

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 20 avril 2017 à Poitiers
par Madame Myriam LASKAR

Soins psychiques proposés aux enfants de 3 à 5 ans confiés
à l'Aide Sociale à l'Enfance en fonction de leurs modalités
d'attachement. Résultats préliminaires

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Professeur Olivier BONNOT
Madame le Docteur Tackwa KHALIFEH

Directeur de thèse :
Madame Le Docteur Florence RAFFENEAU



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie pour la richesse et la qualité de vos enseignements, votre disponibilité sans faille, et votre soutien dans mon parcours professionnel.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux Membres du Jury

Monsieur Le Professeur Nematollah JAAFARI

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour vos enseignements et le soutien que vous apportez à vos internes.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce projet et pour la qualité de vos enseignements en pédopsychiatrie qui n'ont fait que renforcer mon intérêt pour ce sujet.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Tackwa KHALIFEH

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Merci pour vos enseignements passionnés de la pédiatrie, votre disponibilité durant le semestre passé à vos coté et depuis celui-ci. Merci de m'avoir permis de consolider mes connaissances dans ce domaine avec patience et persévérance.

Soyez assurée de mon profond respect et de mon amitié.

A ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Florence RAFFENEAU :

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de ma thèse.

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet passionnant et riche dans un domaine où les possibilités de recherche et de réflexion semblent infinies.

Merci également de m'avoir guidée dans ce travail, merci pour votre soutien, votre aide, votre disponibilité et votre réactivité.

Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de mon amitié.

A mes maîtres de stages et aux équipes médicales et paramédicales qui ont eu la gentillesse de m'accueillir au cours de mon internat.

Je n'aurai rien appris sans vous.

Monsieur le Docteur Philippe ROBERT (CAC – NIORT)

Madame le Docteur Isabelle ROBERT (PEDOPSYCHIATRIE – NIORT)

Monsieur le Docteur Jean-Jacques MAGNE (PEDOPSYCHIATRIE – LA ROCHELLE)

Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON (Secteur 2, ERATO – CHL POITIERS)

Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD et Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT (PEDIATRIE – CHU POITIERS)

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, Madame le Docteur Florence RAFFENEAU, Madame le Docteur Raymonde SEINE et Monsieur le Docteur Jean-Louis NOUVEL (CMPEA et CMP enfance – CHL POITIERS)

Monsieur le Docteur Jean-Jacques CHAVAGNAT et Madame le Docteur Myriam ADDED (UMB – CHL POITIERS)

A ceux qui m'ont appris la clinique et ceux qui m'ont aidé à penser la psychiatrie et les soins psychiatriques et à ceux qui m'ont accompagné dans mes apprentissages :

Madame le Docteur Sophie PARENT, Madame le Docteur Monique LAROYE, Monsieur le Docteur François NOUHET, Madame le Docteur Elodie MONNOT, Madame le Docteur Hélène PETTENATI, Madame le Docteur Hélène CCOTTENCEAU, Monsieur le Docteur Damien HEIT, Madame le Docteur Marie-Agnes GAUD, Madame le Docteur Laurence BLANC, Madame le Docteur Catherine GAMBERT.

Merci aux équipes de l'Aide Sociale à l'Enfance et du Département 86 pour leur accueil, leur écoute, leur implication, leur collaboration à ce projet. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans eux. Merci en particulier à **Mme Brigitte COCQUEMA** pour son accueil et son soutien. Merci aux responsables de territoire : **Mesdames Julie DE LUCA, Florence BAUDOIN-PELLETIER, Caroline RAYMOND et Marie-Christine RALLIAT**, pour leur disponibilité et leur aide précieuse. Merci également à **Mme Patricia BRUNET-GAUTRON** d'avoir permis et facilité la communication entre les différents acteurs de ce projet.

Merci à tous les parents qui ont accepté de me rencontrer, de me recevoir chez eux et qui me permettent de poursuivre ce travail en acceptant que je rencontre leurs enfants.

Merci à mes relectrices, coach, amies, pour leur soutien, leur disponibilité, leurs remarques enrichissantes et pertinentes et leurs précieux conseils : **Agnès et Virginie**.

Merci au **Docteur Jean Louis Nouvel** pour la richesse, la pertinence, l'intelligence et la finesse de ses réflexions et de ses enseignements. Je ressors grandie de chaque discussion avec vous.

Madame le Docteur Raymonde Seine, Merci pour votre accueil, votre soutien et vos encouragements lors de mon passage dans votre service.

Monsieur le Professeur Benoit PAIN, je vous remercie pour la chaleur de vos encouragements, votre gentillesse et votre soutien à mon projet et à mon travail lors de notre rencontre. Vous m'avez, sans le savoir, permis de mener à terme cette première partie de l'étude et donné la sérénité de poursuivre et d'aboutir ce travail de recherche. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Isabelle ROBERT, Merci de m'avoir accueillie, formée, soutenue tout au long de mon semestre dans votre service. Ma vision de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance ne seraient pas les mêmes sans vous. Je regrette que les contraintes calendaires aient empêché votre participation au Jury de ce travail.

Madame Le Docteur Myriam ADDED, merci pour tout, et pour tout le reste aussi.

ARIEL, sans toi la vie serait moins folle et tellement plus petite. Merci pour ta patience et ton soutien. Merci pour ton humour et ton énergie. Je t'aime de tout mon cœur pour toute la vie...

Yann, tu m'as donné le cadeau le plus précieux du monde, merci.

Jérôme, merci d'être là tout simplement

Maman Papa, merci pour votre soutien sans faille même dans les décisions que vous ne comprenez pas.

Ln, Lou, Romane, Catherine Hugues, vous êtes ma deuxième famille, même si la vie n'est pas un long fleuve tranquille, je vous aime profondément. Merci d'être dans ma vie.

Merci **Ariane** et **Muriel** d'être toujours là, merci pour le soutien l'écoute et l'amour. Merci Muriel de ta disponibilité pour ce projet en particulier mais aussi dans la vie en général !!!

Merci à **La Péillante Antonine**, la copine qui a passé un jour un pied dans la porte et qui n'a plus jamais voulu partir, aujourd'hui je n' imagine pas ma vie sans toi !! Merci d'avoir forcé la porte, merci d'être entrée dans nos vies, merci pour ta folie, ton énergie, ta gentillesse, ta générosité, ton soutien inconditionnel, les petits mots qui rendent la vie plus douce et tout le reste. Merci aussi de t'associer à ce projet avec moi. Je suis plus que ravie de savoir qu'on va le porter ensemble. Merci de m'avoir portée à bout de bras sur cette dernière ligne droite. La vie ...

Jo, Quand les collègues sont des amis c'est déjà compliqué, mais quand les amis deviennent de la famille alors là ça fait comme un ouragan. Tu es femme des années 80, mais aussi femme libérée et parfois libérée délivrée, c'est la ouate que tu préfères, ou alors la salsa tequila, alors un, dos, tres, champagne !! 😊 Et merci aussi...

Merci à **Etienne** et **Clarisse**, pour les fous rires, les décompensations à Rennes et les bâtons...

Merci à **Céline** et **Jean-Luc** d'avoir été présents du début à la fin de cette aventure de l'internat.

Merci **Magali**, qui aurait cru qu'on serait encore là, 8 ans après avoir fait les ponctions lombaires les plus longues de la terre et suivi ensemble des patientes au nom de fromage improbable... Merci à ma trouille qui m'a empêché de choisir la réa ce jour-là et qui m'a permis de te rencontrer et d'avoir la chance incroyable de t'avoir dans ma vie !!!!

Merci **Kay** pour ton écoute toujours attentive, ton soutien et la finesse de tes analyses, merci pour les discussions qui débordent les horaires et pour tout le reste aussi.

Merci **Aurore**, tu as rendu le pire semestre de ma vie, supportable et en plus j'y ai gagné une amie fantastique, merci pour ton humour, ton énergie et ton amitié. T'es la meilleure des romaines !!!

Merci **Tiff** ton énergie n'a d'égal que ta folie... et c'est peu dire, mais c'est la recette qui fabrique les licornes et les supers copines !!!

Merci aussi à **Lucile**, vous savez que rien de tout cela ne serait arrivé sans vous.

Merci à tous ceux de l'EISTI qui étaient là pour ma première vie, et qui m'ont soutenue dans ce choix si bizarre d'en commencer une deuxième. **Ben Vincent Pierre Cecile Romain Patricia** et tous les autres

Merci à l'équipe de la néonatalogie Notre Dame de Bon Secours à Saint-Joseph, **Fanny Autret, Carole Cohen, Inaya Al Ikhtiar, Angélique Tasseau**. Merci de m'avoir permis de mettre le service sans dessus-dessous, de tester la résistance des équipes au changement et d'affiner mes réflexions sur l'importance de la collaboration entre pédiatres et psychiatres dans les situations de soins intensifs et de deuils en périnatalité. Merci pour votre amitié qui m'est précieuse malgré la distance.

Merci aussi à **Marine, Cécile, Anne-Cécile, Alice** et aux autres qui ont croisé ma route, la liste est trop longue mais je ne vous oublie pas.

Et Merci aux copines dinosaures de la P1 qui ont enrichi ces années d'études, de doutes, de questionnements, par leur présence : **Alaina, Isabelle**, Merci du fond du cœur

Un enfant n'est pas un adulte miniature, c'est un adulte en devenir. Ce qu'il vit et ce qu'il expérimente le construit et conditionne son avenir d'adulte.

*« Everything will be alright in the end.
If it's not alright, then it is not the
end. »*

GLOSSAIRE

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

APMN : Accueil Personnalisé en Milieu Naturel

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATCD : Antécédents

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCH : Cartes pour le Complément d'Histoire

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaire et Sociale

FA : Famille d'Accueil

HDJ : Hôpital De Jour

IP : Information Préoccupante

IPP : Information Potentiellement Préoccupante

JAF : Juge aux Affaires Familiales

JE : Juge des Enfants

KCAQ : Kinship Center Attachment Questionnaire

LVA : Lieux de Vie et D'Accueil

MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social

MIJE : Mesure d'Investigation Judiciaire et Educative

MIO : Modèle Interne Opérant

MJAGBF : Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial

NSP : Ne Sait Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIAFET : Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à dimension Thérapeutique

SAO : Service d'Accueil et d'Observation

T : Territoire

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION	12
THEORIE DE L'ATTACHEMENT	13
A. HISTORIQUE	13
B. ORIGINES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT.	14
C. DEFINITIONS	16
I. ATTACHEMENT	16
II. FIGURES D'ATTACHEMENT	16
III. LE « CAREGIVING »	18
IV. LA QUALITE DE L'ATTACHEMENT	20
V. LES MODELES INTERNES OPERANTS	23
D. VALEUR PREDICTIVE DE L'ATTACHEMENT	23
I. ROLE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	23
II. TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET TROUBLES PSYCHIQUES	25
III. IMPORTANCE DE L'ATTACHEMENT	26
IV. VALIDITE DE LA MODALITE D'EVALUATION CHOISIE	27
PROTECTION DE L'ENFANCE	28
A. HISTORIQUE DU PLACEMENT DES ENFANTS	29
I. DE L'ORIGINE AU XVIIIEME SIECLE : SAUVER LA VIE DES ENFANTS AVANT TOUT	30
II. A PARTIR DU XIXEME SIECLE : DEBUT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE	33
III. AUJOURD'HUI : DE LA PROTECTION AU SOIN DE L'ENFANCE EN DANGER	34
B. LES CHIFFRES EN FRANCE	35
C. DONNEES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN VIENNE EN 2013	36
I. L'ENFANCE EN DANGER	36
II. LES MESURES D'AEMO ET D'AED	38
III. LA PROTECTION	41
ETUDE	43
A. INTRODUCTION	43
I. QUESTIONNEMENT	43
II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	44
III. HYPOTHESES	45
IV. OBJECTIF	45
B. MATERIEL ET METHODE	46
I. DEROULEMENT DE L'ETUDE	46
II. CRITERE PRINCIPAL	46

III. CRITERES SECONDAIRES	46
IV. POPULATION	46
V. OUTIL D'EVALUATION	47
VI. PROTOCOLE DE CONTACT DES PARENTS	50
VII. ENTRETIEN AVEC LE PARENT	51
VIII. ENTRETIEN AVEC LES EDUCATEURS REFERENTS	52
IX. MODALITES DE L'EVALUATION DE L'ENFANT	52
X. CONSIDERATIONS ETHIQUES	53
C. RESULTATS	56
I. POPULATION	56
II. ANALYSE DES DONNEES	58
III. PERSPECTIVES DE L'ETUDE	59
D. DISCUSSION	59
I. INTERPRETATION DES RESULTATS	59
II. BIAIS – FORCE ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	61
III. PERSPECTIVES	64
CONCLUSION	66
ANNEXES	67
BIBLIOGRAPHIE	78
RESUME	85
SERMENT	86

INTRODUCTION

Dans le recueil « l'aube des liens », Nicole GUEDENEY nous invite à considérer que la figure d'attachement primaire d'une personne est celle vers laquelle on se tourne en priorité en cas de détresse. Le modèle interne opérant d'attachement correspond à la manière dont on a appris à utiliser cette figure rassurante en cas de détresse. Dans le cas des placements d'enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance il semble aisé de concevoir que les enfants concernés ont dû aménager leurs modalités d'attachement afin de s'adapter aux changements des adultes qui les entourent. Le placement permet de proposer aux enfants de nouvelles figures d'attachement et un autre fonctionnement que celui, jugé néfaste ou dangereux, avec lequel il se sont construit. Pour autant cette proposition, si on l'espère salutaire, n'est pas toujours suffisante pour modifier le mode de fonctionnement sur lequel l'enfant s'est construit auparavant. Le placement n'est pas un soin en lui-même. Des soins et des accompagnements spécifiques doivent être pensés afin de permettre aux enfants de cette population particulière de se construire et de grandir le mieux possible en dépit des difficultés rencontrées au début de leur vie. La pédopsychiatrie dans son organisation actuelle s'adapte-t-elle bien à cette problématique ? Répond-elle de façon adaptée aux enjeux des placements ? En tant que professionnel de la santé mentale de l'enfance, quelle réponse spécifique pouvons-nous apporter ?

Le rapport de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance remis en Février 2017 insiste sur le méta-besoin de sécurité. Ce besoin fondamental de l'enfant implique la nécessité de mettre en œuvre des moyens pour permettre à l'enfant de se construire avec un attachement sécurisé.

Ce travail présente dans sa première partie des notions théoriques sur l'attachement, ensuite des informations sur la protection de l'enfance et enfin les résultats préliminaires (le protocole et les inclusions) du projet de recherche sur les soins psychiques spécifiques proposés aux enfants de 3 à 5 ans placés à l'aide sociale à l'enfance.

THEORIE DE L'ATTACHEMENT

A. HISTORIQUE

La théorie de l'attachement est considérée comme un concept clé de la seconde moitié du XXème siècle en psychopathologie et en psychologie (Guedeney N, Guedeney A, Masson 2010) car elle propose pour la première fois de s'intéresser au développement de l'enfant en se focalisant sur les questions des liens interpersonnels et des séparations. Elle est introduite en France dans les années 1960 par M. David et G. Appel (en lien avec les équipes de J. Bowlby). Elles s'intéressent aux conséquences des séparations (à court et long terme) et des carences de soins maternels sur les enfants de tous les âges.

La théorie de l'attachement est basée sur la recherche de la compréhension du lien qui se tisse entre le bébé et ceux qui l'élèvent. Le système d'attachement de l'enfant est décrit comme un système motivationnel et comportemental inné ayant pour but la recherche de la proximité d'un adulte. Dans ce système l'enfant constitue pour lui-même une figure d'attachement principale et des figures secondaires.

Plusieurs figures d'attachements peuvent se construire tout au long de la vie.

A l'issue de la seconde guerre mondiale, de nombreux enfants se sont retrouvés orphelins ou séparés de leurs parents, leur protection est devenue une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics traumatisés par la guerre. John Bowlby étudie déjà l'effet des séparations sur les très jeunes enfants et développe sa théorie de l'attachement en même temps qu'un rapport commandé par l'OMS sur le sujet.

La théorie de l'attachement traite d'un aspect très spécifique des relations entre les êtres humains. Lors de son élaboration elle ouvre un nouveau champ d'étude de la psychologie. Cette théorie repose sur l'observation des jeunes enfants et le constat selon lequel la qualité du développement social et émotionnel de l'enfant est conditionnée par la nécessité de former et de développer une relation

d'attachement avec une personne (au moins) qui prend soin de lui de façon continue et cohérente (le *caregiver*). Les ruptures dans la relation au *caregiver*, qu'elles soient la conséquence d'un changement de personne trop fréquent ou de séparations significatives dans la durée, compromettent le développement d'un attachement de qualité et risquent d'entraîner des pathologies qui peuvent être sévères tout au long de l'enfance puis à l'âge adulte.

La théorie de l'attachement permet de saisir l'importance des liens qui se tissent entre l'enfant et celui qui en prend soin ainsi que la place des adultes dans le développement de l'enfant.

« l'attachement est primordial pour l'évolution psychologique des enfants. »

Roger SALBREUX
Pédopsychiatre

B. ORIGINES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT.

Les principaux travaux concernant le lien mère-enfant et les conséquences des séparations précoces sont ceux du médecin et psychanalyste viennois Spitz (1947), et des éthologues Harlow (1958) et Lorenz (1970).

