et dont on déplore qu'elle ne soit pas reconnue *officiellement* comme malade mentale.
- 10% ont une mère décédée. Et dont la mort n'est pas l'origine du placement. La mort étant la conséquence des ses troubles psychiatriques, de sa grande marginalité, de son alcoolisme...

¹⁵ NAVES/CATHALA , Rapport ministère de la solidarité et ministère de la justice : « accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille ». Juin 2000

- 25% ont une mère disparue depuis plus d'un an. L'enfant ne sait si sa mère est morte ou vivante... S'il doit l'attendre ou la pleurer.
 - ❖ Près de 20% des enfants que nous accueillons ont été signalés au procureur de la république par la maternité. Le dysfonctionnement grave et précoce de la relation parents/enfant est flagrant dès les quelques jours passés en maternité..
 - ❖ Presque autant par les services de pédiatrie à l'hôpital. Constats de coups, carences, négligences graves. Toutes ces situations étaient connues des services sociaux mais n'avaient *pas encore* été signalées.
 - ❖ Et bien sûr plus de la moitié par nos collègues des services sociaux départementaux : la PMI et le Service Social.
- o L'âge moyen du signalement d'enfant en danger à l'autorité judiciaire est d'environ 18 mois. On voit donc que globalement, il s'agit bien pour la majorité des situations de troubles précoces des interactions.
- o En moyenne, ce n'est qu'un an plus tard, à 2 ans et demi donc, que l'enfant est admis à l'ASE. Temps considérable bien entendu.
- o Ce n'est que 2 ans après ce signalement, à 3 ans et demi donc qu'il est admis au placement familial.

Du côté des pères :

- o Père inconnu pour 1 enfant sur 4 ;
- o Disparu depuis plus d'un an : 1 sur 4 ;
- o Décédé : 1 enfant sur 8.

Seuls 10% des parents ont une vie commune.

1 enfant sur 5 a été victime de violences sexuelles. La plupart de ces agressions ont eu lieu alors qu'une mesure de protection était ordonnée, lors d'un hébergement autorisé.

Le placement familial n'est donc pas hors sujet quand il cherche par l'organisation du cadre de vie sécurisant à répondre au développement harmonieux de l'enfant. Quand il accorde une place importante à la compréhension des détails de la vie quotidienne des enfants : sa scolarité, ses loisirs, son sommeil, ses relations à autrui, ses rencontres avec ses parents, son caractère... bref quand le placement familial affirme la primauté de la clinique.

Petit à petit, issu de la pratique et de l'analyse de cette pratique, un corpus référentiel commun issu de ces travaux s'est dégagé. Ce corpus est applicable à la totalité des placements familiaux.

Ce sont les mêmes enfants, ce sont les mêmes problématiques.

Et on peut déjà beaucoup par les soins spécifiques sur le lieu du placement familial. Ces soins spécifiques ne peuvent pas être externalisés. Ils sont inhérents au cadre lui-même. L'accueil, la continuité, la référence, le lien avec les parents.

Et tous les enfants ont besoin de cet espace.

« Que tout placement familial dit *social* soit converti en placement familial thérapeutique » fut le dernier souhait exprimé par Myriam David. On aura compris que nous le reprenons à notre compte.

Il ne suffit pas à un enfant d'être placé ; tout enfant placé a besoin de soins particuliers.

L'accueil, *l'hébergement*, aussi chaleureux puisse-t-il être, ne constitue à lui seul les conditions nécessaires au traitement parce qu'il sera , on le sait, mis en échec par ses troubles fondamentaux du lien.

La mise en place du traitement du lien parent-enfant et des troubles de l'enfant doit non seulement **accompagner** mais **précéder** toute mesure séparative, dès le moment où celle-ci est envisagée, et le soin doit être **maintenu** pendant toute la durée de la séparation.

Prononcer une mesure séparative sans l'assortir **du soin à l'enfant et du soin à sa relation à son parent**, c'est faire une violence de plus à l'enfant et à ses parents.

Myriam David considérait que ce serait une sorte de maltraitance sociale reflétant la maltraitance initiale et risquant de la renforcer.

Et elle poursuivait : « Je veux aujourd'hui insister sur l'urgente nécessité de mettre en place dans tous les services de placements une réelle équipe de soins qui, en collaboration avec les accueillants et soignants de l'enfant, assure cet accompagnement thérapeutique. »

Travailler en placement familial à l'ASE, c'est rapidement buter sur les limites de l'accompagnement socio-éducatif. Les règles éducatives de bon sens sont mises en échec par un processus d'un autre ordre, de nature inconsciente.

Travailler en placement familial, c'est nécessairement travailler sur la dimension psychique de l'individu.

Si l'enfant est en danger, c'est celui de ne pas être un individu. De ne pas être lui-même. Et le but du soin, c'est justement qu'il advienne un individu. Qu'il devienne un sujet.

Dans le soin est visé le sujet.

Dans le soin, il est donc très important que les enfants soient accompagnés de gens qui se posent des questions, qui pensent.

On est fait de ce qu'on a reçu.

Et on a à trier dans ce qu'on a reçu, ce qui est positif, et ce qui nous encombre.

Et il faut qu'il y ait un peu de souplesse pour pouvoir effectuer ce tri.

Ce qui est transmis dans la violence, l'emprise, produit de l'aliénation parentale : l'enfant ne peut s'en dégager.

S'il y a trop d'emprise, il n'y a pas de souplesse. « Une éducation réussie est une éducation qui peut être remise en cause » disait Maud Mannoni.

La notion de soin psychique tourne toujours autour de la notion de séparation-individuation. La notion d'altérité. Être autre tout en étant fait de ses parents.

L'enfant placé connaît donc le paradoxe suivant : il ne peut vivre avec ses parents, il a besoin de bénéficier d'autres figures parentales, mais il est d'autant moins prêt à se séparer parce qu'il a ces parents là. Les enfants accueillis n'ont pas

connu « on n'est pas ensemble mais je continue de penser à toi, et tu continues d'exister », ils ont connu « si je ne te vois pas, tu n'existes plus ».

Le lien protecteur, le lien intériorisé, le lien par la pensée, n'a jamais pu se constituer. Ces enfants pour éviter le sentiment d'abandon cherchent à maintenir le seul lien qu'ils connaissent : le lien physique. Sans soin spécifique, la séparation -la perte donc pour eux- va participer à l'idéalisation parentale avec tout ce que cela entraîne comme entraves au développement.

L'intériorisation par l'enfant des images parentales procède d'un travail de la pensée. Le lien existe dans la représentation que s'en fait l'enfant. Ce travail psychique doit être soutenu par l'équipe. Il est entretenu notamment par la mise en place des rencontres parents/enfants.

Ces enfants peuvent difficilement parler. Leur souffrance est souvent indicible. Certains ne peuvent même pas dessiner ; même le plus petit dessin est impossible. Comme pour ce petit garçon qui, face à la feuille blanche et devant tout un choix de crayons de couleurs, choisit d'utiliser le Ti-Pex, l'effaceur.

Quand le sujet est dans un tel état qu'il ne peut plus exprimer quoi que ce soit, la première chose à faire est sans doute de satisfaire son besoin de dépendance. Et quand l'assistante familiale soigne le corps de l'enfant, elle soigne son psychisme.

C'est être avec qui peut soigner. Ce n'est pas très *noble* comme traitement. Ce n'est « qu'une » thérapie par l'accompagnement. Ce n'est *que* cela, mais c'est *au moins* cela. Accompagnés, ils peuvent exprimer des choses parce qu'on est avec eux.

L'essentiel pour l'enfant est d'être accompagné pour sortir de cette solitude. L'enfant, par cette histoire partagée, peut éprouver que le travailleur social est avec lui dans son inquiétude ou sa souffrance, dans ses efforts pour le défendre comme il peut. Il n'est plus seul, il se sent tenu, moins perdu. Le regard et l'écoute de l'accompagnateur constituent un soin permettant aux mouvements émotionnels vifs et contradictoires d'être un peu moins dangereux, un peu plus maîtrisables. L'attention portée à ce qu'il éprouve lui évite d'être submergé notamment par la crainte de perdre les figures parentales auxquelles il est attaché : ses parents, sa famille d'accueil.

Le travailleur social matérialise ce pare-excitations, tamponne ce qui arrive dans la médiation parent-enfant, désamorce l'agressivité, l'intrusion du parent. C'est ce transfert de l'enfant sur le référent qui permet à l'enfant de bénéficier des rencontres avec ses parents.

La famille d'accueil est le support de projection de la relation primaire, mais, au fil des années, avec le temps et le travail d'accompagnement, elle devient une figure singulière. Elle cesse d'être entraînée à un simple *copier-coller* de la relation primaire pathologique, avec les risques de répétitions mortifères que cela représente de part et d'autre.

L'équipe est là pour permettre d'articuler les identifications de l'enfant avec ses parents et avec sa famille d'accueil.

Sans suppléance, il ne peut y avoir de soins. Mais la suppléance ne suffit pas.

Si les soins sont longs, continus et bienveillants, l'enfant peut inclure ses soignants dans ses identifications. Il y a possibilité d'identifications multiples. Et cela plus facilement, si l'enfant est jeune. La continuité des intervenants -à commencer

par celle de la famille d'accueil-, la continuité du travail permettent la continuité interne du sentiment d'exister.

La discontinuité est mortelle pour la vie psychique, nous dit le docteur Hana Rottman, s'y engloutit tout ce qui a été apporté.

La continuité est le maître mot du soutien à la parentalité, face à ces parents qui sont dans la discontinuité.

Veiller à la continuité ne veut évidemment pas dire qu'il ne peut y avoir de changements de cadre de la vie quotidienne, mais il faut prévoir ces interruptions et prendre le temps de construire des ponts pour créer de la continuité. Éviter les ruptures, pour éviter l'effondrement chez l'enfant.

Le risque de rupture de placement est le risque le plus dangereux pour un enfant. Comme le dit Maurice Berger, un enfant n'est pas un objet que l'on peut brancher, débrancher, rebrancher.

Tout doit être construit en permanence à partir du fonctionnement psychique de l'enfant, et au nom des soins concernant ses difficultés psychiques. Pour traiter la pathologie du lien, la clinique de l'enfant doit primer sur toutes nos idéologies.

La protection de l'enfance signifie protéger l'enfance de l'enfant. Le rôle des assistantes familiales est de réchauffer ces enfants, de les ré-animer parfois, de les aider à reprendre goût à la vie, de leur offrir pour cela une stabilité affective.

La constitution d'une relation affective est indispensable au traitement de la souffrance de séparation et au bon développement de l'enfant. C'est une condition et un garant de la stabilité du placement, et de l'impact possible de la fonction éducative.

Pour finir... surtout n'oublions pas que le premier soin à porter à l'enfant est de vérifier le bien-fondé de l'indication de placement familial. L'A.N.P.F. dit dans sa charte : « le placement familial a ses **indications spécifiques et ses limites propres**. Ses différents intervenants ont le souci de faire connaître la spécificité de leur type d'intervention et d'informer leurs divers partenaires **des indications, des contre-indications et limites** d'un tel mode de prise en charge. Ils oeuvrent à mettre en place une concertation préalable avec les prescripteurs, afin de **mesurer le bien fondé de toute indication** de placement familial. » Le traitement ne peut être adapté que si le diagnostic est adapté.

S'il y a contre-indication, il y aura souffrance et dommage. Nous veillons à ne pas nuire. S'assurer de l'indication, c'est permettre au placement de devenir un instrument de soin.

Pascal RICHARD : Quelques mots en guise de conclusion, ou plutôt d'ouverture sur les discussions de la journée.

Il apparaît, au terme de cette matinée, que la notion de soin –cette mission de soin– devrait concerner tout service d'Accueil Familial pour Enfants, quelle que soit sa tutelle administrative, son financement, ses références, ... ses habitudes aussi. Aucune loi, aucun texte réglementaire ne s'y oppose, au contraire.

Il nous reste à comprendre pourquoi ce n'est pas le cas.

Les objectifs de cette mission de soin dévolue à tout service d'Accueil Familial comporte schématiquement deux aspects étroitement mêlés.

Le premier aspect, centré sur les besoins de l'enfant, concerne les soins visant, le plus précocement possible et souvent sur le long terme, à permettre au petit d'homme de développer (ou retrouver) des capacités de résilience et de s'inscrire dans son histoire pour se construire. Ce traitement, qui vise à fournir à l'enfant les moyens pour se « déprendre » d'interactions pathogènes inaménageables (et qui repose donc sur la compréhension de la psychopathologie à l'origine du syndrome de « Mal de Placement »), ce traitement comporte, on l'a vu, deux dimensions (soins curatifs, prévention -secondaire ou tertiaire-) qu'il est vain de vouloir séparer, surtout pour des questions gestionnaires.

Le deuxième aspect de la mission de soin concerne la nécessité de garantir la cohérence et la pérennité de ces soins à l'enfant tant qu'il en a besoin, alors même que les forces de déliaison à l'œuvre viennent obérer la capacité à penser et à co-élaborer. On pourrait dire que c'est là la fonction du dispositif institutionnel de l'Accueil Familial ; une fonction contenante propice à l'élaboration d'un sens.

Ainsi, tout accueil familial doit s'inscrire dans un dispositif global, spécifique, centré sur l'enfant, clairement individualisé et doté des moyens adéquats pour pouvoir soigner, prendre soin, et prendre soin des soins.

Depuis 40 ans des services d'Accueil Familial mettant en œuvre les moyens de la pédopsychiatrie de service public ont tenu le rôle de véritables laboratoires où, dans une dynamique de « recherche – action », a pu s'élaborer une compréhension fine de la problématique à l'œuvre (au niveau tant des familles que des institutions).

On ne peut que souhaiter que nos tutelles, avant qu'elles songent plus avant à « sortir l'accueil familial du secteur sanitaire » et alors que les recommandations du « petit livre bleu » restent superbement ignorées par un si grand nombre de services, souhaiter que nos tutelles prennent toute la mesure du travail qu'il y a encore à faire pour que l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la protection de l'enfance et dans celui de la santé mentale puissent s'approprier les connaissances accumulées par 40 ans d'une pratique de soin en accueil familial pour enfant.

DISCUSSION 2

Pr Bernard GOLSE

[En raison des contraintes d'organisation Pr Golse est intervenu dès l'ouverture de la Journée]

C'est un très grand honneur, un très grand plaisir de participer à cette journée, et je suis tout à fait désolé de perturber un peu le programme, mais il y a beaucoup de choses à défendre en ce moment : il y a l'Accueil familial thérapeutique¹⁶ [AFT], les Hôpitaux de jour (tout à l'heure), il y a les P.M.I. et la question de la prévention dans la petite enfance, alors je me donne du mal, et je me dis : on ne peut pas passer sa vie à se défendre, il faut aussi être dans la construction, tout de même ... Pourtant, ce qui doit être défendu doit être défendu, et donc merci beaucoup d'avoir un peu réorganisé le programme.

En tout cas, la question de l'AFT me paraît très importante.

Quand j'ai pensé à cette journée, j'ai repensé aussi à une phrase du commentaire de Bernard Martino dans le film sur Loczy, « Un lieu pour grandir », où, dans le commentaire qu'il fait du film, il a une phrase tout à fait importante. Il dit, je le cite ici de mémoire, que le vingtième siècle, qui nous a décidément tout appris sur la manière de détruire les individus, nous met dans la situation où il faut faire extrêmement attention aux lieux précieux, aux dispositifs précieux, qui peuvent aider les enfants ou les sujets à se construire et à grandir dans des conditions plus harmonieuses. Alors que le commentaire est destiné à Loczy, qui est un lieu extrêmement précieux en matière d'aide à la construction des enfants, je crois que les AFT ont aussi ce rôle-là et que de les voir en danger suscite vraiment une tristesse considérable. Je crois que la disparition des AFT serait une perte tout à fait importante.

Il y a deux choses qui vont dans le sens de nous mettre véritablement en alerte. D'une part il y a toujours un consensus, au moins implicite, entre le grand public et les médias pour **évacuer la complexité**. C'est dommage mais c'est ainsi. La complexité, c'est vrai, nous confronte toujours inmanquablement à la souffrance, à la sexualité, à la mort, et il y a une espèce de réflexe anti-complexité. Il ne s'agit pas de faire l'apologie de la complexité pour la complexité, mais enfin la vie est compliquée, le développement est compliqué, et il faut quand même savoir en tenir compte. Il ne faut pas voir des choses plus compliquées qu'elles ne le sont, certes, mais il ne faut pas non plus les rendre plus simples qu'elles ne le sont. Le développement des enfants est quelque chose d'extrêmement délicat, et c'est vrai qu'il y a, dans ce consensus hostile à la complexité - je caricature sans doute, je force un peu le trait - une sorte de haine de la pensée pour elle-même. Alors même qu'elle représente pourtant ce que l'on a de plus précieux, la pensée est toujours en train de s'attaquer à la pensée, et de tenter d'évacuer le sens.