En 1947, les études de Spitz démontrent l'influence de la qualité de la relation mère-enfant sur leur séparation et invente le terme d' « **hospitalisme** » pour décrire les effets délétères sur les nourrissons de ces séparations et des séjours institutionnels à long terme. Il décrit pour la première fois les symptômes dépressifs du nourrisson. Lorsque le milieu institutionnel n'offre pas de substitut maternel de qualité, il démontre que la rupture entre une mère et son enfant sera d'autant plus dramatique que leur relation avait été aimante et chaleureuse. En 1958, les études de Harlow réalisées sur des bébés macaques séparés de leur mère, révèlent que la recherche de réconfort physique par le biais du contact et du toucher est plus importante que la recherche de nourriture.

Avant la 2nde guerre mondiale, le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby travaille sur les séparations, la perte et le deuil. En 1969, il intègre les

apports d'autres disciplines (psychanalyse, éthologie) à sa théorie et met en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement.

Robertson et Robertson, en collaboration avec Bowlby, ont étudié et documenté pour la première fois les conséquences sur les jeunes enfants des séparations de leur figure d'attachement au cours des hospitalisations en pédiatrie et les effets de ces séparations sur leur bien-être (Robertson 1953 ; Robertson et Robertson 1971). Les bébés présentaient des signaux de deuils évidents (protestation, désespoir puis détachement) qui ont alerté les professionnels de santé. Ces inquiétudes ont permis la mise en place de changements importants dans les pratiques et politiques pédiatriques de plusieurs pays.

Du côté français, en 1959, Myriam David, Geneviève Appel et Jenny Aubry intègrent le groupe de travail sur l'attachement et les effets des séparations précoces organisé par Bowlby. Elles réalisent des observations dans des pouponnières où des nourrissons ont été séparés de leur mère parfois dès la naissance et vont permettre la diffusion en France d'idées pour **l'amélioration des conditions d'accueil du jeune enfant**.

Dans les années 1960, la psychologue américaine Mary Ainsworth, questionne la causalité entre la séparation et le traumatisme. Elle souligne l'importance de la qualité de la relation antérieure à la séparation qui conditionnerait les conséquences traumatiques de cette dernière. Elle va permettre de rendre le concept théorique d'attachement opérationnel en développant le protocole expérimental de *la situation étrange*. Cette expérience permet d'observer et de quantifier les comportements d'attachement du très jeune enfant en générant artificiellement des situations de séparation puis de réunions avec sa figure d'attachement.

Enfin en 1970, les études de Lorenz confirment que le lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut, a une fonction adaptative qu'il décrit sous le nom de « phénomène d'empreinte ».

Depuis les années 1970, la théorie de l'attachement ne cesse donc d'évoluer. Après avoir fait grand débat avec la psychanalyse, elle fait maintenant partie intégrante de la psychologie du développement (Pierrehumbert, 1998) et suscite de plus en plus l'intérêt des professionnels de la protection de l'enfance souhaitant se référer à un modèle théorique.

C. DEFINITIONS

I. ATTACHEMENT

Le fait d'entrer en relation avec l'autre est un besoin social primaire et inné.

Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un système de fonctionnement motivationnel inné et universel qui participe à la survie de l'espèce en permettant au petit être humain de créer une relation avec les adultes qui s'occupent de lui et aux adultes de répondre aux besoins du bébé. En ce sens, il s'éloigne de Freud qui considère que les besoins du corps sont les seules pulsions primaires et que l'attachement de l'enfant, en s'étayant sur le besoin de nourriture, n'est qu'une pulsion secondaire.

Pour Bowlby (1969) l'attachement a une fonction de protection et d'exploration. La personne qui s'occupe de l'enfant (la mère ou son substitut) constitue une base de sécurité pour l'enfant. Et le nouveau-né utilise les outils dont il dispose dans son répertoire instinctif de comportements (s'accrocher, sucer, pleurer, sourire) pour répondre à son besoin d'attachement. A 7 mois, l'enfant a construit une relation d'attachement avec une personne privilégiée et la relation devient alors franche et sélective. Cette relation unique amènera Bowlby (1969) à parler de monotropisme.

II. FIGURES D'ATTACHEMENT

La figure d'attachement est la personne privilégiée avec laquelle l'enfant développera une relation franche et sélective et vers laquelle il dirigera ses

comportements d'attachement. Il s'agit de la personne qui s'occupe le plus fréquemment de l'enfant.

Traditionnellement c'était la mère qui occupait cette fonction. Mais en réalité toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant en répondant à ses besoins peut potentiellement devenir une figure d'attachement. Un enfant peut donc construire pour lui-même plusieurs figures d'attachement (parents, grand-parents, autres personnes familières...). Bowlby (1973) admet le principe d'une hiérarchie des figures d'attachements (définie par Ainsworth (1967) avec la mère comme figure principale et le père comme figure secondaire) plutôt que celui de multiplicité. Pour Bowlby (1973), le père est un compagnon de jeux de confiance et une figure d'attachement subsidiaire.

En 1988 Montagner se base sur les données issues de la recherche fondamentale, les observations cliniques et le vécu des éducateurs pour établir une grille de lecture intégrant les particularités des processus d'attachement, du développement individuel et des régulations comportementales de l'enfant. Ses recherches lui permettent d'affirmer qu'un enfant qui dispose d'une sécurité affective de bonne qualité va pouvoir exprimer pleinement ses affects, son langage, ses émotions et ce qu'il nomme ses compétences socles (l'élan à l'interaction, la capacité de reproduire et d'imiter, l'attention visuelle soutenue, l'organisation structurée du geste et les comportements affiliatifs). Ces compétences permettent au bébé de mettre en place et de consolider les conduites et les régulations indispensables à la satisfaction de ses besoins fondamentaux, à son développement, à ses attachements et à son adaptation à l'environnement (Montagner, 1995).

Le concept de compétence-socle va fournir une grille de lecture permettant d'identifier les troubles, et dysfonctionnements de chacun en relation avec son histoire et son vécu et en les corrélant aux événements de vie majeurs (décès, maladie, abandon, maltraitance, nouvelle naissance, changement d'habitat ...).

En 1977, Lamb s'attache à démontrer que, d'un point de vue biologique et constitutif, le père est aussi bien prédisposé que la mère pour réagir et répondre à un bébé et que le bébé ne recherche pas d'avantage la proximité de la mère que celle

du père. Un attachement de qualité peut donc se former avec le père ou son substitut.

Bien que les comportements de recherche de proximité soient plus marqués en contexte maternel, il n'y a pas de différence notable entre les deux parents dans les manifestations de désapprobation lors de leur départ dans les études d'observation de la « protestation à la séparation » réalisées en laboratoire ou à domicile.

Les deux systèmes d'attachement et d'exploration sont extrêmement liés voire intriqués et un attachement sécurisé est corrélé à une ouverture à l'environnement. En 1969, Bowlby démontre qu'une balance dynamique existe entre les comportements d'attachement et d'exploration : l'enfant ne peut explorer le monde extérieur et s'éloigner de sa figure d'attachement que lorsque ses besoins de proximités sont satisfaits. L'attachement ne nourrit pas la dépendance mais au contraire renforce l'autonomie.

Pour de nombreux auteurs, l'enfant dispose de plusieurs figures d'attachement, il les hiérarchise en fonction de leurs réponses à ses besoins de soins, de protection et de sécurité et il les utilise de façon indépendante (Lamb & Sutton-Smith, 1982 ; Crittenden, 1990). Plus récemment Sibley et Overall (2008) confirment cette idée démontrant la différenciation des représentations d'attachement selon les domaines de vie (familiale, amoureuse, amicale). D'autres auteurs pensent que l'enfant doit intégrer les différentes figures d'attachement et faire un compromis entre les différents modèles acquis pendant l'enfance afin de les fédérer en un modèle unique (Howes, 1999 ; Miljkovitch, 2001). Les chercheurs ont ensuite défini la notion de *caregiving* pour analyser ce qui se passait au niveau psychique lors de ces échanges relationnels et affectifs.

III. LE « CAREGIVING »

Caregiving pourrait être traduit par « prendre soin ». L'ontogenèse du système de *caregiving* est très précoce. L'enfant utilise ce système dès son plus jeune âge, même s'il le fait de façon non fonctionnelle et immature. Par exemple lorsqu'il

reproduit l'expérience des soins maternels qu'il a reçu pour jouer à la maman. Ces comportements permettent de construire un sens du soin et des représentations sur la façon de les donner. A l'adolescence, le système va se transformer et se développer en particulier pendant la période de transition vers la parentalité (Rabouam & Moralès-Huet, 2002).

Bowlby définit le « *caregiving* » comme le versant parental de l'attachement (Bowlby, 1988). Le *caregiving* représente la capacité à s'occuper d'un plus jeune ou plus fragile que soi, à lui donner des soins, sur le plan physique et affectif. Il y a un « équilibre dynamique », une complémentarité entre les systèmes de comportement de l'enfant et de ses parents ou de leur substitut (Bowlby, 1978 ; Cassidy, 2000). En 1999, George et Solomon introduisent le terme de *caregiving system*. La même année, Cassidy utilise ce terme pour donner une description spécifique des comportements parentaux de réponse à la détresse ou au sentiment de danger de l'enfant, ces réponses visent à offrir la proximité et le réconfort. Ce système serait donc la réciproque du système d'attachement et aurait comme fonction adaptative, la protection des jeunes enfants. L'enfant produit des signaux internes et externes que les parents ou leurs substituts vont interpréter comme un signal d'alarme et qui vont activer le système de *caregiving*. Le système pourra être désactivé lorsque l'enfant sera réconforté.

Il faut néanmoins noter que *caregiver* et figure d'attachement ne sont pas synonymes (Howes, 1999) Le *caregiver* désigne une personne présente régulièrement qui apporte des soins physiques et émotionnels à l'enfant. La nature du *caregiving* dépend des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement, de l'état émotionnel dans lequel se trouve le *caregiver* ainsi que du comportement de l'enfant. La relation conjugale, le stress, les conditions de vie, le réseau relationnel (Crockenberg, 1981), les ressources financières et matérielles (Ainsworth, 1985) ainsi que l'histoire parentale et l'expérience du parent en tant qu'enfant peuvent ainsi influencer la qualité des soins prodigués par le *caregiver* (Sroufe, 1985).

IV. LA QUALITE DE L'ATTACHEMENT

En 1969 Mary Ainsworth élabore la situation étrange (*strange situation*), une procédure empirique qui a permis d'étudier et de mesurer en laboratoire les comportements d'attachement (Ainsworth, 1978). Ces expérimentations et la formalisation d'un protocole expérimental ont permis de dégager et d'identifier différents comportements correspondant à des patterns d'attachement que l'on peut retrouver chez tous les enfants.

Il s'agit d'une procédure expérimentale de quelques minutes pendant laquelle on fait subir à l'enfant un stress léger comparable au stress quotidien. La procédure s'effectue en laboratoire et comprend 8 séquences de 3 minutes chacune. Le protocole inclut deux séparations de l'adulte, un contact avec une personne non familière : « l'étrangère » et le retour du parent appelé réunion. Les réactions de l'enfant (manifestations d'anxiété et d'évitement) renseignent le chercheur sur la qualité de sa sécurité, en particulier au moment des retrouvailles avec l'adulte.

A titre d'exemple, pour un enfant dont le lien à sa figure maternelle est ressenti sans menace, on observera la recherche active d'un contact physique chaleureux au retour de sa mère. Cet enfant sera considéré comme ayant un attachement sécurisé.

On distingue les liens d'attachement sécurisés des liens insécurisés :

a) Sécurisés (Secure) - Groupe B

Les comportements des enfants ayant un attachement sécurisé rejoignent ceux qui sont décrits dans la théorie de l'attachement : ils recherchent sans ambivalence le contact avec la figure d'attachement et en particulier au moment de la réunion. La possibilité d'un contact visuel peut même souvent suffire à apaiser l'enfant et à désactiver son système d'attachement. La séparation n'est pas nécessairement génératrice de perturbation pour les enfants de ce groupe et lorsqu'elle l'est, les enfants peuvent accepter le réconfort de l'adulte non familial (« l'étrangère »). Les enfants de ce groupe distinguent cependant parfaitement la figure d'attachement (la mère ou son substitut) de l'adulte non familial,

contrairement aux enfants présentant un attachement de type *insecure* évitant (groupe A). Les enfants ayant un attachement sécurisé peuvent utiliser leur figure d'attachement comme une base de sécurité, la figure d'attachement est sensible aux signaux de détresse de l'enfant et se montre disponible pour y répondre de façon adaptée.

b) Insécurisés (Insecure) - Groupe A (insécure évitant)

Le comportement de l'enfant montre qu'il n'a pas appris à compter sur sa figure d'attachement pour le sécuriser. Il est peu actif et présente peu de réactions de détresse en particulier lors des séparations et lors de la réunion on observe un évitement typique et caractéristique du contact avec la figure d'attachement. On dit que ces enfants présentent un attachement *insecure évitant* ou **anxieux-évitant** ou encore *insecure désactivé*. Ils ne s'opposent pas au contact physique, mais ne mettent pas en place de comportement visant à maintenir le contact. Ce comportement qui peut faire évoquer une indifférence est en réalité très défensif et les mouvements d'évitement qui s'apparentent à un comportement d'ignorance active trahissent une certaine colère de l'enfant mêlée à un sentiment de détresse interne que l'enfant a appris à contenir sans pouvoir le réguler.

c) Insécurisé (Insecure) - Groupe C (insécure ambivalent)

Les enfants de ce groupe manifestent de façon bruyante leur détresse lors de la séparation avec la figure d'attachement et au moment de la réunion ils refusent le contact avec celle-ci. On parle d'enfant ayant un attachement *insecure résistant* ou **ambivalent** ou encore *insecure hyper activé*. L'ambivalence est typique des réactions et des comportements des enfants de ce groupe. On observe d'une part une recherche active de contact avec la figure d'attachement, mais également la volonté de s'en défaire quand le contact est établi, puis à nouveau des protestations lorsque le contact est effectivement rompu. La tonalité émotionnelle exprimée par ces enfants est principalement celle de la colère, de la détresse et parfois celle de la résistance à la relation comme à la rupture de contact. Les enfants peuvent résister à être pris dans les bras et à être posés en même temps. Certains d'entre eux

manifestent une résistance passive au moment des retrouvailles avec la figure d'attachement.

d) Insécurisé (Insecure) - Groupe D (désorganisés)

Ce groupe est une addition plus tardive aux classifications évoquées ci-dessus. Il a été défini par les observations de Main, Kaplan et Cassidy (1985) et décrit les enfants dont le comportement typique au moment de la réunion ne pouvait pas être classé dans aucun des 3 groupes précédents. Les enfants de ce groupe se figent au moment de retrouver leur figure d'attachement. Leur posture à ce moment évoque la confusion, l'appréhension voire la dépression. Les enfants manifestent des comportements opposés de façon simultanée (comme d'approcher en détournant le regard, la tête ou le corps), la séquence temporelle donne une impression de désorganisation, les mouvements sont incomplets et l'expression des affects est mal dirigée. On parle d'enfants ayant un attachement **désorganisé**. Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence.

e) Stabilité de la qualité de l'attachement dans les populations.

Un certain nombre d'études retrouve une stabilité des qualités de l'attachement mère-enfant dans des populations de cultures différentes.

En moyenne en population générale, on retrouve :

- 55% d'enfants présentent un attachement **sécurisé**
- 23 % des enfants présentent un attachement *insecure* – **évitant**
- 8 % des enfants présentent un attachement *insecure* - **ambivalent**
- 15% des enfants présentent un attachement **désorganisé**

Cependant les études réalisées sur les enfants placés ne retrouvent pas ces résultats.

Chez les enfants de moins de trente mois on observe que 46 % des enfants ont un attachement sécurisé, 42 % ont un attachement désorganisé, 8 % ont un attachement résistant et 4 % ont un attachement évitant (Stovall & Dozier, 2000 ;

Dozier & al., 2001 ; Bernier & Dozier, 2003 ; Bernier & al., 2004). Et chez les enfants de 58 mois en moyenne, 69.4 % des enfants ont un attachement sécurisé et 30.6% ont un attachement inséure-évitant (Euillet & al., 2008).

V. LES MODELES INTERNES OPERANTS

En 1973, pour compléter sa théorie, Bowlby développe la notion des « Modèles Internes Opérants » (MIO) ou « *Internal Working Models* ». Les interactions de l'enfant avec sa figure d'attachement lui permettent de construire un Modèle Interne Opérant en intériorisant la nature et la qualité de la relation. Le MIO d'un individu s'appuie sur ses perceptions de lui-même et les représentations qu'il a des attentes de sa figure d'attachement. Cela va conditionner les représentations mentales conscientes et inconscientes qu'il se fait de lui-même, du monde extérieur et de sa place dans ce monde. C'est en partant de cette construction internalisée que l'individu va percevoir les évènements, envisager le futur et planifier ses actions et ses réactions. La construction des relations futures sera alors conditionnée par le MIO qui sert de schéma mental de compréhension et d'interprétation.

Un individu va s'appuyer toute sa vie sur son MIO dans toutes les relations qu'il construira. Le MIO d'un individu se construit à partir des échanges avec les différents *caregivers* et figures d'attachement. Ces échanges permettent à l'enfant d'interpréter et de comprendre les comportements de ses proches et d'anticiper les réactions d'autrui. Le MIO commence à s'établir entre 6 et 9 mois et se stabilise vers 5-6 ans. Il est constant et stable tout au long de la vie en dehors d'évènements critiques ou traumatiques.

D. VALEUR PREDICTIVE DE L'ATTACHEMENT

I. ROLE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

a) **Attachement et capacité de penser**

De nombreux auteurs identifient le rôle fondamental du style et de la qualité de l'attachement dans la résilience et la construction des sujets (Anaut, 2003 ;

Lighezzolo-Alnot, Tychev, 2004 ; Cyrulnik, Duval, 2006). Il existe également un lien prédictif significatif entre un attachement sécurisé et les capacités de raisonnement déductif de l'enfant. D'autre part les sujets insécurisés-évitants et insécurisés-ambivalents sont ceux qui présentent la motivation scolaire la plus faible et montrent le plus de difficultés dans la réalisation des tâches cognitives. (Demogeot, 2014)

L'enfant a besoin de se forger une sécurité interne sous-tendue par un attachement sécurisé pour accéder à la capacité de penser, à la compréhension du monde et de sa place dans celui-ci. La sécurité interne de l'enfant permettra la croissance psychique et le fonctionnement psycho-affectif de la pensée. Elle permet le développement de l'exploration intellectuelle, de la curiosité, et de la capacité de s'informer, faire, comprendre et être. Un attachement sécurisé est prédictif d'une bonne adaptation scolaire et un facteur de résilience alors qu'un attachement anxieux est lié à des difficultés d'apprentissage voire l'échec scolaire.

L'enfant accepte les défis qui lui sont proposés, affronte les difficultés et persiste dans la tâche, parce qu'il a confiance dans la qualité du soutien de ses figures d'attachement (Grossmann et coll., 2008).

Les travaux de Fonagy (2004) mettent en évidence que la capacité de résilience semble très liée à un attachement de type sécurisé : des corrélations entre la sécurité de l'attachement dans la petite enfance et le développement de capacités dépendantes des compétences interprétatives ou symboliques (exploration, jeux, aptitudes verbales et cognitives...) ont été relevées.

b) Attachement et estime de soi

L'estime de soi se construit dans les relations aux autres et en particuliers aux adultes dans la toute petite enfance. De la même façon qu'il construit son MIO et qu'il intègre les comportements de son *caregiver* pour internaliser une image de lui-même et du monde, l'enfant développe 2 images mentales : Celle de l'autre et celle de Soi. Ces images vont être fortement conditionnées par la qualité des interactions et des réponses du *caregiver* aux signaux de détresse de l'enfant. Lorsque les

interactions et les réponses sont de bonnes qualités, lorsqu'elles sont adaptées, l'autre sera envisagé comme disponible, digne de confiance, aidant et fiable et le Soi construit en complémentarité sera envisagé comme ayant de la valeur, étant digne d'intérêt et d'amour (Guedeney N., 2011). Les interactions liées à l'attachement sont donc l'une des composantes de base de l'estime de soi.

II. TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET TROUBLES PSYCHIQUES

L'attachement désorganisé est un facteur de risque en soi, il induit une gestion du stress de mauvaise qualité (Spangler, Grossman, 1993), des troubles du comportements (Carlson, 1998 : Lyons Lyons-Ruth & Jacobvitz Jacobvitz, 1999), un développement émotionnel de mauvaise qualité et un risque de syndrome dissociatif à l'adolescence (Carlson 1998).

Les études actuelles montrent que cet attachement désorganisé est un marqueur d'extrême vulnérabilité, en particulier dans le domaine de l'estime de Soi et de la régulation émotionnelle (Sroufe, *et al.*, 2005). Cet attachement est particulièrement observé dans les familles où les parents ont des histoires traumatiques non résolues quant à la perte ou à l'attachement ou dans des familles à stress psychosociaux multiples (Van Ijzendoorn, *et al.*, 1999).

La capacité de traiter mentalement les émotions nécessite de les insérer dans un flux de penser, dans une narration autobiographique. Cela permet de donner un sens aux évènements, aux traumatismes, aux séparations et de se protéger contre les effets potentiellement dévastateurs de ces événements de vie. Cette compétence narrative, en donnant accès à l'individu à ses propres émotions, lui permet de s'auto-organiser et de réguler ses émotions (Pierrehumbert, 2003)

« À l'image de l'astronaute qui explore les régions les plus inhospitalières de l'univers mais dont la survie dépend du maintien d'un lien avec sa base, la théorie de l'attachement illustre cette notion selon laquelle être soi n'est pas être sans liens. » Blaise Pierrehumbert

III. IMPORTANCE DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement permet d'émettre quatre prédictions majeures (Paquette, 2004) :

- les mères sensibles aux signaux de leurs enfants développeront une relation sécurisante avec celui-ci.
- l'attachement mère-enfant s'avère relativement stable (dans le temps) : sauf évènements majeurs (décès, séparation, maladie), la qualité d'attachement reste la même au fil du temps.
- Dans 68 à 80% des cas, il se produit une transmission intergénérationnelle. La littérature a mis en évidence un lien de correspondance intergénérationnelle important entre le type d'attachement du bébé à sa mère observé dans la situation étrange et le type de fonctionnement d'attachement de la mère établi selon l'entretien d'attachement pour adulte. La méta analyse de Van Ijzendoorn de 1995 retrouve une correspondance de 70% entre les catégories d'attachement de la mère et celle de l'enfant sur 661 dyades mère-bébé étudiées.
- Les enfants qui ont bénéficié d'une relation sécurisante avec leur mère dans les premiers mois de vie, développent ultérieurement, à l'âge préscolaire et à l'âge scolaire, davantage de *compétences sociales* que les enfants insécurisés, (Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001 ; Easterbrooks & Lamb, 1979 ; Waters, Wippman & Sroufe, 1979 ; La Frenière & Sroufe, 1985 ; Fagot et Kavanagh, 1993 ; Jacobson & Wille, 1986). Les résultats de cette dernière étude montrent que les enfants d'âge pré-scolaire, sécurisés, sont considérés par leurs pairs comme des partenaires plus attractifs et en reçoivent plus de réponses positives. Ils font preuve d'une plus grande curiosité, sont plus dignes de confiance et ont plus de ressources que leurs congénères insécurisés. Les modèles d'attachement sont plus liés à l'attractivité de

l'enfant qu'au fait que celui-ci montre un intérêt plus actif à entrer en relation avec ses pairs.

IV. VALIDITE DE LA MODALITE D'EVALUATION CHOISIE

La qualité de l'attachement conditionne la qualité du développement de l'enfant et de ses apprentissages, la qualité de ses interactions et de ses relations. Un attachement de type *insecure* est prédictif de difficulté d'apprentissage, d'échec scolaire, mais aussi de troubles psychiques et psychiatriques à l'âge adulte.

Il est donc primordial d'accompagner les enfants placés dont l'attachement est *insecure* et a fortiori ceux dont l'attachement est de style désorganisé pour leur donner les meilleures chances de reconstruire une image positive d'eux-mêmes et de leur environnement en leur permettant d'accéder à un attachement plus sécurisé. C'est cette sécurité interne qui leur permettra d'investir les apprentissages, de se développer et de diminuer le risque de troubles psychiques et de pathologies psychiatriques à l'âge adulte.

PROTECTION DE L'ENFANCE

Tous les professionnels impliqués dans la protection de l'enfance ont en tête une ou plusieurs histoires douloureuses de répétition transgénérationnelle de placement, de familles dont on sait avoir suivi la grand-mère, puis la mère et enfin les enfants qui devenus adultes reproduisent à leur tour certains des comportements de mise en danger de leurs propres enfants. Ces histoires, bien qu'elles ne soient pas représentatives de l'ensemble de l'action des acteurs de la protection de l'enfance, nous mettent de façon répétitive devant les échecs et l'impuissance ressentis face à certaines situations.

Les chiffres de la protection de l'enfance sont également tristement éloquents. Les adultes qui ont été placés précocement (avant 4 ans) ont statistiquement un niveau d'éducation et une qualité de vie inférieurs à ceux de la population générale et des « rencontres » avec les forces de l'ordre et le système judiciaire plus fréquentes et plus sérieuses que la population générale au même âge. (Rousseau, 2016)

Le placement, s'il est un outil extrêmement utile en protection de l'enfance, ne peut suffire à lui-seul à endiguer la puissance des traumatismes relationnels précoces subis par les enfants concernés ni à diminuer l'effet des pathologies familiales transmises par certains parents.

Le rapport remis en février 2017 sur la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (Martin-Blachais, 2017) met en avant la sécurité comme méta besoin de l'enfant. Cette sécurité qui rejoint les principes fondamentaux de la théorie de l'attachement ne peut s'obtenir que lorsque l'enfant peut construire des modèles internes opérants de qualités et un attachement sécurisé lui permettant d'activer son système exploratoire et de réguler ses émotions.

Or comme nous l'avons vu, et malgré les rapprochements entre les acteurs sociaux et sanitaires, l'éloignement de l'enfant de son milieu naturel pour le placer

dans un milieu qui serait moins dangereux ne suffit pas à lui permettre de réparer ce qui a pu être abimé dans sa famille naturelle.

Il est donc nécessaire de penser des soins psychiques et un accompagnement spécifique pour cette population d'enfants. Les énergies et les budgets déployés par la protection de l'enfance doivent prendre sens, et offrir aux enfants placés une perspective de qualité de vie et de santé psychique au moins comparable à celles de la population générale.

La situation actuelle est l'héritage d'une longue histoire et elle démontre une volonté de plus en plus importante de la société de protéger les enfants. L'objectif dans le cas des placements est de leur offrir les meilleures chances de se développer et de devenir des adultes autonomes. Mais les chiffres auxquels nous nous confrontons laissent à penser qu'il reste encore du travail à faire pour atteindre ce but.

A. HISTORIQUE DU PLACEMENT DES ENFANTS

L'histoire de la protection de l'enfance est longue et complexe. La société a peu à peu investi le droit et la protection de l'enfance. Ces évolutions reflètent les changements politiques, juridiques, économiques et les changements des mentalités et s'appuient sur les progrès de la connaissance de la psychologie des enfants. Cette histoire s'inscrit également dans le champ des pratiques sociales de régulations de la population et des naissances.

Ainsi trois grandes périodes semblent se dégager :

- Jusqu'au XIX^{ème} siècle, il s'agit principalement de sauver les enfants de la mort qu'ils soient trouvés, abandonnés, exposés ou orphelins.
- A partir du XIX^{ème} siècle, la notion de protection de l'enfance et d'enfance en danger, et ce même en dehors des abandons ou de l'absence de parents, apparaît. Un enfant peut être protégé de ses parents.

- A partir du début du XX^{ème} siècle, les connaissances en psychologie de l'enfant permettent d'envisager, non seulement de protéger mais aussi de soigner les enfants en danger.

I. DE L'ORIGINE AU XVIII^{EME} SIECLE : SAUVER LA VIE DES ENFANTS AVANT TOUT

a) Origines

Quelles que soient les époques, les familles et les sociétés ont été confrontées aux problèmes des enfants non désirés, des enfants sans parents et des enfants dont les parents ne pouvaient assurer ni la survie ni l'éducation. Dans l'antiquité, les pratiques habituelles consistaient en l'exposition du nouveau-né : dans un lieu sauvage (ce qui équivaut à un infanticide) ou dans un lieu fréquenté (si le but était qu'il puisse être recueilli et survivre). Ces pratiques étaient largement usitées voire usuelles dans le monde grec ancien et les histoires mythologiques en sont le témoignage. (Zeus et ses deux frères, Poséidon et Hadès auraient été exposés. Ainsi que Romulus et Œdipe). L'avenir de l'enfant exposé, s'il survit, reste très incertain : s'il peut être recueilli et « adopté » par des parents de substitution, il peut également être vendu comme esclave. Le second moyen, radical mais admis, de contrôle des naissances, est longtemps resté l'infanticide.

La mise en nourrice précoce va rapidement devenir la solution la plus couramment utilisée pour protéger les enfants trouvés et celle qui leur assure les meilleures chances de survie.

b) Au moyen âge

L'évolution et l'expansion de la religion chrétienne modifient profondément le rapport à la mort de la société. L'infanticide et l'abandon sont frappés d'infamie bien qu'ils restent fréquents. Les droits du père sur sa famille et en particulier sur ses enfants changent considérablement. En s'opposant à l'avortement et à l'infanticide et en les condamnant, l'Eglise devient le lieu d'accueil privilégié des enfants abandonnés et doit organiser « l'aide à l'enfance délaissée » en créant des

« Hospices pour enfants trouvés » qui, selon les historiens, existent au moins depuis le Vème siècle (Corbillon, 1990). Au XIIème siècle, ces instituts recueillent les enfants orphelins ou errants puis les confient à des nourrices à la campagne.

En 1350, une première ordonnance établit que les nourrices doivent être rémunérées pour leurs services et définit leur salaire. Malheureusement le climat politique, la misère et la famine qui sévissent à cette époque provoquent une augmentation des abandons et des expositions d'enfants qui dépasse rapidement les capacités des quelques instituts en place. Pour y pallier, l'Etat et l'Eglise doivent créer des institutions charitables pour le « Recueil des enfants abandonnés et orphelins pauvres ». Les institutions qui recueillent les enfants organisent ensuite leur placement chez des nourrices, tout en leur procurant une protection et une surveillance théorique mais relativement laxiste et distante dans les faits.

Dans le même temps, un changement des mentalités s'opère et la notion de famille se restreint au couple. La plupart des enfants y compris ceux qui ont des parents sont alors placés en nourrice. Dans les milieux bourgeois et royaux il s'agit d'une employée de maison qui habite sur place et dans les classes moyennes d'une personne vivant à la campagne et qui accueille l'enfant contre rémunération.

c) Au XVIIème Siècle

En 1638, Vincent de Paul débute l'œuvre des « enfants trouvés » pour laquelle il récolte des fonds afin de garantir une meilleure espérance de vie et une meilleure qualité de soins aux enfants recueillis. Pour chaque enfant, il fait ouvrir un dossier permettant de le suivre et de réunir les données le concernant (billet trouvé au nom de l'enfant abandonné, nom de l'enfant, nom et salaire des nourrices.....). Il organise le contrôle du suivi des enfants par le biais des curés de paroisses et des filles de la Charité qui doivent visiter les nourrices et vérifier l'état de santé des enfants et les soins apportés. La société du XVIIème siècle modifie le regard qu'elle porte sur ces enfants. Ses actions permettent d'organiser le recueil, la protection et le soin des enfants abandonnés, trouvés ou orphelins. Le recueil de ces enfants s'organise encore un peu plus avec la mise en place des « tours d'abandon » qui permettent au parent de déposer discrètement et anonymement l'enfant dans

un établissement spécialisé (hospice, maison...). Ce système s'inscrit dans un paradoxe sociétal car l'abandon reste un crime mais le législateur choisit de fermer les yeux sur certaines situations afin d'éviter ou du moins diminuer les infanticides.

d) Organisation du recueil des enfants abandonnés

La simplification de la procédure d'abandon et la mise en place de ces organisations entraînent une augmentation des enfants à accueillir affluant alors de province et même de Liège et de Bruxelles. Les enfants sont amenés par des « meneurs » mais la plupart ne survivent pas à ce périple. Les nourrissons qui arrivent vivants sont accueillis à l'hôpital où ils sont hébergés dans des salles communes de 80 à 100 berceaux et où des nourrices sédentaires s'occupent d'eux dans des conditions de précarité extrême. La mortalité infantile de 80% observée dans les premiers mois soutient l'impression que la survie de ces enfants trouvés est bien l'enjeu principal de cette organisation et ne permet pas de s'interroger sur le sens de ces démarches. Il faut avant tout permettre à ces enfants de survivre et pour cela le système des placements nourriciers à la campagne est largement préféré à tout autre.

Les placements ne sont alors plus surveillés par les religieux mais par les « meneurs » qui rencontrent les nourrices. Le recrutement de celles-ci devient de plus en plus difficile car les nourrissons citadins sont en concurrence avec les nourrissons « trouvés ». Les conditions d'accueil des enfants se dégradent largement et dérivent vers toutes sortes d'exploitations légalisées des enfants. Le placement « d'élevage payé » est prolongé jusqu'à 14 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons et en 1761 la loi autorise les nourrices à présenter les garçons qu'elles ont élevés, au tirage au sort de l'armée, à la place de leurs enfants. Les pupilles sont tenues de rester au service de la nourrice jusqu'à leurs 25 ans.

II. A PARTIR DU XIXÈME SIÈCLE : DÉBUT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

a) Les temps révolutionnaires

En 1811, les assemblées révolutionnaires modifient le statut des enfants et proclament que l'assistance est un devoir et non un bienfait ; que les enfants trouvés sont égaux en droits aux autres enfants. Les enfants trouvés seront placés sous la tutelle de l'administration de la ville ou du département où ils ont été trouvés et ce jusqu'à leur majorité. La règle des placements en nourrice à la campagne est maintenue, mais leur surveillance est confiée à un inspecteur. Les établissements d'accueil deviennent des orphelinats. Et le Bureau des Admissions remplace le Tour d'Abandon qui disparaît en 1863. Enfin une modique pension peut être octroyée aux parents nécessiteux afin de prévenir les abandons.