Mais il y a une deuxième dimension qui va également dans le sens du danger, c'est que, depuis dix ou quinze ans, il y a un **passage insidieux de la notion de la psychiatrie à la notion de la santé mentale**. Bien sûr, ce sont seulement des

¹⁶ Dans ce texte il est question des AFT/Enfants.

mots, mais quand on cède sur les mots, on finit toujours par céder sur les idées aussi. Et derrière ce glissement il y a un réel changement. Une des premières manifestations de cette bascule sémantique, a été le changement du nom de la WAIPAD¹⁷, l'ancêtre de la WAIMH¹⁸. A l'époque il était question de la psychiatrie du bébé et des disciplines affiliées. Et puis à l'occasion d'une fusion avec une autre association dans les années 90, on est passé à la WAIMH, et donc on est bien passé de la psychiatrie à la santé mentale. Au niveau du ministère, dans les organigrammes, on peut observer le même processus, puisqu'au niveau de la DGS¹⁹ il n'y a plus de bureau de la psychiatrie. Il y a un bureau de la santé mentale. Et ce n'est pas pareil, parce que, bien sûr, la santé mentale c'est important aussi, mais quand on se focalise sur la santé mentale on a tendance à faire l'économie de la réflexion psychopathologique, qui est complexe, et qui nous confronte forcément, comme je l'ai déjà dit, à la sexualité, à la souffrance et à la mort.

Cela se relie également au point précédent.

Les AFT, dont la tâche première est le soin des situations de dysparentalité grave, cumulent tous les risques, puisque ce sont des situations psychopathologiques complexes. Il y a l'idée que peut-être, au fond, on pourrait faire beaucoup plus simple et beaucoup moins cher, avec des personnes sympathiques et bénévoles, et faire confiance à leur pouvoir maternant de base... On sait très bien ce que cela donne. Cela ne donne rien du point de vue de soin en AFT, parce qu'il s'agit d'un soin préventif dont la complexité est tout à fait grande.

Pour avancer dans mon sujet je rappellerai simplement que **la question de la séparation**, et la dimension thérapeutique ou traumatique de la séparation, représente un sujet d'importance, sur l'arrière-plan théorique de René Spitz par exemple. La disparition de Myriam David donne aujourd'hui à ce questionnement une résonance tout à fait particulière. Je voulais rappeler les débats tout à fait intéressants qui se sont tenus lors d'une journée du Groupe WAIMH-Francophone²⁰, organisée par Hana Rottman, Cathy Fourès, Martin Pavelka, Pascal Richard et d'autres, et qui avait donné lieu à des interventions où on voyait toute la subtilité, toute la difficulté, mais aussi toute la richesse de ce type de soin si particulier. J'espère d'ailleurs beaucoup que ces interventions pourront former la matière d'un ouvrage à paraître aux PUF pour essayer de relayer les inquiétudes et les espoirs – parce que, bien entendu, il n'y a pas de crainte sans espoir.

Derrière la question de la séparation, d'un point de vue dynamique, il y a effectivement cette question : comment une séparation peut-elle être constructive, bénéfique et non pas traumatique ou délétère ? Derrière cette problématique, en filigrane de la séparation, et au niveau du vécu des enfants, il y a à prendre en compte des fantasmes d'abandon ou de mise à distance. En sachant que ce qui est important de travailler c'est l'intrication entre les différentes facettes de la séparation, soit la séparation physique, la séparation psychique, ou la séparation mixte.

¹⁷ WAIPAD – World Association of Infant Psychiatry and Affiliated Disciplines

¹⁸ WAIMH – World Association of Infant Mental Health

¹⁹ DGS – Direction Générale à la Santé

²⁰ à l'Hôpital Necker, Paris, le 15 juin 2005.

Je crois que - d'un point de vue développemental - le point important, quand on pense aux AFT de très jeunes enfants, c'est de se rappeler que la question de la séparation, la question du vécu de la séparation, reconnaît une certaine ontogenèse dans le développement. Avant de pouvoir penser l'absence, par exemple, Bion nous a très bien appris que les bébés ressentent l'absence non pas en tant qu'absence, mais d'abord en tant que présence hostile. Je crois que c'est très important de prendre ceci en considération. La thématique de l'absence et de la présence, sur laquelle on insiste beaucoup, qui fait le cœur du débat entre la psychanalyse et la théorie de l'attachement, n'est pas une thématique immédiate chez le bébé. Chez le bébé il y a d'abord tout un travail psychique à faire avec la question des discontinuités, avec la question des écarts au fonctionnement habituel des adultes qui s'occupent de lui. Donc avant de pouvoir penser l'absence en tant que l'absence, le bébé, le très jeune enfant, si on le change de cadre de vie, va peut-être ressentir les choses comme une présence hostile, en termes de différence par rapport à l'habitude : est-ce que les adultes qui s'occupent de moi sont comme d'habitude ou pas comme d'habitude ? Alors, ceci compte aussi, conjointement à la question de l'absence ou de l'éloignement partiel de son milieu de vie habituel.

Mais aujourd'hui on parle beaucoup en termes d'**intersubjectivité**, et je crois que l'un des défis, l'un des paris de la question de la séparation thérapeutique, une de ses difficultés et de ses richesses aussi, c'est le fait que l'accès à l'intersubjectivité, c'est-à-dire ce qui permet à l'enfant un jour de ressentir que lui et l'autre ça fait deux, puisse représenter une issue favorable du traitement par la séparation. Autrement dit, avec les très jeunes enfants ce que l'on attend d'une séparation thérapeutique, c'est qu'elle l'aide à avancer vers cette intersubjectivité, et il y a là une espèce de pari difficile parce qu'il faut tout un arsenal, tout un travail de liaison, entre les parents, les assistantes familiales, les personnes de référence, pour que cette séparation soit à la source de l'intersubjectivité et non pas le fruit d'un accès à l'intersubjectivité quelque peu traumatique.

Les objectifs de la séparation thérapeutique

Je vais en dire un mot, mais je crois que ceci va être repris dans le courant de la journée.

On pourrait dire par exemple qu'il s'agit de protéger l'enfant de la carence bien sûr, ou de la toxicité de certaines relations parent-enfant, qu'il s'agit d'aider à la construction d'imagos parentales cohérentes et de stabiliser, de sécuriser les procédures d'attachement. Mais tout ceci est vite dit, et en réalité extrêmement difficile à faire. Même si on a aujourd'hui des concepts peut être un peu différents de ceux qui existaient au moment où les AFT se sont mis en place, les concepts n'aident pas à eux seuls, et quand on entre dans les détails c'est quand même une tâche extrêmement délicate.

Alors première chose délicate, je le redis, pour les enfants les plus jeunes en tous cas, qui n'ont pas encore accédé véritablement à une intersubjectivité tranquille, sécurisée et stable, la séparation est difficile à manier parce qu'elle risque justement d'être vécue non pas comme une séparation, mais comme une présence hostile d'un nouveau cadre qui, dès lors, ne va pas favoriser l'accès à l'intersubjectivité. Il y a là, de point de vue de la professionnalisation des soins, des précautions tout à fait particulières à prendre.

Protéger l'enfant de la carence et de la toxicité

De fait, la tâche primaire des AFT est un soin préventif vis-à-vis de la dysparentalité précoce. Mais, il y a à se poser la question des enfants qui ont déjà organisé une psychopathologie. Si j'ai bien compris le but des AFT, on aimerait beaucoup se placer « avant ». C'est à dire, en cas de milieu familial pathogène, pouvoir protéger les enfants d'une construction pathologique. Mais il y a un certain nombre de cas où les choses sont déjà structurées et organisées du côté de la pathologie, et dans ces cas-là, c'est très intéressant de réfléchir à l'articulation entre l'AFT et les dispositifs de soins sectoriels ou autres qui sont difficiles à penser, et qui sont très coûteux en temps, et donc en argent. Quand on se situe avant l'organisation psychopathologique fixée, l'AFT peut être le centre du dispositif. Les choses sont sans doute plus difficiles à organiser quand la pathologie est déjà là, et que l'AFT doit s'articuler avec d'autres dispositifs de soin, avec, encore une fois, beaucoup de temps et beaucoup d'argent nécessaires.

Aider à la construction d'images parentales cohérentes

Là aussi ceci est beaucoup plus facile à dire qu'à faire . J'en redirai un mot pour terminer avec la professionnalisation des soins, mais il ne s'agit pas du tout à mon avis de proposer à l'enfant des images parentales de substitution. D'ailleurs il me semble que c'est un travail de fond qui vaut pour toutes les personnes engagées dans les tâches de l'AFT. Il s'agit de résister à un fantasme particulier - on l'a tous eu, car il fait partie de nos vocations et de nos trajectoires professionnelles - soit un fantasme de super-parent réparateur qui va pouvoir aider les enfants à dépasser tout ce que leurs parents ne leur ont pas permis de dépasser. C'est une étape qui est, me semble-t-il, nécessaire dans la trajectoire professionnelle de chacun, mais il faut absolument le dépasser, sinon on risque de fonctionner dans la perspective d'une mégalomanie extrêmement dommageable. Harold Searles nous a beaucoup appris à ce sujet : si on s'occupe d'un enfant en pensant que toutes ses difficultés viennent des difficultés de ses parents, tout d'abord ceci est probablement faux parce que la psychopathologie des enfants s'inscrit toujours dans un modèle pluri-factoriel, mais surtout parce que la psychopathologie des parents, aussi importante soit-elle, n'a d'impact sur les enfants que si les enfants sont déjà fragilisés, ou s'il y a d'autres facteurs qui s'y ajoutent. Alors d'une part ceci est faux, et d'autre part cela nous met dans l'impossibilité quasi-absolue de créer une alliance thérapeutique satisfaisante avec les parents. Troisièmement, ceci risque de déprimer l'enfant. Parce que tout enfant, quelles que soient ses difficultés, a l'ambition de rendre ses parents suffisamment bons. Et s'il trouve des soignants ou des intervenants qui pensent que justement les difficultés de ses parents sont à l'origine de ses difficultés à lui, on risque alors de renforcer la dépression de l'enfant, qui se sentira un enfant insuffisamment « thérapeute », en quelque sorte, de ses parents. Fournir à l'enfant des images parentales cohérentes, stables et plus constructives est un but de l'AFT, mais c'est un but extrêmement délicat à manier, il faut beaucoup de tact pour éviter une disqualification des images parentales qui s'ajoute aux problèmes de l'enfant.

Stabiliser les procédures de l'attachement

IL s'agit là d'une formulation moderne des choses. Pour le moment je ne sais pas très bien ce qu'on peut en retirer sur le plan de l'organisation des soins, surtout dans la mesure ou les différentes catégories d'attachement, sauf la catégorie

désorganisée, n'ont pour l'instant aucune valeur pronostique particulière quant au déploiement d'une psychopathologie ultérieure.

Dans quelles conditions peut-on donc penser qu'une séparation externe va pouvoir favoriser le processus de maturation ? Ceci ouvre sur le dernier point que je voulais aborder, qui est la question de la **professionnalisation des soins**, et qui coûte extrêmement cher alors même qu'il y a là un thème central quant à la défense des AFT. Je souhaite donc évoquer la question de la formation des personnes concernées. Il est clair que la qualité se paye. Et la qualité se paye seulement si on arrive à se placer dans l'optique de la psychopathologie, de la complexité et de la délicatesse contre-transférentielle. Je pense que ceci se situe davantage du côté de la psychiatrie que du côté de la santé mentale. Si on pense les choses du côté de la santé mentale, on va vraiment faire confiance uniquement aux bonnes volontés, et ceci ne suffira pas, tant s'en faut. Il y a donc toute la question des budgétisations des assistantes familiales qui sont rattachées à l'optique du soin, c'est-à-dire aux budgets hospitaliers. Cela coûte cher mais tant mieux, car si cela coûte cher, c'est que c'est difficile, et qu'il faut s'en donner des moyens. Sinon, d'un côté on n'aidera pas l'enfant, et de l'autre on peut faire exploser les cellules familiales d'accueil par des psychopathologies mal prises en compte. Alors quand on pense à la professionnalisation des soins, là aussi je pense à certaines réflexions issues des travaux de l'Institut Loczy (à Budapest), qui se sont beaucoup penchés sur la question de la professionnalisation des soins, et je me rappelle de ce que disait dans un séminaire il y a deux ou trois ans Judith Falk. Elle disait : au fond, la différence entre les parents et les professionnels auprès d'un enfant, c'est que pour les parents, c'est l'enfant qui représente leur objet narcissique, alors que pour les professionnels, ce n'est pas l'enfant lui-même mais le travail avec l'enfant. Il y a là un décalage apparemment infime mais de taille, et en réalité crucial. Il est vrai que si on arrive à aider les personnes concernées à intégrer cette optique-là - soit le travail avec l'enfant comme objet narcissique - d'une part, quand l'enfant devra quitter les soignants, les choses seront plus faciles que si l'enfant était investi lui-même en tant qu'objet narcissique principal, et surtout, ceci permettra justement de proposer - telle est ma formulation aujourd'hui - des *fonctions* parentales de remplacement mais pas des *images* parentales substitutives. Evidemment un enfant placé dans un milieu familial d'accueil, dans un AFT, a besoin qu'on lui apporte du *holding*, du *handling* ... toutes les théories peuvent être rappelées à la rescousse, ... de la capacité de rêverie, de la transformation, de la contenance, de l'observation, tout ce qu'on veut, mais, pour autant, les professionnels ne sont pas en position de parent, et leur désir par rapport à l'enfant n'est pas le même que celui des parents. C'est un véritable travail de formation qui est là en jeu et qui ne tombe pas du ciel. Il faut arriver, et c'est là notre problème, sans doute « diplomatique », il faut arriver à faire valoir ceci à nos tutelles politiques ou financières, pour pouvoir faire comprendre que ceci ne se trouve pas spontanément dans le programme de parentage intuitif de tout le monde. Dans le programme de parentage intuitif de tout un chacun, il y a en effet plutôt l'idée de se placer en position de parent. Ici, au contraire, on se propose de se placer en position d'apport d'une fonction parentale, et non pas d'une image parentale en tant que telle. C'est là, je crois, une différence de fond.

A propos de la petite enfance, on s'aperçoit que dans la professionnalisation des soins, il y a toute la question de la narrativité, c'est-à-dire d'aider l'enfant au fur et à

mesure à construire son histoire, à pouvoir raconter, à pouvoir se raconter lui-même à lui-même au fil du temps. C'est une fonction qui existe aussi chez les parents mais qui est plus conscientisée chez les professionnels. L'espace des interactions entre un enfant et les adultes qui prennent soin de lui est un espace de récit. Chacun raconte quelque chose. Les adultes « parlent » probablement de l'enfant qu'ils ont été, ou qu'ils croient avoir été, ou qu'ils craignent avoir été, ou qu'ils espèrent avoir été (enfin il y a tous les remaniements liés à leur propre vie bien entendu). Le bébé, surtout s'il est en souffrance, raconte aussi aux nouveaux adultes quelque chose de ce qu'il a vécu dans son milieu d'origine difficile. Et la professionnalisation des soins est de ne pas s'enliser dans ce double récit frontal. Parce que les parents peuvent raconter indéfiniment quelque chose de leur propre enfance dans la façon de s'occuper du bébé, le bébé peut raconter indéfiniment les rencontres douloureuses qu'il a déjà faites, et d'ailleurs s'y accrocher dans une espèce de masochisme un peu difficile, et la professionnalisation des soins c'est d'arriver à aider ce couple adulte-bébé à co-écrire - comme aurait dit, je pense, Serge Lébovici - à co-écrire une troisième histoire, une histoire qui s'enracine dans le passé de chacun des partenaires de l'interaction, mais qui constitue une nouvelle histoire qui leur appartienne, une nouvelle histoire qui laisse une place aux images parentales dont l'enfant n'est bien sûr pas entièrement coupé dans le dispositif de soins des AFT.

Je suis vraiment aux côtés de tous ceux qui luttent pour préserver cet outil thérapeutique très particulier, très spécifique qui peut être une merveille de profondeur et de délicatesse. La profondeur et la délicatesse coûtent cher, et à ceci, hélas, on ne peut rien. Il y a à convaincre nos interlocuteurs. En évitant, et je terminerai là dessus, des oscillations à 180° entre, soit la séparation diabolisée, soit la séparation idéalisée. La séparation thérapeutique n'est ni diabolique, ni idéale. Elle est difficile, elle coûte cher, mais elle est extrêmement précieuse. Je vous remercie de votre attention.

Mme Anne OUI

Ce bref topo a pour objectif de proposer quelques réflexions autour de la question : en quoi la professionnalisation des familles d'accueil peut contribuer à ce que l'accueil familial thérapeutique soit un dispositif de soins, à partir des interrogations suivantes : pourquoi professionnaliser les familles d'accueil, comment les dernières dispositions statutaires ont-elles essayé de s'articuler avec la « clinique du placement familial », quelles limites à cette démarche ?

1. L'idée de professionnaliser l'accueil familial d'enfant ne va pas de soi, la position de la France depuis 1977 qui a consisté à salarier, former, et intégrer dans des équipes de professionnels les familles d'accueil est d'ailleurs assez isolée si on la compare avec celle d'autres pays. Dans beaucoup de pays (Europe du nord et continent nord-américain), les familles d'accueil sont des mandataires des agences de protection de l'enfance ou des bénévoles indemnisés et l'accueil familial est organisé dans une perspective de « droit de l'enfant à une vie de famille », avec dans certains pays des possibilités « d'intégration juridique » de l'enfant dans sa famille d'accueil par l'adoption beaucoup plus systématiques qu'en France (cf Angleterre). Dans un certain nombre de ces pays par ailleurs, une partie importante

des placements familiaux est organisée dans la parenté (enfant confié aux grands-parents ou aux oncles et tantes) ; c'est le cas au Québec néanmoins des études comparatives entre les populations d'enfants placés dans la parenté et chez des tiers ont conduit les chercheurs à mettre en avant l'intérêt des placements en dehors de la sphère familiale (cf communications au congrès sur l'attachement à Bichat en 2005).

Pourquoi la professionnalisation ? Une des perspectives de la professionnalisation dans les années 70 est liée à l'évolution des pratiques de protection de l'enfance et à la préoccupation de sortir le PF d'une logique de substitution à la famille de l'enfant pour développer une logique de suppléance familiale et de soutien aux parents. La prise de conscience de la complexité des situations de placement familial est pour beaucoup dans la professionnalisation : prise en compte du fait que la séparation ne suffit pas à résoudre les difficultés des liens enfant/parents, du risque de répétition par l'enfant de ses difficultés dans sa famille d'accueil, du caractère éprouvant, délicat pour les accueillants du fait d'accueillir dans sa vie familiale un enfant confronté aux troubles de la parentalité et des émotions et des remises en cause que cela suscite.

2. A travers quelques aspects de cette professionnalisation, voir comment on a tenté de l'articuler à la « clinique du placement familial »?

Un des aspects fondamentaux de la professionnalisation c'est la formation des AF, pour laquelle il a fallu combattre des idées reçues (telles que : il suffirait d'avoir élevé ses propres enfants et d'avoir des qualités de cœur et de bon sens pour pouvoir prendre en charge chez soi des enfants en difficulté). M David a joué un rôle très important pour permettre la mise en place de ces formations, notamment en présidant un groupe d'étude sur la formation des assistantes maternelles mis en place par le CTNRHI qui s'est tenu de juin 1979 à juin 1981. Formation qui s'est développée (passant de 60 à 120 puis 240 heures, obligatoires désormais) mais qui reste fondée sur quelques intuitions premières : une formation délivrée en cours d'emploi (on ne devient pas AF après avoir fait une école et il n'est pas prévu que le diplôme qui existe aujourd'hui soit exigé pour entrer dans le métier). Cette formation a pour objectif d'aider les assistants familiaux à mieux comprendre ce qui se passe pour l'enfant, son contenu est très axé sur le développement de l'enfant et ses troubles, avec une approche globale des besoins de l'enfant, ainsi que sur la problématique du placement familial ; une formation qui soit également dispensée à partir de la pratique professionnelle des assistants familiaux, les connaissances théoriques étant abordées à partir de l'expérience vécue et de l'analyse que les personnes en font. Une formation qui suppose que l'ensemble des autres intervenants du PF soient également qualifiés sur ces questions.

La professionnalisation c'est aussi, dès 1977, la reconnaissance du salariat des assistants familiaux et de toute une série de droits et obligations qui caractérisent la relation employeur/salarié. Mais dès le départ avec une prise en compte des particularités du métier, qui a conduit à construire un cadre ad hoc qui soit se rapproche du droit commun, soit déroge à celui-ci lorsqu'il est insuffisant ou inadapté. Ainsi par exemple, compte tenu de la continuité d'accueil des enfants qui partagent en permanence la vie de la famille et qui est une des conditions de leur sentiment de sécurité, le métier est placé en dehors des dispositions juridiques relatives à la durée du travail et ce depuis le premier texte organisant le statut d'AM.

L'importance de l'existence d'une équipe d'accueil familial c'est la troisième dimension un peu « paradoxale » de ce mouvement de professionnalisation : paradoxale car l'une des craintes que l'on pouvait avoir par rapport à cette professionnalisation était qu'elle risque de conduire à un isolement des familles d'accueil formées donc compétentes et donc laissées à elles-mêmes dans leur travail. Or l'idée très importante que l'on a essayé de faire avancer est qu'on ne peut pas être assistant familial tout seul et que l'AF doit être référé, intégré à une équipe qui partage la responsabilité de prise en charge de l'enfant dans ses différents aspects. Une idée difficile à faire passer, que la dernière réforme n'a pas pu mener jusqu'au bout pour différentes raisons, (notamment institutionnelles de libre organisation des collectivités locales) mais qui a avancé par petits bouts avec la notion d'équipe pluridisciplinaire pour l'accompagnement des AF et l'évaluation des situations, puis à travers le projet de service de l'ASE (qui doit préciser les modalités de recrutement des AF et le fonctionnement des équipes).

3. Limites de la professionnalisation : il y a d'abord l'effet « d'engrenage » propre au droit du travail, qui par nature n'aime pas les dérogations et qui fait qu'il y a des évolutions inéluctables dès lors que l'on se situe dans un cadre salarial, avec une influence de plus en plus importante des directives européennes sur ce droit. Ainsi par exemple sur le droit aux congés dans lequel sont entrés les AF lors de la dernière réforme, et qu'il n'était pas possible d'amender dans des situations telles que l'enfant âgé de moins de trois ans accueilli ou l'enfant accueilli depuis moins d'un an en accueil familial (le règlement de ces situations étant renvoyé à l'organisation du cas par cas avec les possibilités de souplesse qu'offre le report de congés). Une autre difficulté du lien salarial est d'être individualiste et d'être en décalage avec la réalité sociale d'un couple d'accueil ou d'une famille d'accueil ; cette logique conduit certains interlocuteurs à développer une vision de l'assistant familial qui le situerait du côté d'une sorte « d'éducateur à domicile ».

Il y a du côté administratif, la difficulté à faire avancer la mise en place d'équipes intégrées d'accueil familial permanent, malgré les incitations législatives, et le risque que les équipes soient cantonnées dans des tâches administratives de gestion statutaire et que le suivi et l'accompagnement de l'accueil familial continue de relever d'une organisation généraliste de la « référence » en protection de l'enfant (avec des référents enfants qui suivent aussi bien ceux qui sont en établissements qu'en famille d'accueil, ce qui ne facilite pas la prise en compte de la complexité de l'accueil familial) ; avec aussi dans ces types d'organisation une « externalisation » des visites médiatisées qui ne peuvent alors pas toujours s'inscrire dans le même type de projet de soin que lorsqu'elles sont accompagnées par une équipe de PF.

Plus généralement, évoquer la totale méconnaissance de la réalité de l'accueil familial en dehors des milieux spécialisés : ce qui a été très frappant au moment du vote de la loi de 2005, c'est que l'essentiel des débats au Parlement a porté sur les AM et qu'il n'y a eu pratiquement aucune discussion autour de l'accueil familial permanent. Méconnaissance de la part des responsables politiques qui préoccupait beaucoup Myriam David (cf le projet de rendre le petit livre bleu accessible à des responsables politiques et les débats que nous avons eu dans le groupe autour du fait de savoir qu'il fallait ou non parler de la souffrance des enfants).

M Hervé HAMON

Je vous remercie de m'avoir invité. Je vais en profiter pour lâcher un peu de venin, parce que je pensais être le « Juge des Enfants de service », alors qu'en fait nous sommes deux juges dans la salle ce qui est quand même notable. Si je fais cette critique, c'est qu'en fait, dans les interventions cliniques, même si on parle beaucoup du placement judiciaire et de son importance, notamment dans les placements familiaux thérapeutiques, finalement la question de l'action du judiciaire n'est absolument jamais abordée.

Alors avant d'avoir le texte du Dr Richard et de M Allard qui va être exposé, j'ai rencontré Mme Fourès et M Pavelka qui m'ont fait parvenir à leur tour leurs textes et effectivement la question du Juge des Enfants est là aussi très peu abordée. Mme Cathy Fourès parle de la « confiance qui est accordée » ... (je sais bien que ce sont des textes que je sors du contexte dans lequel ils ont été écrits, mais il me paraît intéressant de voir un peu le contexte des relations des Juges pour Enfants avec les Placements Familiaux Thérapeutiques) ... vous parlez de confiance et j'ai la chance de travailler avec vous, vous me faites confiance, ce qui est tout à fait partagé. M Pavelka est plus, je dirais plus critique puisqu'il parle du gommage sournois des systèmes de protection par la façon dont sont accordés les droits de visite et d'hébergement. Et là, on sent un peu je dirais, peut-être, l'influence de Maurice Berger. Le débat avec Maurice Berger autour de la théorie d'attachement a été assez ravageur au niveau des Juges d'enfants. Ils étaient tout à fait prêts à écouter les critiques car le contenu de ces critiques était tout à fait passionnant. Or le débat s'est raidi et quand on voit la dérive qui existerait si, finalement, un texte de loi était au service de la théorie de l'attachement, il y a quand même un petit problème.

Donc ces questions, ces critiques et ce « venin » sont là non pas pour le plaisir de me défouler mais il me semble urgent que la question de l'élaboration de la spécificité du cadre judiciaire et de son articulation avec le cadre thérapeutique des placements familiaux soit abordée.

D'autant que vous parliez de la menace qui est faite aux placements familiaux thérapeutiques... la menace à l'égard des juges d'enfants est extrême actuellement. Quand on avait rendu le petit livre vert (et non pas bleu) en 1998, autour des « enjeux de la parentalité » on était en pleine fracture interministérielle sur la question des « bons parents » et des « mauvais parents ». Actuellement, on est dans une autre fracture interministérielle puisqu'il y a deux avant-projets qui se coursent, à savoir celui au sujet de la Protection de l'Enfance, (et je pense que Mme Quiriau nous en parlera), et celui au sujet de la Prévention de la délinquance, qui est une espèce de construction, et là je n'engage que moi, je dirais quasi-paranoïaque autour de l'insécurité. On prend des petits bouts et tout est construit autour d'une notion de sécurité. L'intérêt de cet avant-projet est qu'il a la clarté d'être un pur produit de l'idéologie néo-libérale et je pense qu'alors, il y a une autre menace derrière, c'est la position du Ministère de l'Intérieur qui consiste à dire que le Juge des Enfants ne devrait s'occuper que de mineurs délinquants ... avec donc une attaque sur l'Assistance Educative. Je pense que le débat autour des positions de Maurice Berger a aussi contribué à fragiliser cette question. L'avant-projet de la Protection de l'Enfance maintient une position de protection de l'enfance, mais derrière la question du maintien ou pas du Juge d'enfants dans ce projet - ce n'est pas uniquement une

question de corporatisme - on voit bien que se pose la question de la position du magistrat par rapport à l'exercice de l'autorité parentale.

Les juges d'enfants ont toujours défendu l'idée qu'ils étaient un peu des artistes qui surfaient sur l'autorité parentale mais qui n'avaient pas le pouvoir de toucher au fond, sauf par le droit de garde qui était un démembrement de l'exercice de l'autorité parentale. Au fond, ils n'avaient pas le pouvoir d'attenter durablement à l'autorité parentale puisque c'est le Juge des affaires familiales qui est compétent à ce sujet. Au moment de la discussion avant 2002, c'est-à-dire la commission Dekeuwer-Desfossés, il avait été question de doter, de donner aux Juges des Enfants le pouvoir de la délégation d'autorité parentale. Il s'agit là d'un autre statut juridique et nous avons pas mal résisté. Nous avons fait une autre proposition qui est reprise dans l'avant-projet de loi et qui était, au fond, que pour tous ces parents qui sont dans la discontinuité ou dans l'excès de l'autorité parentale, il puisse y avoir pour le Juge d'Enfants la possibilité, après un débat judiciaire, d'intervenir ponctuellement sur cette question. Le corollaire de notre proposition était que l'article 377 sur la délégation soit assoupli. Puisqu'une des difficultés est que l'article 377, certes, permet les délégations conjointes et partielles de l'autorité parentale mais avec l'accord des parents. En cas de désaccord des parents, cette question est soumise à la notion de désintérêt de l'enfant. Or, la notion de désintérêt de l'enfant, lorsque par exemple les parents sont excessifs ou intermittents, est difficile à définir comme telle. On peut juste dire que c'est un intérêt discutable. C'est pourquoi, nous avons fait cette proposition de l'assouplissement de cette disposition et je vais revenir sur l'enjeu, sur le pourquoi. Mme Quiriau m'a dit tout à l'heure, en aparté, que c'était le Ministère de la Justice qui avait contre-attaqué sur cette question, ce que je trouve dommageable.

Là, je vais rebondir sur la question des enjeux de la parentalité. Dans la méthode qui avait été retenue, une méthode casuistique - c'est-à-dire qu'une analyse de plusieurs cas des plus tordus, que j'ai eu le plaisir de travailler avec Mme Rottman et Mme Jardin - on voyait bien au moment des placements, et souvent des placements précoces, la lutte extrême des professionnels autour d'abord de représentations de la parentalité extrêmement diverses voire contradictoires, et aussi, dès ce moment-là, des luttes pour le statut juridique. Le Juge des Enfants restait dans ses 375 et suivants, l'ASE pensait déclaration d'abandon, la pouponnière pensait délégation d'autorité parentale. Et, un des apports pour moi de cette réflexion à partir de plusieurs cas, c'était de voir à quel point il y a un non-travail d'élaboration qui rejoint la question de la stabilité des représentations, autour de : « qu'est-ce qu'est une action judiciaire d'un juge d'enfants ?, qu'est-ce qu'est qu'une délégation ?, qu'est-ce que c'est qu'une déclaration d'abandon ? et comment, avec ces statuts juridiques différents, on travaille la parentalité et l'autorité parentale dans ces cas-là.

Je crois que le Juge d'Enfants est à la croisée des deux chemins. A la fois il travaille sur effectivement les excès, les carences et sur un soutien à la parentalité, mais pour les cas où effectivement on pourrait imaginer un autre statut qui permette aux équipes de travailler différemment sans être tributaire de la demande d'autorisation à tout moment, c'est-à-dire plutôt vers le biais de la délégation, ce qui me semble un dispositif très intéressant. Actuellement cet axe là n'est pas possible. Et je pense que vraisemblablement c'est une des failles, ou peut-être quelque chose qui est raté dans la réforme, parce que je pense que c'est assez important de pouvoir travailler avec les parents sur une variation du droit.

L'autre question, c'est effectivement est-ce que les juges d'enfants travaillent suffisamment avec ces questions juridiques qui sont très subtiles et on voit bien que si les équipes éducatives et, puisqu'on en parle, les équipes des placements familiaux thérapeutiques n'ont pas conscience de cette subtilité ou de cette difficulté ou de cette possibilité de travailler autour d'un des axes de la parentalité qui est l'exercice de la parentalité, je pense qu'on arrive à des choses un peu clivées, où le juge des enfants est celui qui fait confiance, c'est celui – pour reprendre les termes de Berger – c'est le juge « savonnette » (puisque'il a fait une nosographie de la pathologie des juges des enfants, histoire de se faire des amis). Ou c'est la question de la loi qui devient persécutante ou de la loi qui est mal faite. Berger a fait les deux choses. Puisque, dans son premier livre, c'est la loi qui était mal faite et dans le deuxième livre c'étaient les juges qui étaient mal faits, enfin en gros. Ce qui pose à mon avis la question d'articulation et comment une question de soin est portée dans la scène judiciaire, comment le juge des enfants peut défendre la question des soins tout en respectant l'exercice de l'autorité parentale et comment le cadre posé par le juge des enfants devrait être un cadre d'une nature logique différente du cadre thérapeutique, devrait permettre l'installation de ce cadre thérapeutique avec des va-et-vient sur des questions extrêmement compliquées.

Dernier point. Dans la recherche sur les enjeux de la parentalité, la déconstruction par axe avait permis d'aborder le concept de parentalité partielle. C'était effectivement toutes les options obtenues par déconstruction, tant du placement que du milieu ouvert, qui permettaient de sortir de tout placement ou tout milieu ouvert avec soit des placement paradoxaux - comme ceux du Gard à Nîmes - soit effectivement des AEMO avec des accueils de jour. Ainsi, vous obtenez une espèce de construction qui permette une marge de manœuvre et un travail beaucoup plus fin sur les axes de la parentalité et de s'appuyer sur les forces « vives » tout en ne déniait pas des forces plus « animées ».