Le décret du 19 Janvier 1811 sert de base à tout le dispositif d'assistance aux enfants en difficulté au XIXème Siècle. Il distingue : les enfants trouvés, les enfants abandonnés et les orphelins pauvres. Les enfants sont placés en nourrice jusqu'à l'âge de 6 ans puis en pension chez des cultivateurs ou des artisans chez qui ils travailleront et apprendront un métier (dans le meilleur des cas). Ce placement familial quasi adoptif s'installe progressivement mais la question du lien à la famille d'origine de l'enfant recueilli ne peut pas encore se penser ni se poser.

b) Transformation des modalités de protection et d'accueil

A la fin du XIXème siècle, la volonté de l'état d'agir pour la protection des enfants en bas âge se manifeste par la création du Service des enfants assistés, dirigé dans chaque département par le préfet. Cette organisation permet de rapprocher les prises en charges sanitaires et sociales en stipulant que les enfants placés en nourrices doivent être surveillés par des médecins. Les secrétaires de mairies tiennent les registres de placements. En 1904 l'assistance publique des Hôpitaux se détache du service des enfants assistés qui devient une organisation à part entière dont le fonctionnement repose sur l'état et les départements.

III. AUJOURD'HUI : DE LA PROTECTION AU SOIN DE L'ENFANCE EN DANGER

Avec l'amélioration des conditions sanitaires et sociales, les abandons diminuent et les problèmes sociaux et économiques prennent le pas sur les questions de survie. En 1920, la mortalité des enfants recueillis est comparable à celle de la population générale. L'organisation d'un bureau ouvert permet aux mères d'abandonner leur enfant de moins de 7 mois, de jour comme de nuit, sans obligation de fournir des informations les concernant ou concernant l'enfant.

L'ensemble des services prend le nom d'Aide Sociale à l'Enfance en 1956, et la gestion des enfants est assurée par la DASES (Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé) jusqu'en 1985. Les nouvelles administrations héritent des dossiers traités auparavant par l'administration générale de l'assistance publique et conservent tous les dossiers de moins de cent ans.

En 1964 les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) organisent et coordonnent les différents services en charge des enfants (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Maternelle et Infantile, Santé Scolaire, Hygiène Mentale Infantile). Progressivement l'ASE assure pleinement ses missions de protection de l'enfance et l'accueil par les nourrices évolue vers une professionnalisation. Elles seront nommées assistantes maternelles puis assistantes familiales.

B. LES CHIFFRES EN FRANCE

QUELQUES CHIFFRES

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), novembre 2015.

323 560

mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) au 31 décembre 2014

19 mesures pour 1000 jeunes de 0 à 21 ans

161 700

mesures éducatives

(aides éducatives à domicile - AED et actions éducatives en milieu ouvert - AEMO)

161 860

enfants accueillis à l'ASE

50 630
mesures administratives

111 070
mesures judiciaires

145 660
90 %

confiés à la suite de mesures administratives ou judiciaires

16 200
10 %

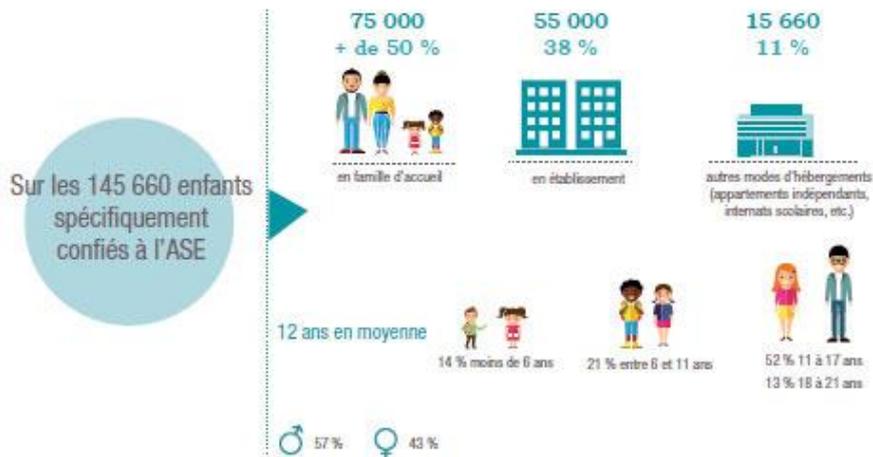
placés directement par le juge à un tiers ou un établissement

111 440
76 %

confiés au titre d'une mesure judiciaire

34 220
24 %

confiés suite à une décision administrative



En 2014, 161 860 enfants étaient accueillis par l'ASE, dont 145 660 spécifiquement confiés.

C. DONNEES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN VIENNE EN 2013

Source : Schéma des bilans famille et enfance précédents www.departement86.fr

I. L'ENFANCE EN DANGER

a) Les Informations Potentiellement Préoccupantes (IPP)

Les informations potentiellement préoccupantes concernent les enfants à naître pour lesquels les différents acteurs sanitaires et sociaux souhaitent saisir le Juge des Enfants avant la naissance de l'enfant dans une perspective de protection de l'enfant rapide dès la naissance.

En 2013, 90 dossiers ont été classés sans suite (sans enregistrement), et 62 IPP ont été transmises pour information et suite à donner :

- 31 déclenchements d'Informations Préoccupantes (IP)
- 11 suivis médico-sociaux
- 19 classements sans suite

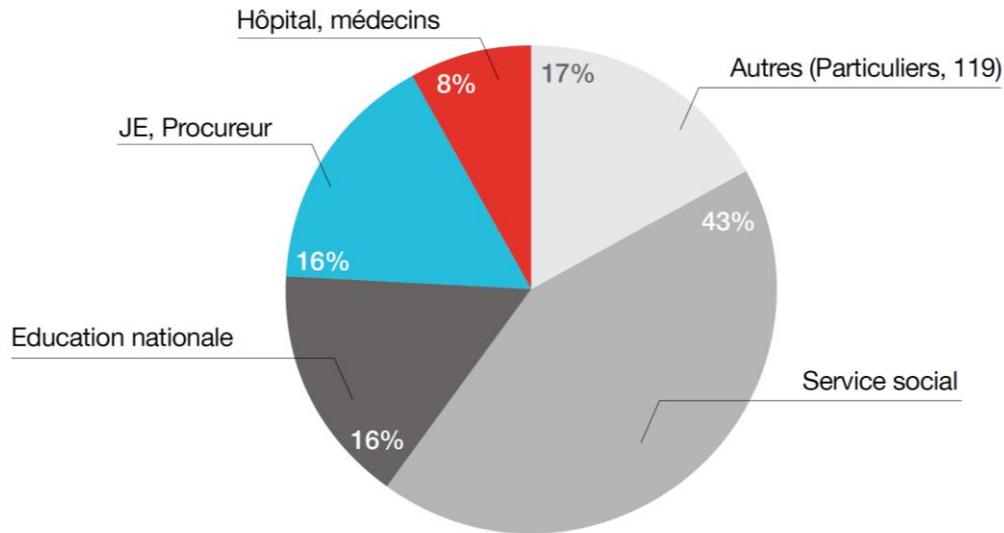
b) L'évolution des Informations Préoccupantes (IP)

Les Informations Préoccupantes concernent tous les enfants pour lesquels un ou plusieurs professionnels et/ou particuliers souhaitent exprimer leurs inquiétudes. Ces informations sont transmises à la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes).

Le nombre d'IP repérées connaît une évolution progressive depuis 2007, passant de 430 IP en 2007 à 932 en 2011. Depuis 2011, on observe une certaine stabilité, autour de 950 IP par an.

c) L'origine des transmissions d'IP

Graphique n°1 : Origine des transmissions d'Informations Préoccupantes en 2013



d) Les suites données aux IP

Les décisions prises après l'évaluation des IP, en pourcentage :

- Mesures administratives (26%)
 - Mesures à domicile (23%)
 - Accueil administratif (3%)
- Saisine judiciaire (49%)
 - MJIE (17%) (Mesure d'Investigation Judiciaire et Educative)
 - Enquêtes pénales (14%)
 - Mesures à domicile (AEMO ou MJAGBF) (5%) (Aide Educative en Milieu Ouvert ou Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial)
 - Placement (5%)
 - Autre (à préciser, transmission suite à donner) (8%)
- Accusé réception (décision judiciaire : le juge saisi directement) (1%)
- Suivi médico-social (6%)
- Classement sans objet (17%).

e) Les dépenses de la protection de l'enfance

Pour le budget 2014, 40,48 millions d'euros sont consacrés à la protection de l'enfance dans la Vienne. (en 2013, le budget était de 40 millions d'euros).

84,19 % du budget sont réservés aux prises en charge physique, soit 34,08 millions d'euros :

- 16,17 millions d'euros pour les établissements (47 %)
- 17,91 millions d'euros pour les familles d'accueil (53 %)

15,76 % du budget sont consacrés à la prévention, soit 6,38 millions d'euros.

Il est à noter que cette part du budget était de 10 % en 2009, puis 14 % en 2010, 15 % en 2011 et 15,5 % en 2012. La moyenne nationale est de 15 %.

- 1,18 millions d'euros pour les allocations et les secours (18,5 %)
- 5,20 millions d'euros pour les mesures éducatives (81,5 %)

II. LES MESURES D'AEMO ET D'AED

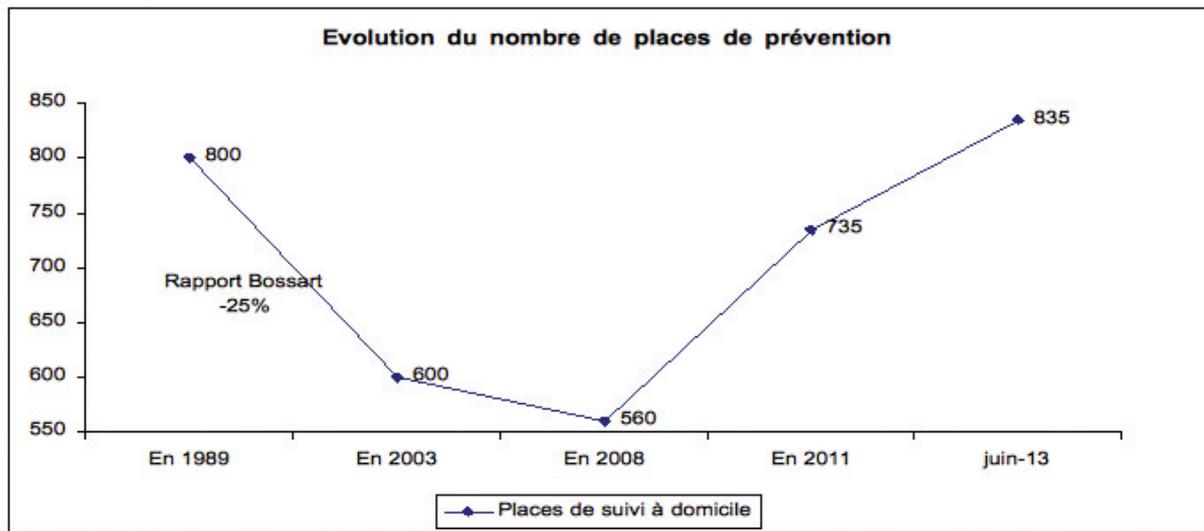
Les **Services d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)** ont pour objectif de protéger les enfants vivant dans leur milieu familial et interviennent à la demande de l'autorité administrative (le président du Conseil Général par l'intermédiaire de son service de l'Aide Sociale à l'Enfance) ou de l'autorité judiciaire (le Juge des Enfants).

Les **AED (Aide Educative à Domicile)** sont le versant administratif (donc à la demande du parent) de l'AEMO.

En 2014, les mesures d'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert) et d'AED (Aide Educative à Domicile) représentent, pour le Département de la Vienne, un budget de 2 095 000 €.

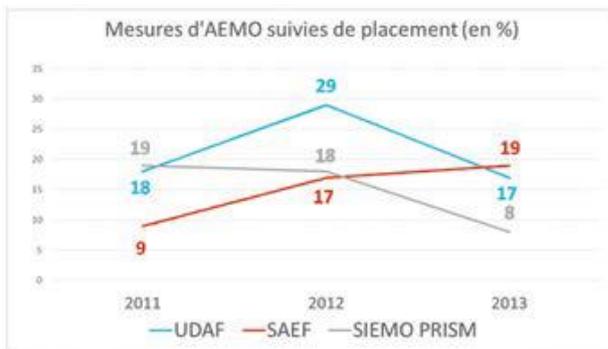
La capacité autorisée dans le Département s'élève à 535 mesures d'AEMO dont 15 mesures d'AEMO renforcées et 300 mesures d'AED dont 100 mesures exercées par le service de l'ASE depuis 2013.

Graphique N°2 : Evolution du nombre de places de prévention



a) L'efficacité des mesures d'AEMO :

Graphique n°3 : Mesures d'AEMO suivies de placement (en%)



On constate une augmentation du pourcentage des AEMO du SAEF suivies de placements, parallèlement à une diminution des AEMO suivies de placements pour le PRISM et l'UDAF. Le résultat présenté ici semblerait vouloir indiquer que les AEMO suivies de placements diminuent et donc que l'efficacité des AEMO augmente en diminuant les placements dans le département.

Or ces résultats posent plusieurs questions :

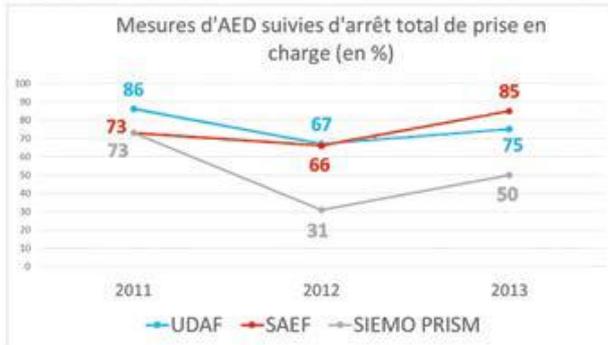
- Y-a-t-il eu une modification de la répartition des attributions des AEMO, avec une attribution des cas les plus graves au SAEF.
- Quid de l'évolution des AEMO et des placements en valeur absolue ? Cette question est d'autant plus que le nombre d'AEMO augmente, il paraît donc

logique que le pourcentage diminue sans que la valeur absolue de nombre des placements ne soit modifiée.

- Une diminution du nombre des placement signifie-t-elle nécessairement que les enfants vont mieux ?

b) L'efficacité des mesures d'AED :

Graphique n°4 : Mesures d'AED suivies d'arrêt total de prise en charge (en %)



De la même manière que pour le graphique précédent, ces résultats semblent indiquer que l'augmentation des mesures d'AED suivies d'un arrêt total de prise en charge est corrélée à une efficacité des mesures d'AED. Mais sans une connaissance des valeurs absolues du nombre d'AED il est impossible de savoir si l'efficacité augmente pour un nombre équivalent de demandes ou si l'augmentation des demandes avec parmi elles des demandes moins graves fait artificiellement augmenter le pourcentage de mesures n'ayant pas nécessité de prise en charge par la suite.

c) Un premier bilan des mesures d'AEMO renforcées

Du 1^{er} juin à fin décembre 2013, 28 mineurs ont été concernés par l'AEMO renforcée.

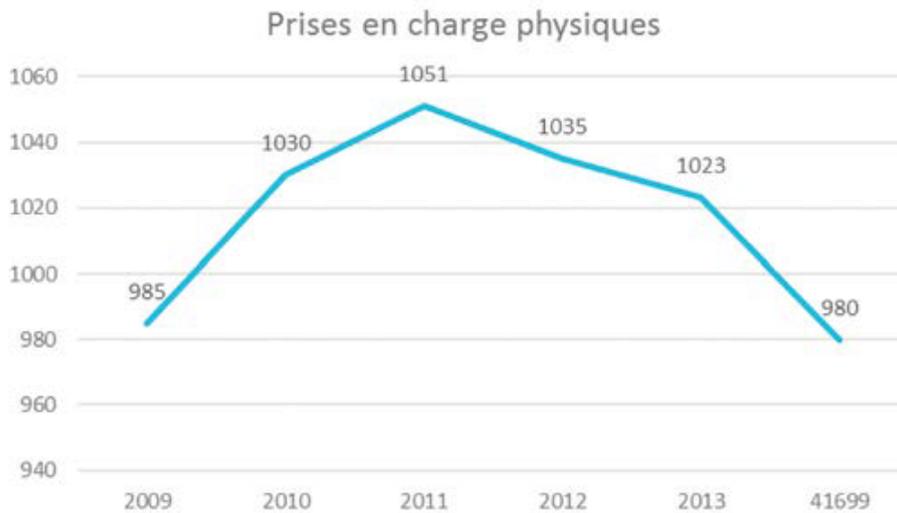
Au 31 décembre 2013, 13 AEMO renforcées avaient pris fin et 15 étaient en cours. Sur les 13 mesures levées, 9 font toujours l'objet d'une AEMO à l'UDAF 86 (7 familles), 3 ont été suivies de placement (2 familles) et 1 enfant vit avec ses parents et n'a plus de mesure éducative

III. LA PROTECTION

a) Les prises en charge physiques

Dans la Vienne, le nombre de prises en charges physiques est en baisse.

Graphique °5 : Prises en charge physiques



En 2012, on perçoit une légère baisse des placements classiques et une augmentation très forte des mineurs isolés étrangers. Toutefois, le taux de placement dans la Vienne demeure très élevé avec 0,96 % d'enfants placés pour 0,94% en Seine-Saint-Denis et 0,80 % en Charente-Maritime.