Alors une des questions que j'aurais à poser dans cette enceinte est : comment les placements familiaux thérapeutiques peuvent s'adapter ou pas à ces placements séquentiels qui vont être reconnus par la loi ? (là on est dans une avancée).

Le dernier point que j'aborderai et qui avait été bien mis en exergue dans la recherche : la question du placement précoce. Dans ce qui a été dit tout à l'heure, on voit bien que l'âge moyen auquel un enfant est placé est de 18 mois. Cette moyenne correspond au temps que la justice se mette en branle, (quand on connaît aussi les retards des mesures éducatives à se mettre en route, et nos retards à nous). Un laps de temps important s'écoule et soulève la question de l'arrivée de certains enfants très abîmés au moment d'un placement. N'étaient-ils pas des indications de placements précoces ? Il me semble que c'est dans le cadre des schémas départementaux - et l'on y a travaillé sur Paris – et après on butte sur la question des moyens - que toutes les questions de la périnatalité, toutes les questions des staffs de la parentalité par exemple aussi, les questions des placements mère-enfant, des accueils familiaux thérapeutiques, doivent être abordées afin que les juges des enfants sortent du tout ou rien entre le maintien à la maison et le placement dès la naissance. Et ce n'est pas uniquement par confort pour le juge des enfants.

Dans les cas qui ont été abordés dans le petit livre vert, on voit bien que les « cas ratés » - puisqu'on a porté tous les cas extrêmement difficiles - venaient, au delà des combats de la représentation de la parentalité, d'une espèce d'impossibilité de prendre la décision que je qualifierai de « provisoirement définitive » (celle d'un

placement) Il faudrait avoir des lieux extrêmement pointus sur l'évaluation des rapports mère-enfant ou père-enfant (puisque les pères sont souvent hors course). Je pense que c'est ces questions-là qu'il faut travailler et moi je serais assez demandeur d'une théorisation du cadre judiciaire, par les juges peut-être, mais aussi avec votre aide puisque vous êtes les grands défenseurs du cadre thérapeutique (il y a une littérature abondante autour du cadre thérapeutique) mais en quoi ces cadres sont de nature différente, en quoi ils peuvent s'appuyer, en quoi ils peuvent s'exclure, en quoi ils peuvent se télescoper ? Il me semblerait que là il y a toute une direction de travail extrêmement intéressante à mener dans le cadre pas uniquement d'une défense comme le disait Pr Golse mais aussi une créativité par rapport à la pensée.

Je vous remercie.

Mme Fabienne QUIRIAU

Puisque l'on m'a proposé de réintroduire la séance de cet après-midi, je vous parlerai de la réforme [de la protection de l'enfance] et de ce qu'elle a en commun avec vos préoccupations et réflexions. Je crois que ce qui est intéressant de dire que c'est non pas son contenu, mais c'est déjà l'état d'esprit dans lequel nous bâtissons cette réforme de la protection de l'enfance, qui est une réforme, à mon sens, d'ampleur et qui rejoint quasiment tous les propos que vous avez tenus ce matin par rapport à la place de l'enfant, des parents, le placement et tout ce qui fait le travail des professionnels, où qu'ils se trouvent, et comment ils peuvent travailler – en équipe, entre équipes ...

[*L'intervention se poursuit après un déjeuner festif.*]

Je vais essayer d'être rapide, concise et de vous apporter un certain nombre de réflexions et ce que je souhaite surtout, c'est de vous adresser des messages par rapport à la question qui nous préoccupe aujourd'hui.

Ce qui me paraît important c'est de souligner que cette réforme vous concerne et concerne tous les professionnels amenés à exercer de près ou de loin auprès de l'enfant et de l'adolescent. C'est une réflexion que nous conduisons depuis plusieurs mois avec l'ensemble des acteurs, que ce soient les professionnels issus de tous les horizons, de tous les endroits de France, et aussi avec les décideurs, ce qui est aussi très important, puisque la réforme est conduite avec la collaboration des élus, mais aussi avec tous les autres ministères concernés - justice, éducation nationale, jeunesse et sports et santé évidemment (je fais partie du cabinet santé) etc. C'est important que les directions concernées, comme la DHOS, DGS, GDAS, etc. soient très impliquées dans cette réflexion d'ampleur.

J'ai retenu qu'on a essentiellement parlé de l'enfant ce matin, parce qu'habituellement on parle surtout des familles, et l'enjeu de la réforme est de placer l'enfant, son intérêt, et ses besoins au cœur de toutes nos préoccupations, tous ses besoins pour approcher l'enfant dans sa globalité et ne pas avoir une approche soit thérapeutique, soit sociale, soit éducative, etc. Donc la réforme c'est l'enfant dans sa globalité. Mais aussi l'enfant avec ses parents. Les parents tels qu'ils sont, avec leurs ressources, faire avec. Evidemment, la question de l'intérêt de l'enfant est prégnante dans tout le projet de loi et de la réforme. L'intérêt de l'enfant c'est quoi ? Je ne vais pas le développer maintenant, mais quelqu'un a donné la définition - l'intérêt supérieur c'est tout ce qu'on peut mettre en place dans la continuité - c'est peut-être

ça, mais c'est aussi le fait de lui donner une place, sa place dans son temps à lui, dans ses moments à lui, et dans le contexte qui est le sien. De là où il est, dans sa famille ou en dehors de sa famille, dès lors qu'il est placé, qu'il est en famille d'accueil ou qu'il est dans un établissement ou auprès d'un tiers. L'idée aussi c'est de « prendre soin » de l'enfant - c'est le mot que j'ai beaucoup entendu ce matin et effectivement il est au centre - lui prêter attention, ça veut dire, comme vous l'avez dit, d'observer et d'évaluer. L'évaluation est une idée permanente qui traverse absolument toute la réforme. Un autre « mot clé » que j'ai entendu ce matin c'est la dimension à la fois préventive et curative et c'est bien dans cet esprit là aussi qu'on se situe. Un propos a été tenu : « l'approche éducative et sociale n'est pas suffisante », évidemment elle n'est pas suffisante, compte tenu des situations qui sont celles que nous avons les uns et les autres à approcher. J'ai aussi retenu que nous parlions des professionnels, de leur souffrance, de la difficulté, de la complexité des situations auxquelles ils ont à faire.

Par rapport à tout ça nous sommes dans un processus de réflexion générale, et évidemment, le placement familial est intégré à notre réflexion. Ce qui est important de dire c'est qu'il est dans l'esprit de la globalité de la réforme. Parce qu'on a souhaité que le placement soit le plus adapté, le plus ajusté, et qu'il puisse s'assouplir. Le juge Hamon disait ce matin qu'il est difficile d'avoir comme alternative le placement pur et dur. On a souhaité introduire dans cette réforme, en nous appuyant sur la loi 2002-2 la graduation, la possibilité d'avoir des réponses qui soient entre le maintien au domicile de l'enfant et le placement. J'y reviendrai, dans le cadre d'un placement séquentiel.

L'idée c'est de faire évoluer les réponses, les proposer selon le temps de l'enfant, mais aussi d'articuler. Si l'on part du principe que l'enfant doit être appréhendé dans sa globalité, cela suppose qu'il y ait une approche pluridisciplinaire. Mais la pluridisciplinarité c'est quelque chose qui se construit, ça marche dans l'ensemble, dans beaucoup d'endroits, mais ça ne marche pas partout. Et dès lors qu'on a à faire intervenir des professionnels du champ social, du champ médical, du champ éducatif, quand il y a des problèmes de scolarité, etc. on sait très bien qu'il faut essayer d'articuler tous ces professionnels ensemble. Je vous dirai aussi quelle est notre réflexion sur le sujet.

Le mot « préparer » est aussi revenu souvent. Préparer et accompagner le placement. « Accompagner » est aussi un mot important pour nous. Accompagner l'enfant, accompagner sa famille. Accompagner l'enfant quand il est encore chez lui, l'accompagner quand il est déjà placé. L'accompagner dans tous ses temps et tous ses lieux. Puis il était question de la « continuité ». La continuité pour éviter les ruptures. C'est à dire quand la protection s'est mise en place. On a dénoncé ici et là des ruptures, des discontinuités, la succession de placements, déplacements, replacements, etc. Quelqu'un parlait d'un référent thérapeutique. C'est aussi cette idée de référent qu'on essaye de mettre en avant, pour assurer à cet enfant effectivement la continuité, la stabilité qui doit être la sienne pour avoir des repères. Et à partir de là, aussi, on dérive sur la notion d'attachement, de lien (dont il était question ce matin) et d'accompagner l'enfant parce qu'il est dans la souffrance. Quelqu'un disait ce matin que le terme « la souffrance de l'enfant » revient tout le temps et que les élus ne peuvent pas toujours comprendre, ne veulent plus l'entendre du moins - un terme à bannir. Pourtant il s'agit bien de ça, de la souffrance de l'enfant, de ses parents (quand il y en a) et aussi de la souffrance des professionnels. Dans le cadre de la réforme, on essaie au contraire de ne pas éviter

ce sujet, mais de le prendre en compte. On a évité de se limiter aux sujets faciles à traiter. Ce dont on parle aujourd'hui n'est justement pas un sujet facile à traiter. Répondre à la situation de ces enfants là, qui souffrent de pathologie ou de troubles graves, généralement des troubles du lien.

Ce matin il était question de ces enfants dont personne ne veut et qu'on se « refile », parce qu'ils sont tellement difficiles à prendre en compte. Nous nous sommes arrêtés sur ce sujet dans le cadre de la réforme, quelle réponse apporter à ces enfants là face à leur problématique.

J'ai retenu aussi la « formation », sujet revenu plusieurs fois ce matin. La formation des professionnels. La loi 2005 a encore renforcé la formation des assistantes familiales et on peut s'en réjouir. La formation des professionnels va nécessiter l'adaptation de tout l'environnement. On a assisté depuis 20-30 ans à toute une évolution des connaissances, du professionnalisme des assistantes familiales. Ce n'est pas sans nous interroger sur « qu'est-ce que d'être le professionnel » (Assistante familiale) est-ce compatible avec le lien, l'affectivité et - si je peux oser - avec l'amour ? Je crois que c'est très important. Je ne vous cache pas que quand j'ai commencé dans le champ social, médico-social et notamment avec les assistantes familiales, j'ai le souvenir d'un propos qui m'avait heurtée, je pensais alors que c'était parce que j'étais complètement néophyte dans ce champ. Dans un groupe de réflexion avec des éducateurs, des assistantes sociales, des associations, le département, etc. je me souviens d'avoir demandé comment vous articulez-vous avec les familles d'accueil et comment est accueilli l'enfant ? Retrouve-t-il un « chez lui » ? J'ai pris une douche glacée à ce moment là. On m'a répondu, mais non il ne s'agit pas de ça, il s'agit d'éviter l'attachement, il s'agit de rester professionnel, etc. Cela m'a heurtée. Au début, je ne comprenais pas pourquoi il ne pouvait être question d'amour entre l'enfant et l'assistante familiale. Après m'être longtemps interrogée, j'en viens à dire que ce qui est important, malgré tout, c'est l'amour. Il ne suffit pas, bien entendu, mais pour l'enfant c'est important. Je lance cette question parce que je ne vous cache pas que depuis tant d'années je l'ai en tête.

A l'occasion de cette réforme - qui va de la prévention jusqu'au placement - la question permanente est comment faire pour prendre en charge cette souffrance ? Comment permettre à l'enfant de vivre le moins mal possible la séparation et comment faire en sorte que tous les professionnels autour de l'enfant, ou près de lui, puissent l'aider à grandir ?

La réforme touche le placement parce qu'on essaye d'apporter une amélioration aux conditions, aux modalités de placement et ce qui nous a paru important surtout c'est de travailler sur sa préparation, l'accompagnement dès que l'enfant est placé, de travailler le suivi. Et c'est pour ça qu'on a proposé dans le projet de loi un suivi annuel de l'enfant. Il ne s'agit pas simplement d'un bilan médical, mais encore une fois d'une approche globale pour se poser la question, tous ensemble, à un moment donné, « comment va cet enfant » et y répondre sur tous les volets, médical, éducatif, social, comment se fait son insertion ? comment ça se passe à l'école ? etc. On souhaite le rendre obligatoire. Ça nous paraît fondamental. Par rapport aux enfants qui souffrent la situation est très délicate. Le juge Hamon a parlé d'un autre projet de loi sur la prévention de la délinquance. Ce projet nous a beaucoup bousculé au sens où il y a eu - par rapport au dépistage précoce des troubles du comportement - une très vive réaction de tout le milieu professionnel. Et au moment où j'ai commencé à construire cette réforme et à mettre en place des groupes de travail (et il y a des personnes qui ont dû assister au début à ces groupes de travail

avant qu'apparaissent en arrière fond les troubles du comportement) sur la question des troubles du comportement et de les identifier le plus tôt possible. Nous avons commencé à travailler sur cette problématique là, et a émergé ensuite tout le problème du dépistage précoce, et pendant un moment nous avons beaucoup hésité à en parler nous-mêmes. Nous avons mis le sujet en veilleuse et puis nous nous sommes dit avec le ministre, au fur et à mesure de nos déplacements, qu'il apparaissait que cette question était très forte et notamment dans les cas du placement familial et du placement en établissement. Pour l'ensemble des départements qui ont répondu à notre questionnaire (plus de 75 départements avec l'ensemble des partenaires et professionnels), la question qui émergeait de la façon la plus nette était à propos des enfants en très grande difficulté et qui ne trouvent pas de solution adaptée. Du coup, nous avons repris le sujet et là j'étais en contact avec un certain nombre d'entre vous pour évoquer différentes solutions. Il y avait des réponses habituelles mais j'avais identifié aussi des expériences qui permettaient de mixer le volet thérapeutique, le volet éducatif, de manière à ce qu'on puisse répondre à ces problématiques là. Ce qui fait que dans la loi on a introduit une mesure spécifique qui permet justement une expérimentation d'unités qui permettraient de mixer le thérapeutique et l'éducatif dans toutes leurs dimensions. Cela est possible grâce à la loi 2002-2.

On a aussi abordé la question de l'accueil familial. Il y avait plusieurs aspects. Cet accueil familial que j'ai évoqué avec le Dr Rottman, Dr Pavelka, Dr Fourès etc. Ils m'avaient fait part à ce moment d'une difficulté à se faire reconnaître dans ce cadre par rapport au travail qui avait été fait sur les pathologies du lien - j'avoue que j'ai beaucoup appris avec vous - et sur la menace qui pesait sur ces unités, puisque effectivement on avait tendance à mettre de côté cette dimension thérapeutique. Et j'avoue qu'il a fallu beaucoup discuter avec la DHOS pour pouvoir faire admettre la survie, le maintien et le soutien de ces unités là, grâce à l'introduction du projet de loi, grâce à tous les débats, grâce au fait aussi que désormais on a réussi à convaincre les autorités compétentes. Il a fallu faire un travail d'explication énorme de ce qui se fait dans ces unités, convaincre qu'il fallait les préserver, on a beaucoup évoqué les rencontres entre parents et enfants, on a beaucoup parlé de ces visites médiatisées qu'il fallait préparer, qu'il fallait accompagner avec soin, qu'il fallait évaluer.

Et tout ça, avec pour arrière fond, l'ouvrage du Docteur Maurice Berger. Je dirais que notre réflexion a été très riche et très dense, beaucoup de sujets venant ébranler les professionnels par rapport aux troubles de comportement, par rapport au lien, par rapport à l'attachement, ces sujets étant très sensibles.

Nous avons essayé d'y apporter des réponses concrètes.

Au delà de ces enfants très particuliers qui souffrent des troubles graves, et dont les parents souffrent de pathologies parfois plus graves, nous avons essayé aussi d'envisager diverses réponses.

J'espère que ce travail que nous avons conduit depuis tant de mois apportera des réponses et contribuera à faire évoluer tout le champ de la protection de l'enfance, que ce soit au niveau des professionnels, que ce soit au niveau des décideurs, que ce soit au niveau des familles, mais surtout pour que ce soit un mieux pour l'enfant.

Merci.

FORUM 1966 – 2006 ...

modéré par Dr Pascal RICHARD et Mme Anne-Marie MERLET

Ouverture du Forum par **Dr Pascal RICHARD**

Les communications de ce matin et celle de Madame Quiriau montrent que les préoccupations qui sont les nôtres sur le terrain, où l'on essaye de faire avancer les choses, rencontrent aussi des préoccupations au niveau sociétal, au niveau national, au niveau ministériel et législatif. Des préoccupations se rencontrent..., mais je ne suis pas tout à fait sûr (cela fera peut-être l'objet d'une prochaine journée) que ce soient cependant les mêmes.

En tout cas, c'était ce que l'on souhaitait en organisant cette journée, ne pas seulement parler des 40 ans de cette pratique. Mais, quand même, quarante ans, ce n'est pas rien : 40 ans, c'est une vie professionnelle (est-ce qu'on va être à la retraite bientôt ?)... 40 ans d'une pratique qui nous semble ne pas avoir démerité ; 40 ans d'une pratique qui est en permanence remise « sur le métier » ; 40 ans d'une pratique où, quoi qu'on en entende dire, ce n'est pas « toujours la même chose ». On ne ronronne pas en placement familial. On n'a pas non plus de ces certitudes aveugles qui nous conduiraient à refaire toujours et toujours la même chose. C'est une pratique qui se remet beaucoup en question. Et finalement, quand on se remet en question, on se met en danger. Est-ce qu'on a le droit de se mettre en danger quand de notre position vont dépendre des vies - au moins des vies psychiques ? ...

On est parfois pris dans les questionnements compliqués comme ceux-ci. Et c'est intéressant de voir, j'en suis toujours frappé, combien, dans le champ qui est le nôtre - peut-être plus que dans les autres -, cette possibilité de nuance et cette nécessité de gradation sont difficiles à trouver ; combien facilement on est tous - nous, nos usagers, nos partenaires - emportés par le risque de clivage « tout blanc tout noir » ; combien chaque fois qu'on a l'impression de dire quelque chose, d'ouvrir une petite fenêtre pour voir - par curiosité, parce qu'on est bien installés là dans notre base de sécurité et qu'on peut aller voir ce qui se passe à l'extérieur -, combien à ce moment-là quelque chose arrive qu'on n'a pas prévu.

Allez, parlons des choses qui fâchent, parlons des accueils séquentiels... Bien sûr, c'est intéressant ; bien sûr, on a envie de réfléchir ; bien sûr nous ne sommes pas campés sur les choses mille fois ressassées, contrairement à ce que nos chers collègues et nos chères tutelles nous reprochent, mais nous d'agir avec attention, doucement, en réfléchissant, « réfléchir avant d'agir ». Bien sûr, un « adolescent en urgence », c'est compliqué et ça demande de penser ; on n'a pas dit qu'on ne recevrait jamais d'adolescents en urgence. On a juste dit attention, les clignotants sont au maximum, plus que pour toute autre situation. Il faut se donner les moyens de faire un travail correct, respectueux des besoins de ce jeune. Mais si l'on commence à dire, si l'on accepte simplement de penser, l'expression « adolescent en urgence », dès le lendemain on a un adolescent qui arrive en urgence et il n'y a pas à discuter ... nous sommes sommés de faire, tout de suite.

Nous constatons régulièrement combien la psychopathologie à laquelle on est confronté vient effectivement envahir les modalités de penser des professionnels et combien sont vraiment difficiles cette gradation et cette nécessité de nuance. Cela demande encore et encore plus de moyens. Peut-être faut-il aussi des choses qui s'imposent, une obligation de penser ensemble, parce que des fois on n'arrive pas à

s'entendre... (Je pense au sort du « petit livre bleu » qui est quand même bien difficile ; est-ce que c'est une obligation de l'état ?) ...

Donc la première pensée qu'il m'importait de partager avec vous cet après-midi, c'est combien il peut être difficile de penser ensemble, notamment autour de la question de la souffrance, de la question de la psychopathologie, avec le prolongement que ça peut avoir sur la question de la professionnalisation.

La reconnaissance de la souffrance, la connaissance de la psychopathologie, ça passe par une certaine compétence des intervenants professionnels. On a beaucoup parlé de ce qu'il en était des assistantes familiales, mais qu'en est-il des intervenants ? Comme on l'a dit ce matin, ce n'est pas un diplôme de l'Assistante sociale, ce n'est pas un diplôme de l'Éducateur et je rajouterai même ce n'est certainement pas un diplôme de Pédopsychiatre qui donnent le goût ni la compétence pour cette pratique vraiment particulière.

On nous apprend aussi que, pour comprendre ce qui se passe maintenant, il est important de se replonger dans nos racines. Nos racines, c'était il y a 40 ans, et même un peu avant comme l'a rappelé Pr. Soulé, Qu'est ce qui s'est passé ?...

Beaucoup de ceux qui sont venus à cette journée sont des collègues qui ont été des compagnons de route, qui ont été des témoins, et, puisqu'on souhaitait organiser un Forum (organiser un forum - un lieu où l'on se rencontre -, c'est un peu contradictoire...), on parle ensemble. On ne souhaitait cependant pas que la discussion soit trop informelle, on voulait mettre un peu d'organisation, alors il fallait trouver des axes.

Premier axe : « l'histoire, les racines, les témoignages » ; les gens qui ont partagé, les gens qui ont essaimé, les gens qui ont recréé, plus ou moins différemment. Deuxième axe : « la psychopathologie », ; ce qu'il en est de la compréhension des fonctionnements psychiques de ces enfants, de la pathologie de la relation ; quelles sont les références théoriques, quelles sont les observations, quels sont les outils qu'on peut avoir pour penser ensemble quelque chose d'impensable.

Troisième axe : tout ce qu'il en est de « la professionnalisation et l'avenir ». C'est court, mais on va essayer de s'y tenir, quitte à garder des idées pour une prochaine journée.

Je souhaite maintenant donner la parole au Dr Françoise Jardin.

Dr Françoise JARDIN

Juste un mot pour dire d'où je viens. Je viens de, je pense, 20 ans d'expérience du terrain de placement familial et d'au moins 25 ans d'expérience dans une unité de soin parent-bébé, à la fois avec Myriam David et dans la succession de Myriam David.

En vous écoutant Madame [*Mme Quiriau*] je pense que Myriam David aurait été extrêmement contente de voir qu'enfin il y avait quelque chose en plus en voie de progression chez les administratifs.

Mais j'aimerais revenir à ce que disait ce matin Bernard Golse quand il parlait de la souffrance des enfants. La souffrance ce n'est pas de la psychopathologie. La souffrance c'est un signe d'appel et que la première réponse à un enfant qui souffre c'est de s'apercevoir qu'il souffre. Qu'il y ait un adulte qui prenne en compte sa souffrance. Qu'elle soit reçue. C'est déjà une chose. Bernard Golse disait ce matin qu'il était très important pour les professionnels d'investir non pas éventuellement

l'enfant (ce qui m'a fait réagir tout à l'heure sur le plan de l'amour, parce qu'attention à l'appropriation sous le prétexte d'amour) mais le soin de l'enfant. Il me semble qu'effectivement il est important que les professionnels - quel que soit leur stade et leur investissement - occupent leur place dans le soin qu'ils donnent à l'enfant. Et quand je dis l'enfant, je dis l'enfant et sa famille, et quand je dis l'enfant et sa famille ça se déroule et je dis l'enfant, sa famille, sa Famille d'accueil et les professionnels. Et que le professionnel, un peu plus impliqué à un moment donné, que ce soit dans ce travail là qu'il y met son investissement narcissique. Finalement (comme le disait Myriam David) les parents aiment leur enfant parce qu'il est leur enfant, les professionnels qui s'occupent d'un enfant très jeune (ça peut être vrai pour un enfant plus grand) peuvent aussi aimer l'enfant à qui ils donnent le soin. Et parce que leurs soins auront une efficacité l'enfant deviendra peut-être aimable, aimera et suscitera l'amour. Quand j'ai commencé en placement familial il y avait un professeur de pédiatrie très reconnu, très bien, et qui me disait (j'avais 25 ans) vous savez, il vaut mieux une bonne famille d'accueil qu'une mauvaise famille naturelle. Et puis quand j'arrivais au Centre Alfred Binet j'entendais, il vaut mieux une famille naturelle quelle qu'elle soit qu'une famille de substitution. Alors, il fallait que je me fasse une place dans ma tête à ce niveau là. C'est pas si évident.

Encore simplement sur la continuité. Je voudrais qu'il n'y ait pas de confusion. Qu'est-ce qui donne la continuité ? Ce n'est pas le fait d'être dans une famille, puis déplacé puis replacé. C'est qu'il y ait quelqu'un d'attentif, connu par l'enfant, reconnu par lui comme étant celui qui est témoin de ce qu'il lui arrive avec qui il peut en parler. On retrouve sans doute là la notion d'accompagnement.

Dernier point, on a parlé ce matin du fait que les enfants arrivent en placement souvent déjà abîmés... je pourrais dire que dans l'unité de soins du XIII^e arrondissement de cet établissement, quelque fois quand les enfants arrivaient à sept ou huit mois ils étaient déjà abîmés. Mais ce qui voudrait dire quand même que l'attention, au-delà du placement familial, doit être portée également au niveau de la périnatalité. Je sais qu'il y a actuellement quand même les travaux qui se font (aujourd'hui nous sommes centrés sur l'accueil familial) mais justement ce travail très précoce auprès des mères, des familles et des bébés, et que cet accompagnement là doit précéder le travail en placement familial.

Ma longue vie en placement familial me permet de dire que les enfants qui ont été placés très tôt en placement familial, j'ai eu la surprise de découvrir que quand ils avaient 3 ans ils allaient mal. Ça rejoint aussi ce que disait ce matin Bernard Golse, c'est que quelque part une séparation extrêmement précoce est très traumatique et nécessite un traitement.

Marceline GABEL

Les années qui passent permettent souvent d'interroger les projets initiaux et les nécessaires évolutions et adaptations. Qu'est-ce qui a été perdu ou gagné en route ? Je citerai deux projets :

1) Ainsi du projet de création du Placement familial décrit en 1964 par Serge Lebovici dans le numéro spécial d'une revue et intitulé « l'expérience de santé mentale du 13^e arrondissement ». Je cite : « *Nous pensons pouvoir ouvrir à peu de frais un placement familial temporaire et d'urgence ; un couple d'éducateurs pourrait recevoir*

pendant quelques semaines plusieurs enfants dont les conflits familiaux doivent être dédramatisés par une séparation sans qu'ils soient coupés de leur milieu habituel . »

Sa création, deux ans plus tard, suscita un réel engouement dans les équipes, qui se déplaçaient très facilement à Soisy pour discuter des indications, participer aux synthèses ... Très vite cependant Myriam David, mettant en évidence la pathologie lourde des parents, leur réalité sociale, le soutien important aux familles d'accueil, annonça qu'il s'agirait de placements forcément longs et coûteux ! Le désinvestissement des équipes fut net pour ce nouveau service devenu si ... « social ». L'équipe du PF se renforça alors et développa sa propre théorie jusqu'à devenir le CFAT, toujours soutenue par le Directeur administratif sur le plan des moyens. Perte ou gain ?

2) Deuxième projet décrit dans cette même revue est celui relatif à la place de la recherche dans le 13^e. Je cite encore : « L'ensemble des techniciens qui travaillent au Centre Alfred Binet est engagé dans une série de recherches à caractère épidémiologique. Il s'agit de la mise en œuvre de fiches individuelles qui groupent un nombre important de données psycho-sociales, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Chaque cas fait l'objet d'une évaluation systématique à un, trois et cinq ans après l'entrée, ainsi qu'à la sortie. »

Aujourd'hui, au moment où, pour des raisons plus gestionnaires que de recherche clinique, l'évaluation est au centre de toutes les préoccupations politiques, qu'en est-il de cet esprit de recherche clinique si novateur (1984) au CFAT d'aujourd'hui ? Gain ou perte ?

3) Reste non pas une interrogation mais une certitude dans les pratiques de tous les placements familiaux thérapeutiques : l'obligatoire travail de soutien des intervenants ! Le nécessaire travail avec la famille biologique, la famille d'accueil et l'enfant multiplie les regards croisés des intervenants à la recherche de « *l'enfant qui reste en lui* ». Le travail sur les identifications conscientes et inconscientes de chacun semble bien être ce que justifie le « T » du CFAT.

Sur ce modèle on pourrait espérer que ce soutien devient une responsabilité première pour tous les services de Protection de l'enfance en danger ! Mais ceci a un coût dit-on ! Le coût pour l'enfant objet de projections, n'est-il pas plus lourd à payer lorsque ce soutien n'est pas assuré ?

A vos plumes les équipes de CFAT pour faire passer ce prix à payer !

Mme Geneviève APPELL

Je suis psychologue, je travaille depuis 1948 et j'ai commencé à l'ASE de Paris, à Parent de Rosan. Je peux dire que c'était un monde dur à l'époque! Depuis, je n'ai jamais cessé de m'intéresser à ces enfants qui se trouvent hors de leur milieu familial.

- Pour rebondir sur ce que vient de nous relater Marcelline Gabel je voudrais souligner le double aspect dramatique de ce type d'actions. Dramatique pour

l'enfant, sa famille d'accueil et très probablement ses propres parents mais dramatique aussi par la cacophonie qu'il illustre quant aux théories auxquelles se réfèrent les professionnels ! On reste confondu par de tels passages à l'acte. Quel travail peut-on faire ensuite avec les autorités administratives et les différentes personnes qui vont rédiger les textes ? Pourquoi, eux qui ne sont pas dans le champ clinique, croiraient-ils plus les uns que les autres ?

- La deuxième idée m'est venue en écoutant Michel Soulé ce matin. Je pourrais aussi vous raconter des anecdotes étonnantes sur les conditions dans lesquelles se passaient les placements familiaux, le niveau de vie offert aux enfants placés, sur les chiffres - un responsable d'agence avait jusqu'à 500 enfants sous sa garde et il était aidé par une assistante sociale et dans le meilleur des cas par sa femme dévouée qui s'identifiait à son travail et n'était pas rémunérée pour cela !

Mais il faudrait aussi que nous nous penchions à nouveau sur ce qu'étaient les références théoriques à cette époque. En fait, il n'y en avait pas. Il y avait le bon sens. Et le bon sens c'était : un enfant se développe selon l'exemple qu'on lui donne. Donc mettons-le dans une bonne famille d'accueil avec des gens qui se conduisent bien et il va bien se conduire. Et puis un enfant chacun le sait cela oublie et puisque ça oublie, il va oublier ses parents et il n'y aura pas de problèmes. Si ce n'est pas le cas, c'est parce que c'est de la mauvaise graine. Alors là ? Et c'est ainsi que même un directeur d'agence sensible pouvait déplacer du jour au lendemain un bébé de 16 mois qui commençait tout juste à retrouver quelque sécurité auprès de sa "nourrice" parce que des rumeurs sur sa conduite circulaient dans le village. Ces pratiques étaient la norme.

Pourquoi raconter cela ? Pour que nous mesurions l'énorme chemin parcouru au niveau de la compréhension des processus psychiques à l'œuvre au cours d'une séparation et d'un placement. Nous avons été aidés par de multiples travaux issus de différents courants de pensée et vous êtes beaucoup mieux armés aujourd'hui que nous ne l'étions. Tout au moins vous devriez l'être. Cela ne supprime pas la complexité du travail mais au moins il y a des connaissances sur lesquelles il est possible de s'appuyer et c'est capital. Toutefois, je pense que dans le grand public beaucoup de ces connaissances ne sont pas passées et certaines idées présentes en 1948 sont encore courantes de nos jours. Là, il nous faut être vigilants car ce peut être source de beaucoup d'incompréhension dans la conduite du travail.

- La troisième idée est de rebondir au sujet de l'amour, thème évoqué par notre dernière conférencière. C'est une question qui m'interroge beaucoup et à laquelle j'aimerais que l'on réfléchisse. En fait nous sommes extrêmement pauvres en mots pour exprimer la diversité des sentiments qu'un adulte peut éprouver pour un enfant. Il y a tant de manières d'être lié à un enfant et si peu de termes pour les décrire. Or comme le disait Françoise Jardin un enfant a absolument besoin de savoir qu'il y a quelqu'un (voire plusieurs personnes) qui ne le lâchera (lâcheront) pas, quoi qu'il arrive, qui sera (seront) là pour s'inquiéter de lui. Et quelle est la position de cet adulte qui face à l'enfant dit *je ne te lâcherai pas tant que je ne serai pas absolument sûre de l'endroit où tu seras*. Et aussi qui a le courage d'ajouter *tu pourras toujours me retrouver* sans se sentir coupable sous prétexte qu'il ne va pas laisser la place et en même temps de ne pas l'obliger à venir le retrouver. Ce qui est l'autre piège. Rester là pour que l'enfant ne vous perde pas mais ne pas s'imposer. Il me semble que si nous avons une meilleure représentation de la multitude de

relations dont un enfant est capable avec les adultes qui l'entourent et avec lesquelles il se construit, si nous étions moins agrippés aux seuls modèles parentaux, nous deviendrions capables de beaucoup plus de souplesse et saurions introduire plus de continuité dans la vie de ces enfants.