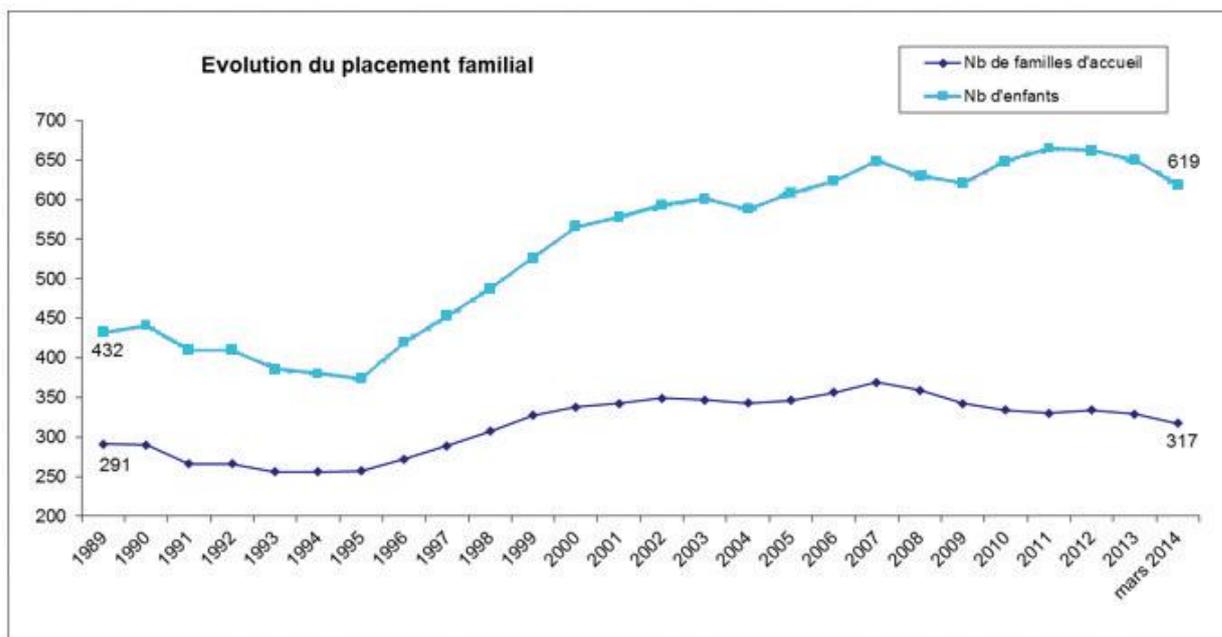
b) Le placement familial

Il y avait 615 enfants de notre Département en famille d'accueil dans la Vienne et hors Vienne au 30 juin 2014.

Sur l'année 2013, ce chiffre se situe en moyenne à 647.

315 assistants familiaux étaient employés par le Département au 30 juin 2014 pour un budget prévisionnel 2014 s'élevant à 17,91 millions d'euros.

Graphique n°6 : Evolution du placement familial



c) Le placement en établissement

En 2014, 340 places en établissement sont disponibles dans la Vienne :

- 136 places de MECS (Maisons d'Enfants à Caractère Social),
- 18 places au service Petite Enfance (0-6 ans),
- 26 places au Service d'Accueil et d'Observation (SAO),
- 51 places en Accueil Personnalisé en Milieu Naturel (APMN),
- 40 places en accueil de jour,
- 69 places réparties dans 11 LVA (Lieux de Vie et d'Accueil).

2 appels à projets ont été lancés en 2014 pour la création de 2 nouveaux LVA de 7 places maximum chacun dans notre département.

A. INTRODUCTION

I. QUESTIONNEMENT

Afin d'évaluer la qualité des soins psychiques spécifiques proposés aux enfants placés il est nécessaire d'évaluer la santé psychique de ces enfants. Si le vécu des enfants confiés à l'ASE peut générer des troubles psychiques, il faut pouvoir les analyser et les quantifier à l'aide d'une méthode d'évaluation standardisée et validée.

De nombreux aspects du développement de l'enfant auraient pu être étudiés dans le cadre de ce projet de recherche : les troubles internalisés (avec une dimension d'étude de la dépression de l'enfant), les troubles externalisés (à type de trouble du comportement), le développement psychomoteur...

Nous avons fait le choix d'évaluer et de quantifier les **modalités d'attachement** des enfants placés car elles sont significatives par rapport à leur histoire et leur parcours. Les modalités d'attachement de bonne qualité peuvent être un outil de développement extrêmement puissant, alors que les modalités d'attachement de type désorganisé peuvent être un handicap sévère, imputant sérieusement le pronostic psychique des enfants tout au long de leur vie.

Dans notre étude les soins psychiques proposés seront évalués indépendamment du profil de l'enfant au travers d'entretiens semi-structurés avec les parents, l'éducateur référent et les personnes travaillant sur le lieu de vie de l'enfant (famille d'accueil, village d'enfant, pouponnière, lieux de vie, foyer).

Enfin les inquiétudes des différents intervenants seront collectées afin de rendre compte de la perception et de l'évaluation qui est faite de l'enfant par les acteurs de l'ASE. Ceci afin de mettre en évidence l'adéquation entre l'observation faite par le système gardien et celle réalisée par l'épreuve d'évaluation.

II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les modalités d'attachement avec lesquelles l'enfant se construit restent stables tout au long de la vie. S'il faut plusieurs mois pour construire une figure d'attachement et plusieurs années pour construire un modèle interne opérant, à partir de 6 ans le MIO de l'enfant reste stable jusqu'à l'âge adulte.

Un attachement sécurisé est le garant d'un développement optimal de l'enfant dans la mesure où il lui permet de réguler suffisamment ses émotions pour que son psychisme soit disponible. Cette liberté et cette autonomie permettent à l'enfant d'explorer, de découvrir le monde et ainsi de développer ses capacités, ses compétences et ses connaissances.

Un attachement insécurisé et a fortiori désorganisé est un facteur prédictif de troubles psychiques et psychiatriques allant du trouble anxio-dépressif aux troubles dissociatifs à l'âge adulte.

Il apparaissait donc essentiel d'étudier les représentations d'attachements en construction des enfants avant qu'elles ne se fixent définitivement. Tout l'intérêt de cette étude réside alors dans les moyens, les accompagnements et les soins à proposer à ces enfants puisque les modalités d'attachements pourraient être d'emblée annonciatrices de troubles psychiques et psychiatriques graves.

Cette proposition de prise en charge précoce paraît d'autant plus essentielle qu'en protection de l'enfance on rencontre de nombreux adolescents qui présentent des troubles externalisés et qui mettent à mal les structures d'accueil. Un certain nombre d'adolescents confiés à l'Aide sociale à l'enfance mettent régulièrement en difficulté le service gardien. Après avoir fait « exploser » plusieurs familles d'accueil puis plusieurs lieux de vie, ils sont parfois hospitalisés à défaut de la possibilité de leur trouver un autre lieu de vie adéquat. Ces enfants en grande souffrance reproduisent souvent des schémas de relations familiales dont ils n'ont pas réussi à se défaire en grandissant, malgré l'éloignement de leur milieu par le truchement du placement.

Or le plus souvent ces comportements se trouvent éclairés d'une façon tout à fait intéressante lorsqu'on les analyse en utilisant la théorie de l'attachement. Les troubles observés sont fréquemment en lien avec un trouble de l'attachement ancien et profond. Il serait nécessaire de réfléchir à une prise en charge précoce et des accompagnements spécifiques qui puissent permettre de diminuer le nombre de ces jeunes instables dont les capacités à devenir des adultes autonomes et équilibrés semblent extrêmement compromises.

Ces évolutions et ces troubles nous ont amené à nous questionner sur les soins spécifiques qui pourraient être proposés à cette population.

III. HYPOTHESES

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- 35% de la population étudiée présente un attachement de type désorganisé.
- Seuls 25% de ces enfants reçoivent des soins psychiques spécifiques.

IV. OBJECTIF

Evaluer la santé psychique des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et la pertinence des réponses qui leurs sont actuellement apportées en terme de soins psychiques afin d'envisager, si besoin de nouvelles modalités d'accompagnement de cette population spécifique.

Etude des raisons ayant conduit à ne pas proposer de soins aux enfants dont les représentations d'attachement sont de type désorganisé.

Etude des parcours de soins des enfants et/ou des blocages rencontrés pour accéder aux soins psychiques spécifiques.

B. MATERIEL ET METHODE

I. DEROULEMENT DE L'ETUDE

1. Contact et information des parents par les équipes de l'ASE
2. Rencontre des parents : présentation de l'étude, recueil du consentement et entretien semi-structuré
3. Rencontre de la personne référente (Famille d'accueil ou éducateur) : recueil d'informations concernant l'enfant et, le cas échéant, les démarches de soins en cours.
4. Rencontre de l'enfant : temps de rencontre et de jeux puis évaluation du mode d'attachement.

II. CRITERE PRINCIPAL

Corrélation entre la qualité des représentations d'attachement et les soins psychiques proposés.

III. CRITERES SECONDAIRES

Modalité d'attachement et âge de placement

Modalité d'attachement et rythme des visites parentales

Modalités d'attachement et nombre de ruptures dans le placement

Modalité d'attachement et placement avec ou sans la fratrie

Modalité d'attachement et antécédent de placement du ou des parents

IV. POPULATION

Critère d'inclusion : Nous avons inclus tous les enfants confiés à l'Aide Sociale à L'Enfance en Vienne au 01/01/2017 nés entre le 01/01/2011 et le 31/12/2013.

Les critères d'exclusions étaient :

- La présence d'un trouble neurologique ou génétique ayant un retentissement sur le développement neurocognitif ne permettant pas à l'enfant de participer à l'épreuve proposée pour l'évaluation des modalités d'attachement.

V. OUTIL D'ÉVALUATION

L'un des outils qui auraient pu être utilisé pour évaluer l'attachement des enfants placés est le Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ de Kappenberg et Halpern, 2006). Mais ce questionnaire s'adresse aux enfants nouvellement placés or, notre étude concernant tous les enfants placés au moment de l'étude ayant entre 3 et 5 ans, il nous était impossible d'obtenir une homogénéité du temps de placement des enfants sans restreindre drastiquement l'échantillon ce qui aurait été contraire au but de l'étude.

L'outil d'évaluation choisi est le système des histoires à compléter de Bretherton (Procédure et scénarios établis par Bretherton, Ridgeway & Cassidy 1990) et nous utilisons le système de codage CCH développé par Blaise Pierrehumbert (2008) et ses équipes pour exploiter les narratifs d'enfants obtenus.

Il s'agit de scénarii de jeux avec des figurines humaines (père, mère, enfants et grands parents) mettant en jeu le système d'attachement de l'enfant afin d'explorer les modalités d'attachement que l'enfant met en place. Autour de petites scénettes de la vie quotidienne prédéfinies, l'investigateur raconte le début d'une histoire que l'enfant doit terminer. Lorsque l'enfant montre au lieu de narrer, l'investigateur peut l'étayer en lui demandant ce qui se passe, qui fait les actions et ce que disent les personnages. (cf. annexe)

Matériel : Il s'agit d'une maison de poupées avec des figurines humaines neutres représentant un papa, une maman, deux enfants du même sexe que l'enfant interrogé et une grand-mère. Le mobilier permet la mise en situation des personnages selon les scénarii établis.





VI. PROTOCOLE DE CONTACT DES PARENTS

La liste des enfants concernés par l'étude a été extraite des fichiers de l'ASE et fournie aux 4 responsables des 4 territoires administratifs.

L'investigateur a contacté les parents avec le responsable de territoire pour présenter l'étude et leur proposer un rendez-vous.

Lors de cet étape, le responsable de territoire se réservait le droit d'exclure les enfants pour lesquels il lui semblait litigieux de les faire participer à l'étude.

Les critères d'exclusion des responsables de territoire incluaient :

- Erreur de fichier (enfant hors territoire ou hors département)
- Situation aigue avec l'enfant ou sa famille ne permettant pas de solliciter les parents

Le responsable de territoire a contacté les parents pour évoquer l'étude et leur proposer un rendez-vous avec l'investigateur. L'entretien téléphonique est conduit selon le protocole suivant :

- Présentation de l'étude
- Proposition d'échanger au téléphone avec l'investigateur
- Prise de rendez-vous au domicile du parent par l'investigateur
- Envoi d'un courrier de rappel concernant le rendez-vous posé

Les coordonnées des parents qui ont accepté de le rencontrer sont fournies à l'investigateur.

Ont également été exclus les enfants pour lesquels :

- Aucun parent n'était joignable
- Les parents ont refusé de rencontrer l'investigateur ou refusé que leur enfant participe à l'étude proposée.

A la suite de cette prise de contact téléphonique, l'investigateur a proposé un rendez-vous à tous les parents qui l'avaient accepté. Le but de cet entretien était de leur présenter l'étude et ses modalités, de recueillir leur consentement pour la

participation de leur enfant à l'étude et d'effectuer avec eux un entretien semi-structuré permettant d'aborder avec eux la question de l'historique du placement, des antécédents de leur enfant et des inquiétudes quant à la santé psychique de leur enfant qu'ils souhaiteraient formuler. Dans la première phase de l'étude présentée ici, l'investigateur a contacté et rencontré tous les parents qui étaient joignables et ont accepté l'entretien.

Dans un deuxième temps l'investigateur contactera les parents suivants avec l'accord de l'ASE :

- Ceux pour lesquels les situations aiguës ont pu évoluer
- Ceux qui n'avaient pu être joint que tardivement par rapport à cette première phase de contact
- Ceux dont le contact avait d'emblée été différé pour des raisons administratives (accueil en lieu de vie et à l'AFT)

VII. ENTRETIEN AVEC LE PARENT

Il s'agit d'un entretien d'environ 1 heure, au domicile du parent, au cours duquel l'investigateur donne des explications détaillées à propos des modalités et des objectifs de l'étude en utilisant un langage clair, adapté au niveau de compréhension du parent et fidèle à la réalité du projet.

Après avoir recueilli le consentement oral du parent à poursuivre, un entretien semi-structuré est conduit permettant de recueillir des informations sur l'enfant auprès du parent.

Ces informations concernent :

- Antécédents du parent (comme antécédents familiaux de l'enfant)
- Antécédents de périnatalité de l'enfant
- Informations sur la fratrie de l'enfant
- Informations sur le placement
- Information sur les soins psychiques reçus par l'enfant.

En fin d'entretien, l'investigateur recueille le **consentement écrit** du parent en 3 exemplaires et remet au parent une lettre d'informations et une copie de son consentement éclairé signé.

Les parents qui le souhaitent ont pu bénéficier d'un temps de réflexion et d'un second entretien afin de donner sereinement leur consentement pour la participation de leur enfant à l'étude.

VIII. ENTRETIEN AVEC LES EDUCATEURS REFERENTS

Dans un deuxième temps l'investigateur, avec la participation de l'ASE, organisera un entretien avec l'éducateur référent et la famille d'accueil ou les personnes travaillant sur le lieu de vie de l'enfant. La modalité de ce deuxième entretien reste à définir, il pourra avoir lieu sur le lieu de vie de l'enfant ou sur un lieu neutre proposé par l'ASE mais en dehors de la présence de l'enfant. Ceci afin d'éviter de mettre l'éducateur en difficulté au moment d'évoquer certains éléments du dossier et d'éviter à l'enfant de se confronter d'une manière non appropriée à sa propre histoire. Cet entretien permettra un recueil d'informations détaillé sur les antécédents, le placement et les éventuels soins psychiques de l'enfant.

Au cours de cet entretien, des explications détaillées des modalités et des objectifs de l'étude seront fournies à l'éducateur ainsi qu'à l'équipe accueillant l'enfant (famille ou lieu de vie).

IX. MODALITES DE L'EVALUATION DE L'ENFANT

La rencontre avec l'enfant se fait sur son lieu de vie mais en dehors de la présence des personnes avec lesquelles il vit ou du moins celles-ci ne doivent pas intervenir dans la passation. Cette rencontre dure environ 30 minutes.

Lors de la rencontre avec l'enfant l'investigateur évaluera ses modalités d'attachement selon le protocole expérimental des histoires à compléter (cf. annexes).

A la suite de l'évaluation, l'investigateur fera un retour aux équipes (éducateurs, FA et/ ou personnels du lieu de vie) sur la passation réalisée.

Le système des cartes à coder nécessitant d'analyser à plusieurs reprises les réponses de l'enfant, la passation de l'épreuve d'évaluation sera filmée.

De plus l'investigateur connaissant les enfants ainsi que leur histoire parentale, personnelle et de placement, un second investigateur, docteur en psychiatrie, visualisera et codera les vidéos réalisées.

Les parents et les équipes ont été prévenus en amont de ces modalités spécifiques.

Aucun retour des données résultant du codage des vidéos ne pourra être transmis ni aux équipes ni aux parents des enfants.

X. CONSIDERATIONS ETHIQUES

a) Information des parents

Tous les parents qui ont accepté de rencontrer l'investigateur ont été informés par oral et par écrit des modalités détaillées de l'étude. Une lettre d'information détaillée (cf. annexes) leur a été remise ainsi que le numéro de téléphone et le mail de contact de l'investigateur s'il avait des questions ultérieures.

b) Recueil des consentements

Dans tous les cas le consentement des **deux** parents a été recherché.

Lorsqu'aucun des parents n'est joignable (ou que les deux parents sont incarcérés) :

- Si l'ASE bénéficie d'une délégation de l'autorité parentale : le responsable de territoire se substitue aux parents et décide de l'inclusion de l'enfant en fonction de son meilleur intérêt.
- Sinon l'enfant est exclu de l'étude.

Lorsque l'un des parents est incarcéré et que l'autre parent a donné son consentement :

- Un courrier d'information est envoyé à ce parent.

L'investigateur et le promoteur de l'étude ont décidé qu'il ne serait pas mis en place de protocole de demande de temps de parler. Laquelle semblerait empiéter sur les temps accordés aux détenus pour d'autres visites.

Lorsque seul l'un des deux parents est joignable et donne son consentement :

- L'autre parent est considéré comme injoignable et recevra un courrier l'informant du consentement donné.

Lorsque l'enfant n'a qu'un seul parent vivant ou déclaré :

- Seul le consentement de ce parent sera recherché et pourra permettre l'inclusion de l'enfant dans l'étude.

Lorsque l'un des parents refuse que son enfant participe à l'étude malgré l'accord de l'autre parent :

- L'enfant est exclu de l'étude.

Tous les enfants inclus selon ces critères seront rencontrés et évalués dans la deuxième partie de ce travail de recherche selon les modalités décrites.

c) Utilisation des fichiers vidéo

Le système des cartes à coder nécessitant d'analyser à plusieurs reprises les réponses de l'enfant, la passation de l'épreuve d'évaluation était filmée. Les parents et les équipes avaient été prévenues en amont de cette modalité spécifique.

De plus l'investigateur connaissant les enfants ainsi que leur histoire parentale, personnelle et de placement, un second investigateur docteur en psychiatrie, codera les vidéos réalisées afin d'éviter les biais de codage.

L'ensemble des données personnelles et nominatives ont été anonymisées, l'ensemble des documents vidéo réalisés seront détruits à la fin de l'étude.

Les fichiers vidéo seront transmis sur support physique et ne seront jamais transmis ni stockés sur internet.

d) Respect de l'anonymat

L'ensemble des données et des informations saisies pour chaque enfant et chaque parent sont identifiés par un code permettant de préserver un anonymat total des données

Aucun fichier numérique ou informatisé contenant des données personnelles nominatives ou permettant d'identifier les participants (enfants et parents) n'est créé pour cette étude

Les fichiers contenant les vidéos d'évaluation seront identifiées par ce même codage.

C. RESULTATS

I. POPULATION

Tableau n°1 : Répartition des inclusions et des recueils de consentements de parents en fonction des différents territoires administratifs de l'ASE en Vienne (T1 : Châtelleraut, T2 : Jaunay-Clan, T3 : Poitiers, T4 : Chauvigny)

	T1	T2	T3	T4	Total
Nb enfants fichier original ASE	27	15	21	19	82
Ajout d'enfant d'un autre territoire	2	0	4	0	6
Hors territoires	1	2	3	1	7
Placement à domicile	1	0	0	0	1
Retour à domicile	0	0	0	1	
Nb enfant total/territoire	27	13	22	17	80
Exclusion pour trouble neuro-développemental	0	1	0	0	1
Situation aigue	1	2	0	2	5
Parents injoignables	6	0	2	2	10
Parent incarcéré	0	1	1	0	2
Refus du parent de rencontrer l'investigateur	3	2	3	3	11
Entretien non honoré par le parent	0	0	1	0	1
Refus du parent au décours de l'entretien avec l'investigateur	0	0	2	0	2
Report du contact pour raison administrative (lieu de vie, AFT...)	2	0	3	0	5
Parent joignable en dehors du protocole de contact	3	0	0	0	3
Total des exclusions	15	6	12	7	40
Total des enfants inclus	12	7	10	10	39

Le total des 39 enfants inclus correspond au total des enfants pour lesquels l'investigateur a rencontré les parents et obtenu un consentement de participation à l'étude.

Les parents de 3 enfants supplémentaires ont pu être joints en dehors du protocole de contact de cette première phase et seront rencontrés ultérieurement par l'investigateur.

L'investigateur, après décision de l'ASE a également reporté le contact des parents pour 5 enfants (accueil en lieu de vie et accueil AFT).

La population potentielle totale de l'étude pourrait donc être 47 sujets au total en fonction des réponses de ces parents. C'est une population qui semble satisfaisante et représentative et qui permettra une analyse des données de bonne qualité.

Tableau 2 : données démographiques

	Moyenne	Ecart type	Max	Min
	En mois	En mois	En mois	En mois
Age de l'enfant	60,1	11	75,1	40,1
Age au placement	27	17,6	69,9	0,2

La population comprend 22 garçons et 17 filles.

II. ANALYSE DES DONNEES

a) Inclusions

Le nombre total d'enfants inclus est 39 à ce jour

Le nombre total d'enfants bénéficiant de soins psychiques est 14 (36%)

Nb total enfants	AUCUN	NSP	CMPP	CAMSP	CMPEA	HDJ	AUTRE
39	20	5	1	6	1	1	5
100%	51%	13%	2,5%	15,5%	2,5%	2,5%	13%

Tableau n° 3 : Soins psychiques proposés aux enfants placés.

b) Lieu de vie

Le nombre total d'enfants accueillis en famille d'accueil est 33 (85%)

Nb total enfants	Famille d'Accueil	Foyer ou Institution	Village d'Enfants
39	33	2	4
100%	85%	5%	10%

Tableau n° 4 : Répartition des lieux de vies

c) Antécédent de placement pour les parents

Le nombre total d'enfants dont l'un des parents au moins a un antécédent de placement est 14 (36%)

Nb total enfants	Aucun ATCD	ATCD pour l'un des deux parents	ATCD pour les deux parents
39	25	12	2
100%	64%	31%	5%

Tableau n° 5 : Antécédent de placement pour les parents

III. PERSPECTIVES DE L'ETUDE

Les résultats finaux exploiteront les données suivantes :

- Modalités d'attachement des enfants.
- Détail des soins psychiques proposés.
- Corrélation des modalités d'attachement aux soins psychiques.
- Etude détaillée des situations d'enfants ne présentant pas un attachement sécurisé et ne recevant pas de soins psychiques spécifiques.
- Les critères secondaires

D. DISCUSSION

I. INTERPRETATION DES RESULTATS

a) Inclusions

39 enfants ont pu être inclus dans l'étude sur une population de départ de 80 enfants. Le taux d'inclusion de 48,75% est cohérent avec la littérature dans la mesure où les taux de réponses aux questionnaires se situent habituellement entre 25 et 35%.

Le nombre de refus d'inclusion est de 11 enfants (soit 12,5% de l'effectif incluable) ce qui est peu au regard de la population interrogée. Il est plus inquiétant de constater que pour 10 enfants aucun des deux parents n'a pu être joint par le service gardien de leur enfant (l'ASE). Ce chiffre est représentatif de la distension des liens familiaux au cours du placement, observée dans les faits et dans la littérature en particulier dans l'étude Saint-Exupéry (Rousseau, 2016) qui observe que à leur majorité 25% des enfants de la population de l'étude n'ont plus aucun contact avec leur père depuis l'âge de 9,4 ans en moyenne et 18% n'ont plus aucun contact avec leur mère depuis l'âge de 12 ans en moyenne. A l'approche de la majorité seul un quart des enfants bénéficient de visites régulières de leur père au moins 2 fois par an, et la moitié de leur mère, avec la même périodicité.

Ces valeurs restent préoccupantes lorsqu'on les considère selon le vécu des enfants placés. Que peut vivre et ressentir un enfant de moins de 6 ans lorsque ses

parents ne se présentent plus aux visites programmées, ne donnent plus de nouvelles, ou encore, plus pragmatiquement, lorsqu'ils ont besoin de soins en urgence et que l'ASE doit saisir le Juge des Enfants pour ordonner une Délégation de l'Autorité Parentale concernant les soins ?

Ce que vit l'enfant en attendant reste très traumatique et fragilise sa sécurité interne et la qualité de son attachement s'il perçoit son parent comme indisponible et s'il se perçoit lui-même comme indigne d'intérêt et indigne d'amour.

Les procédures d'abandon existent mais elles sont longues et coûteuses lorsqu'elles sont à l'initiative des services de l'ASE.

b) Soins psychiques

36% des enfants inclus lors de la première phase bénéficient de soins psychiques d'après les parents qui ont pu être interrogés. Dans la première phase présentée ici, seuls les parents ont pu être rencontrés afin de recueillir leur consentement pour la participation de leur enfant à l'étude. Les dossiers de l'ASE ne seront consultés que dans la deuxième phase de l'étude puisqu'il fallait le consentement des parents pour pouvoir consulter ces dossiers.

Ce chiffre est cohérent avec les chiffres de la littérature sur le sujet (30% des enfants placés présentent un attachement *insecure* à 58 mois). Cependant il ne reflète pas la qualité des attachements des enfants dans la mesure où elle sera évaluée dans la seconde phase de cette étude. Il est donc à craindre que certains des enfants dont l'attachement est *insecure* ne reçoivent aucun soin ni aucun accompagnement psychique. Dans le même sens il est peu probable que les enfants de notre étude présentant un attachement *insecure* se superposent strictement à ceux qui reçoivent actuellement des soins.

Cela semble d'autant plus improbable que, parmi les enfants bénéficiant de soins spécifiques, 6 sont suivis au CAMSP. Celui-ci a pour mission d'accompagner les enfants de 0 à 6 ans présentant un handicap précoce, quelle que soit la nature de ce handicap. On peut donc supposer qu'il s'agisse d'enfants dont les difficultés sont d'ordre somatiques, organiques et physique plus que psychiques.

Il est important de noter que parmi les parents interrogés, ceux de 5 enfants (13% de l'effectif) ne savent pas si leur enfant bénéficie de soins.

II. BIAIS – FORCE ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

a) **Biais de sélection**

Exclusions pour erreur de fichier

La plupart des erreurs de fichier ont été rectifiées en ajoutant a posteriori les enfants concernés sur le territoire auxquels ils appartenaient réellement.

Exclusion pour situation aigue

Le fait de ne pas inclure les familles présentant une situation aigue est un risque de biais de sélection important. En effet ces enfants sont susceptibles de présenter les troubles de l'attachement les plus importants. De ce fait il se peut que cette sélection, si elle se comprend d'un point de vue éthique, risque de minorer l'importance des troubles observés lors de l'étude.

Parents non joignables

A nouveau, on peut supposer que les enfants dont les parents ne peuvent pas être joint par le service gardien malgré des appels et des tentatives répétées soient ceux pour lesquels la construction identitaire reste la plus fragile malgré le placement. A l'inverse on pourrait supposer que ces enfants dont les parents se montrent peu présents et difficilement mobilisables peuvent investir leur lieu ou leur famille d'accueil. Ainsi ils ne risquent pas de subir de conflit de loyauté avec un parent qui ne supporterait pas que l'enfant puisse tisser des liens solides profonds et durables avec un autre adulte que lui-même.

Il s'agit donc d'un biais de sélection important à considérer et ce d'autant plus qu'il participe à réduire l'effectif de l'étude de façon majeure car il représente 10 des 40 exclusions au moment de la présentation de nos résultats.

b) Biais de désirabilité sociale

Il est probable que les informations récoltées lors de l'entretien avec les parents ne reflètent pas systématiquement la réalité exacte de l'historique de placement de l'enfant. Certains parents ont des difficultés cognitives ne leur permettant pas de retracer leur histoire et celle de leur enfant de façon fiable. D'autres parents peuvent être mis en difficulté par l'histoire du placement et ce qu'elle traduit de leurs problématiques personnelles et parentales. Ces parents peuvent être amenés à modifier certaines des informations fournies à l'investigateur.

Nous avons choisi de prendre en compte leurs vécus et leurs difficultés et d'en faire une des forces de l'étude en comparant les données fournies par les parents (en particulier sur les motifs de placement) et celles contenues dans le dossier des enfants. Ces différences, voire ces clivages devraient (nous l'espérons) mettre en évidence la nécessité de suivre et d'accompagner les familles des enfants placés. Il semble primordial de leur permettre de travailler les dysfonctionnements à l'origine du placement et de permettre à l'enfant placé de construire un lien avec ses parents biologiques qui soit le moins fragilisant possible.

c) Nombre de sujets

Le nombre de 39 enfants est très satisfaisant, en considérant que 7 enfants supplémentaires pourront être inclus dans la seconde phase de l'étude. Ce recrutement permettra une analyse pertinente des données récoltées.

Le mode de recrutement induit une hétérogénéité de la population en terme d'âge des enfants placés, de durée de placement et de nombre de ruptures des accueils. L'analyse statistique tentera de dégager des groupes le plus homogène possible dans la présentation des résultats de la seconde partie de l'étude.

d) Ancienneté de la modalité d'évaluation

Il est notable que l'épreuve choisi date de 1999. La revue de littérature effectuée n'a pas permis de trouver une modalité validée d'évaluation des

représentations d'attachement de l'enfant pour cette tranche d'âge plus pertinente et/ou plus récente.

e) Lieu de l'évaluation de l'enfant

Les enfants sont évalués sur leur lieux de vie.

Il a semblé aux investigateurs que cette modalité était la plus confortable et la plus sécurisante pour les enfants. Une rencontre sur un lieu neutre et inconnu aurait pu déstabiliser certains enfants et majorer artificiellement leurs troubles. Une rencontre en présence de leur(s) parent(s) aurait nécessité d'empiéter sur les droits de visites restreints de certains parents et aurait demandé à l'enfant de faire preuve d'une disponibilité psychique difficile à exiger sur des temps aussi particuliers.

Plusieurs modalités d'évaluations avaient été proposées aux équipes de l'ASE lors de la présentation de notre protocole et notamment la possibilité de recevoir les enfants sur un lieu de consultation neutre. Cette modalité, plus standardisée d'un point de vue expérimental, aurait nécessité que les enfants et leurs familles d'accueil parcourent le département pour les seuls besoins de l'étude. De plus le biais induit par cette modalité aurait sans doute été que l'enfant, se trouvant dans un lieu inconnu, aurait été moins sécurisé que dans un lieu familier et les troubles observés auraient alors pu être majorés.

Les services de l'ASE ont tranché en faveur de l'évaluation des enfants sur leur lieu de vie.

f) Biais de codage des vidéos

L'investigateur connaissant les enfants, leurs parents et ayant été amené à consulter les dossiers des enfants, il était primordial que l'analyse de l'épreuve d'évaluation des modalités d'attachement des enfants soit réalisée par un opérateur indépendant afin que les résultats de l'études soient aussi objectifs que possible. Les vidéos seront donc visualisées et analysées par un docteur en psychiatrie n'ayant aucune connaissance des données récoltées auparavant.

Les parents et les équipes ont été informés de cette modalité spécifique.

III. PERSPECTIVES

a) Proposition de projet de soins spécifiques

Dans son intervention auprès du ministère (RIAFET, 2017) le docteur Jean-Louis Nouvel (Pédopsychiatre, responsable de l'Accueil Familial Thérapeutique de Poitiers et président de l'association RIAFET - Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à dimension Thérapeutique) insiste sur l'importance de travailler les liens et les rencontres parents/enfants de façon indépendante. Il propose aux enfants accueillis à l'AFT des modalités de soin institutionnels qui leur permettent de comprendre l'impossibilité de leurs parents de les élever et de faire sens du placement dont ils font l'objet. Les enfants accueillis à l'AFT ont un devenir beaucoup plus satisfaisant que les enfants accueillis par l'ASE du fait de ce soin institutionnel et du suivi apporté aux enfants, à leurs parents et aux familles accueillantes.

L'AFT (Accueil Familial Thérapeutique) a pour mission d'accueillir les enfants dont les parents présentent une pathologie psychiatrique importante ou les enfants qui présentent eux même une pathologie importante. Les enfants sont placés à l'Aide Sociale à l'Enfance qui reste le service gardien puis orientés vers l'AFT si la situation le justifie. Les enfants confiés à l'AFT sont considérés comme hospitalisés à temps plein dans des familles d'accueil thérapeutique dont le suivi et la gestion sont confiés à la structure sanitaire. Dans la Vienne les modalités de fonctionnement de l'AFT sont tournées vers le développement le plus favorable de l'enfant. L'AFT assure un suivi régulier des enfants, de leurs parents et des familles d'accueil. Elle organise les rencontres parents enfants selon des modalités très précises. Les rencontres sont évaluées au regard du bénéfice pour l'enfant et son développement et espacées si elles sont trop désorganisatrices. Pour autant un travail sur le lien et la connaissance du parent biologique se poursuit auprès de l'enfant même en dehors de la présence de son parent.

S'il est évident que les moyens déployés par l'AFT ne peuvent être reproduits à l'identique pour l'ensemble des enfants confiés à l'ASE, il semblerait intéressant

de repenser l'accompagnement et les soins des enfants placés en gardant à l'esprit la nécessité de la continuité dans l'accueil, le suivi et les liens, évoquée par Nicole Guedeney (2016) et le besoin fondamental de sécurité de l'enfant.

b) Les soins psychiques spécifiques

Dans notre étude nous constatons que très peu d'enfants placés sont reçus en consultation dans les structures hospitalières publiques (CMPEA, HDJ) bien que 36% reçoivent des soins psychiques. Il est rassurant de constater que des soins sont proposés à ces enfants. Cependant l'accompagnement, autant à titre individuel que familial, dont ils semblent relever pourrait être étayé par des protocoles de soins spécifiques à cette population particulière.