- La dernière idée, concerne les capacités narratives des enfants du placement familial dont Myriam David me parlait lorsqu'elle écrivait son livre. Je me souviens de mon éblouissement devant la manière dont l'enfant au fond se connaissait et connaissait sa situation et comment il pouvait exprimer ses sentiments, par exemple lors d'une consultation. Quelque fois je me demandais si les enfants de ma famille sauraient parler ainsi ? Plus tard lorsque j'ai rencontré l'équipe de l'Institut Pikler (Lóczy) et que nous avons eu accès aux dialogues des enfants plus grands j'ai été frappée par la même capacité narrative. Il s'agit d'enfants en placement familial puis d'enfants en pouponnière donc d'enfants en situation difficile. Il semble bien que cette capacité narrative leur donne de la force, leur permette de se construire. D'où leur vient-elle ? N'est-ce pas parce qu'il y a toujours eu quelqu'un présent pour accepter leurs sentiments sans dire *c'est bien c'est mal* mais les aider à les comprendre, à les élaborer. Et que ce quelqu'un leur disait en même temps, *tu peux compter sur nous*. Sur ces deux certitudes l'enfant peut construire quelque chose. Pour moi il y a dans ces deux expériences, l'accueil familial de Soisy et la pouponnière de Budapest quelque chose d'identique que j'aimerais creuser.

Mme Jeannine OXLEY

Merci aux organisateurs d'avoir mis en place cette belle journée en hommage à Myriam David.

J'ai eu le plaisir stimulant de faire partie du XIV^{ème} arrondissement dans le secteur animé alors par le Dr Soulé et Jeannine Noël. Nous étions frères avec le XIII^{ème} de Myriam David. Le Placement familial représentait pour eux et nous un enjeu à la fois de santé (psychique) et la naissance d'un véritable intérêt pour les enfants séparés de leur famille.

Avec un dispositif très ancien – confier des enfants à des Familles d'accueil – ils ont su créer des institutions innovantes et vivantes. Avec le temps nous avons pris conscience d'en être aussi les bénéficiaires : l'écho des histoires parfois violentes des familles dont nous avons la charge nous ont permis d'évoluer tant sur le plan professionnel que personnel. Les apports cliniques ont ouvert le champ des connaissances concernant les carences maternelles primaires, leur effet sur le développement affectif de l'enfant. Des liens forts avec leurs parents, la nature de ces liens ont questionné nos indications de séparation à but thérapeutique :

« Pour qu'une souffrance psychique ne devienne pas détresse, pour qu'une séparation n'aboutisse pas à une rupture » nous avons beaucoup travaillé et élaboré des théorisations à partir de cette pratique. Ce fut une nécessité pour nous d'apprendre à partager cette façon de penser avec les Familles d'accueil.

Aujourd'hui, connaissons-nous le même engagement ? Le partenariat avec elles s'organise de façon plus statutaire. Leurs propres avancées entraînent, comme il est prévisible, des résistances chez les travailleurs sociaux. L'ancien GRAPE (GEPLFS) déjà dans les années 70, mettait l'accent sur l'importance de leur professionnalisation sans perdre de vue le risque que ne disparaisse leur spécificité : A travers leur vie

quotidienne avec l'enfant permettre que se jouent des rencontres d'inconscient à inconscient qui échappent à tout formatage.

Les Assistants familiaux ont le talent de nous renvoyer à nos paradoxes : « Lorsque quelqu'un du service vient chez moi et insiste sur la PLACE de mon mari en m'expliquant comment il devrait ressentir et « s'y » prendre – cela ne va pas ! » En général le mari y souscrit !

Elles ont aussi le talent de comprendre l'importance des regards croisés, de reconnaître que l'accueil nécessite des places complémentaires.

La question de l'amour qu'elles ont pour les enfants nous dresse parfois les uns contre les autres (FA contre l'équipe) « de quel amour s'agit-il ? » (G. Mermet). Stanislas Tomkiewicz lui répond de l'au-delà : « surtout pas de celui de l'araignée pour les mouches ! » Mais la distance ne veut pas dire l'empêchement d'aimer et de créer des liens sans lesquels l'enfant ne peut pas vivre. Rappelons-nous nos révoltes et colères lorsque l'ASE à une certaine époque pouvait rompre des accueils qui duraient depuis des années au nom du respect de la bonne distance et des parents et « du trop d'amour de l'enfant pour ses accueillants ».

Pour terminer, je souhaiterais insister sur l'importance de la créativité et du « cas par cas » dans chaque prise en charge.

Chaque équipe a son originalité n'en déplaise à nos tutelles et administrations, mais tous sommes d'accord sur la rigueur des pratiques à mettre en place sur les connaissances cliniques indispensables à chacun.

Bien-sûr nous ne sortons pas toujours indemnes d'un travail qui nous confronte à la souffrance des enfants et de leurs parents, mais, nous répondent les Familles d'accueil « n'oubliez pas qu'il y a aussi beaucoup de joies ... ».

Je vous remercie.

Mme Guillemette RABIN-COSTY

Je travaille au Bureau de l'enfance et de la famille à la DGAS, et donc dans mon escarcelle j'ai notamment le statut des assistants familiaux.

Ca fait juste un an que je suis là et j'ai encore un regard un peu candide et qui me permet de faire un peu un pas de côté et de regarder comme ça dans la « famille » Famille d'accueil.

J'ai été très touchée par ce que vous venez de dire parce que justement, j'ai plongé dans la professionnalisation des assistants familiaux en étant chargée de reprendre la rédaction des décrets d'application de la loi. Et pour ce qui concernait la professionnalisation, ce qui m'a beaucoup frappé c'est de voir justement cette volonté, en créant un diplôme d'Assistants familiaux, de faire entrer cette activité très particulière dans un tiroir, un diplôme c'est un tiroir, quelque chose de très cadré, où on a des connaissances, des moyens de les évaluer, etc. Et il me semblait, mais vous l'avez très bien dit, que du coup on oubliait un peu que le quotidien du travail de la Famille d'accueil c'est fait de spontanéité, de joie de vivre, et que ça pouvait sembler un peu incompatible avec un cadre pré-formaté. Anne Oui l'a très bien dit aussi ce matin, la précaution a été prise de ne pas l'imposer ce diplôme là. C'est à dire que c'est un outil qui est mis à disposition mais qui n'est pas obligatoire. Ce qui laisse un peu de respiration.

[*fin de cassette*]

[...] Le travail en équipe : De la place à laquelle je suis il est clair que les pouvoirs publics, que vous avez interpellés là, ne peuvent pas imposer, on ne peut pas dire « travaillez en équipe », ce n'est pas quelque chose qu'on puisse décréter. Le travail de l'équipe, la professionnalisation, c'est quelque chose qui vient du cœur même de l'équipe, par contre notre responsabilité à nous, il me semble, c'est celle de ne pas entraver cette dynamique là qui est spontanée et de lever les blocages au maximum lorsqu'ils existent.

M Jean CARTRY

Je suis éducateur spécialisé, marié à une éducatrice spécialisée et depuis 32 ans nous sommes effectivement famille d'accueil.

Merci à Madame Oxley d'avoir fait émerger deux choses. D'abord cette famille d'accueil cette mère d'accueil qu'on évoquait ce matin, dans les souffrances, dans le stress, dans les douleurs émotionnelles etc, me semble rappeler quelque chose du martyr de saint Sébastien ! Mais enfin, si nous vivons si longtemps en famille d'accueil, c'est parce que nous y trouvons *aussi* du bonheur, et que ce bonheur c'est le moteur de la famille d'accueil ! Qu'un enfant ait le sentiment qu'on peut être heureux avec lui, je pense que sur le plan narcissique c'est profondément restaurateur, puisque : « Je suis pas si mauvais, la preuve : ces gens sont heureux avec moi ». Ce bonheur partagé avec lui me semble moteur du soin.

Merci encore à Madame Oxley d'avoir fait émerger la pâle figure du père d'accueil dont on n'a absolument pas parlé aujourd'hui et dont je suis ici le modeste représentant. Je vous remercie de l'écouter pendant quelques secondes encore.

Puisqu'on parle du soin, l'un de mes enfants, qui est aussi éducateur spécialisé, mais qui a été élevé en famille thérapeutique (qui s'en est remis en devenant éducateur spécialisé dans un dans un foyer pour adolescents) m'a raconté cette vignette clinique il y a 48 heures : Le garçon s'appelle Christian, il a quatorze ans, il est carencé comme c'est pas possible, sa chambre c'est un foutoir abominable, c'est le chaos. Et presque tous les soirs la stagiaire et moi, on monte avec lui là haut et on range la chambre, on remet tout en place, on trie le propre, le sale, le bon, le mauvais, ce qui marche, ce qui ne marche pas, ce qui est cassé ce qui n'est pas cassé, on refait son lit, on tire le drap du dessus, du dessous, on met bien la couette, il se couche et, à ce moment là, il a un sourire formidable.

Et je me suis dit, on est là dans le soin selon Myriam David, puisque ça touche à *l'espace* de cette chambre qui redevient contenante ; ça touche au *temps* puisque c'est au moment du sommeil qu'on accompagne ce garçon, quand toutes les terreurs anciennes, les terreurs archaïques le guettent. Ça touche aussi au corps puisque l'enfant est « bien », puisqu'il a un sentiment global, cénesthésique, comme dit Dolto, de confort de bien-être, qui est corporellement thérapeutique. Et par-dessus le marché ça rend son corps aussi un peu plus contenant lui-même puisqu'on lui a dit : « écoute à deux heures je viendrai te réveiller pour que tu puisses aller pisser et tu ne feras pas au lit. » Ca me semble être des gestes éducatifs qui ressortent à la clinique du quotidien. Et quand en famille d'accueil ce travail là est fait, cela permet au thérapeute aussi de faire son boulot parce que le gamin est contenu dans la réalité.

Le troisième point, et je vais finir, je vais être très bref pour laisser la parole aux autres, c'est que le cœur du soin c'est cette expérience extraordinaire que peut faire un enfant, d'être *unique et important pour quelqu'un*. On est là, selon Levinas, dans la question du *visage* d'autrui. Et ce matin quelqu'un évoquait cet enfant là, que quelqu'un *regarde* enfin. Pour cet enfant, c'est une expérience unique : je suis important pour quelqu'un ! Et je crois qu'il en conserve l'éprouvé pour toute sa vie. On s'en rend compte assez souvent lors des appels ou des visites de nos anciens, qui quelquefois sont un peu intempestifs, le plus souvent légitimes, qui ne sont jamais sollicités mais qui sont acceptés. Je crois que nous constituons, nous parents d'accueil (peut-être un peu contrairement à ce que j'ai cru entendre de Monsieur Golse ce matin) des images parentales intériorisées, tout en préservant, réelle et symbolique, la place des parents de l'enfant.
Je vous remercie.

Dr Pascal RICHARD : *Donc, avec Monsieur Cartry on vient, l'air de rien, de passer du premier thème au deuxième. Pour rester dans ce passage entre le premier thème (l'histoire et les compagnons de route) et le deuxième (ce qu'il en est maintenant de la compréhension et de l'utilisation de cette compréhension de la psychopathologie dans la mise en place d'une pratique à but thérapeutique), peut-être le Dr Boublil peut-il maintenant prendre la parole pour retracer son expérience.*

Dr Michel BOUBLIL

J'ai travaillé avec Myriam en 1974 pendant quatre ans.

Ces quatre ans m'ont marqué jusqu'à aujourd'hui où je m'occupe à Nice d'un hôpital de jour et d'une unité temps plein de pédopsychiatrie et où ce que j'ai compris et vécu m'aide encore.

A propos de tout ce qui a été dit, je voudrais faire quelques remarques :

1 – Je constate tous les jours combien les enfants sans parents sont vulnérables, exposés beaucoup plus que les autres aux maltraitements administratifs. Ces enfants sont souvent surreprésentés dans l'hospitalisation temps plein et dans les pathologies sévères de l'enfant.

2 - Sur le plan psychopathologique pour reprendre la métaphore de Hana Rottman, c'est un magma. C'est-à-dire que quelle que soit la grille de lecture ou des outils utilisés il est très difficile d'y voir clair entre les troubles de l'humeur, du comportement, des apprentissages, de la communication, les moments de désespoir, d'effondrement et d'espoir dont on ne trouve trace dans aucune classification sérieuse DSM, CIM 10, CFTMEA R-2000) sauf peut-être dans « pathologie limite anaclitique » qui mêle un tableau clinique et une cause carencielle.

3- Sur le plan d'organisation de soins je n'avais pas compris en 1974 (33 ans déjà) combien ce que faisait Myriam et son équipe était original et novateur et le demeure : ne pas être seulement psychanalyste, ni seulement « attachementiste », ni seulement pédiatre, ni seulement « développemental » ... Myriam se souvient 30 ans après d'une remarque de jeune psychiatre frais émoulu de la Salpêtrière qui trouvait qu'elle faisait un « travail de mémère » allant prendre le café chez les familles d'accueil et discutant des selles du bébé placé.

Je crois avoir compris depuis qu'un travail qui colle au réel est indispensable même si les moments de prise de recul et d'analyse sont indispensables dans un va et vient incessant parfois épuisant entre la pratique qui est incontournable et la théorie qui permet de penser avant d'agir.

4 – Pour terminer nous allons parler des MOTS :

Comme un philosophe, le pédopsychiatre a ses mots : « projection, toute puissance, attachement, psychose, défenses maniaques » tous les mots n'ont pas le même sens pour tout le monde, même entre professionnels.

Cela crée les discussions depuis la Tour de Babel.

Un exemple : un enfant de seize mois est placé pour suspicion de maltraitance à la pouponnière dans le cadre d'un conflit conjugopatique entre ses parents séparés à sa naissance. Les professionnels de la pouponnière observent les rencontres : l'enfant avec sa mère se montre difficile, pleurnichard, hurlant quand sa mère le quitte, et pendant les quarante-huit heures qui suivent gémit et se montre abattu.

Quand le père le voit l'enfant joue gentiment avec lui, le quitte sans pleurer et ne se montre pas perturbé ensuite.

Le rapport écrit de la pouponnière au juge des enfants rapporte ces faits sans les interpréter et le juge confie l'enfant à son père car si cela se passe mal avec la mère et après la visite cela veut dire que la mère est déstabilisante et peut être maltraitante : la logique visible ne va pas dans le même sens que l'interprétation et les mots dans cette situation qui rapportent la réalité observable conduisent à une situation aujourd'hui ingérable.

L'autre mot, sur un autre versant c'est l'argent.

J'ai toujours trouvé que ça coûtait très peu cher à la société que de bien travailler. Que quand on ne travaillait pas bien se produisait des catastrophes. C'est une réalité. C'est-à-dire qu'un enfant avec qui on a mal travaillé, qui a eu des ruptures du placement, va finir dans un établissement médico-social, et peut-être dans un centre de l'aide par le travail et sera pris en charge toute sa vie par la société.

Nos tutelles ne sont pas toujours obligées de savoir comment on travaille et le sens qu'a notre travail... on peut dire qu'un enfant qui a été suivi et pas suivi c'est pas la même chose. J'ai le souvenir d'un petit enfant qu'Anne-Marie Merlet connaît très bien, c'est un des cas de ma thèse, qu'on avait sorti avec Myriam de St. Vincent de Paul, alors qu'il était considéré par les pédiatres comme un enfant déficitaire, on disait « encéphalopathe ». Il avait dix-sept mois et qui avait vécu la moitié de sa vie avec des ruptures successives entre l'hôpital et ses parents, qui étaient d'ailleurs des SDF clochardisés, etc., et qui a été jusqu'à ses dix-huit ans au CFAT et qui aujourd'hui a un développement tout à fait normal, est marié et a des enfants. Je veux dire l'enjeu de s'occuper d'un enfant pour faire qu'il n'ait pas une espèce de destiné dramatique et de handicapé, ça vaut le coup. Mais c'est vrai aussi, que tout ça, on ne peut pas le démontrer, on peut pas convaincre facilement ceux qui ne s'intéressent pas à ce domaine, que ce que nous faisons est non seulement utile mais aussi thérapeutique, que dans ce cadre là la théorie, l'idéologie unique est toujours néfaste, c'est la manière de travailler qui est importante. Myriam disait souvent que ce que lui apportait beaucoup, quand elle était aux Etats-Unis, c'était le travail autour des cas, c'est-à-dire les consultations aux-quelles elle a assisté (notamment le *case-work* avec Léo Kanner qui était semble-t-il un excellent clinicien). C'est toujours autour d'un cas qu'on travaille, la théorie vient après. Et c'est vrai que le titre de son livre « De la pratique à la théorie » devrait être le modèle de notre pratique.

Dr Emmanuelle MALAGUZZI

J'étais psychiatre au CFAT, au début je voulais parler de la formation, pas de la famille d'accueil mais de l'équipe technique. Je ne sais pas s'il y a une formation spécifique qu'on peut suivre mais je sais qu'il faut des qualités particulières pour travailler en placement familial et probablement pour avoir plaisir, pour avoir envie de travailler dans un placement familial. C'est-à-dire de supporter l'agressivité, d'être capable de ne pas céder au manichéisme qui est le système des enfants et à la fois des familles d'accueil et des familles naturelles, et être capable de travailler en équipe. Alors là, je pense que pour faire face à ces problèmes de placement familial une seule personne, qui peut avoir toutes les qualités, elle ne peut pas faire ce type de travail. Il faut qu'elle soit soutenue, qu'elle puisse discuter avec les autres. Si on ne peut pas travailler en équipe on ne peut pas travailler en placement familial. Et tout ça est lié à la pathologie spécifique de l'enfant, qui n'est pas une pathologie bien définie. Il y a certaines caractéristiques que nous connaissons tous chez les enfants en placement familial. Ce sont des enfants qui ont eu des difficultés relationnelles avec leurs parents, on n'en connaît pas exactement les conséquences, qui ont été déplacés très souvent, très rapidement, de façon très difficile pour eux. Donc il y avait un vécu particulier. En conséquence ce sont des enfants qui n'ont pas une histoire, qui ont vécu des tas de choses mais qui n'ont pas une histoire personnelle, qui ne peuvent pas raconter leur histoire. Ce sont des enfants qui ne pensent pas, qui ne veulent pas penser, ils ne peuvent pas assumer la pensée, ils ne peuvent pas assumer leur désir. Et ce sont des enfants qui ont des blessures narcissiques graves, probablement tout ça fait partie des troubles narcissiques graves. Et pour faire face à une pathologie de ce type il faut une équipe soudée, il faut travailler à plusieurs et il faut avoir un certain nombre de qualités, si ce n'est pas une certaine formation, parce que la formation, je ne vois pas exactement ce qu'elle pourrait être.

Il y avait un autre point à propos de la pathologie des enfants, j'ai pensé à la prévention. Je ne sais pas vraiment si c'est dans la prévention qu'on est avec le placement familial. On peut avoir des enfants qui vont bien mais qui ont eux des difficultés relationnelles, et dont on ne voit pas encore le trouble. Mais peut-être que les troubles viendront après si on ne fait rien. C'est déjà la thérapie, ce n'est pas la prévention. Si on ne fait rien la maladie va sortir, donc ce sont des soins. Dès le départ ce sont des soins. Par exemple disons qu'un enfant né avec un pied bot, avant qu'il commence à marcher ça ne fait rien, mais au moment où il devrait marcher... voilà que sont pied bot ça se verra. Je me dis que c'est comme ça chez ces enfants, jusqu'à ce que cette qualité qui leur manque, quand ils n'en ont pas encore besoin, ça ne se voit pas, mais au moment où ils en auront besoin, on verra que ça manque.

Dr Hana ROTTMAN

A propos de la pathologie des enfants, je voudrais parler de deux symptômes qui m'apparaissent assez typiques et fréquents chez les enfants que j'ai connus en placement familial

L'un d'eux est le faux-self qui correspond à l'impression que les enfants donnent d'eux-mêmes de façon durable, d'être par exemple rieurs, affectueux avec la famille d'accueil, actifs et désirants, alors que ces mêmes enfants, devenus grands, peuvent

se plaindre de manière très amère, en disant combien cette apparence était un leurre qui cachait une souffrance, celle de ne rien ressentir.

L'autre aspect qui m'a beaucoup frappée est l'intensité du clivage, c'est-à-dire à quel point ces enfants peuvent passer d'une position à sa position inverse et revenir à leur position première en fonction de leur interlocuteur, clivage à bascule qui vient perturber considérablement l'évaluation qu'on peut faire de ce qui se passe pour eux : clivage dont témoignent les enfants par rapport à ce qu'ils ressentent, soit dans leur famille d'accueil, soit dans leur famille d'origine. On voit parfois des enfants séparés de leurs parents pour maltraitance, être hébergés quelques jours par les dits parents, et accuser la famille d'accueil de les avoir maltraités, puis, de retour dans leur famille d'accueil, accuser leurs parents de maltraitance à leur égard, sans qu'on puisse démêler le vrai du faux. L'expérience montre combien clivage et faux self sont difficiles à diagnostiquer et à traiter, même si l'on s'y attend. Cette psychopathologie est renforcée par la structure du placement familial, comme un effet secondaire en quelque sorte, parce qu'on y fournit à l'enfant, comme support de sa construction, une autre famille, un autre couple d'images parentales, l'image en double des images parentales d'origine. Myriam David soulignait combien le lieu du placement familial est par excellence le lieu du clivage du bon et du mauvais objet, et que nous sommes tous susceptibles d'être atteints par cette problématique, et donc de fonctionner dans l'exclusive et le manichéisme. Seule l'équipe soignante du placement familial peut traiter cette psychopathologie, où la famille d'accueil est piégée.

On a parlé tout à l'heure de cette interrogation sur ce que représentent, pour l'enfant, les parents d'accueil par rapport à sa famille d'origine : simple support de projection, ou parents psychologiques. Citons certains attachementnistes, comme Mary Dozier, qui dit que lorsqu'un enfant n'a pas eu de lien serré avec ses parents dans la première enfance, et qu'il arrive avant l'âge de deux ans dans une famille d'accueil qui va être présente et disponible physiquement et psychiquement comme « caregiver », il est possible que ce soit la famille d'accueil qui devienne la figure principale d'attachement, autrement dit, les parents d'accueil deviennent des personnages primordiaux pour l'enfant accueilli.

Dr Françoise JARDIN

Ce que dit Hana, signifie et montre bien, par rapport même à ce que j'ai pu exprimer de part mon expérience, c'est qu'il y a énormément de situations différentes, complexes, et on aurait tort de dire que toutes les anglaises sont rousses.

Dr Pascal RICHARD : *Avant de donner la parole à Mme le Dr Reveillaud puis de conclure cette deuxième partie - parce qu'il va falloir passer à notre troisième axe -, je souhaiterais rebondir sur ce que disait Hana Rottman.*

Souvent les histoires de placement ont l'air de ce qu'on appelle en médecine des « histoires de chasse », ou, plus exactement, de « cas à faire pleurer dans les chaumières » comme disait Hélène Causse. Et la situation que tu décris, Hana, d'un enfant qui présente ce clivage, qui bascule en une fraction de seconde, en un grincement de portes, c'est une de ces situations qu'on retrouve régulièrement. Ça dit forcément quelque chose aux praticiens de l'accueil familial. Ceux qui côtoient ces enfants ont vécu ça. Et il faut pouvoir en témoigner parce que c'est une des

particularités dont vont découler beaucoup de choses en matière de compréhension, en matière de traitement, en matière de formation, etc.

Dr Marie REVEILLAUD

Dans le service de Pédopsychiatrie, service EST de Vendée dont je suis responsable, nous avons une petite structure d'Accueil Familial Thérapeutique dans lequel nous traitons des enfants de toutes pathologies dont les enfants autistes et psychotiques. Ce service n'a pas de lits à sa disposition et cet Accueil Familial thérapeutique représente une alternative à l'hospitalisation temps plein.

En ce qui concerne la psychopathologie des enfants pris en charge, la fréquence des troubles du comportement avec violence, instabilité, est à relier aux fragilités consécutives à des dysparentalités et à l'environnement de la société d'aujourd'hui avec ses toxicités.

Pour ces pathologies, il est intéressant de proposer des points d'appuis structurants complémentaires à ceux des parents de l'enfant. C'est le rôle des familles d'accueil de notre structure. Grâce à notre fonctionnement d'accueil séquentiel, il n'y a ni sentiment d'arrachage de l'enfant à ses parents, ni sentiment d'appropriation de la famille d'accueil et nous évitons ainsi le traumatisme de la séparation évoqué par Bernard Golse ce matin. Ce fonctionnement permet également d'éviter le clivage, les liens étant assurés par une équipe de professionnels expérimentés. Les principales difficultés sont évitées grâce au travail important de l'équipe de soins. Cette équipe qui accomplit les visites à domicile d'une part dans la famille d'accueil et d'autre part dans la famille de l'enfant permet, lors de la réunion de tous les soignants de la structure (une dizaine) une élaboration hebdomadaire de toutes les expressions positives ou négatives de l'enfant, de ses parents, et de la famille d'accueil. Ainsi, un soutien permanent de l'équipe de soins suit pas à pas l'évolution de cet Accueil Thérapeutique et les résultats positifs sont la plupart du temps très rapides ce qui nous permet de limiter cet accueil à quelques mois (de six mois à deux ans maxi).

Nous avons parlé également ce matin de l'image parentale substitutive. En ce qui concerne le rôle de la famille d'Accueil Thérapeutique, je préfère parler de fonction parentale complémentaire œuvrant à la réparation des enveloppes psychiques des enfants gravement atteints qui peuvent bénéficier d'une enveloppe familiale complémentaire.

Le dernier congrès de GREPFA avait pour titre : « Les enveloppes familiales thérapeutiques » insistant ainsi sur le fait que la famille d'accueil propose des enveloppes familiales complémentaires grâce auxquelles l'enfant va pouvoir se construire ou se reconstruire. Il n'y a donc pas substitution mais complémentarité. L'accompagnement de l'équipe soignante dont j'ai souligné auparavant l'importance doit également se faire en partenariat avec les autres acteurs que peuvent être : l'Aide Sociale à l'Enfance, le Tribunal des Enfants, les Aides Educatives en Milieu Ouvert, les médecins de famille, les enseignants, etc. tous ces services impliqués dans le bien-être de l'enfant, en partageant leurs réflexions avec nous participent au retissage des enveloppes psychiques de l'enfant.

Pour terminer, je ferai référence à l'intervention de Geneviève Appell concernant les références théoriques en insistant sur la richesse des références théoriques dont nous bénéficions aujourd'hui.

Dr Pascal RICHARD : *Comme vous le voyez, l'accueil familial, y compris thérapeutique, y compris de référence pédopsychiatrique, sanitaire, est un grand chantier et divers courants s'y discutent. Les pratiques sont parfois très différentes d'un accueil familial à l'autre. La question est de savoir de quel point de vue on se place, quelle est la mission qui est la nôtre, et peut-être, encore une fois, la question de l'évaluation non seulement à court terme (on est très sollicité pour cela) mais aussi moyen et long cours. Puisque après tout, on travaille quand même pour la génération suivante.*

Pour la transition, je donne la parole à M le Juge Hamon et ensuite on va continuer sur cet axe de la formation et professionnalisation.

M Hervé HAMON

C'est peut-être une intervention en retard mais en entendant Jeannine Oxley je me suis dit que j'étais aussi dans le clan des vieux alors qu'il fallait peut-être que j'en parle. Parce qu'il me semble qu'il y a parallélisme à faire entre les Juges pour enfants, en tout cas l'histoire qui est en train de se dérouler pour les Juges pour enfants et la pédopsychiatrie, en tout cas le placement familial thérapeutique.

J'ai dit tout à l'heure qu'on était très en danger par l'évolution législative. Puisque d'un côté il y a effectivement l'idée que le juge d'enfants ne serait ramené qu'à celui qui place et qui pourrait avoir accès à la délégation de l'autorité parentale et les déclarations d'abandon. C'est-à-dire qu'il ne serait plus dans cette partie dynamique avec le milieu ouvert, puisque ce serait l'ASE qui le ferait. De l'autre côté on a toute la pression autour des mineurs délinquants, où d'un côté ça serait le « tout réparation », on voit que là c'est aussi les bons et les méchants, les victimes et les délinquants. Les réparations ce sont les situations des prises en charges assez rapides, assez visibles, tout à fait intéressantes. Et de l'autre côté il y aurait la répression dure. La question éducative et du temps éducatif ne devenant même pas pensée, c'est-à-dire au fond toute la question du temps qu'on peut prendre dans l'accompagnement des mineurs délinquants n'a plus d'intérêt à l'heure actuelle. Et la question éducative est devenue impensable, et je dirais indiscutable, on ne peut plus en discuter avec les politiques comme existante. Et on voit bien, si on réunit ces deux tendances lourdes à l'heure actuelle, et pas qu'en France, on voit bien que la question c'est la désécialisation. C'est-à-dire qu'il n'y a plus besoin d'avoir un juge spécialisé pour dire qu'il y a placement : on lui apporte les éléments, il place ou il ne place pas. Et pour les mineurs délinquants il n'y a plus besoin d'être spécialisé puisque d'une certaine façon on ne lui demande d'être que dans la répression et d'aller plus vite, avec la mythologie : si on juge vite il n'y aurait plus de récidive.

Je crois qu'on a vécu là, ces derniers temps, quelque chose d'extrêmement douloureux au niveau des Juges pour enfant, c'est à dire qu'on s'est dit : mais finalement tout ce qu'on a mis en place, tout ce à quoi on a cru peut être balayé d'un moment à l'autre, donc une espèce d'insécurité totale. Et on se disait aussi que notre

histoire était très récente, puisque nous on est né en 1945, et on voit bien que malgré les engagements internationaux, dans la pensée néolibérale - je reviens là dessus car il me semble que c'est vraiment le fond du problème - la question du temps de l'éducation et du thérapeutique devient complètement obsolète.

Je pense que là il y a un vrai débat à avoir et je pense qu'on est dans des situations extrêmement fragiles et qu'on a vécu dans le plaisir, dans le contentement de ce qu'on faisait, en croyant, en se trompant au gré des idéologies. Nous nous sommes fait toujours accuser soit de trop protéger les enfants contre les parents, soit d'être du côté des parents, alors qu'on appliquait bêtement les textes où le placement est exception, etc. Donc je voulais dire que ces temps qui nous paraissent très longs et riches sont extrêmement fragiles dans les enjeux politiques actuels. Et je pense que Madame Quiriau a bien démontré à quel point elle a dû lutter pour préserver un acquis et à quel point c'était difficile à l'heure actuelle de faire passer un certain nombre de choses. On a sûrement une responsabilité, je crois qu'on s'est trop endormis dans nos capacités et dans notre contentement et dans notre conviction de faire ce qu'on avait à faire, de faire bien notre travail, et je pense que les moments sont politiquement assez dangereux.

Mme Frédérique ULLA-ALONSO

Je suis ici en tant que représentante de IFCO, International Foster Care Organisation, qui est l'équivalent sur le plan international de l'ANPF. On s'occupe de l'accueil familial thérapeutique de façon minoritaire mais Carry Van der Zon le représente, en tant que professionnelle de l'AFT à Amsterdam - mais aussi l'accueil familial en général. Et donc dans beaucoup de pays, avec des bénévoles, avec des questions sur la professionnalisation, sur la formation etc.

Pour juste reprendre le commentaire qui vient d'être fait, il y a quand même quelque chose qui va se passer, pas en France mais à Genève, je crois dans un an ou deux, il s'agit du fait que la France va devoir faire un état des lieux de la mise en application de la Convention internationale pour les droits de l'enfant que la France a ratifié. Il me semble que c'est en 2007 ou 2008 qu'elle va passer devant le comité de pilotage et de devoir donner un état de la réalisation, d'avancement des services de protection de l'enfance, au niveau de la santé et au niveau de la justice, sur la convention qui stipule que les mineurs ne doivent pas être incarcérés. C'était un insert.

Mme Carry VAN der ZON

Je suis le Chef du département pour familles d'accueil thérapeutiques dans un Centre psychiatrique pour les enfants à Amsterdam.

Je suis très intéressée (mon français n'est pas très bon donc j'ai Frédérique [Ulla-Alonso] avec moi pour traduire quand je ne sonna pas des mots justes. Je parlerai mieux en anglais, en le temps est court ...)

[traduction en direct par Mme Ulla-Alonso]

J'ai suivi vos travaux d'aujourd'hui avec beaucoup d'intérêt parce que nous, l'année dernière à Amsterdam, nous avons fêté les 40 ans de notre service d'accueil familial thérapeutique. Et avec d'autant plus d'intérêt que ce que j'ai entendu aujourd'hui sur

les développements et l'histoire de l'accueil familial thérapeutique en France recoupe à peu près toutes les problématiques qu'on a vécues en Hollande, avec la différence qu'en Hollande la professionnalisation n'a commencé que il y a dix ans. En particulier on a eu une loi qui est passée en Hollande il y a neuf ans qui stipulait que ce sont les parents qui sont les plus importants et que même dans les cas des relations parentales dysfonctionnelles il fallait considérer l'intérêt des parents en priorité. Ça a donné lieu à des situations graves, il y a beaucoup de cas d'enfants qui sont tués par leurs parents, mères borderline. L'année dernière nous avons eu une cinquantaine d'enfants tués par leurs parents présentant des troubles psychiatriques. Maintenant on a une évolution donnant d'avantage la priorité à l'enfant, avec notamment une nouvelle loi, des groupes de travail sur la condition des enfants en accueil familial, dans la condition des enfants dans le système judiciaire et dans le système de soins psychiatriques. En ce moment il y a un projet de loi à l'étude par le ministère de la justice, qui stipule que dans les cas où la séparation s'avère nécessaire les enfants très jeunes doivent immédiatement être placés en famille d'accueil et que les enfants de moins de cinq ans ne doivent pas passer plus de trois mois consécutifs en institution et doivent plutôt aller en famille d'accueil. Elle stipule aussi que les professionnels ont un délai de six mois pour procéder à une évaluation de la situation familiale et pour prendre une décision sur la capacité ou pas des parents à reprendre l'enfant. S'il est déterminé qu'il est impossible ou trop dangereux pour l'enfant de retourner dans sa famille de façon définitive à cause des problèmes psychiatriques des parents ou leur comportement criminel, il sera procédé à un placement familial de longue durée, permanent. Il n'existe pas en Hollande un système d'adoption, juste l'adoption internationale, alors ces enfants resteront au long cours en accueil familial en sachant qu'en Hollande l'accueillant familial n'est pas salarié, n'est pas professionnel et fait seulement l'objet d'une allocation de ressources pour les frais. Pour des raisons économiques, sachant que l'accueil familial est bénévole, beaucoup de familles ont besoin des deux salaires, ne peuvent pas se permettre d'avoir quelqu'un qui reste à la maison de façon permanente pour les enfants, et donc il est question de projet pilote pour développer sur certaines situations une professionnalisation, en tout cas une rémunération des familles d'accueil. Pour corroborer une conclusion qui a été entendue ce matin sur la dimension de soin qui doit être présente dans tous les AFT, mettons les choses en proportion, en Hollande il y a 11.000 places d'accueil familial général, il y a seulement 300 enfants en AFT. Il se trouve que l'AFT coûte beaucoup plus cher et que dans les 11.000 qui sont dans l'accueil familial général beaucoup auraient également besoin d'un accueil thérapeutique.