Il semblerait logique et intéressant que ces protocoles puissent être pensés et portés par les structures sanitaires publiques telles que les structures hospitalières. Ces structures ont la possibilité de mettre en place des soins cohérents et continus incluant une part non négligeable de soins dits « institutionnels » qui peuvent être portés par une équipe et non par un individu seul dont la continuité dépend de sa disponibilité alors que la continuité d'une structure hospitalière est l'essence même de son fonctionnement. L'enfant saurait que sa prise en charge ne risque pas de s'arrêter et ce quels que soient les scénarii d'attachement pathologiques qu'il met en place et répète à cause de son histoire.

Les soins apportés à ces enfants doivent être envisagés dans une cohérence et une continuité qui leur permettent de construire ou de reconstruire une sécurité interne et donc des modalités d'attachement aussi sécurisées que possible.

Des propositions de soins, d'accompagnements et de protocoles spécifiques feront l'objet de la suite de ce travail de recherche à la lumière des données de l'étude.

CONCLUSION

Les résultats préliminaires de notre étude montrent que les collaborations entre l'Aide Sociale à l'Enfance et les structures hospitalières publiques de santé mentale de l'enfant sont très faibles. Les enfants très jeunes (3 à 5 ans) confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance sont très peu pris en charge par les institutions publiques hospitalières dans le domaine des soins psychiques. Or ils ont des vécus difficiles et spécifiques, les enjeux de leur développement sont majeurs et leurs soins ne peuvent se penser dans le cadre de ce qui est classiquement proposé aux autres enfants. En effet seulement 36% des enfants inclus lors de cette première phase bénéficient de soins psychiques d'après leur(s) parent(s). Cela vient souligner la crainte que certains enfants dont l'attachement est *insecure* ne reçoivent ni soins ni accompagnements psychiques adéquats. Il se peut que les troubles de l'attachement à ces âges ne se traduisent pas par des troubles externalisés qui seraient plus facilement identifiables par les familles d'accueil et les intervenant de l'ASE. Mais cette hypothèse renforce l'importance de proposer des outils d'évaluation pertinents aux équipes qui accueillent et suivent ces enfants au quotidien.

Les pistes de réflexion sont nombreuses et riches pour proposer des partenariats, des protocoles et des soins spécifiques permettant aux enfants placés de dépasser leurs difficultés de construction premières et d'accéder à des modalités d'attachement sécurisé.

Les travaux de notre étude se poursuivent et vont permettre d'affiner ces propositions en fonction des évaluations des enfants et de l'étude de leur dossier. Il sera primordial de préciser les modalités d'attachement et donc la qualité du développement des enfants ne recevant aucun soin psychique. Ces résultats seraient un argument fort pour la création de partenariat entre les acteurs sanitaires et sociaux du département. Ces partenariats s'inscriraient dans la lignée des recommandations actuelles sur le parcours de soins sécurisé des enfants placés et du rapport de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance.

Il est essentiel de poursuivre ce travail pour consolider les résultats obtenus.

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARENTS D'ENFANTS MINEURS

Madame, Monsieur,

Un projet de recherche clinique sur les modes de relation chez les enfants confiés à l'ASE est actuellement en cours de réalisation.

Ce projet vise à explorer les modalités d'attachement et les soins psychiques ou accompagnements spécifiques proposés ou non (et les raisons pour lesquelles ces soins ne peuvent être proposés) chez des enfants âgés de 3 à 5 ans. A cette occasion, nous vous demandons l'autorisation de faire participer votre enfant à cette étude.

L'étude consiste en :

- Un recueil d'informations auprès des parents. Ces informations concernent les antécédents des parents, la petite enfance de votre enfant (antécédents médicaux et psychologiques), l'histoire de la séparation avec votre enfant.
- Un recueil d'informations auprès de la famille ou la structure qui accueille votre enfant avec l'éducateur référent de votre enfant et son dossier. Ces informations concernent le développement de votre enfant et son comportement au quotidien.
- Une évaluation des modalités d'attachement de l'enfant sous forme de jeux avec des figurines réalisée sur le lieu de vie principal de l'enfant. Cette épreuve sera réalisée par l'investigateur de l'étude (interne en psychiatrie et pédopsychiatrie). Cette épreuve est simple et ne met pas votre enfant en difficulté.

Pour des raisons pratiques et techniques cette épreuve sera filmée. Les fichiers vidéo collectés ne serviront qu'au codage des épreuves d'évaluation et seront détruits à la fin de l'étude. Ils ne contiendront aucune donnée personnelle ou nominative concernant votre enfant. Les vidéos seront visualisées et analysées par un docteur en psychiatrie et pédopsychiatre, elle-même soumise au respect du secret médicale. Les fichiers seront transmis sur un support physique et ne transiteront pas par internet. Aucun fichier vidéo ne sera stocké sur un support pouvant être accessible par internet.

Si vous acceptez la participation de votre enfant à cette étude, sachez que votre enfant a la possibilité d'interrompre sa participation à tout moment, et ce sans avoir à se justifier. Vous aurez également la possibilité d'avoir accès aux conclusions de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

Un retour sur l'épreuve sera fait auprès de l'équipe qui accueille votre enfant.

Cette recherche est effectuée sous la direction du Pr. Jaafari (PU-PH, professeur reconnu pour ses travaux sur l'Insight, Chef de Pôle de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Unité de Recherche Clinique de Poitiers, Coordonnateur régional du DES de Psychiatrie), sera supervisée par le Dr Florence RAFFENEAU (PH, Responsable de la petite enfance et périnatalité) en collaboration avec le Pr. Gicquel (PU-PH, Chef du Pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent de Poitiers, médecin coordonnateur du CRA Poitou-Charentes, Unité de Recherche Clinique, Président Fondateur de CORPEA et responsable du réseau TCA Poitou-Charentes).

Dans le cadre de cette recherche à laquelle nous proposons à votre enfant de participer, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre de conserver un anonymat strict. Aucune donnée personnelle vous concernant ou concernant votre enfant ne pourra être mise en lien avec vos données d'identités ou celles de votre enfant.

Ces données seront identifiées par un numéro de code afin de les garder strictement anonymes et confidentielles.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposerez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposerez également d'un droit d'opposition à la transmission des données, qui seront couvertes par le secret professionnel.

Je me tiens également personnellement disponible pour toute demande d'information supplémentaire que vous pourriez avoir.

e-mail : etude.attachement2017@gmail.com

Tel : 06 33 84 10 95

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE CLINIQUE A DESTINATION DES PARENTS D'ENFANTS MINEURS

Je soussigné (e)(*nom et prénom du parent*)

accepte que mon enfant(*nom et prénom de l'enfant*)

né (e) le participe à l'étude concernant « Les modalités d'attachement des enfants placés à l'ASE ».

L'investigateur m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1) Je comprends que mon enfant n'est pas obligé de participer à l'épreuve proposée et qu'il peut refuser d'y participer à n'importe quel moment. Il peut refuser de répondre à certaines questions et cesser sa participation à n'importe quel moment.

2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Dans le plus strict respect du secret professionnel et médical, l'anonymat sera préservé. La publication éventuelle des résultats de l'étude ne comportera aucune donnée individuelle. Les informations me concernant feront l'objet d'un traitement informatisé conformément à la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :	OUI	NON
J'accepte librement et volontairement de faire participer mon enfant à cette étude <i>Cocher la case appropriée en fonction de votre volonté (OUI/NON)</i>		

Fait à

Le

Signature du ou des parent(s):

Signature de l'investigateur:

Poitiers le _____

RENDEZ VOUS POUR LA PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT A UN PROJET DE
RECHERCHE

Madame, Monsieur

Un projet de recherche sur les troubles de l'attachement des enfants nés entre 2011 et 2013 confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance est actuellement en cours. Votre (vos) enfant (s) : _____ est concerné (sont concernés) par cette étude.

Lors du protocole de contact des parents vous avez accepté de rencontrer l'investigatrice de l'étude : Mme Myriam LASKAR interne en pédopsychiatrie.

Votre rendez-vous aura lieu le _____ à _____

A votre domicile

En cas d'empêchement nous vous invitons à contacter l'investigatrice de l'étude par mail (etude.attachement2017@gmail.com) ou par téléphone (06.33.84.10.95 – répondeur fréquemment consulté)

Dans l'attente de vous rencontrer,

Bien cordialement,

Myriam LASKAR

(Investigatrice de l'étude modalités d'attachement des enfants placés et corrélation avec les soins psychiques spécifiques proposés

Interne DES de psychiatrie et DESC de pedopsychiatrie)

RECUEIL D'INFORMATION PARENTS

DATE DU RECUEIL

NUMERO DOSSIER

INFORMATION RECUEILLIE PAR

Myriam LASKAR

INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA MERE

Date de naissance :

Age :

Scolarité :

Profession/ niveau d'études :

Antécédents médicaux :

Antécédents psychologiques ou psychiatriques :

Hospitalisations/ suivi/ diagnostique

Biographie :

Historique de placement pour la mère :

Si oui contexte :

Autres informations

INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LE PERE

Date de naissance :

Age :

Scolarité :

Profession/ niveau d'études :

Antécédents médicaux :

Antécédents psychologiques ou psychiatriques :

Hospitalisations/ suivi/ diagnostique

Biographie :

Historique de placement pour le père :

Si oui contexte :

Autres informations

ANTECEDENTS DE L'ENFANT

Date de naissance :

lieu :

sexe :

Histoire du couple parental :

Séparation du couple parental :

Grossesse désirée :

Déroulement de la grossesse :

Déroulement de l'accouchement :

Allaitement :

Mode de garde :

Sommeil :

Description de l'enfant quand il était bébé :

Antécédents médicaux :

Fratricité :

Scolarité (AVS ?) :

INFORMATIONS SUR LE PLACEMENT

Date du 1^{er} placement :

Age de l'enfant lors du 1^{er} placement :

Historique du placement :

Motif du placement actuel :

Mode de placement actuel :

Lieu de placement actuel :

Rythme et modalités des visites des parents :

Nombre de lieu de vie / placements :

Tentatives de restitutions :

SOINS PSYCHIQUES OU ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE

Les parents pensent-ils que l'enfant nécessite des soins psychiques ou un accompagnement spécifique et pourquoi ?

L'enfant présente-t-il des troubles ou des problèmes qui inquiètent les parents ? si oui lesquels ?

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi ou d'une prise en charge par un pédopsychiatre ou un psychologue ?

Si oui les parents sont-ils invités à ce suivi ou ont-ils des informations sur le déroulement des soins ?

Quels soins ont été proposés à l'enfant et aux parents ?

Si aucun soin n'est mis en place malgré une inquiétude des parents, les parents savent ils pourquoi ?

Procédure pour la passation des « histoires à compléter »

Extrait de l'article : « Annexe : L'utilisation des narratifs d'attachement », *Enfance* 2008/1 (Vol. 60), p. 93-102. DOI 10.3917/enf.601.0093 Cf. Bibliographie

Le but de cette procédure (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990) est de favoriser la production d'un narratif de la part de l'enfant. Des figurines représentant une famille (père, mère et deux enfants du même sexe que celui de l'enfant interrogé) sont d'abord présentées et nommées. Chaque séquence comprend ensuite la présentation d'une amorce d'histoire concernant cette famille. L'expérimentateur(trice) demande alors à l'enfant de narrer la suite (si possible verbalement et scéniquement). L'expérimentateur s'efforce de mettre en scène les personnages d'une voix expressive et en manipulant la figurine censée parler, amplifiant et soulignant les composantes émotionnelles des situations. Un parent de l'enfant peut être présent dans la salle mais il (elle) ne doit pas intervenir. Cette procédure convient aux enfants dès 3 ans et demi environ ; il n'y a pas à proprement parler de limite supérieure.

Les relances verbales de l'expérimentateur sont importantes afin de stimuler l'enfant à produire un narratif (si possible à la fois verbal et scénique) : « Qu'est-ce qu'on peut dire d'autre ? Qu'est-ce qui se passe encore ? Qu'est-ce qui va arriver à Jeanne (Pierre) ?, etc. » Si l'enfant effectue des actions peu explicites avec les figurines, on lui demandera d'expliquer ses actions : « Qu'est-ce qu'ils font ? Qui fait cela ? Que fait Jeanne (Pierre) ? Comment il (elle) se sent ?, Qu'est-ce que la maman (le papa) dit à Jeanne (Pierre) ?, etc. » Il faut compter environ trois minutes par histoire. Les cinq histoires de base sont décrites ci-dessous ; elles commencent par une histoire d' « échauffement », l'anniversaire de Jeanne (de Pierre), qui ne comptera pas dans les codages.

Le matériel pour l'anniversaire de Jeanne est le suivant : des jouets pour poupées comprenant une table, des chaises, un gâteau, des assiettes et des figurines représentant la maman, le papa, les deux enfants, la grand-maman. L'expérimentateur raconte : « C'est l'anniversaire de Jeanne. La maman a préparé un magnifique gâteau. Elle dit : Venez, grand-maman et papa, venez les enfants, c'est le moment de fêter l'anniversaire. » L'expérimentateur demande à l'enfant de disposer la famille autour de la table. « Montre-moi et dis-moi ce qui se passe maintenant !... on chante "Joyeux anniversaire ?" ... Montre-moi comment ils mangent le gâteau. Qu'est-ce que dit Jeanne de son gâteau d'anniversaire ? etc. »

Le sirop renversé. On reprend le même matériel plus des gobelets miniatures, avec les mêmes personnages, sauf la grand-mère. « La famille est à table pour manger... Tu peux placer la famille autour de la table pour qu'ils puissent manger... Ils boivent du sirop. Jeanne se lève pour prendre quelque chose et... Oh ! elle renverse son sirop sur le sol... » L'expérimentateur fait tomber le gobelet de Jeanne. « Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite ! »

La sortie dans le parc. Le matériel est constitué d'un « rocher » (en sagex par exemple) et d'un tapis vert figurant le parc ; les personnages sont les mêmes. « La famille va dans le parc. Quand ils y arrivent, Jeanne voit le grand rocher. La maman dit : Tu ne grimpes pas sur ce rocher !... Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite ! »

Le monstre dans la chambre. Le matériel comprend un lit de poupée ; les personnages sont toujours les mêmes. « C'est le soir. Toute la famille est dans le salon. La soeur (le frère) va d'abord se coucher. Jeanne joue seule dans sa chambre. Tout d'un coup, la lumière s'éteint et Jeanne entend un bruit. » L'expérimentateur gratte sous la table. «

Jeanne dit : Il y a un monstre ! (l'expérimentateur prend une voix inquiète). Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite ! »

Le départ. Le matériel est constitué d'une voiture dans laquelle on peut introduire les figurines et un tapis vert figurant un extérieur. Aux personnages habituels s'ajoute la grand-mère. « Les enfants vont jouer dehors. Sais-tu ce qui se passe ? La maman et le papa vont partir en voyage. » L'expérimentateur pose la voiture sur le tapis. « La maman dit : Les enfants, papa et moi, nous allons partir en voyage. Nous revenons demain. Grand-maman va rester avec vous ! » L'expérimentateur fait parler un des enfants : « Je ne veux pas que vous partiez ! La maman dit : Nous devons partir ! » On demande à l'enfant de faire partir la voiture avec les figurines représentant les parents ; s'il veut aussi y placer les figurines enfants, l'expérimentateur précisera : « Non, seulement la maman et le papa sont en train de partir... Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite... Qu'est-ce que les enfants font pendant que les parents sont loin ? »

Le retour. On garde le même matériel et les mêmes personnages. L'expérimentateur fait revenir la voiture avec les figurines représentant les parents et l'arrête à une certaine distance des enfants et de la grand-mère. « C'est le jour suivant. La grand-maman regarde par la fenêtre et dit : Regardez, les enfants, je crois que votre maman et votre papa reviennent. Ils rentrent de voyage. Je peux voir leur voiture... Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite ! »

BIBLIOGRAPHIE

1. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of medicine*. 1985;61(9):792.
2. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1985;61(9):771.
3. Ainsworth MDS. Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*. 1969;969-1025.
4. Ainsworth M, Blehar M, Waters E. Wall. s.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. 1978;
5. Alsop-Shields L, Mohay H. John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(1):50-8.
6. Anaut M. *La resilience. Surmontons les traumatismes*. 2003;
7. Anzieu-Premmereur C. Recherches et pratiques thérapeutiques aux USA avec les tout petits. *Perspectives Psy*. 2009;48(1):66-71.
8. Bacro F, Florin A. Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. *Enfance*. 2008;60(2):108-19.
9. Berdot-Talmier L, Aubrion C, Pierrehumbert B, Zaouche Gaudron C. Représentations d'attachement chez les enfants, âgés de 3 à 7 ans, exposés aux violences conjugales. *Devenir*. 2016;28(1):21-42.
10. Bernier A, Dozier M. Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind-mindedness. *International journal of behavioral development*. 2003;27(4):355-65.
11. Bernier A, Larose S, Boivin M, Soucy N. Attachment state of mind: Implications for adjustment to college. *Journal of Adolescent Research*. 2004;19(6):783-806.
12. Bose KS, Sarma RH. Delineation of the intimate details of the backbone conformation of pyridine nucleotide coenzymes in aqueous solution. *Biochem Biophys Res Commun*. 27 oct 1975;66(4):1173-9.
13. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. 1973;
14. Bowlby J. L'angoisse de la séparation: revue critique des articles la concernant. *La psychiatrie de l'enfant*. 1962;5(1):317.
15. Bowlby J. Attachment, communication, and the therapeutic process. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. 1988;137-57.
16. Bowlby J. Separation anxiety: A critical review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1960;1(4):251-69.
17. Bowlby J. *Bowlby's attachment theory*. 1969;
18. Bowlby J. *Attachment and loss: II. Separation. Anxiety and anger* London: Hogarth. 1973;
19. Bowlby J. *Separation: anxiety and anger (Vol. 2). Attachment and loss*. 1973;
20. Bowlby J. *Attachement et perte: L'attachement (vol. 1)*. Paris: PUF. 1978;
21. Bowlby J. *Attachment theory and its therapeutic implications. Adolescent psychiatry*. 1978;
22. Boyer-Panos F. *Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé. Le*