Dr Pascal RICHARD : *Merci beaucoup à nos collègues de l'IFCO pour leur témoignage. Voilà encore un thème pour une journée à venir : qu'est-ce que l'accueil thérapeutique en France à l'étranger ? comment sont financées les pratiques ? sur quelles références théoriques ?...*

Plus la journée avance et plus je me dis qu'il faudra décidément qu'on se revoie. Abordons maintenant la professionnalisation et la formation des équipes.

M Jean-Claude CEBULA

Je suis psychologue clinicien, je suis de l'IFREP. Quand vous parlez de l'IFCO, j'étais le premier représentant français à l'IFCO avec des familles d'accueil qui venaient se plaindre du mauvais sort qui leur était fait en France. Elles ont trouvé les familles d'accueil bénévoles alors qu'en France elles étaient déjà salariées.

Un petit mot sur la professionnalisation. J'ai eu la chance de commencer à travailler en accueil familial alors que j'étais un jeune con. A savoir que je n'y connaissais rien dans l'élevage des enfants, ou pas grande chose et je me trouvais avec des familles d'accueil qui en savaient plus que moi. Et c'était intéressant parce qu'elles savaient beaucoup de choses, elles savaient ce dont les enfants avaient besoin. Elles vivaient ce dont les enfants avaient besoin. Ce qu'elles vivaient c'était en partie, je l'ai compris beaucoup plus tard, ce que les enfants leurs faisaient vivre de leur besoin. Mon travail de jeune spécialiste, mais finalement très loin de ce qu'elles rencontraient au quotidien, m'obligeait à les écouter et surtout à ne pas leur donner de conseils. A ce propos j'ai inventé le concept de dépanneur de pensée. Pour élever un enfant il faut penser à lui, il faut penser à ses besoins, et c'est vrai que parfois on peut être en panne de pensée du fait des troubles du comportement, des symptômes des difficultés que l'enfant vit ou nous fait vivre. Finalement, quand j'ai compris ça, mon travail était assez facile, bien que très lourd, c'est d'écouter et de là est venu simplement le fait qu'il était bien évident qu'il fallait travailler avec et le plus souvent possible avec les familles d'accueil. Qu'elles avaient un savoir sur les enfants extraordinaire, un savoir sur les enfants en général et un savoir particulier sur les enfants en grande souffrance qu'elles accueillait parce qu'elles vivaient ces souffrances là. Ecoutons et à partir de là donc on a construit avec Anne Oui, qui est partie, et d'autres, Myriam David que je n'oublie pas bien-sûr, des programmes de formation, on a réfléchi à la formation et au travail ensemble avec les familles d'accueil. Depuis, je continue. Voilà.

Dr Pascal RICHARD : *Donc les équipes ont à apprendre des familles d'accueil ; est-ce que c'est la seule source possible ? On continue ?*

M Christian MESNIER

Juste une intervention rapide parce que je crois que le temps nous presse. Je suis le directeur général de la Fondation Grancher et ancien Président de l'ANPF.

Sur la formation et la professionnalisation et pour vous tendre la perche pour une journée supplémentaire, il faut distinguer deux choses.

La première, la formation des assistantes familiales pour laquelle je ne vois pas comment on pourrait être contre. Je pense que notre système de formation, avec les garanties que l'on s'est données au niveau de la loi, c'est-à-dire, une formation en cours d'emploi, qui part de la pratique et qui se co-construit avec les formateurs, me semble tout à fait pertinente, dans la mesure où le savoir - et je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce que vient de dire Cébula là-dessus, il y a un savoir « inné », lié à la pratique professionnelle - se construit à partir de la pratique. Et c'est cela qui me semble être le cœur de la formation, y compris du diplôme.

La deuxième, ce n'est pas parce qu'il y a formation que cela débouche automatiquement sur une professionnalisation, même si aujourd'hui la question des diplômes - c'est un diplôme d'Etat de travail social - va fonder la reconnaissance d'un métier. La difficulté me semble être ailleurs. La formation, telle qu'elle est actuellement vécue et en place, peut permettre une professionnalisation, je dirais intelligente. Ce qui me semble plus difficile dans la professionnalisation au niveau de la pratique quotidienne, c'est lorsqu'elle s'attache essentiellement à certains types d'attributs. « Je suis professionnel(le) parce que je me rapproche le plus possible du Code du travail et que j'ai le plus possible de choses reconnues par ailleurs, pour d'autres métiers », des congés, des relais... Et ça me semble être problématique parce que c'est un détournement de ce qui me semble être une véritable professionnalisation, c'est-à-dire une articulation interne avec la formation pour essayer de retrouver le sens initial du métier d'assistante familiale : accueillir chez soi un enfant pour l'aider à grandir dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire.

Pour faire court et pour ouvrir d'autres champs de réflexion, je dirais que la professionnalisation des assistantes familiales sera ce que les équipes de l'accueil familial en feront. C'est-à-dire, soit nous serons en capacité d'associer suffisamment les assistantes familiales au projet, au sens du travail et au soin à apporter à l'enfant - et là, la professionnalisation sera gagnée, elle sera positive - soit nous n'arriverons pas à les associer suffisamment dans l'objectif et la finalité du métier et à ce moment là nous nous arc-bouterons et/ou elles s'arc-bouteront, probablement en miroir, chacun sur la conception que l'on peut avoir de l'accueil familial.

Dr Pascal RICHARD : *La réflexion portait sur la formation non pas seulement des assistantes familiales mais de l'ensemble des protagonistes, l'ensemble des professionnels. C'est quelque chose qui me soucie beaucoup ...*

*J'ai vaguement en tête un plaidoyer pro domo : puisqu'il s'agit d'une pathologie du lien, puisqu'il y a des difficultés à faire le lien, faisons appel aux gens du lien. Les gens du lien, dans ma tête à moi, ce sont les pys - les psychiatres, les psychologues ...-, des gens qui, par mission, doivent penser la pensée et les difficultés de penser. Très honnêtement, et le Pr. Golse pourra nous éclairer, qu'en est-il de la formation des psychiatres en matière de pathologie des liens psychiques et de leur retentissement sur le plan des institutions ? Qu'en est-il actuellement de la formation des psychologues, de leur préparation à ce champ de mines qu'est le terrain de l'accueil familial, surtout quand il n'a même pas la référence thérapeutique ?
Donc, former les familles d'accueil ? Oui, bien-sûr ! Mais les autres ?*

Mme Geneviève MERMET

Cette question de formation et des repères est d'autant plus importante que Monsieur Hamon nous a rappelé tout à l'heure que la place et la fonction du Juge des enfants dans ces situations allait éventuellement sensiblement se modifier et que donc le dispositif même du placement familial allait être beaucoup plus dévolu encore au Conseil général qu'il ne l'était jusque là. C'est à dire que maintenant on aura

beaucoup moins de garantie d'une instance tierce avec qui on peut échanger, s'appuyer sur lui... etc.

Et ça va avoir comme conséquence, pour chacun des acteurs impliqués dans ces situations, une exigence d'avoir absolument en tête toute la rigueur avec laquelle on peut travailler, parce que l'absence des repères qui engagent tous risque d'être une source de conflits à l'intérieur des équipes. Finalement, qui va pouvoir au bout du compte arbitrer le sens du travail, la dimension clinique de ce travail, si on ne peut pas s'appuyer sur un tiers extérieur.

On a eu un exemple la semaine dernière d'un département où le magistrat est déjà, de manière expérimentale, en position de retrait dans sa manière de statuer sur le cadre du placement. En avril dernier il a décidé une séparation en accueil familial pour un jeune enfant de 17 mois sans préciser la question des rencontres entre les parents et l'enfant. Et aujourd'hui le Conseil général n'a mis en place aucun temps de rencontre parce qu'il n'est rien dit à ce sujet dans l'ordonnance, finalement personne ne s'en occupe. Les parents ne sont pas revendiquants et finalement ça ne se traduit pas dans les actes.

Est-ce que - je ne sais pas si vous êtes d'accord M Hamon - tous les acteurs sauront être suffisamment exigeants, en particulier des services de l'ASE, mais aussi des équipes du placement associatif ou thérapeutique, puisque on n'aurait plus cet échange et arbitrage du magistrat.

Je ne sais pas auprès de quelle instance l'équipe en question pourra faire recours quand rien ne se fait pour cet enfant. Evidemment, ce n'est pas tellement ces parents là, et encore moins leur enfant, qui vont aller revendiquer les rencontres, étant donné leurs difficultés bien-sûr.

Pr Bernard GOLSE

Juste une petite réaction à ce que disait M Mesnier tout à l'heure et puis à la question qui est posée sur la formation des « gens du lien », comme dit Pascal Richard.

Je partage tout à fait les propos de M Mesnier à propos de ce besoin de co-inventer ensemble une formation avec les Assistantes familiales, parce que, c'est vrai, le mot de « professionnalisation » a quelque chose d'un peu barbare, d'un peu technique et sec. Mais, en-arrière plan il y a le fait que c'est quand même une profession pas comme les autres, justement. Et ça on ne peut pas projeter les programmes de formation tout faits, « clefs-en-mains », il faut l'inventer avec les personnes concernées.

En ce qui concerne la formation des étudiants en médecine - je parlerai surtout de celle-ci, mais il y a aussi celle des psychologues, des éducateurs, des psychanalystes, et de beaucoup d'autres personnes concernées... En ce qui concerne les pédopsychiatres, c'est toujours ennuyeux de finir un samedi après-midi sur une note trop pessimiste, de même que tout à l'heure on a parlé du risque de déspecialisation des juges, et on pourrait encore rajouter d'autres risques. Cependant, chaque fois qu'il y a une note pessimiste il y a aussi des moyens de réagir... Pour nous c'est terrible, car le clivage qui nous envahit pour le moment est le clivage entre une clinique de l'instant et une clinique de l'histoire. Je le dis d'autant plus que dans les CHU, et dans les Services de pédopsychiatrie, il y a une espèce de fascination pour l'évaluation à l'instant « t » du fonctionnement d'un enfant, et on se préoccupe assez

peu de remettre tout ceci dans le courant de l'histoire : d'où est-ce que cela vient, qu'est-ce que cela veut dire pour l'enfant, pour ses parents, pour sa filiation, pour son groupe social, culturel... que sais-je encore ? Donc, ceci est tout à fait dramatique, mais j'ai quand même une note d'espoir parce que les étudiants commencent à se poser des questions, et à ne plus vouloir que le DSM-IV représente leur seul manuel de psychopathologie. Ils recommencent à ouvrir des yeux immenses, et à manifester beaucoup d'enthousiasme quand on leur parle d'anthropologie, de philosophie, de linguistique, d'histoire, de phénoménologie... C'est là, me semble-t-il, un très bon signe, un signe que tout n'est pas perdu et que nous avons peut-être d'ores et déjà mangé notre pain noir. En matière d'AFT, je suis sûr qu'il y a là des raisons d'espérer, si nous tenons bon suffisamment longtemps.

Fin de la Journée

WHO IS WHO

M Christian ALLARD

Responsable du Service d'Accueil familial départemental, ASE de Val-de-Marne, Responsable de RIAFET, Educateur spécialisé.

Mme Geneviève APPELL

Psychologue. Présidente d'honneur de l'Association Pikler Lòczy France.

Dr Michel BOUBLIL

Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Fondation Lanval à Nice, ANPF.

M Jean CARTRY

Assistant familial, Educateur spécialisé.

M Jean-Claude CEBULA

Responsable et formateur de l'IFREP, Psychologue.

Mme Sylvie DAVID

Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB ASM13, Psychologue.

Dr Cathy FOURES

Responsable de l'Unité d'Accueil familial thérapeutique 75-I-05, Paris, Responsable de RIAFET, Pédopsychiatre.

Mme Marcelin GABEL

Psychologue, Chargée de cours, Université Paris X, Nanterre

Pr Bernard GOLSE

Chef de Service de Pédopsychiatrie au CHU Necker, Président de la WAIMH-Francophone, Psychanalyste.

M Hervé HAMON

Président du Tribunal pour enfants de Paris, Juge pour enfants.

Dr Françoise JARDIN

Pédopsychiatre. Ancienne responsable de l'Unité de soin de la Fondation Rothschild, Paris 13e. Présidente de l'Association Pikler Lòczy France.

M Jean-Pierre KIEFFER

Directeur de Placement familial spécialisé, Représentant de l'ANPF.

Dr Martine LAMOUR

Psychiatre, Centre Myriam David, Fondation de Rothschild, Paris 13e.

Dr Emmanuelle MALAGUZZI

Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB-ASM13, Pédopsychiatre.

Mme Anne-Marie MERLET

Responsable du Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB-ASM13, Educatrice spécialisée.

Mme Geneviève MERMET

Psychologue, Formatrice au COPES et CPPA, Représentante de RIAFET,

M Christian MESNIER

Directeur général de la Fondation Grancher, ancien Président de l'ANPF

Dr Françoise MOGGIO

Médecin Chef du Centre Alfred Binet, Pédopsychiatre, Psychanalyste.

Mme Anne OUI

Chargée de mission à l'ONED

Mme Jeannine OXLEY

Fondatrice de GELPFS, Psychologue.

Mme Fabienne QUIRIAU

Conseillère technique du Ministre Philippe BAS pour la loi réformant la protection de l'enfance (promulguée ensuite en tant que LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007); DGAS-DHOS, Ministère de la Sécurité sociale, de la famille et de l'handicap.

Mme Guillemette RABIN-COSTY

Bureau de l'Enfance et la Famille, DGAS, Ministère des Affaires Sociales

M Vincent RAMON

Chef de service au CSPF « Entr'actes », Instit. Fernand Deligny, ADNSEA. Représentant de l'ANPF

Dr Marie REVEILLAUD

Chef de Service de Pédopsychiatrie, La Roche sur Yon, Responsable de l'Unité d'accueil familial thérapeutique, Représentante de GREPFA, Pédopsychiatre.

Dr Pascal RICHARD

Responsable de l'Unité d'accueil familial thérapeutique 75-I-01, Paris, Président de RIAFET, Pédopsychiatre.

Mme Dominique ROSSET

ASE de Paris, Pédopsychiatre.

Dr Hana ROTTMAN

Anciennement médecin responsable du Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB-ASM13, Présidente d'honneur de RIAFET, Pédopsychiatre, Psychanalyste.

Mme Anne SERMOT

Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB-ASM13, Educatrice spécialisée.

Pr Michel SOULE

Pédopsychiatre, Professeur honoraire de Pédopsychiatrie, Psychanalyste.

Mme Sylvie TORRES

Centre familial d'action thérapeutique, Soisy sur Seine, CAB-ASM13, Educatrice spécialisée

Mme Frédérique ULLA-ALONSO

Porte-parole de l'International Foster Care Organisation, Psychologue.

Mme Carry VAN der ZON

Responsable de l'Unité d'accueil familial thérapeutique, Amsterdam, Représentante de l'International Foster Care Organisation, Psychologue.

Coordination & organisation de la Journée scientifique « 1966-2006 ..."
Dr Martin PAVELKA (RIAFET), Mme Anne-Marie MERLET (CFAT de l'ASM13)

Conception & réalisation du polycopié
Dr Martin PAVELKA

Remerciements amicaux à Mme Marie DESSONS pour sa contribution généreuse.

Distribution du polycopié par téléchargement gratuit sur le site www.riafet.asso.fr

Ce polycopié n'est pas commercialisable. Il est destiné aux membres et sympathisants de l'association RIAFET.

Polycopié du RIAFET
Association loi 1901
©2007