- Journal des psychologues. 2008;261(8):29-33.
23. Boyer-Vidal B, Tereno S. La notion de caregiver dans le cadre de placements d'adolescents en Maison d'enfants à caractère social (mecs). *Enfances & Psy.* 2015;66(2):88-98.
 24. Bretherton I. The roots and growing points of attachment theory. *Attachment across the life cycle.* 1991;9-32.
 25. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology.* 1992;28(5):759.
 26. Bretherton I. Les histoires à compléter pour l'étude des représentations d'attachement. *Enfance.* 2008;60(1):13-21.
 27. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child development.* 1998;69(4):1107-28.
 28. Cassidy J. The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory. *Psychological inquiry.* 2000;11(2):86-91.
 29. Castellani C, Ninoreille K, Berger M, Perrin A. Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces. *Devenir.* 2015;27(1):5-29.
 30. Chabot A, Achim J, Terradas MM. La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter : perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant.* 2015;58(1):207-40.
 31. Chanson C. Quand le placement vient souligner les troubles de l'attachement issus de la maltraitance. *Journal du droit des jeunes.* 2004;239(9):9-12.
 32. Chapon-Crouzet N. L'expression de liens fraternels au sein des familles d'accueil: de la fratrie au groupe fraternel nourricier. *Devenir.* 2005;17(3):261-76.
 33. Corbillon M, Assailly J-P, Duyme M. L'enfant placé: de l'assistance publique à l'aide sociale à l'enfance. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale; 1990.
 34. Crittenden PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant mental health journal.* 1990;11(3):259-77.
 35. Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child development.* 1981;857-65.
 36. Cyrulnik B, Duval P. *Psychanalyse et résilience.* Odile Jacob; 2006.
 37. Daumas L. Familles d'accueil, des figures d'attachement en protection de l'enfance. *Enfances & Psy.* 2015;66(2):78-87.
 38. Daumas L. Familles d'accueil, des figures d'attachement en protection de l'enfance. In: *Enfances & PSY [Internet].* ERES; 2017. p. 117-30. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_FILLA_2017_01_0117
 39. David M, Appell G. Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. *La vie de l'enfant.* 2014;208b-237.
 40. de Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitements physiques infantiles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* déc 2010;168(10):746-51.
 41. de Becker E. Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* août 2007;55(4):185-93.
 42. de Becker E. Réalités et représentations dans les situations de maltraitance à enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* nov 2008;56(7):422-9.
 43. de Becker E. L'enfant et le conflit de loyauté : une forme de maltraitance

- psychologique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2011;169(6):339-44.
44. Demogeot N, Ligezzolo-Alnot J. L'attachement sécurisé : un facteur de résilience au service de la capacité de penser. *Étude clinique comparative chez des enfants de 6 à 12 ans. Bulletin de psychologie*. 2014;Numéro 530(2):149-57.
45. Detry L. Être en relation avec un nourrisson inorganisé : vécu. *Spirale*. 2003;25(1):95-116.
46. Detry L. Les enjeux du placement familial : une approche fine et globale. In: *La vie de l'enfant* [Internet]. ERES; 2014. p. 447-55. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_DAVID_2014_01_0165
47. Dozier M, Stoval KC, Albus KE, Bates B. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child development*. 2001;72(5):1467-77.
48. Dubois-Comtois K, Cyr C, Moss E, Saint-Laurent D. Le rôle des conversations mère-enfant dans le développement des représentations d'attachement à la période scolaire. *Enfance*. 2008;60(1):71-82.
49. Dugravier R, Barbey-Mintz A-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*. 2015;66(2):14-22.
50. Dugravier R, Guedeney A. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La psychiatrie de l'enfant*. 2006;49(2):405-42.
51. Dugravier R, Saïas T, Guédeney A. Attachement et troubles du comportement. *Perspectives Psy*. 2006;45(1):87-92.
52. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the society for research in child development*. 1985;147-66.
53. Euillet S, Spencer R, Troupel-Cremel O, Fresno A, Zaouche Gaudron C. Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés. *Enfance*. 2008;60(1):63-70.
54. Euillet S, Zaouche-Gaudron C. Des parents en quête de parentalité. L'exemple des parents d'enfants accueillis à l'aide sociale à l'enfance. *Sociétés et jeunesses en difficulté Revue pluridisciplinaire de recherche*. 2008;(5).
55. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac books; 2004.
56. Fonagy P. Attachement au cours de la petite enfance, désordres de la conduite à l'adolescence: le rôle de la fonction réflexive. In: *Personality and conduct disorders*. Editions GREUPP; 2000. p. 345-64.
57. Fonagy P. Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001;44(2):333-69.
58. Fritz M-T. « Le placement de l'enfant » et le combat de Myriam David. *Spirale*. 2003;25(1):133-42.
59. Gauthier Y, Fortin G, Jéliu G. Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité. *Devenir*. 2004;16(2):109-39.
60. Gloger-Tippel G, König L, Lahl O. Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de 6 ans. *Enfance*. 2008;60(1):42-50.
61. Golse B. La pulsion d'attachement, un concept stimulant dans le débat entre théorie

- des pulsions et théorie de la relation d'objet. *Perspectives Psy.* 2004;43(4):261-8.
62. Grossmann KE, Grossmann K. Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance.* 1998;44-68.
63. Guédeney A, Dugravier R. Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant.* 2006;49(1):227-78.
64. Guédeney N, Tereno S, Tissier J, Guédeney A, Greacen T, Saïas T, et al. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* juill 2012;60(5):362-6.
65. Guedeney N, Guédeney A, Rabouam C. Violences conjugales et attachement des jeunes enfants : Une revue de la littérature. *Perspectives Psy.* 2013;52(3):222-30.
66. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche théorique (3ème édition). Elsevier Masson; 2010.
67. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche clinique et thérapeutique [Internet]. 2016 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294745195>
68. Guedeney N. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir.* 2008;20(2):101-17.
69. Guedeney N. Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir.* 2011;23(2):129-44.
70. Harlow HF, Harlow MK. The affectional systems. *Behavior of nonhuman primates: Modern research trends.* 1965;2:287-334.
71. Harlow HF. The nature of love. *American psychologist.* 1958;13(12):673.
72. Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. 1999;
73. Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes J-J. Transmission de la vie psychique entre générations. Dunod; 2001.
74. Koné D. Pour une clinique du lien en soutien à la fonction parentale. *Le Journal des psychologues.* 2009;265(2):25-9.
75. Konicheckis A. Troubles psychiques liés aux interactions précoces. *Spirale.* 2003;25(1):149-60.
76. Kumar RC. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson : «L'enfant de n'importe qui». *Devenir.* 2001;13(4):47-75.
77. Lamb ME, Hwang C-P, Frodi AM, Frodi M. Security of mother-and father-infant attachment and its relation to sociability with strangers in traditional and nontraditional Swedish families. *Infant behavior and development.* 1982;5(2-4):355-67.
78. Lamb ME. The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life. *Developmental psychology.* 1977;13(6):637-48.
79. Lamb ME. L'influence du père sur le développement de l'enfant. *Enfance.* 1997;50(3):337-49.
80. Léger È-M. L'accompagnement thérapeutique dans le placement familial. *Spirale.* 2003;25(1):39-50.
81. Lorenz K, Fredet C, Fredet C. Trois essais sur le comportement animal et humain: les leçons de l'évolution de la théorie du comportement. Éditions du Seuil; 1974.
82. Lorenz K. Essais sur le comportement animal et humain: les leçons de l'évolution de la théorie du comportement. Éditions du Seuil; 1970.

83. Lyons W. The philosophy of cognition and emotion. *Handbook of cognition and emotion*. 1999;21-44.
84. Lyons-Ruth K. L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies*. 2005;25(4):223-34.
85. Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*. 1998;13-27.
86. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*. 1985;66-104.
87. Marcelli D. Engagement par le regard et émergence du langage. Un modèle pour la trans-subjectivité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009;57(6):487-93.
88. Martin-Blachais M-P, Vauchez J-M. La structuration de la protection de l'enfance en France. *VST-Vie sociale et traitements*. 2017;(1):13-8.
89. Mascaró R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R, Delion P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012;24(2):69-115.
90. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Karmaniola A, Halfon O. Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*. 2003;15(2):143-77.
91. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Turganti G, Halfon O. La contribution distincte du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement du jeune enfant. *Enfance*. 1998;51(3):103-16.
92. Miljkovitch R, Pierrehumbert B. Des stratégies comportementales d'attachement aux stratégies représentationnelles : construction et validité des cartes de codage pour les histoires à compléter. *Enfance*. 2008;60(1):22-30.
93. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie: Modèles internes opérants et narratifs. Préface de Inge Bretherton. Presses universitaires de France; 2001.
94. Missonnier S. Introduction : « Je t'aime, moi non plus » : théorie de l'attachement et psychanalyse. In: *Le Carnet psy* [Internet]. ERES; 2007. p. 7-15. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_HUMB_2007_01_0007
95. Montagner H. Attachement, tendresses et vicissitudes. *Les compétences-socles de l'enfant*. Gabel M, Lebovici S, Mazet Ph: *Maltraitance: maintien du lien*. 1995;65-98.
96. Montagner H. L'attachement: les débuts de la tendresse. Odile Jacob; 1988.
97. Ongari B, Tomasi F. Représentations d'attachement chez des enfants adoptés et chez leurs parents. *Devenir*. 2010;22(2):109-31.
98. Ongari B. Représentations d'attachement d'enfants et troubles du comportement à l'école maternelle. *Enfance*. 2008;60(1):53-62.
99. Paquette D. La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*. 2004;56(2):205-25.
100. Pierrehumbert B, Ibáñez M. Forme et contenu de la production narrative de l'enfant : un apport à la recherche clinique. *Enfance*. 2008;60(1):83-92.
101. Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Plancherel B, Halfon O, Ansermet F. Attachment and temperament in early childhood; Implications for later behavior problems. *Infant and Child Development*. 2000;9(1):17-32.
102. Pierrehumbert B. Attachement et psychopathologie. *Enfance*. 2003;55(1):74-80.
103. Pierrehumbert B. Premier lien (Le): Théorie de l'attachement. Odile Jacob; 2003.
104. Pierrehumbert B. Attachement à la mère et au père, intersubjectivité et utilisation

- d'informations publiques. *Psychothérapies*. 2005;25(4):257-60.
105. Pinto A, Torres N, Veríssimo M, Maia J, Fernandes M, Santos O. Modèles internes opérants de l'attachement et relations d'objet internalisées : l'analyse du devenir des relations « attachement par les récits à compléter ». *Devenir*. 2011;23(2):145-59.
 106. Provoost A. Comment intervenir quand les modalités d'attachement des parents entravent celles des enfants : exemples de l'Action éducative petite enfance. *Enfances & Psy*. 2015;66(2):99-109.
 107. Provoost A. Comment intervenir quand les modalités d'attachement des parents entravent celles des enfants : Exemples de l'Action éducative petite enfance. In: *Enfances & PSY* [Internet]. ERES; 2017. p. 147-63. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_FILLA_2017_01_0147
 108. Rabouam C, Morales-Huet M. Soins parentaux et attachement. N Guedeney, A Guedeney *L'attachement: concepts et applications* Paris, Masson. 2002;59-68.
 109. Rapoport D. Aspects actuels du travail de la psychologue dans les crèches. *Enfance*. 1964;17(4):331-42.
 110. Ridgeway T. Information literacy: an introductory reading list. *College & research libraries news*. 1990;51(7):645-8.
 111. Robertson J, Robertson J. Young children in brief separation: A fresh look. *The psychoanalytic study of the child*. 1971;26(1):264-315.
 112. Robinson JL, Kelsay KJ, Le Houezec-Jacquemain F. Le complément d'histoires de MacArthur : un nouvel outil d'évaluation. *Devenir*. 2002;14(4):401-14.
 113. Rottman H. Cheminer avec Myriam David sur les sentiers du placement familial à la découverte de ses jalons. *Spirale*. 2003;25(1):51-6.
 114. Rousseau D, Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*. 2011;(1):127-37.
 115. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*. 2016;(1):343-74.
 116. Schneider BH, Atkinson L, Tardif C. Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*. 2001;37(1):86-100.
 117. Sibley CG, Overall NC. Modeling the hierarchical structure of attachment representations: A test of domain differentiation. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(1):238-49.
 118. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child development*. 1993;64(5):1439-50.
 119. Spitz RA. Psychiatric therapy in infancy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1950;20(3):623.
 120. Spitz RA. Discussion of Dr. Bowlby's paper. *The psychoanalytic study of the child*. 1960;15(1):85-94.
 121. Sroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child development*. 1985;1-14.
 122. Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*. 2005;7(4):349-67.
 123. Stovall KC, Dozier M. The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and psychopathology*. 2000;12(02):133-56.
 124. Tardy A, de Maximy M, Dugravier R. Les liens d'attachement et le rôle du juge des enfants : entretien croisé. *Enfances & Psy*. 2015;66(2):70-7.

125. Urbain-Gauthier N, Wendland J. Tempérament, attachement et troubles du comportement chez les jeunes enfants : une revue. *Devenir*. 2014;26(3):205-25.
126. Van der Horst FC, Van der Veer R. Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation. *Integrative Psychological and Behavioral Science*. 2008;42(4):325-35.
127. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, BAKERMANS–KRANENBURG MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*. 1999;11(02):225-50.
128. Wendland J, Gaugue-Finot J. Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance. *Devenir*. 2008;20(4):319-45.
129. Wertz C, Gauthier J-M, Blavier A. Troubles réactionnels de l'attachement et compétences émotionnelles chez l'enfant âgé de cinq à huit ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. oct 2012;60(7-8):492-504.
130. Yajima Dupuis LC. Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement : l'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants ? *Enfances & Psy*. 2015;66(2):120-31.
131. Zaouche Gaudron C, Pierrehumbert B. Introduction : Comportements et représentations d'attachement dans l'enfance. *Enfance*. 2008;60(1):5-10.
132. L'attachement au cours de la vie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2001. 288 p. (Modèles internes opérants et narratifs). Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-attachement-au-cours-de-la-vie--9782130519287.htm>
133. Attachement et cliniques. 2007;175(1):150.
134. L'attachement, de la théorie à la clinique [Internet]. ERES; 2007. 144 p. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-attachement-de-la-theorie-a-la-clinique--9782749205069.htm>
135. Annexe : L'utilisation des narratifs d'attachement. *Enfance*. 2008;60(1):93-102.
136. Les représentations d'attachement chez l'enfant. 2008;60(1):104.
137. Se construire quand même [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009. 416 p. (L'accueil familial : un soin psychique). Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-construire-quand-meme--9782130575702.htm>
138. Prendre soin de l'enfance [Internet]. ERES; 2014. 834 p. (Texte et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart). Disponible sur: <http://www.cairn.info/prendre-soin-de-l-enfance--9782749242552.htm>
139. L'attachement, de la dépendance à l'autonomie ERES; 2017. 200 p. (Illustrations pratiques). Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-attachement-de-la-dependance-al-autonomie--9782749254326.htm>

RESUME

Introduction : Les enfants accueillis en protection de l'enfance nécessitent des soins psychiques spécifiques. Nous proposons d'évaluer ce besoin et les réponses actuellement apportées au travers de leurs modalités d'attachement. Ce travail présente les résultats préliminaires de notre étude.

Matériel et Méthode : La population de l'étude est constituée des enfants nés entre 2011 et 2013 faisant actuellement l'objet d'un placement à L'ASE. Un entretien d'explication des modalités de l'étude a été proposé aux parents des enfants concernés. Les enfants des parents qui ont donné leur consentement pour la participation de leur enfant à l'étude seront inclus. Dans la deuxième phase de cette recherche (actuellement en cours de réalisation) nous étudierons les modalités d'attachement des enfants inclus selon le protocole des histoires à compléter de Bretherton et les histoires seront analysées avec le système des cartes pour le complément d'histoire de Blaise Pierrehumbert.

Résultat : La population concernée regroupait 80 enfants. A ce jour, 39 inclusions ont été réalisées, l'investigateur doit encore rencontrer les parents de 7 enfants supplémentaires. Sur les 39 enfants inclus, seuls 14 (36%) reçoivent actuellement des soins psychiques dont 6 au CAMSP, et 2 au sein des structures hospitalières publiques (CMPEA et HDJ).

Conclusion : Ce travail de recherche doit se poursuivre afin d'établir la corrélation qui existe entre les soins psychiques proposés et les modalités d'attachement des enfants. Des partenariats entre les structures sanitaires et sociales doivent être envisagés pour offrir à cette population d'enfants des soins spécifiques adaptés.

Mots clés : Accueil Familial, ASE, Attachement, *caregiver*, MIO, Placement, Protection de l'enfance, Sécurité, Soins psychiques



SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !