

Penser petit

Des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés

Mars 2019

*Rapport d'étude coordonné par
Anne Oui, chargée de mission,
Émilie Cole et Louise Genest,
chargées d'études*

**Penser petit :
des politiques et des pratiques
au service des enfants de
moins de 6 ans confiés**

Mars 2019

Sous la direction scientifique d'Agnès Gindt-Ducros, directrice de l'ONPE, ce rapport a été réalisé par Anne Oui, chargée de mission, Émilie Cole et Louise Genest, chargées d'études, avec la contribution d'Anne-Clémence Schom, chargée d'études jusqu'en décembre 2017.

Il a bénéficié des apports d'Elsa Keravel, chargée de mission, de Milan Momic, Gaëlle Guibert et Adeline Renuy, chargés d'études, et de Françoise Delahaye, documentaliste. Patrick Poupert, assistant administratif, a participé à l'examen des schémas départementaux. Les corrections et la mise en pages ont été effectuées par Alexandre Freiszmuth-Lagnier, rédacteur.

L'ONPE remercie vivement l'ensemble des partenaires qui ont permis l'élaboration de l'étude et tous les professionnels rencontrés au cours des différents entretiens.

Les cartes ont été réalisées avec le logiciel Cartes & Données © de la société Articque.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Partie I — Les enfants de moins de 6 ans confiés et les modalités de leur séparation et de leur accueil	13
I-1. La population des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance	13
I-1.1 La population concernée	13
I-1.2 La répartition régionale et départementale des jeunes enfants confiés	16
I-2. Les modalités de la séparation des jeunes enfants confiés	18
I-2.1 Les enseignements tirés de l'expérience du Snated	18
I-2.2 Le cadre juridique des séparations	20
I-2.3 Le placement d'enfants à la naissance	23
I-3. L'accueil des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance	25
I-3.1 La famille d'accueil, mode d'accueil privilégié pour les jeunes enfants confiés	25
I-3.2 La répartition territoriale des modes d'accueil des jeunes enfants confiés	26
I-3.3 L'accueil en établissement des jeunes enfants confiés : focus sur les pouponnières	29
Partie II — « Penser petit » : connaissances et pratiques du « prendre soin » au service du jeune enfant accueilli	37
II-1. Des connaissances consolidées pour la prise en charge du jeune enfant confié en protection de l'enfance	37
II-1.1 L'apport des approches développementales	37
II-1.2 L'apport des théories sur les liens interpersonnels	41
II-1.3 Les apports des neurosciences dans la compréhension des besoins de l'enfant et de l'impact des traumatismes relationnels précoces	45
II-1.4 La connaissance sur les signes de souffrance du jeune enfant et sur ses réactions à la séparation	47
II-2. Les pratiques du penser petit : le prendre soin au cœur de dispositifs d'accueil de jeunes enfants confiés en protection de l'enfance	49
II-2.1 Prendre soin et pratique du <i>care</i>	49
II-2.2 Veiller et répondre au besoin de sécurité : des soins vitaux délivrés par des adultes de référence fiables et sensibles aux besoins du tout-petit	50

II-2.3 Veiller et répondre au besoin de sécurité : la réponse aux besoins particuliers de santé des enfants de moins de 6 ans confiés	53
II-2.4 Veiller et répondre au besoin de sécurité : prendre soin des liens et des relations avec les parents	54
II-2.5 Veiller et répondre aux autres dimensions du développement global	57
II-2.6 Prendre soin des parents	59
II-2.7 Prendre soin du devenir de l'enfant	62
II-2.8 Le soin psychique du jeune enfant : la « fonction observante » des donneurs de soins	65
Partie III — Impulser et rendre possible le penser petit	67
III-1 La mise en œuvre de politiques volontaristes de reconnaissance des besoins du jeune enfant	67
III-1.1 Prendre en compte le jeune enfant et ses besoins en politique publique de protection de l'enfance	67
III-1.2 La nécessité d'une vigilance dans un contexte de contraintes	71
III-1.3 Placement familial ou en établissement : les éléments à considérer pour répondre aux besoins du jeune enfant	74
III-1.4 Des pratiques alternatives au service des besoins du jeune enfant	80
III-2. La recherche, la formation et la pluridisciplinarité au service du jeune enfant et de ceux qui prennent soin de lui	84
III-2.1 Le processus interactif de production de connaissances et d'évolution des pratiques	84
III-2.2 Les enjeux et les pratiques de la formation, du soutien des professionnels et de la pluridisciplinarité	91
III-2.3 Des pratiques en pluridisciplinarité qui s'appuient sur des outils	95
Conclusion	101
Préconisations	101
Sur le plan des interventions et de l'organisation des dispositifs	102
Sur le plan de la formation et du développement des connaissances	103
Annexes	105
Tableaux et graphiques complémentaires	107
Bibliographie	111
Index des tableaux, des cartes et des graphiques	119

« Vous dites :
– C'est épuisant de s'occuper des enfants.
Vous avez raison.

Vous ajoutez :
– Parce que nous devons nous mettre à leur niveau.
Nous baisser, nous pencher, nous courber, nous rapetisser.

Là, vous vous trompez. Ce n'est pas tant cela qui fatigue le plus,
que le fait d'être obligé de nous élever jusqu'à la hauteur
de leurs sentiments.

De nous élever, nous étirer, nous mettre sur la pointe des pieds, nous tendre.

Pour ne pas les blesser. »

Janusz KORCZAK, prologue de *Quand je redeviendrai petit*

Traduction AFJK (révisée en 2007)¹

Introduction

Au cours des dernières années, beaucoup de travaux d'étude menés dans le champ de la protection de l'enfance ont porté sur des publics d'adolescents éprouvant des difficultés multiples et de jeunes en phase de transition à l'âge adulte. Au moment où la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant édicte plusieurs dispositions à destination des très jeunes enfants âgés de moins de 2 ans, une prise de conscience semble émerger quant à l'insuffisance de regard des politiques publiques sur la situation des jeunes enfants en général. Ce constat partagé par différents acteurs a conduit à l'inscription de la situation de cette population enfantine à l'agenda de plusieurs instances et initiatives nationales. Ainsi, la mission confiée à Sylviane Giampino débouche sur un rapport de mai 2016 sur le développement du jeune enfant, les modes d'accueil et la formation professionnelle². L'ex Conseil national de la santé mentale (CNSM) avait inclus dans son projet stratégique un axe sur la promotion de la santé mentale et le repérage des troubles psychologique en périnatalité et petite enfance. En 2018, le rapport annuel du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant³ porte sur la question des droits des enfants de la naissance à 6 ans.

Dans le contexte de la tenue de la conférence de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance, l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a lancé en 2016 une étude portant sur l'accueil des enfants de moins de 6 ans confiés. Quelques départements s'interrogeaient à la même période quant aux raisons de constats concernant cette population sur leur territoire, constats portant soit sur une augmentation du nombre de jeunes enfants

1 Citation tirée du site de l'Association française Janusz Korczak (AFJK) : <http://korczak.fr>.

2 GIAMPINO S. *Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels*. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, en mai 2016.

3 DÉFENSEUR DES DROITS. *De la naissance à 6 ans : au commencement des droits*. Paris : Défenseur des droits, 2018.

accueillis, soit sur une surreprésentation de cette tranche d'âge parmi l'ensemble des mineurs accueillis. Selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2016 le nombre d'enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE a effectivement augmenté au niveau national, passant de 18 570 jeunes enfants confiés à 21 180 ; néanmoins leur part dans la population des mineurs et jeunes majeurs confiés – population elle-même en augmentation sur la même période – reste inchangée, autour de 14 %.

La petite enfance jusqu'à l'âge de 6 ans est une période qui appelle une attention particulière du point de vue du développement, de la vulnérabilité des jeunes enfants et de leur dépendance encore très importante à leur environnement relationnel. En outre, comme le soulignent des chercheurs et praticiens, les effets des diverses vulnérabilités des bébés « entraînent des conséquences à long terme bien au-delà de la petite enfance et peuvent se poursuivre inexorablement tout au long de la vie si aucune action n'est menée pour les interrompre et les amoindrir »⁴. Prendre en charge en suppléance parentale de jeunes enfants en risque ou en danger qui peuvent avoir vécu des maltraitements revêt de ce fait une grande responsabilité pour les pouvoirs publics. Au regard de ces enjeux, la présente étude de l'ONPE a pour objectif de consolider les connaissances sur le public des enfants de moins de 6 ans confiés et d'établir un état des lieux en termes d'offre de services et de types de pratiques mises en œuvre ; l'étude s'intéresse aux réponses apportées aux besoins spécifiques de cette tranche d'âge en particulier, tels qu'ils ont été éclairés par la conférence de consensus déjà mentionnée. Il s'agit également, conformément aux missions de l'ONPE de recensement et d'analyse des pratiques de prise en charge des mineurs en danger définies à l'article L. 226-6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), de mutualiser les pratiques intéressantes.

Plusieurs questions se sont posées pour préciser le périmètre de l'étude. En premier lieu, l'option de travailler sur la tranche d'âge de la naissance à 5 ans inclus – plutôt que celle de la naissance à 2 ans mentionnée dans la loi précitée – a été retenue pour différentes raisons. Cette tranche d'âge est transversale du point de vue des politiques publiques, elle définit le périmètre des missions de la protection maternelle et infantile ainsi que, pour le moment encore⁵, le seuil de la scolarisation obligatoire. Cette tranche d'âge a été retenue pour l'étude afin d'envisager la continuité du développement de l'enfant et de ne pas limiter les approches. En effet, la détermination d'un âge seuil, même si elle s'avère nécessaire, présente aussi des limites qu'il est nécessaire de considérer dans la construction des prises en charge. Le choix de cette tranche d'âge permet également d'interroger les moments de passage qui ont lieu dans les institutions et de soutenir les actions mises en œuvre pour les penser et les préparer. En outre, ce choix prend en compte des pratiques de terrain : des enfants de plus de 3 ans peuvent continuer à être pris en charge en pouponnière, des dispositifs, notamment d'accueil de jour, sont spécifiquement prévus pour les moins de 6 ans. Toutefois, à l'intérieur de cette tranche d'âge, la période de la naissance à l'âge de 2 ans mérite une attention particulière car, comme nous le verrons, elle est une des « périodes sensibles » du développement de l'enfant.

4 ZAOUCHE-GAUDRON C., JOHN C., GARCIA S., *et al.* Bébés vulnérables, vulnérabilité des bébés : une responsabilité qui nous incombe. *Empan*. 2018/3, n° 111, p. 9-13.

5 Article L. 131-1 du Code de l'éducation : « L'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre six ans et seize ans. »

Concernant les types d'interventions auxquels l'étude s'est intéressée, la décision a été prise de se centrer sur des dispositifs accueillant des enfants confiés au titre d'une prestation ou mesure de séparation de leurs parents. Ainsi les actions de milieu ouvert « classiques » (services d'assistance éducative à domicile [AED] ou d'assistance éducative en milieu ouvert [AEMO] dédiés à un public de jeunes enfants et à leurs parents dont les pratiques ont été précédemment étudiées par l'ONPE⁶) n'entrent pas dans l'objet du rapport. L'étude s'est intéressée aux dispositifs de suppléance familiale (pouponnières, accueils familiaux, maisons d'enfants à caractère social [Mecs] accueillant de jeunes enfants...) ainsi qu'à des services d'accueil se situant en alternative, en préparation ou en complément à une prise en charge en suppléance. Les structures d'accueil simultané du ou des parents et de l'enfant, de type centre maternel ou centre parental, n'ont pas non plus été inclus dans l'étude car ces dispositifs justifient une étude dédiée : néanmoins, dans la pratique, en termes de parcours, certains enfants vivent des passages entre ces établissements et les lieux où ils sont accueillis en suppléance parentale, soit en étant confiés en sortie de centre maternel ou parental, soit en étant pris en charge en attendant qu'un projet d'accueil dans une structure mère-enfant soit possible.

L'étude a été conduite en s'appuyant sur une méthode associant plusieurs types de travaux. Des dispositifs accueillant des enfants de moins de 6 ans confiés (trois pouponnières, une Mecs, deux services d'accueil familial de jeunes enfants, trois accueils de jour, un service de placement éducatif à domicile pour enfants de moins de 6 ans, un dispositif d'accompagnement à la parentalité dans le cadre de visites autorisées par le juge des enfants) ont été visités par des membres de l'ONPE : ces visites ont donné lieu à l'élaboration de huit fiches disponibles sur le site ressource (voir liste en début de bibliographie, en annexe du présent rapport). En complément, plusieurs entretiens ont été menés avec des experts (magistrat, ancien directeur départemental enfance-famille, ancienne chef de service du secteur habilité, pédopsychiatres, participants à un réseau de cadres de sections pouponnière/petite enfance de foyers de l'enfance). Une importante documentation a été consultée : outre la revue de littérature *Spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance*⁷ réalisée suite à un appel d'offres restreint de l'ONPE de juillet 2016, l'étude se réfère à des recherches, dont certaines soutenues dans le cadre d'appels d'offres ouverts ou thématiques de l'Observatoire, à des rapports publics, ainsi qu'à des ouvrages et articles de clinique. Une analyse des schémas départementaux de protection de l'enfance publiés à partir de 2016 a été réalisée. Enfin des données relatives aux pouponnières ont été recueillies par l'ONPE en 2018 auprès des départements. L'ensemble des services départementaux ont transmis leurs éléments.

L'étude part de l'hypothèse que la pertinence et la qualité de la prise en charge des tout-petits en protection de l'enfance sont des enjeux forts pour la suite de leurs parcours. Pour développer cette pertinence et cette qualité, il est nécessaire de penser et de construire les politiques et les pratiques à partir d'une attention constante aux besoins spécifiques des jeunes enfants confiés. « Penser petit » est une exigence au regard de la constante difficulté des adultes à se mettre « à hauteur » de l'expérience de vie des jeunes enfants. Après une présentation des éléments de

6 Voir : ONPE. *Huitième rapport au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE, mai 2013. Chap. I, L'action éducative en milieu ouvert : état des lieux et perspectives, p. 3-59.

7 CERVERA M., JUNG C. *Spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance : revue de littérature problématisée*. Paris : Association de promotion des expérimentations sociales, 2016. Revue de littérature réalisée pour l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres restreint 2016.

connaissance disponibles sur les moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance et sur le contexte de leur séparation et de leur accueil (partie I), l'étude explore la question de l'articulation entre connaissances théoriques et pratiques de prises en charge pour répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes enfants (partie II). Enfin sont examinées les voies permettant de penser et mettre en œuvre des politiques et des pratiques à partir de ces besoins (partie III).

Partie I — Les enfants de moins de 6 ans confiés et les modalités de leur séparation et de leur accueil

Au niveau national, quelques données sont disponibles pour approcher les caractéristiques sociodémographiques et les parcours de la population des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance.

Pour comprendre dans quelles circonstances un jeune enfant peut être séparé de sa famille, il est nécessaire de rappeler le cadre juridique et le contexte dans lequel s'inscrivent les décisions et mesures de placement.

Enfin, les données existantes permettent d'identifier l'offre d'accueil mise à la disposition de ces enfants, et de connaître les modalités de répartition des jeunes enfants, par mode d'accueil et selon les territoires concernés.

I-1. La population des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance

Les données nationales sur ces enfants proviennent des enquêtes de la Drees réalisées sur l'aide et l'action sociales dans les départements⁸ et sur les établissements et services⁹. Ces enquêtes portent sur des résultats au 31 et au 15 décembre de l'année étudiée, donc sur des données qui renseignent sur l'offre et la capacité d'accueil des structures accompagnant les jeunes enfants confiés ainsi que sur les caractéristiques des enfants accueillis à la date retenue. Pour l'enquête ES, des éléments sont recueillis sur les mesures avant et après la prise en charge dans l'établissement. Ces données ne permettent pas d'appréhender l'ensemble de la population des enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une mesure de placement et d'un accueil en établissement ou dans un service au cours de l'année étudiée.

I-1.1 La population concernée

Selon les données recueillies par la Drees au 31 décembre 2015¹⁰, le nombre d'enfants de la naissance à 6 ans qui sont confiés en protection de l'enfance est estimé à 20 470 sur la France métropolitaine (21 340 pour la France entière hors Mayotte). Cet effectif représente 4,5 % de la population générale des enfants de moins de 6 ans, laquelle se stabilise autour de 4 561 175¹¹ en France métropolitaine et évolue peu depuis le milieu des années 90.

8 DREES. *L'aide et l'action sociales en France – édition 2018*. Paris : Drees (Panoramas de la Drees – social), 2018. Cette édition porte sur les résultats de 1996 à 2016, ainsi que sur des résultats provisoires en 2017, pour la France entière hors Mayotte.

9 L'enquête Établissements et services (ES) s'adresse aux établissements et services accueillant des adultes et des enfants en difficulté sociale. Concernant l'aide sociale à l'enfance : PLIQUET E. Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. *Études et résultats*. Drees, septembre 2016, n° 974. Les dernières données disponibles portent sur des résultats au 31 décembre 2012 pour la France entière hors Mayotte, qui concernent les établissements pour enfants et adolescents relevant de l'ASE. Elles sont exploitées dans le focus sur les pouponnières (voir *infra*), pour rendre compte de certaines caractéristiques sociodémographiques et des parcours des enfants accueillis en pouponnière au 31 décembre 2012.

10 Données de l'enquête Aide sociale 2015 (volet bénéficiaires de l'ASE) de la Drees.

11 L'Insee dénombre 4 561 175 enfants de moins de 6 ans en France au 1^{er} janvier 2016, dont 2 350 184 âgés de 3 à 5 ans et 2 210 991 de moins de 3 ans.

Cette population générale des jeunes enfants représente 7 % de la population métropolitaine au 1^{er} janvier 2017 : ils se répartissent plutôt également par sexe, même si les filles sont légèrement moins nombreuses que les garçons : 2,3 millions de garçons côtoient 2,2 millions de filles âgés de moins de 6 ans¹².

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans placés au 31 décembre d'une année ne rend pas compte du nombre, plus important, d'enfants de moins de 6 ans ayant connu une mesure de placement au cours de l'année. L'enquête ES fournit cet élément sur le champ des établissements. En revanche, le nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant connu un placement au cours de leurs six premières années, que ce placement soit en cours ou terminé, n'est pas disponible. Ce sont des informations de ce type que les premiers travaux d'étude de parcours en protection de l'enfance menés par l'ONPE dans le cadre du dispositif d'observation longitudinale individuelle et nationale en protection de l'enfance (dit Olinpe)¹³ visent à connaître. À titre d'exemple tiré de cette démarche, on peut ainsi observer que, dans les Côtes-d'Armor, 7 ‰ des enfants âgés de 4 ans en 2016 ont connu au moins un placement administratif ou judiciaire.

Rapporté à l'ensemble des enfants confiés, les enfants de moins de 6 ans représentent 14,3 % des 143 300 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE au 31 décembre 2015 sur la France métropolitaine (14,4 % des 148 070 pour la France entière), un pourcentage qui reste globalement stable par rapport à 2013 (13,8 %) (tableau 1). Les enfants jeunes, de moins de 6 ans notamment, sont sous-représentés parmi les enfants confiés à l'ASE.

TABLEAU 1. RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS CONFIS À L'ASE (AU 31 DÉCEMBRE 2015)

	MOINS DE 3 ANS	3 À 5 ANS	TOTAL MOINS DE 6 ANS
Effectifs	7 906	12 562	20 468
Part dans le total des 143 301 enfants confiés	5,5 %	8,8 %	14,3 %
Part dans la population de la classe d'âge (en ‰)	3,6 ‰	5,4 ‰	4,5 ‰

Champ : mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, France métropolitaine.

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Insee, pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016, France métropolitaine (résultats arrêtés fin 2018). Traitement ONPE.

¹² Insee, pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016, France métropolitaine (résultats arrêtés fin 2018).

¹³ Voir : ONPE. *Étude des parcours en protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 4 ans des enfants nés en 2012 dans trois départements français*. Paris : ONPE (note d'actualité), mai 2018.

Une surreprésentation des garçons (55 %) par rapport aux filles (45 %) s'observe sur cette population des moins de 6 ans confiés, qui reste constante à tous les âges intermédiaires de la tranche¹⁴ (tableau 2).

**TABLEAU 2. RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE DES ENFANTS
DE MOINS DE 6 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31 DÉCEMBRE 2015)**

	SEXE FÉMININ		SEXE MASCULIN		TOTAL
Moins de 1 an	829	45 %	1 009	55 %	1 838
1 an	1 176	46 %	1 376	54 %	2 552
2 ans	1 321	45 %	1 643	55 %	2 964
3 ans	1 599	46 %	1 894	54 %	3 493
4 ans	1 777	46 %	2 048	54 %	3 825
5 ans	1 890	45 %	2 329	55 %	4 219
Total	8 592	45 %	10 299	55 %	18 891

Champ : mineurs âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine.

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 86 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

¹⁴ Cette surreprésentation se retrouve parmi l'ensemble des enfants de moins de 21 ans confiés à l'ASE : les garçons sont plus nombreux que les filles. Alors qu'ils sont 51 % en population générale, les garçons représentent 57 % des enfants confiés et sont en proportion plus importante encore à l'adolescence. Voir : DREES. *L'aide et l'action sociales en France – édition 2018*. *Op. cit.*

I-1.2 La répartition régionale et départementale des jeunes enfants confiés

Parmi les enfants confiés en protection de l'enfance la proportion de ceux qui ont moins de 6 ans varie selon les régions. La part la plus élevée d'enfants de moins de 6 ans parmi le total des enfants confiés s'observe dans la région Grand Est, suivie des Hauts-de-France puis de la Corse.

Les départements et régions d'outre-mer sont de même particulièrement concernés par l'accueil de jeunes enfants. Hormis la Guadeloupe, où le pourcentage de ces enfants confiés est de 11,3 %, leur part est très élevée dans les trois autres départements : les enfants de moins de 6 ans représentent 22,8 % des enfants et jeunes majeurs confiés en Martinique, 19,2 % à la Réunion, et 17,3 % en Guyane (tableau 3).

TABLEAU 3. RÉPARTITION PAR RÉGION DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31 DÉCEMBRE 2015)

RÉGION	MOINS DE 3 ANS	3 À 5 ANS	TOTAL MOINS DE 6 ANS	PART DES MOINS 3 ANS DANS LE TOTAL DES ENFANTS CONFIÉS (MINEURS/JM)	PART DES MOINS 6 ANS DANS LE TOTAL DES ENFANTS CONFIÉS (MINEURS/JM)
Auvergne-Rhône-Alpes	765	1 201	1 966	5,4 %	13,9 %
Bourgogne-Franche-Comté	391	670	1 061	5,4 %	14,7 %
Bretagne	376	620	996	4,8 %	12,6 %
Centre-Val de Loire	272	503	775	4,8 %	13,7 %
Corse	18	30	48	5,9 %	15,7 %
Grand Est	863	1 327	2 190	6,5 %	16,6 %
Hauts-de-France	1 287	2 185	3 472	5,9 %	15,9 %
Île-de-France	1 218	1 638	2 856	5,3 %	12,3 %
Normandie	479	835	1 314	5,0 %	13,7 %
Nouvelle-Aquitaine	678	1 074	1 752	5,2 %	13,5 %
Occitanie	652	1 132	1 784	5,2 %	14,1 %
Pays de la Loire	431	666	1 097	6,0 %	15,1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	476	681	1 157	6,4 %	15,4 %
Total estimé France métropolitaine	7 906	12 562	20 468	5,5 %	14,3 %
Guadeloupe	44	73	117	4,2 %	11,3 %
Martinique	94	201	295	7,3 %	22,8 %
Guyane	27	45	72	6,5 %	17,3 %
La Réunion	148	240	388	7,3 %	19,2 %
Total estimé Drom (hors Mayotte)	313	559	872	6,6 %	18,3 %
Total estimé France entière (hors Mayotte)	8 219	13 121	21 340	5,6 %	14,4 %

Champ : mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).
Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE.

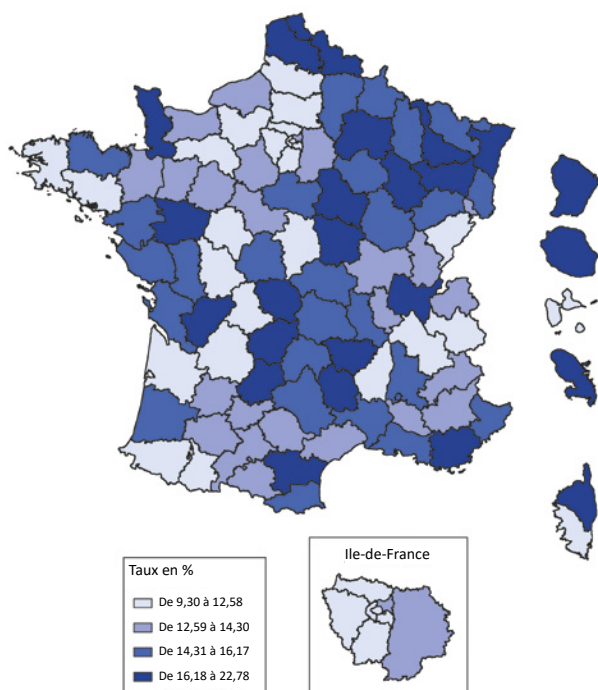
Au niveau départemental, le taux des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE parmi l'ensemble des enfants confiés varie de 9 à 23 % selon le département considéré (carte 1).

Les taux les plus faibles (moins de 12 %) s'observent dans les départements de Corse-du-Sud, de Paris, du Finistère ou encore de la Haute-Vienne. Des taux supérieurs à 18 % sont observés dans les départements de la Haute-Loire, de la Haute-Corse ou encore la Marne¹⁵.

Si l'on s'intéresse à la tranche d'âge de la naissance à 3 ans, fin 2015, le taux des enfants âgés de moins de 3 ans confiés à l'ASE parmi l'ensemble des enfants confiés varie de 2 à 9 % selon le département (carte 2).

Des taux supérieurs à 8 % sont observés dans les départements de la Meurthe-et-Moselle, du Puy-de-Dôme, de la Haute-Corse ou encore de la Lozère. Les départements de la Corse-du-Sud, du Gard, du Val-d'Oise ou encore du Lot enregistrent les taux les plus faibles d'enfants de moins de 3 ans parmi l'ensemble des enfants confiés (moins de 4 %) (carte 2).

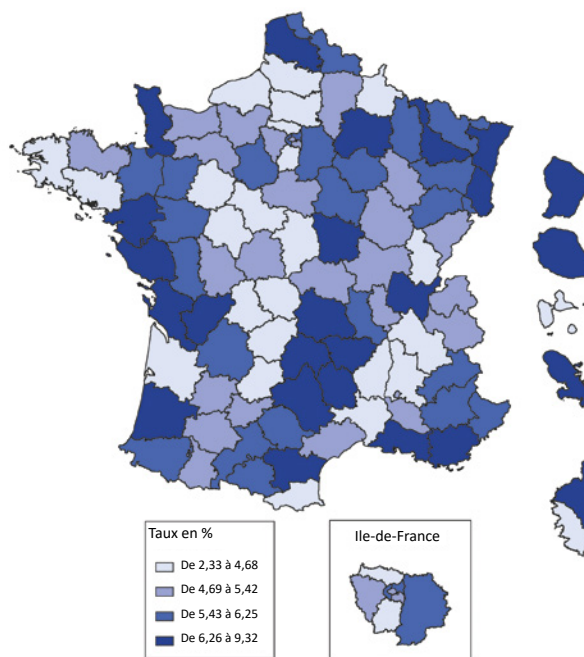
CARTE 1. CARTOGRAPHIE DE LA PART ESTIMÉE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS CONFIÉS DANS LE TOTAL DES ENFANTS CONFIÉS (AU 31 DÉCEMBRE 2015)



Champ : mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE.

CARTE 2. CARTOGRAPHIE DE LA PART ESTIMÉE DES ENFANTS DES MOINS DE 3 ANS CONFIÉS DANS LE TOTAL DES ENFANTS CONFIÉS (AU 31 DÉCEMBRE 2015)



Champ : mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE.

¹⁵ Les données relatives aux départements et régions d'outre-mer figurent *supra*.

I-2. Les modalités de la séparation des jeunes enfants confiés

Pour quelles raisons et comment décide-t-on aujourd'hui de séparer un jeune enfant de ses parents dans le cadre de la protection de l'enfance ? Des données tirées de la pratique du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (Snated) renseignent sur les conditions qui peuvent amener aujourd'hui à ces décisions.

La séparation intervenant massivement sur la base de décisions judiciaires d'assistance éducative au regard des données statistiques (voir graphique 3 *infra* pour ce qui est du public des pouponnières), il est important de rappeler le cadre juridique de ce dispositif et les conditions qui président aux décisions prises.

I-2.1 Les enseignements tirés de l'expérience du Snated

Dans le cadre de la présente étude, l'ONPE a réalisé une analyse des données du Snated¹⁶ sur la période 2014-2016, portant sur les enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'un placement à l'issue d'un appel reçu les concernant¹⁷ (colonne A du tableau 4).

L'objectif de ce travail est de rendre compte des dangers et risques de danger évoqués lors de l'appel, ainsi que des informations disponibles sur les conditions de vie des enfants concernés. Pour évaluer si ces éléments ont des spécificités, ils sont comparés à ceux qui concernent, sur la même période :

- les enfants de moins de 6 ans pour lesquels un danger a été évoqué et dont la situation a fait l'objet par le Snated d'une information préoccupante (IP) (colonne B du tableau 4) ;
- les enfants et les jeunes de moins de 21 ans pour lesquels un danger a été évoqué et dont la situation a fait l'objet par le Snated d'une IP (colonne C du tableau 4).

Les caractéristiques sociodémographiques des 402 enfants constituant la population des enfants de moins de 6 ans, pour lesquels le retour d'IP a renseigné le Snated sur une décision de placement, sont les suivantes : 210 sont âgés de moins de 3 ans et 192 ont entre 3 et 6 ans. La répartition par sexe de ces enfants¹⁸ indique que les filles sont davantage représentées sur la période 2014-2016 (50,2 % contre 47,3 % de garçons et 2,5 % d'enfants dont le sexe n'est pas connu lors de l'appel), bien que cette répartition varie selon l'année considérée – en 2014 et en 2016, les filles sont majoritaires alors qu'en 2015 ce sont les garçons¹⁹.

16 Créé par la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements et la protection des mineurs, le Snated assure une mission de prévention et de protection en accueillant les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être, et de toute personne confrontée à ce type de situation, afin d'aider à leur dépistage et faciliter leur protection. Les appels traités par les écoutants peuvent donner lieu à une information préoccupante (IP) – entretien téléphonique relatif à une situation d'enfant en danger ou en risque de danger dont le compte rendu est adressé à la cellule de recueil des informations préoccupantes (Crip) du département de résidence du mineur concerné – ou à une aide immédiate (AI) – entretien téléphonique qui donne lieu à des conseils, un soutien, une orientations et/ou qui révèle un danger ou un risque de danger sans élément identifiant. Lors de ces appels, les écoutants du Snated recueillent et enregistrent un ensemble d'informations catégorisées sur la situation évoquée. Lorsqu'une IP est transmise au département concerné, ce dernier a théoriquement trois mois pour effectuer un retour au Snated. Ce retour renseigne sur la suite donnée à l'IP.

17 Plus précisément, la population d'intérêt concerne les enfants de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué lors de l'appel, dont la situation a fait l'objet d'une IP puis d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement sur ordonnance de placement provisoire (OPP), placement en établissement, accueil provisoire, ou placement chez un tiers digne de confiance.

18 Voir tableau 13 en annexe.

19 À titre de comparaison, la répartition entre filles et garçons est relativement équilibrée pour l'ensemble de la population des enfants en danger dont la situation a fait l'objet d'une IP, alors que les garçons sont davantage représentés dans la population des enfants de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une IP (51,3 % contre 46,4 % de filles).

Les données sur les lieux de vie des enfants²⁰ montrent, pour la période 2014-2016, quelle que soit la tranche d'âge considérée, que presque la moitié des enfants pour lesquels un danger est évoqué vivent chez leur mère (seule, en nouvelle union ou dont la situation n'est pas précisée). Les enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'un placement vivent moins fréquemment chez leurs deux parents (37,6 %) que la population des moins de 6 ans (43 %), et moins fréquemment en résidence alternée (0,7 % contre 2,3 %). En revanche, cette population est davantage concernée par un lieu de vie hors du foyer parental²¹ (8,5 %) que la population des moins de 6 ans (1,8 %) et celle des moins de 21 ans (3,7 %).

Les résultats les plus significatifs de l'analyse comparative portent sur les types de danger repérés lors de l'appel reçu par le Snated (tableau 4) : 798 dangers sont évoqués pour les 402 enfants de notre population d'intérêt, soit une moyenne de 2 dangers par enfant.

TABLEAU 4. DANGERS ÉVOQUÉS DANS LES APPELS TRAITÉS AU SNATED

	2014			2015			2016			2014-2016		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Violences psycho.	106	6 309	16 166	78	6 620	17 535	79	6 703	17 230	263	19 632	50 931
	34,6 %	36,9 %	33,8 %	32,2 %	36,8 %	36,2 %	31,6 %	37 %	36 %	33 %	36,9 %	36,4 %
Violences physiques	47	3 300	9 416	51	3 401	9 723	32	3 378	9 612	130	10 079	28 751
	15,4 %	19,3 %	24,7 %	21,1 %	18,9 %	20,1 %	12,8 %	18,7 %	20,1 %	16,3 %	18,9 %	20,5 %
Négligences lourdes	106	4 441	9 545	85	5 233	12 073	92	5 315	12 140	283	14 989	33 758
	34,6 %	26 %	21,9 %	35,1 %	29 %	24,9 %	36,8 %	29,3 %	25,3 %	35,4 %	28,2 %	24,1 %
Cond. éduc. défaillantes	37	2 451	5 554	24	2 148	5 250	31	2 099	5 261	92	6 698	16 065
	12,1 %	14,4 %	12,7 %	9,9 %	11,9 %	10,8 %	12,4 %	11,6 %	11 %	11,5 %	12,6 %	11,5 %
Violences sexuelles	10	544	1 378	4	537	1 531	16	545	1 480	30	1 626	4 389
	3,3 %	3,2 %	3,2 %	1,7 %	3 %	3,2 %	6,4 %	3 %	3,1 %	3,8 %	3,1 %	3,1 %
Comp. du mineur	-	41	1 619	-	75	2 314	-	67	2 189	-	183	6 122
		0,2 %	3,7 %		0,4 %	4,8 %		0,4 %	4,5 %		0,3 %	4,4 %
Total	306	17 086	43 678	242	18 014	48 426	250	18 107	47 912	798	53 207	140 016
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

COLONNES A : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué, dont la situation a fait l'objet d'une information préoccupante (IP) et d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement OPP, placement en établissement, accueil provisoire, tiers digne de confiance.

COLONNES B : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué et dont la situation évoquée a fait l'objet par le Snated d'une IP.

COLONNES C : population des 0-21 ans pour laquelle un danger est évoqué et dont la situation a fait l'objet d'une IP.

Source : ONPE, analyse des données du Snated 2014-2016.

²⁰ Voir tableau 14 en annexe.

²¹ Sur la période 2014-2016, lorsque les enfants âgés de moins de 6 ans ayant bénéficié d'un placement suite à une IP transmise par le Snated vivaient hors du foyer familial avant le placement, ils résidaient chez un autre membre de la famille pour 10 d'entre eux, pour 13 dans une famille d'accueil et pour 4 dans un établissement (pour 7 enfants, le lieu de vie hors du foyer parental n'est pas précisé). S'agissant des enfants confiés en famille d'accueil, il ressort de l'étude des appels que la quasi-totalité de ceux-ci proviennent de ces familles d'accueil et sont relatifs à des difficultés de l'enfant autour de droits de visite et d'hébergement.

Les dangers les plus fréquemment évoqués chez les enfants de moins de 6 ans dont les retours d'IP indiquent un placement sont les négligences lourdes. Sur la période 2014-2016, elles représentent 35,4 % des dangers évoqués. Cette proportion est largement plus prononcée que dans la population des moins de 6 ans (28,2 %) et celle des moins de 21 ans (24,1 %) – ce type de danger étant en augmentation depuis 2014 dans l'ensemble de la population.

Derrière les négligences lourdes, viennent les violences psychologiques, qui représentent 33 % des dangers évoqués pour la population des moins de 6 ans bénéficiant d'un placement, contre plus de 36 % des dangers évoqués dans la population des moins de 6 ans comme dans la population des moins de 21 ans. Les violences physiques sont également moins présentes chez les moins de 6 ans bénéficiant d'un placement (16,3 %) que chez les moins de 6 ans (18,9 %) et les moins de 21 ans (20,5 %).

Enfin, les auteurs présumés des violences évoquées lors des appels au Snated entre 2014 et 2016 sont, pour les enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'un placement à l'issue de l'appel, des membres de la famille proche dans 98 % des cas. On observe peu de spécificités de la population d'intérêt par rapport à celles des enfants de moins de 6 ans et des enfants et jeunes de moins de 21 ans dont la situation a fait l'objet d'une IP.

Pour conclure, l'analyse des données Snated 2014-2016 permet principalement de révéler :

- d'une part, la fréquence des négligences lourdes déclarées dans les appels concernant les enfants de moins de 6 ans pour lesquels le Snated sait qu'il y a eu décision de placement, sans pour autant pouvoir dire que cette décision repose sur l'information de départ. Cela pourrait traduire la prise en compte des enjeux développementaux des premières années de vie et de la vulnérabilité particulière du jeune enfant ;
- d'autre part, que les lieux de résidence avant le placement des jeunes enfants ayant bénéficié d'une telle décision à la suite d'un appel passé au Snated diffèrent quelque peu de ceux des autres populations étudiées (c'est-à-dire celles des enfants de moins de 6 ans et de moins de 21 ans dont la situation a fait l'objet d'une IP), comme le montrent les résultats *supra*.

I-2.2 Le cadre juridique des séparations

Selon les données de l'enquête Établissements et services (ES) sur les enfants en difficulté sociale, la majorité des mesures de placement sont judiciaires et principalement ordonnées dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative. S'agissant des enfants confiés en pouponnière, la totalité l'est dans le cadre d'une procédure en assistance éducative (voir graphique 3). Conformément à l'article 375-3 du Code civil, le juge des enfants peut prendre la décision de « confier » l'enfant, si sa protection l'exige, à l'un des deux parents, à un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, ou encore à une institution hors de sa famille. La particularité de cette disposition du Code civil est de ne jamais mentionner la notion de « séparation » entre l'enfant et ses parents, que la décision du juge acte cependant dans certaines situations. Or, comme nous le verrons dans la partie II de cette étude, les approches cliniques postulent qu'une partie

des familles relevant de ces mesures sont concernées par des problématiques d'absence de séparation psychique entre l'enfant et/ou son père et sa mère. Le silence du droit sur cette réalité peut renforcer la difficulté des professionnels à envisager ce type de mesure²² (voir partie III).

La Cour de cassation rappelle de manière constante que la décision de confier un mineur à un tiers et la décision de rendre les droits de visites médiatisés relèvent de l'appréciation souveraine des éléments de fait, au cas par cas, par les juges du fond (Cass., 21 sept. 2016, n° 15-18740). Cette appréciation porte sur l'existence certaine ou imminente d'une situation de danger pour la santé, la sécurité ou la moralité du mineur, ou d'une situation de compromission grave de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social (article 375 du Code civil). Il convient de rappeler que la procédure d'assistance éducative est toujours à la recherche d'un équilibre précis entre les droits des parents, accrus depuis le décret du 15 mars 2002, et l'intérêt de l'enfant, ce qui renforce l'exigence de motivation des décisions judiciaires.

L'ONPE a réalisé une recherche jurisprudentielle sur les motivations retenues dans les décisions de placement concernant des enfants de moins de 6 ans ou des fratries dont certains membres relèvent de cette tranche d'âge, dont les observations peuvent compléter les premières réflexions inspirées de l'analyse des données du Snated²³.

Cette recherche fait apparaître, à partir des quelques décisions concernant ces situations, la prise en compte des éléments suivants : conflits familiaux intergénérationnels (CA Rouen, 3 mars 2009, n° 08/05341), conflits conjugaux devant une fratrie d'enfants générant une souffrance pour ces derniers et impliquant une partie d'entre eux (CA Douai, 7 avr. 2009, n° 09/00030), violences sur les enfants (CA Douai, 7 avr. 2009, n° 09/00030), carence en matière de suivi médical, mauvaise hygiène et alimentation, manque de sommeil (CA Douai, 7 avr. 2009, n° 09/00030), répercussion sur les enfants de l'état de santé des parents – placement peu après la naissance et à la naissance de deux enfants, lié aux difficultés psychiques de la mère (CA Rennes, 12 avr. 2013, n° 12/00197), « *seule une mesure de placement peut protéger les enfants de l'instabilité de leur mère, de son irascibilité, de sa violence* » (CA Lyon, 13 janv. 2015, n° 14/00223).

Concernant le renouvellement d'une mesure de placement, le juge des enfants y procède lorsque les critères de danger ayant conduits au placement n'ont pas évolué, ou insuffisamment, et/ou que d'autres critères de danger sont apparus. Par exemple, l'état de santé resté fluctuant de la mère et la dégradation de ses relations avec le service peuvent être invoqués pour justifier le maintien d'un placement (Cass. civ. 1^{re}, 18 mars 2015 n° 14-14.717). Le juge met également en balance l'impact du placement sur les mineurs et les conséquences d'un éventuel retour au domicile des parents. Pour des enfants en bas âge, il apparaît que sont prioritaires la nécessité d'un « *cadre sécurisant, serein et affectif* » (CA Rouen, 3 mars 2009, n° 08/05341), le bénéfice de « *repères stables et sécurisants* » (Cass. civ. 1^{re}, 19 nov. 2014, n° 13-15.477), le fait d'avoir trouvé ses repères, de bien évoluer et de trouver une stabilité dans une famille d'accueil (CA Lyon, 13 janv. 2015, n° 14/00223), le fait de disposer, dans le lieu de placement effectif, « *du cadre sécurisant, contenant et structurant nécessaire à leur développement tant physique que psychologique* »

22 Ce d'autant plus que la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide), pour sa part, mentionne la séparation dans son article 9.

23 L'ONPE remercie Aude Thiébault, auditrice de justice en stage auprès de l'Observatoire du 13 février au 17 mars 2017, pour sa contribution à l'élaboration de ce chapitre de l'étude.

(CA Rouen, 24 avr. 2015, n° 14/05411), l'absence de production « *d'éléments suffisants permettant de remettre en cause l'équilibre et la stabilité actuelle de l'enfant* » (CA Amiens, 30 juin 2016, n° 16/01998). En revanche, ne peut être maintenue une décision de placement justifiée par l'urgence, une situation de crise et des dissensions dans le couple si « *la cour ne dispose d'aucun élément permettant de considérer que cette situation perdurerait* », en particulier dans la configuration où « *aucun élément d'actualisation ne figure au dossier* » et où les services de l'ASE non représentés à l'audience n'ont « *transmis aucun élément sur l'évolution de la situation familiale* » (CA Amiens, 23 avr. 2015, n° 14/04149).

Il appartient donc aux services qui procèdent à l'évaluation initiale d'une situation, ou à ceux qui interviennent dans le suivi et l'accompagnement d'une décision de placement, de communiquer aux magistrats des éléments très précis leur permettant d'apprécier, en particulier au regard des articles L. 112-3 et L. 112-4 du CASF (voir *infra*), quelles réponses sont apportées aux besoins de l'enfant dans son quotidien et quelles capacités ont ou non les parents d'apporter cette réponse ou d'y contribuer. Ces éléments sont indispensables pour permettre la décision judiciaire, comme le confirme ce témoignage d'un juge pour enfants²⁴ : « *Moi, mon gros gros problème, c'est ça. C'est sur ces premières audiences, notamment, un manque d'informations. Manque d'objectivation des compétences parentales, manque d'objectivation des conséquences sur le développement de l'enfant. Du coup, je ne prononce pas nécessairement un placement... Alors j'ordonne une mesure judiciaire d'investigation et souvent, au retour, on me dit : "il faut placer". Donc placement un peu tardif mais, par contre, qui s'appuie sur une évaluation un peu solide, et qui me permettra pour le coup de donner une direction, et ça aura un avantage. C'est-à-dire que dès la deuxième audience, vraiment, j'aurai une direction. Mais moi, ce que je voudrais, c'est raccourcir ce temps surtout pour les petits. Je voudrais des signalements vraiment vraiment carrés...* »

Le recueil de ces éléments suppose en premier lieu une observation fine de l'enfant et des interactions avec ses parents. S'agissant des enfants de moins de 6 ans, celle-ci peut aujourd'hui s'appuyer sur de nombreuses connaissances, sur des indicateurs précis en termes de symptomatologie du jeune enfant, et sur des outils – éléments présentés en partie II de cette étude. Une fois rassemblées, ces observations doivent être analysées. Comme l'indique la recherche *Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre – appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s)*²⁵, les éléments observés doivent être problématisés au regard des références sur les besoins fondamentaux de l'enfant ainsi que d'une compréhension des actions et interactions entre les membres de la famille. Ce travail d'analyse permet d'aider à la prise d'une décision, qui peut être : de séparer ou non le jeune enfant de sa famille, de prévoir son retour auprès de ses parents après une séparation, mais également de maintenir un cadre de visites médiatisées ou de le faire évoluer. L'ensemble de ce travail doit figurer précisément dans les écrits transmis aux magistrats. Plusieurs équipes rencontrées dans le cadre de cette étude ont à ce sujet pu témoigner de comment la qualité de leurs écrits relatifs à l'enfant et aux interactions parents-enfants avait permis de mieux travailler avec les partenaires extérieurs, magistrats notamment²⁶.

24 Entretien avec Xavier Charlet, juge des enfants au tribunal pour enfants de Boulogne-sur-Mer, le 9 mars 2017.

25 CORBET E., et al. *Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre – appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s)*. Rapport final, décembre 2015. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2013.

26 Voir les fiches de dispositif sur l'accueil familial thérapeutique Pré Médard et le dispositif d'accompagnement à la parentalité La Forestière sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

I-2.3 Le placement d'enfants à la naissance

La question du placement des nourrissons dès la naissance est extrêmement sensible et semble présenter une forme de recrudescence sur certains territoires. Les périodes anté et post natales sont des périodes essentielles de prévention. Un entretien prénatal précoce doit ainsi être proposé systématiquement, et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, pour permettre au professionnel d'évaluer avec la femme enceinte ses besoins d'accompagnement pendant cette période (articles L. 2122-1 et L. 2122-2 du Code de la santé publique, modifiés par la loi du 14 mars 2016). Le travail conduit dans le cadre de la présente étude a permis de repérer l'existence de telles pratiques de prévention précoce. Par exemple, une recherche-action conduite par Santé publique France et des partenaires, le projet Panjo²⁷, est conduite dans onze départements pour soutenir les actions développées par le service de protection maternelle et infantile (PMI). L'objectif est de promouvoir la santé et de soutenir la mise en place d'un lien d'attachement sécurisé bébé-parents auprès de familles primipares et isolées.

Le projet repose sur une formation des professionnels de PMI complétée par un module pour les puéricultrices qui font les visites à domicile – un minimum de six visites au domicile de la famille (deux pendant la grossesse, quatre jusqu'aux 6 mois de l'enfant) peut être complété si besoin par six visites supplémentaires jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Le projet comporte aussi des outils spécifiques (un outil d'évaluation des besoins des familles, des fiches action, un manuel sur l'attachement) et une supervision centrée sur l'analyse des pratiques par un professionnel de santé mentale formé à l'attachement. Cette recherche-action qui, au regard de vignettes cliniques semble favoriser une alliance parents-professionnels favorable aux interactions parents-bébés²⁸, est en cours d'évaluation par Santé publique France.

Dans le cadre de cette étude ont aussi été repérées deux initiatives de services ayant travaillé sur le repérage de situations en anténatal et sur la mise en place d'un suivi spécifique, ces initiatives émanant d'une part d'un service départemental de PMI, d'autre part d'un service social d'établissement hospitalier. Plusieurs points communs les caractérisent :

- L'insistance sur le travail en réseau. Pour le service social hospitalier²⁹, la complexité des situations traitées nécessite une articulation des équipes de maternité, notamment des sages femmes de consultation, avec les équipes de pédiatrie dans leur qualité d'observation et d'évaluation des relations parents-enfants, en lien étroit et dans la confiance avec l'assistante sociale référente de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) périnatalité. La création d'un staff mensuel pluridisciplinaire de périnatalité dans les hôpitaux du secteur offre un espace pour aborder les situations particulièrement graves. Du côté du département et selon les acteurs concernés, le travail sur un dispositif d'information préoccupante en prénatal qui implique la PMI, l'ASE, la Crip et le service d'action sociale nécessite que les maternités soient parties prenantes, et de respecter une notion de collégialité.

27 Projet de Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : outil de renforcement des services de PMI (Panjo). En espéranto *panjo* signifie « maman ».

28 LE NESTOUR A. Le dispositif Panjo, intensification d'un travail en réseau. *Enfance et Psy*. 2016/1, n° 69, p. 128-142.

29 Rapport d'activité 2017 du service social des Hôpitaux Drôme Nord.

- L'importance d'une information claire des parents, ainsi retranscrite par le service social hospitalier : « *Dans une dimension éthique qui nous tient particulièrement à cœur, nous avons pour habitude d'aborder avec les parents la question de la protection de leur enfant à naître le plus rapidement possible, même si cela est difficile. Nous partons du principe qu'ils doivent connaître la réalité de nos inquiétudes et que nous devons être en capacité de les expliquer avec clarté et bienveillance. Nous sommes convaincus que c'est le seul moyen de les respecter et de les rendre acteurs du devenir de leur enfant. C'est aussi leur reconnaître une part de responsabilité, celle d'être parents, et de ne pas les traiter comme des incapables. Et nous sommes ravis de constater qu'avec cette approche, dans une dimension humaine et bienveillante, les personnes ne fuient pas la prise en charge mais au contraire, se sentent respectées* ». De la même manière, dans le dispositif départemental, les futurs parents sont toujours informés de la transmission des informations.
- Le repérage de facteurs de vulnérabilité pluriels, aux niveaux personnel, familial et social, dans lesquels émergent, du côté du service social hospitalier, « *les situations particulièrement graves de femmes ayant des troubles psychiatriques invalidants, pour lesquels la question du placement des enfants ou non se pose* », et du côté du dispositif départemental, « *les pathologies psychiatriques et/ou déficiences mentales* »³⁰. Ces éléments se retrouvent dans une étude portant sur une population de 53 enfants confiés en protection de l'enfance à 28 jours de vie en moyenne, entre 2006 et 2015 (présence de déficience intellectuelle pour 34 mères, de troubles psychiatriques pour 37)³¹.

Pour le service social hospitalier, il relève de sa mission de santé publique de repérer tôt les femmes enceintes en situation de vulnérabilité et les enfants à naître pour les prendre en charge de façon efficace, étant précisé que, « *dans les situations extrêmes, le placement de l'enfant est nécessaire mais pas suffisant* », les femmes devant être accompagnées après le placement. « *Si le signalement ne fait que séparer sans poser du soin pour les parents, l'espace créé par l'éloignement de l'enfant ne permettra pas de rompre avec un fonctionnement préétabli* »³².

Une autre expérience témoigne de l'intérêt d'une évaluation précoce, complète et pluridisciplinaire des situations, permettant d'anticiper les projets et les possibilités avant la naissance, au plus près de la famille : il s'agit du réseau des situations périnatales complexes associant, depuis sa création en 2000, la PMI, la maternité, l'aide sociale à l'enfance, la prévention spécialisée, la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte sur le secteur du lunévillois (Meurthe-et-Moselle)³³. Ce réseau a pour objectif d'évaluer le plus finement possible, en équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, par la connaissance et l'éclairage spécifique de chacun, les situations repérées comme fragiles, afin de proposer un accompagnement de l'enfant au plus près de ses besoins, et, pour répondre à ces derniers, un accompagnement de ses parents et de l'environnement. Dans ce cadre, les professionnels accompagnent ainsi dans certaines situations des placements en sortie

30 Voir le schéma enfance et famille 2015-2019 du département de la Vienne.

31 COUDRAY H. *Intérêt des soins pédopsychiatriques dès la période périnatale : étude rétrospective descriptive des enfants placés à la naissance nés au CHU de Caen de 2006 à 2015*. Thèse d'exercice en médecine (soutenue le 6 octobre 2016) : université de Caen, 2016.

32 MARINOPOULOS S. Signaler pour soutenir la parentalité. *Enfances & Psy*. 2003/3, n° 23, p. 95-103.

33 Compte-rendu de la rencontre, le 26 septembre 2018, à Lunéville, d'une chargée de mission et d'une chargée d'études de l'ONPE avec les professionnels associés à ce réseau.

de maternité, selon des modalités parfois très spécifiques, comme par exemple la mise en lien pendant le temps d'hospitalisation d'une famille d'accueil avec un bébé soigné pour syndrome de sevrage.

I-3. L'accueil des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance

L'enfant séparé de sa famille doit être accueilli, selon la décision de placement, dans une structure de protection de l'enfance ou auprès d'un tiers digne de confiance.

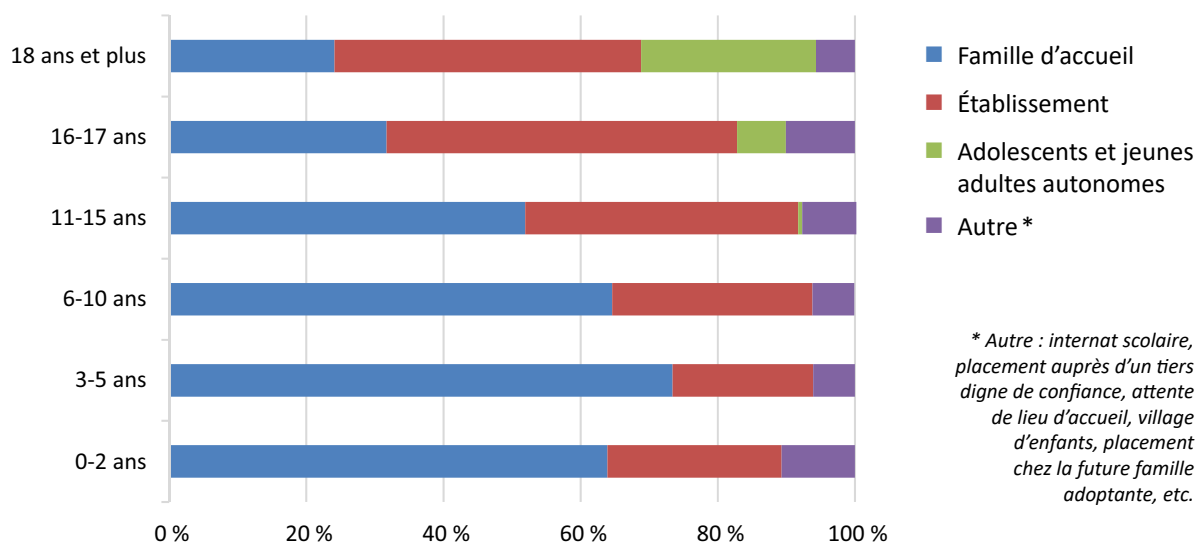
Les principales données de statistique publique portant sur la répartition nationale, régionale et départementale des enfants de moins de 6 ans confiés proviennent des enquêtes Aide sociale et ES³⁴ de la Drees.

L'ONPE a interrogé en août 2018, dans le cadre de la présente étude, l'ensemble des départements (excepté Mayotte) sur le nombre de structures de type pouponnière, publiques et privées, et sur leur nombre de places. Les résultats sont présentés ici, permettant de compléter le panorama général des modes de placement des jeunes enfants par des données récentes et précises sur l'accueil en pouponnière.

I-3.1 La famille d'accueil, mode d'accueil privilégié pour les jeunes enfants confiés

Les données issues de la Drees³⁵ révèlent que le mode d'accueil principal en protection de l'enfance varie selon l'âge des enfants confiés. Les enfants âgés de moins de 15 ans sont majoritairement hébergés au sein de familles d'accueil. À partir de 16 ans, et ce jusqu'à 21 ans, l'accueil en établissements devient majoritaire (graphique 1).

GRAPHIQUE 1. RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE ET MODE D'HÉBERGEMENT PRINCIPAL (AU 31 DÉCEMBRE 2015)



Champ : mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, France métropolitaine.

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 81 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

34 L'enquête ES comporte un volet « difficulté sociale » portant sur les établissements et services accueillant des adultes et des enfants relevant de la protection de l'enfance. Concernant l'aide sociale à l'enfance au sein de ce volet, voir : PLIQUET E. *Op. cit.* Les résultats au 31 décembre 2012 pour la France entière hors Mayotte concernent les établissements pour enfants et adolescents relevant de l'ASE.

35 DREES. *L'aide et l'action sociales en France – édition 2017*. *Op. cit.*

Si, pour l'ensemble des enfants confiés en protection de l'enfance, le taux de prise en charge en famille d'accueil est de 51,6 %, il s'avère beaucoup plus élevé pour les moins de 6 ans, passant à 69,7 % (tableau 5). Cette moyenne recouvre, sur cette tranche d'âge, une variation entre les tout-petits, dont près de 64 % sont en famille d'accueil, et les enfants âgés de 3 à 5 ans pour lesquels le taux de placement en famille d'accueil s'établit à 73,4 % (graphique 1 et tableau 5). Parallèlement, entre les deux tranches d'âge, la répartition des autres modes d'accueil (établissement, autre) évolue en conséquence.

**TABLEAU 5. RÉPARTITION DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS CONFIS À L'ASE
SELON LE MODE DE PLACEMENT (AU 31 DÉCEMBRE 2015)**

	FAMILLE D'ACCUEIL		ÉTABLISSEMENT		AUTRE*		TOTAL	
ÂGE	EFFECTIF	PART	EFFECTIF	PART	EFFECTIF	PART	EFFECTIF	PART
0-2 ans	4 336	63,9 %	1 724	25,4 %	727	10,7 %	6 787	100 %
3- 5 ans	7 862	73,4 %	2 191	20,5 %	653	6,1 %	10 706	100 %
Total moins de 6 ans	12 198	69,7 %	3 915	22,4 %	1 380	7,9 %	17 493	100 %

* AUTRE : internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante, etc.

Champ : mineurs âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine.

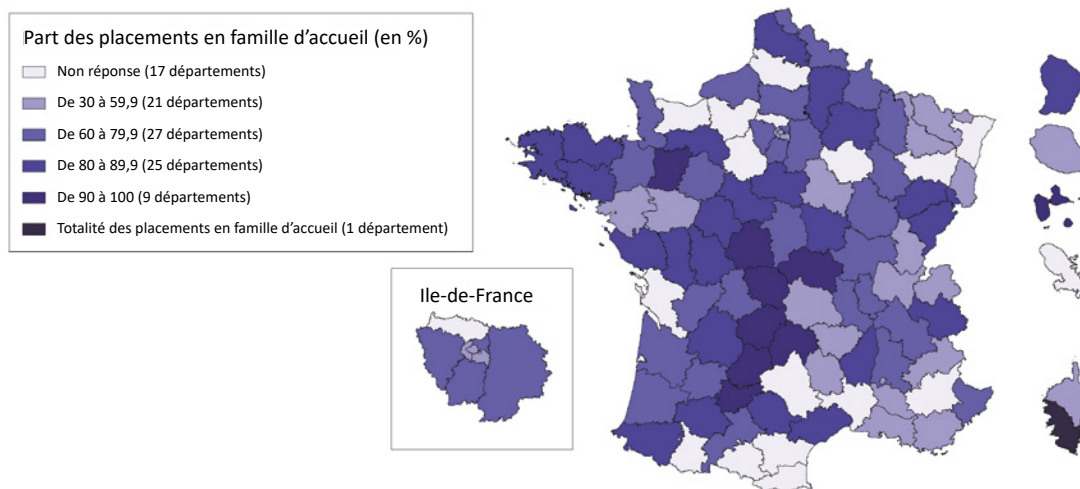
Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 81 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

I-3.2 La répartition territoriale des modes d'accueil des jeunes enfants confiés

Le recours aux deux principaux modes d'accueil (famille d'accueil et établissement), s'appréhende différemment selon les départements.

Fin 2015, de 30 à 100 % des placements ont lieu en famille d'accueil pour les enfants âgés de moins de 6 ans, selon le département considéré. Une analyse similaire menée sur les enfants âgés de moins de 3 ans révèle des résultats assez proches : de 20 à 100 % des placements ont lieu en famille d'accueil pour les tout-petits, selon le département considéré (cartes 3 et 4 page suivante).

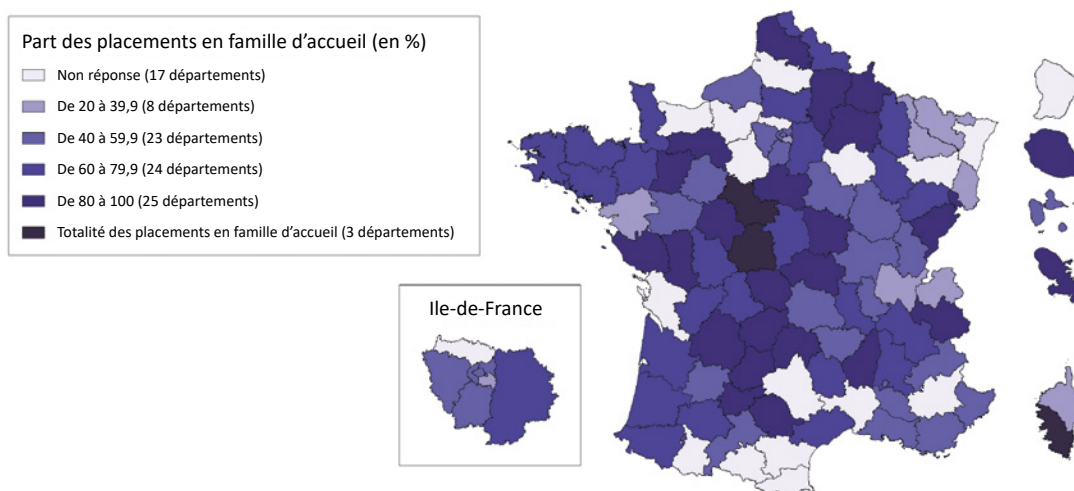
CARTE 3. PART DES PLACEMENTS EN FAMILLE D'ACCUEIL PARMI LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 6 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31 DÉCEMBRE 2015)



Champ : mineurs âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 85 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

CARTE 4. PART DES PLACEMENTS DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS EN FAMILLE D'ACCUEIL PARMI LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 3 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31 DÉCEMBRE 2015)



Champ : mineurs âgés de moins de 3 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

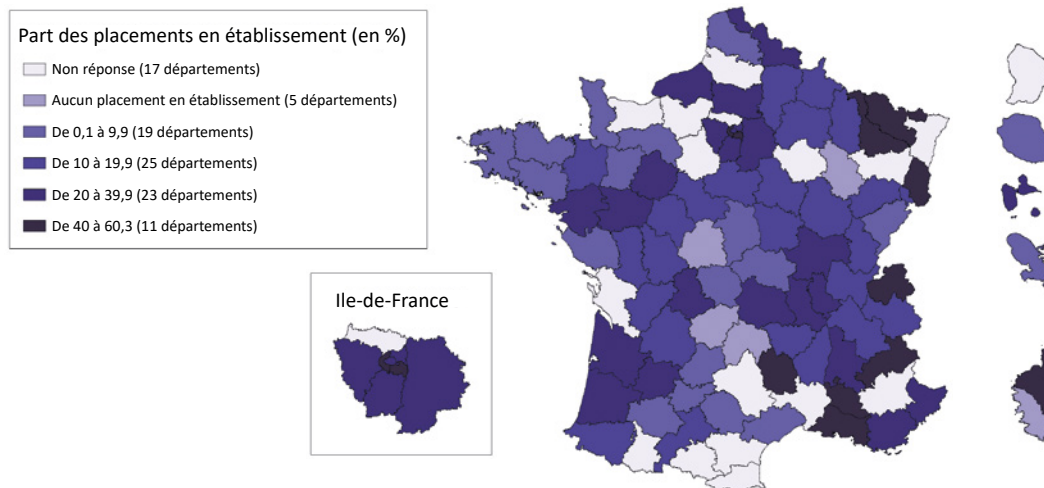
Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 85 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

Pour les enfants de moins de 6 ans comme pour ceux de moins de 3 ans, les départements de l'Est de la France recourent le moins au placement familial – or, comme indiqué précédemment, la région Grand Est compte une proportion importante d'enfants de moins de 6 ans parmi l'ensemble des enfants confiés (16,6 % par rapport à 14,3 % au niveau national).

À l'inverse, pour les enfants de moins de 6 ans, comme pour ceux de moins de 3 ans, le recours au placement familial est davantage marqué en Corse-du-sud, en Bretagne, dans la région Centre ainsi qu'en Nouvelle-Aquitaine. Les Drom, dont la part d'enfants âgés de moins de 6 ans parmi l'ensemble des enfants confiés est importante (18,3 %), ont également majoritairement recours au placement en famille d'accueil.

Si l'on regarde la part des accueils en établissement pour les jeunes enfants confiés, fin 2015, de 0 à 60 % des placements ont lieu en établissement pour les enfants de moins de 6 ans confiés, selon le département considéré. Pour les enfants de moins de 3 ans, de 0 à 80 % des placements ont lieu en établissement selon les départements (cartes 5 et 6)³⁶.

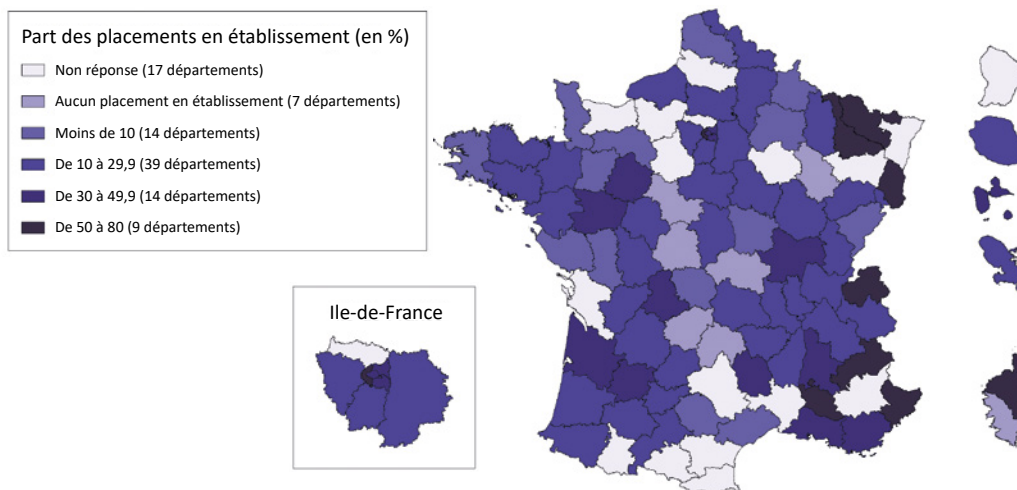
CARTE 5. PART DES PLACEMENTS EN ÉTABLISSEMENT PARMI LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 6 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31/12/2015)



Champ : mineurs âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 85 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

CARTE 6. PART DES PLACEMENTS DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS EN ÉTABLISSEMENT PARMI LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS CONFIÉS À L'ASE (AU 31/12/2015)



Champ : mineurs âgés de moins de 3 ans confiés à l'ASE, France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2015. Traitement ONPE – données brutes sans redressement (telles que déclarées par les départements), résultats élaborés sur la base de 85 départements ayant renseigné ce champ de l'enquête.

36 Sur la carte 5, on observe que 5 départements déclarent n'avoir aucun placement en établissement pour les enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE. Parmi eux, 1 département (que l'on retrouve sur la carte 3) propose exclusivement des placements en famille d'accueil et 4 proposent des modalités de placement alternatif intégrées dans la modalité « Autre » pour la Drees, qui peuvent correspondre à un placement en internat scolaire, un placement auprès d'un tiers digne de confiance, une attente de lieu d'accueil, un placement en village d'enfants, un placement chez une future famille adoptante, etc.

Sur la carte 6, on observe que 7 départements déclarent n'avoir aucun placement en établissement pour les enfants de moins de 3 ans confiés à l'ASE. Parmi eux, 3 départements (que l'on retrouve sur la carte 4) proposent exclusivement des placements en famille d'accueil et 4 proposent des modalités de placement alternatif intégrées dans la modalité « Autre » pour la Drees, qui peuvent correspondre à un placement en internat scolaire, un placement auprès d'un tiers digne de confiance, une attente de lieu d'accueil, un placement en village d'enfants, un placement chez une future famille adoptante, etc.

Pour les enfants de moins de 6 ans comme pour ceux de moins de 3 ans, les régions Grand Est, Provence-Alpes-Côte d’Azur ainsi que la Haute-Corse ont plus largement recours au placement en établissement.

A contrario, les départements recourant le moins au placement en établissement sont le Cantal, la Corrèze ou encore l’Indre, et d’autres départements se situant principalement dans les régions du centre de la France ou de la Bretagne.

I-3.3 L’accueil en établissement des jeunes enfants confiés : focus sur les pouponnières

Les données issues de l’enquête sur les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale (ES) de la Drees³⁷ permettent de connaître la proportion d’enfants de la naissance à 6 ans inclus accueillis dans les différentes catégories d’établissements de la protection de l’enfance couverts par l’enquête (tableau 6). De façon attendue, les pouponnières accueillent une très grande majorité de tout-petits (85 % d’enfants de moins de 3 ans). Toutefois 13 % de leur public est âgé de 4 à 6 ans inclus, ce qui confirme les informations recueillies dans les visites de terrain sur la présence relativement importante d’enfants plus grands dans des établissements initialement prévus pour des bébés.

TABLEAU 6. RÉPARTITION PAR ÂGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ACCUEILLIS (AU 15 DÉCEMBRE 2012)

	MECS	FOYERS DE L'ENFANCE	POUPONNIÈRES	VILLAGES D'ENFANTS	LIEUX DE VIE	ENSEMBLE
De 0 à 3 ans	1 %	13 %	85 %	3 %	1 %	4 %
De 4 à 6 ans	5 %	9 %	13 %	15 %	2 %	6 %
Nombre de personnes accueillies	41 068	9 441	706	1 278	2 514	55 007
Nombre d'établissements	1 204	215	30	24	459	1 932

Lecture : 5 % des enfants accueillis au 15 décembre 2012 en Mecs ont entre 4 et 6 ans inclus.

Champ : France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012. Le nombre de personnes accueillies correspond dans ce tableau aux enfants ou adolescents présents au 15 décembre 2012 et âgés de 0 à 18 ans ou plus. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Sources : Drees, enquête ES (enfants en difficulté sociale) 2012.

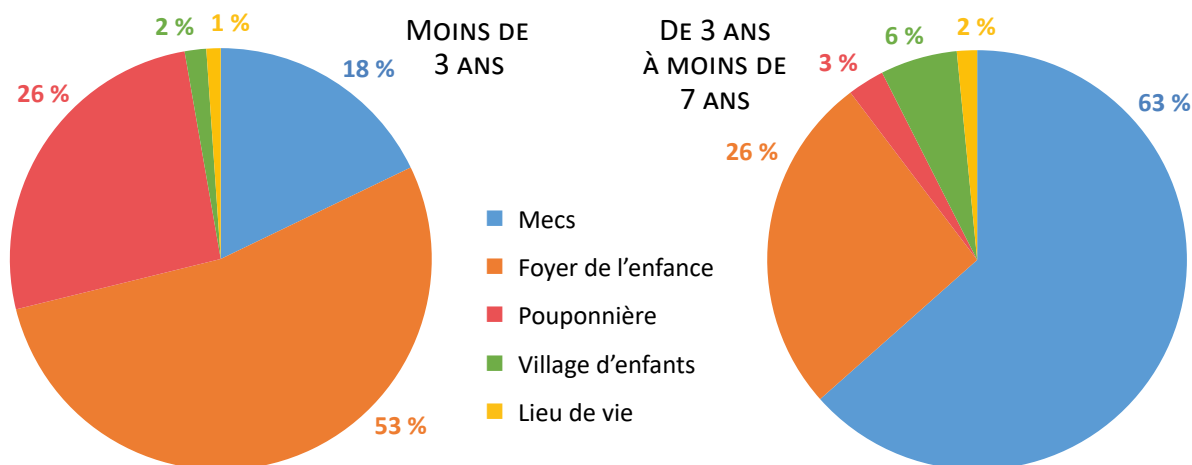
Les foyers de l’enfance accueillent une proportion non négligeable d’enfants de moins de 3 ans (13 %), notamment parce que ces établissements intègrent pour certains des sections pouponnières, mais aussi des enfants de 4 à 6 ans inclus (9 %). Dans les villages d’enfants, les enfants de 4 à 6 ans inclus sont présents, pour 15 %. Les enfants de moins de 7 ans sont en revanche encore plus minoritaires dans les Mecs (6 %) et les lieux de vie (3 %).

À partir des données du tableau 6, il a été possible de recalculer le nombre d’enfants concernés par tel ou tel type de prise en charge, pour les deux tranches d’âge des moins de 7 ans, soit environ 5 500 enfants se répartissant entre 2 200 de moins de 3 ans et 3 300 de moins de 7 ans, afin de visualiser la répartition des effectifs par type d’établissement.

³⁷ PLIQUET E. *Op. cit.*

Ceci permet de voir (graphique 2) la part importante prise par les foyers de l'enfance et les pouponnières dans l'accueil des enfants de moins de 3 ans relevant de l'enquête ES (79 % des enfants de moins de 3 ans y sont accueillis³⁸), puis celle des Mecs et des foyers de l'enfance dans l'accueil des enfants âgés de 4 à 6 ans.

GRAPHIQUE 2. RÉPARTITION DES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS ACCUEILLIS EN ÉTABLISSEMENT (AU 15 DÉCEMBRE 2012)



Lecture : 53 % des enfants de moins de 3 ans accueillis dans les établissements relevant de l'enquête ES au 15 décembre 2012 sont hébergés en foyer de l'enfance.

Champ : mineurs âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE, France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012.

Source : Drees, enquête ES (enfants en difficulté sociale) 2012. Traitement ONPE.

Focus sur les pouponnières

Ce focus mobilise deux sources de données. D'une part, comme indiqué précédemment, l'ONPE a collecté auprès des départements français les données sur le nombre de structures de type pouponnière, publiques et privées, présentes sur le territoire ainsi que sur le nombre de places, pour les années 2016 et 2017. L'ensemble des départements et collectivités territoriales (hors Mayotte) ont répondu.

D'autre part, des données de l'enquête ES permettent de fournir quelques informations sur le parcours des enfants en établissement. Celles relatives aux enfants accueillis en pouponnière sont utilisées car ce sont les seuls établissements de l'enquête prenant en charge exclusivement des enfants âgés de moins de 6 ans.

³⁸ On peut faire l'hypothèse, concernant les foyers de l'enfance, que cet accueil s'organise de façon privilégiée au sein de sections pouponnières s'ils en disposent.

Selon les données recueillies par l'ONPE, en 2016 on dénombre 93 structures de type pouponnière sur le territoire, dont 70 sections pouponnières rattachées à un foyer de l'enfance et 23 pouponnières privées. Au total, 1 996 places ont été comptabilisées pour l'ensemble de ces établissements (tableau 7).

TABLEAU 7. NOMBRE DE POUPONNIÈRES (RATTACHÉES À UN FOYER DE L'ENFANCE ET/OU PRIVÉES) ET NOMBRE DE PLACES ASSOCIÉES PAR RÉGION FRANÇAISE EN 2016

RÉGION	ANNÉE 2016			
	POUPONNIÈRES RATTACHÉES AU FOYER DE L'ENFANCE		AUTRES POUPONNIÈRES	
	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES
Auvergne-Rhône-Alpes	9	215	2	14
Bourgogne-Franche-Comté	6	53	0	0
Bretagne	4	64	0	0
Centre-Val de Loire	3	36	0	0
Corse	1	6	0	0
Grand Est	7	209	6	85
Hauts-de-France	5	178	3	49
Île-de-France	11	291	2	86
Normandie	3	89	2	48
Nouvelle-Aquitaine	6	94	0	0
Occitanie	6	92	0	0
Pays de la Loire	3	48	5	68
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	85	2	82
Total estimé France métropolitaine	67	1 460	22	432
Guadeloupe	1	35	0	0
Martinique	1	25	1	14
Guyane	0	0	0	0
La Réunion	1	30	0	0
Total estimé Drom (hors Mayotte)	3	90	1	14
Total estimé France entière (hors Mayotte)	70	1 550	23	446

Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Source : données recueillies par l'ONPE sur les pouponnières en France auprès des directeurs enfance-famille en août 2018.

En 2017, les données sont quasi similaires puisque l'ONPE dénombre 94 pouponnières sur le territoire national, dont un tiers dites privées, et 2 008 places associées à l'ensemble de ces établissements (tableau 8).

TABLEAU 8. NOMBRE DE POUPONNIÈRES (RATTACHÉES À UN FOYER DE L'ENFANCE ET/OU PRIVÉES) ET NOMBRE DE PLACES ASSOCIÉES PAR RÉGION FRANÇAISE EN 2017

RÉGION	ANNÉE 2017			
	POUPONNIÈRES RATTACHÉES AU FOYER DE L'ENFANCE		AUTRES POUPONNIÈRES	
	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES
Auvergne-Rhône-Alpes	9	220	2	14
Bourgogne-Franche-Comté	6	53	0	0
Bretagne	4	61	0	0
Centre-Val de Loire	3	36	0	0
Corse	1	6	0	0
Grand Est	7	214	6	85
Hauts-de-France	6	184	2	43
Île-de-France	11	294	2	86
Normandie	3	89	2	45
Nouvelle-Aquitaine	6	97	0	0
Occitanie	6	80	0	0
Pays de la Loire	3	48	6	81
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	83	2	85
Total estimé France métropolitaine	68	1 465	22	439
Guadeloupe	1	35	0	0
Martinique	1	25	1	14
Guyane	0	0	0	0
La Réunion	1	30	0	0
Total estimé Drom (hors Mayotte)	3	90	1	14
Total estimé France entière (hors Mayotte)	71	1 555	23	453

Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Source : données recueillies par l'ONPE sur les pouponnières en France auprès des directeurs enfance-famille en août 2018.

Ces données révèlent ainsi la création d'une pouponnière rattachée à un foyer de l'enfance, et de 12 places de pouponnières supplémentaires dont 5 en pouponnières rattachées à un foyer de l'enfance et 7 en pouponnières dites privées ou associatives, entre 2016 et 2017.

En réalité, ces résultats sont à analyser avec précaution puisqu'il s'agit de sommes globales et que n'est pas prise en considération la dynamique des flux, relative à la création et à la suppression de places de pouponnières et/ou d'établissements entre les deux années.

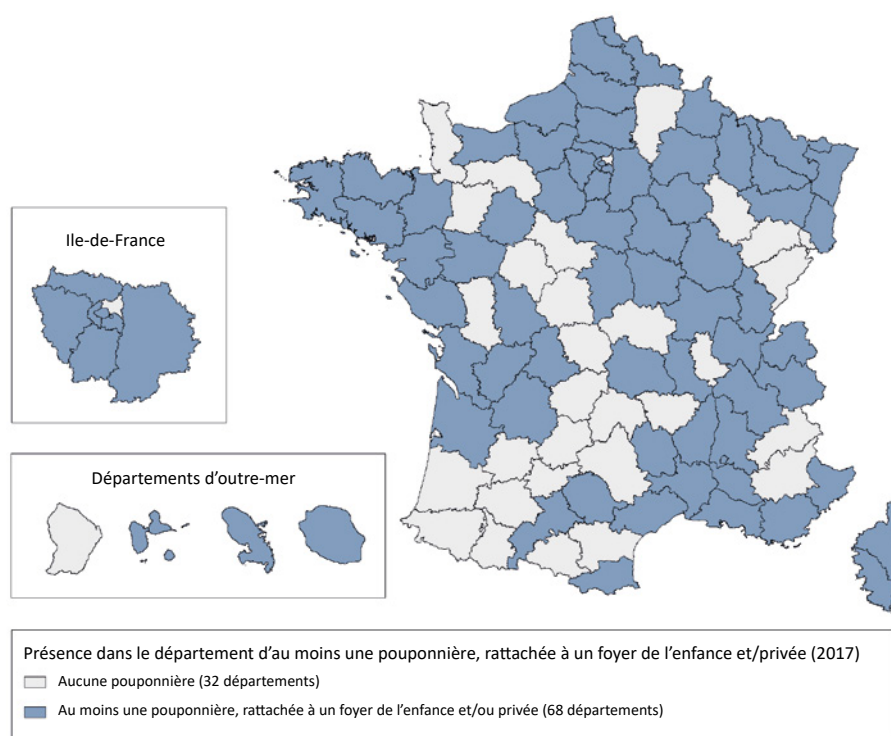
Plus précisément, donc, 40 places de pouponnière supplémentaires ont été créées entre 2016 et 2017 (dont 16 pour des pouponnières dites privées et 24 pour des pouponnières rattachées à un foyer de l'enfance) et ce, réparties sur 7 départements³⁹. Dans le même temps 28 places ont été supprimées (dont 9 en pouponnières privées et 19 en pouponnières rattachées à un foyer de l'enfance) et ce sur 6 départements⁴⁰.

Par ailleurs, on observe l'ouverture de deux pouponnières sur le territoire (une pouponnière privée et une pouponnière rattachée à un foyer de l'enfance), mais également la fermeture d'une pouponnière privée entre les deux années.

Finalement, les ouvertures d'établissement ainsi que les créations de places de pouponnière restent supérieures dans leur ensemble aux suppressions/fermetures. Ce résultat doit néanmoins s'observer au regard des politiques départementales qui révèlent une inégale répartition de ce type d'accueil sur le territoire.

La carte 7 ci-dessous permet une représentation nationale de ces résultats.

CARTE 7. PRÉSENCE D'AU MOINS UNE POUPONNIÈRE (RATTACHÉE À UN FOYER DE L'ENFANCE ET/OU PRIVÉE) EN FRANCE EN 2017



Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte).

Source : données recueillies par l'ONPE sur les pouponnières en France auprès des directeurs enfance-famille en août 2018.

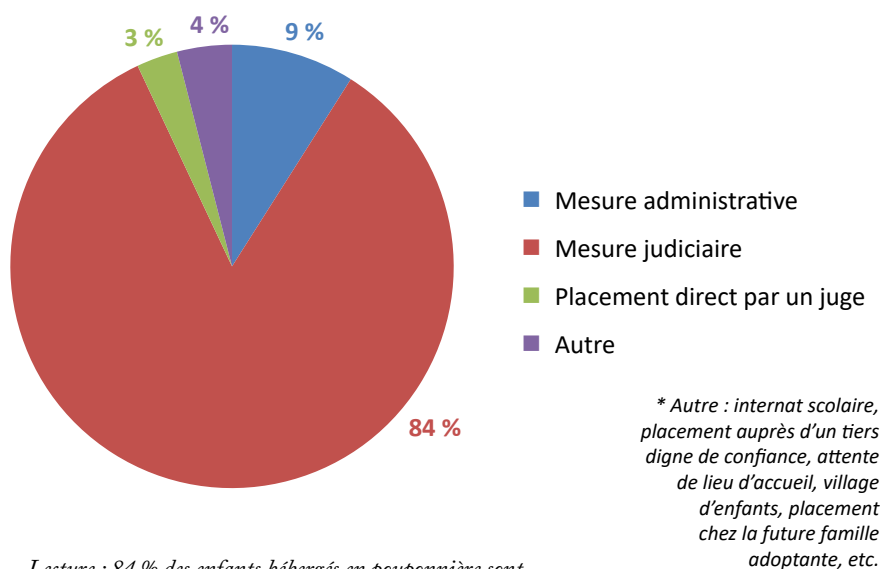
39 Alpes-Maritimes, Maine-et-Loire, Puy-de-Dôme, Bas-Rhin, Gironde, Val-d'Oise, Oise.

40 Seine-Maritime, Oise, Vaucluse, Charente, Finistère, Haute-Garonne.

Sur la question des durées de séjour, l'enquête ES relève que le séjour en pouponnière est d'une durée moyenne de neuf mois. Il est par ailleurs également noté que, dans les foyers de l'enfance, les plus jeunes enfants, de moins de 3 ans, séjournent en moyenne moins de six mois⁴¹. Ceci donne à penser que la moyenne des durées de séjour des tout-petits dans les foyers de l'enfance (et leurs sections pouponnières) pourrait être plus courte que celle des durées de séjour pour des enfants du même âge en pouponnière, ce qui serait cohérent avec la mission d'accueil d'urgence et d'orientation des foyers de l'enfance.

L'enquête ES fournit également des informations sur les mesures concernant les enfants et leur lieu de vie avant et après leur passage dans un des établissements enquêtés, amorçant quelques éléments d'analyse d'un moment de parcours en protection de l'enfance. Pour ce qui est des jeunes enfants en pouponnière, 84 % y sont accueillis au titre d'une mesure judiciaire prononcée par le juge des enfants, 9 % au titre d'une mesure administrative d'accueil provisoire et 3 % à la suite d'une décision de placement direct par un juge (graphique 3).

GRAPHIQUE 3. MESURES PRINCIPALES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE CONDUISANT À LA PRISE EN CHARGE EN POUPONNIÈRE (AU 15 DÉCEMBRE 2012)



*Lecture : 84 % des enfants hébergés en pouponnière sont pris en charge par l'ASE au titre d'une mesure judiciaire.
 Champ : France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012. Sont pris en compte dans cette figure les enfants ou adolescents présents au 15 décembre 2012.
 Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.
 Sources : Drees, enquête ES (enfants en difficulté sociale) 2012.*

41 PLIQUET E. *Op. cit.*

Concernant les lieux où vivent les enfants avant et après leur admission dans l'établissement (tableau 9), il apparaît qu'ils proviennent de deux lieux principalement : 57 % arrivent de leur famille ou de chez un proche digne de confiance, et 22 % d'établissements de santé ou médico-sociaux hors du champ de la protection de l'enfance.

À leur sortie, 42 % de ces enfants retournent dans leur famille, 41 % partent vivre chez un assistant familial (alors qu'ils ne sont que 2 % à en provenir) et 11 % sont orientés dans un autre établissement de l'ASE.

**TABLEAU 9. LIEUX DE RÉSIDENCE AVANT ET APRÈS
LA PRISE EN CHARGE EN POUPONNIÈRE (DÉCEMBRE 2012)**

	AVANT PRISE EN CHARGE	APRÈS PRISE EN CHARGE
Dans la famille ou chez un proche digne de confiance	57 %	42 %
Établissement de l'ASE	2 %	11 %
Établissement de la PJJ	0 %	0 %
Autre établissement (médico-social, hôpital, internat)	22 %	4 %
Assistant familial	2 %	41 %
Dans un logement personnel/accompagné	1 %	1 %
Centre d'hébergement, hébergement de fortune ou sans-abri	1 %	1 %
Autre ou inconnu	15 %	0 %
Total	100 %	100 %

*Champ : France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012. Pour les lieux de résidence avant la prise en charge, sont pris en compte les enfants présents au 15 décembre 2012. Pour les lieux après la prise en charge, sont pris en compte les enfants sortis au cours de l'année 2012. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.
Sources : Drees, enquête ES (enfants en difficulté sociale) 2012.*

En rapprochant ces informations des données sur les mesures après la sortie de pouponnière (tableau 10), il apparaît qu'un quart des enfants sortent de cet établissement sans nouvelle mesure, tandis que pour 74 % une mesure accompagne la sortie de l'établissement : on peut poser l'hypothèse que 17 % des retours en famille en sortie de pouponnière se font donc avec l'appui d'une mesure de protection de l'enfance.

Sur les 74 % d'enfants ayant une mesure à la sortie de pouponnière, 42 % relèvent d'une mesure judiciaire de placement à l'ASE et 12 % d'une mesure d'action éducative.

**TABLEAU 10. MESURES PRINCIPALES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE
APRÈS LA SORTIE D'UNE POUPONNIÈRE (EN 2012)**

Mesure après la sortie	74 %
Dont mesures administratives :	7 %
- accueil provisoire de mineurs (AP)	2 %
- accueil provisoire jeune majeur (APJM)	0 %
- pupille de l'État	4 %
Dont mesures judiciaires :	42 %
- placement à l'ASE par le juge des enfants	42 %
- délégation de l'autorité parentale (DAP) à l'ASE	0 %
- tutelle déferée à l'ASE	0 %
Dont placement direct par un juge	3 %
Dont action éducative	12 %
Dont autre :	10 %
- accueil d'urgence	0 %
- autre mesure	10 %
Aucune mesure après la sortie	25 %
Statut de prise en charge inconnu	1 %
ENSEMBLE	100 %

Champ : France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012. Sont pris en compte dans ce tableau les enfants sortis au cours de l'année 2012. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Sources : Drees, enquête ES (enfants en difficulté sociale) 2012.

Plusieurs questions peuvent être soulevées à la lecture de ces données. Les retours en famille en sortie de pouponnière, et en particulier les sorties de pouponnière qui ne sont suivies d'aucune mesure, peuvent interroger du point de vue de la cohérence et de la continuité des parcours. Ils questionnent quant à un manque éventuel de modalités d'intervention en termes de prévention primaire, du type par exemple des centres parentaux permettant un accompagnement soutenu de jeunes parents en phase de « transition à la parentalité » sans passer par un placement du jeune enfant⁴². Approfondir ces éléments nécessite une connaissance plus précise des parcours que le dispositif Olinpe susmentionné, en cours de construction avec les départements, permettra d'éclairer.

⁴² GANNE C., THIERY N. *Les interactions parents-enfants-professionnel.le.s en centre parental : contextes institutionnels, processus et effets*. Rapport final, octobre 2017. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2015.

Partie II — « *Penser petit* » : connaissances et pratiques du « *prendre soin* » au service du jeune enfant accueilli

S'il est un domaine qui illustre l'importance d'articuler connaissances et pratiques en protection de l'enfance, c'est celui de la prise en charge des enfants de moins de 6 ans séparés de leurs parents et bénéficiant d'un accueil. Le champ des connaissances à disposition des professionnels responsables des jeunes enfants est en forte extension, nourri par les démarches cliniques et d'observation des praticiens comme par les travaux d'étude et de recherche. Ces connaissances alimentent en premier lieu la réflexion et les pratiques autour de l'analyse des réponses parentales aux besoins des enfants et de la manière d'accompagner les parents, de les soutenir ou de les suppléer. C'est également en s'appuyant sur ces connaissances que des intervenants pensent des dispositifs et des pratiques au plus près des besoins des enfants accueillis, en les faisant régulièrement évoluer.

II-1. Des connaissances consolidées pour la prise en charge du jeune enfant confié en protection de l'enfance

Plusieurs registres de connaissance sont aujourd'hui disponibles et doivent être mobilisés pour comprendre et répondre aux besoins spécifiques des jeunes enfants confiés en protection de l'enfance. La présentation qui suit aborde ces connaissances sous l'angle de quelques thématiques essentielles, certaines approches théoriques sous-jacentes pouvant être transversales à ces thématiques.

II-1.1 L'apport des approches développementales

Selon le dictionnaire, le développement est, au sens de la biologie, « *la succession des évènements par lesquels un organisme arrive à maturité* »⁴³. Le bébé humain naît inachevé et fondamentalement immature. Cette néoténie du bébé le rend fragile et dépendant de son environnement. L'enfant va connaître au fil du temps un développement qui concerne son corps, sa psychomotricité ainsi que les domaines du langage, de la cognition, de la socialisation. Sa croissance est influencée par des facteurs extrinsèques environnementaux (alimentation, hygiène de vie et corporelle, conditions socio-économiques – dont le logement – et culturelles, conditions psychoaffectives), des facteurs génétiques, des facteurs intrinsèques comme l'activité hormonale. Ce phénomène de croissance et de maturation du petit enfant, bien connu des pédiatres et puéricultrices, est particulièrement important au niveau du cerveau au cours des deux premières années de vie, ce qui « *fait de la période postnatale une période particulièrement sensible. En effet, c'est durant ces premières années que se manifestent les progrès les plus spectaculaires sur les plans de la motricité, du langage et de la communication* »⁴⁴.

Les représentations du développement précoce de l'enfant ont connu de grandes évolutions sur la période récente. Ainsi la recherche développementale insiste désormais sur les interdépendances entre des domaines jusqu'ici séparés : cognition, attachement, langage, interaction, en montrant notamment les capacités du bébé à prendre l'initiative de l'échange et à le réguler « *si la sensibilité*

⁴³ *Le Petit Robert* (édition 2013).

⁴⁴ COLSON Sébastien (dir.), et al. *Le guide de la puéricultrice*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016.

de ses partenaires le lui permet »⁴⁵. Dans les multiples travaux menés depuis longtemps sur la question, Carl Lacharité de son côté distingue deux modèles de conception différents, pouvant être complémentaires : un modèle « dimensionnel » qui considère le développement comme quelque chose qui arrive à l'enfant à travers une succession de stades et diverses dimensions, et un modèle « relationnel » selon lequel l'enfant évolue sur une trajectoire développementale⁴⁶. Plusieurs praticiens intervenants auprès de familles connaissant des situations de vulnérabilité s'inscrivent dans ce deuxième paradigme.

Pour Bernard Golse, « le développement de l'enfant et ses troubles se jouent à l'exact entrecroisement du "dedans" et du "dehors", soit à l'interface de sa part personnelle et de son entourage, soit encore au point de rencontre des facteurs endogènes (son équipement neurobiologique, cognitif...) et des facteurs exogènes (les effets de rencontre avec l'environnement écologique, biologique, alimentaire et surtout relationnel) »⁴⁷.

Le développement de l'enfant n'est pas linéaire, l'une de ses caractéristiques est sa dimension dynamique. Selon Alain Bullinger : « On ne peut pas donner au départ ce qu'on souhaite trouver au terme du développement, ce serait adopter une perspective qui nie le développement lui-même. Le bébé n'est pas un adulte en petit, en moins bien, en plus fragile... Il est à comprendre dans sa spécificité qui se transforme avec le développement. Notre effort de décentration doit être permanent, l'enfance n'est pas un état mais un processus. »⁴⁸

Pour comprendre la dynamique du développement et tenter de favoriser une maturation harmonieuse de l'enfant, deux versants sont à prendre en compte d'après Myriam David⁴⁹. En premier lieu « le bébé est une personne », c'est-à-dire « un être actif, sensible, doué de capacités » qui « participe très activement et par lui-même à l'élaboration de sa personnalité », capable « d'activité spontanée ». Et cette activité « est le mode à penser préverbal du bébé, tant pour exprimer les ressentis que pour tenter de comprendre et maîtriser l'ensemble complexe de son expérience vécue ». Mais « cet espace personnel n'est exploité par le bébé que lorsqu'il est satisfait, qu'il n'a pas sommeil, se sent en sécurité dans un environnement connu, dans un espace approprié dans sa taille et son contenu ». Car « en dépit de tout ce qu'il sait et peut faire », le bébé « a besoin de soins pour survivre ». Pour M. David, « relation maternelle et relations familiales proches sont les ressources naturelles qui alimentent le développement du bébé ; elles lui sont indispensables, faisant au début partie intégrante de lui ». La force de l'investissement mutuel du bébé et de sa famille est d'après cet auteure irremplaçable, et cela « plus particulièrement dans la capacité des parents à assurer une continuité relationnelle et interactive tout au long du développement du bébé et de l'enfant. Cette notion doit être toujours présente à l'esprit de ceux qui sont amenés à prodiguer des soins à un bébé alors qu'ils ne font pas partie du système familial ».

45 SAÏAS T., et al. Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions. *Devenir*. 2010/2, vol. 22, p. 175-185.

46 LACHARITÉ C. *Éducation à la petite enfance, familles et vulnérabilité*. Allocution à la Commission sur l'éducation à la petite enfance, Québec, 12 octobre 2016.

47 Golse B. Qu'est-ce que grandir ? *Contraste*. 2016/2, n° 44, p. 23-39.

48 BULLINGER A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Toulouse : Érès, 2007 (1^{re} éd. 2004).

49 DAVID M. Réflexions sur les séparations dans la petite enfance. In : David M. *Prendre soin de l'enfance*. Toulouse : Érès, 2014, p. 157-162.

Les connaissances sur le développement de l'enfant et la notion de période sensible du développement évoquée ci-dessus conduisent à distinguer, dans la tranche d'âge couverte par l'étude, la période des premiers mois de vie du bébé. Comme le rappelle Michèle Créoff⁵⁰, « *les enjeux ne sont pas les mêmes pour les 0-2 ans et pour les enfants ayant acquis la marche et le langage* »⁵¹. Nous verrons que, d'après les études disponibles (voir partie III), s'agissant des jeunes enfants confiés en protection de l'enfance, l'âge de 2 ans constitue un seuil en termes de types de problématique ainsi que pour les rythmes et modalités de leur traitement.

Ce développement ne peut se faire que si des réponses sont apportées à ce qui lui est nécessaire : c'est ainsi que les besoins fondamentaux de l'enfant sont fondamentalement liés à son développement⁵². Garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant et soutenir son développement sont les deux objectifs de la protection de l'enfance, conformément à l'article 1 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. L'évaluation de ces besoins et la réponse à y apporter sont donc au cœur des interventions conduites au titre de cette politique publique.

Réunie fin 2016 pour « *asseoir un corpus scientifique partagé* »⁵³, la conférence de consensus sur les besoins de l'enfant a rendu son rapport en février 2017⁵⁴. Le cadre théorique dans lequel se situe le travail de la conférence est celui d'Urie Bronfenbrenner, psychologue du développement, sur l'écologie du développement humain, qui aborde le sujet dans son environnement contextuel et dans ses interactions avec les différents systèmes qui gravitent autour de lui, en proposant un modèle des liens existant entre les dimensions individuelles et les différents systèmes constituant l'environnement d'une personne⁵⁵. Dans cette théorie, l'environnement le plus important pour l'enfant est constitué de « *microsystèmes* », c'est-à-dire des relations directes de l'enfant avec les adultes qui s'occupent de lui⁵⁶. Le rapport final de consensus retient une lecture des « *besoins fondamentaux universels* » de l'enfant basée sur la reconnaissance d'un méta-besoin de sécurité, comprenant trois dimensions : les besoins affectifs et relationnels ; les besoins physiologiques et de santé ; et le besoin de protection. S'y ajoutent quatre autres besoins fondamentaux, « *au sens où l'absence de satisfaction de l'un d'entre eux, a fortiori de plusieurs, met l'enfant en risque de subir un préjudice développemental* » : le besoin d'expériences et d'exploration du monde ; le besoin d'un cadre de règles et de limites ; le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi ; le besoin d'identité. Lorsque les besoins fondamentaux de l'enfant n'ont pas été satisfaits qualitativement et dans une temporalité cohérente avec celle de son développement (et ce du fait d'un parcours de vie d'expositions adverses ainsi que des effets de la séparation et du placement), la conférence considère que ces besoins acquièrent une acuité spécifique et doivent être pris en considération comme des « *besoins spécifiques* », nécessitant un cadre de suppléance compensateur

50 Vice-présidente du CNPE.

51 Propos recueillis lors d'un entretien avec l'ONPE dans le cadre de la présente étude (le 11 décembre 2017). Notons que la langue anglaise dispose d'un terme spécifique, *toddlers*, pour désigner les enfants qui commencent à marcher.

52 COLSON Sébastien, *et al. Op. cit.*

53 Lettre de mission par Laurence Rossignol, ministre de la Famille, de l'Enfance et des Droits des femmes, 20 juin 2016.

54 MARTIN-BLACHAIS M.-P. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. Paris : ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017. Rapport remis à la ministre Laurence Rossignol le 28 février 2017.

55 BOUTIN G., DURNING P. *Enfants maltraités ou en danger, l'apport des pratiques socio-éducatives*. Paris : L'Harmattan, 2008.

56 CERVERA M., JUNG C. *Op. cit.*

structurant. Enfin, pour certains enfants relevant de la protection de l'enfance, doivent être pris en considération des « *besoins particuliers* », comme par exemple ceux relevant d'un handicap.

L'identification d'un corpus des besoins de l'enfant n'implique pas que ces besoins soient une notion applicable de la même manière dans toutes les situations. Chaque enfant a des besoins qui lui sont propres du fait de sa singularité. L'âge, s'il est un critère pertinent pour penser et définir les besoins des enfants et réfléchir aux réponses à y apporter, ne peut pas être le seul. Le genre, les caractéristiques de l'environnement, les vulnérabilités particulières sont autant de critères pertinents dans la définition des besoins et dans l'adaptation de leurs déclinaisons dans les pratiques⁵⁷.

La notion de méta-besoin, retenue par la conférence de consensus, est issue des travaux menés par C. Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin au Québec. Pour ces auteurs, il s'agit du besoin « *d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant* », ou encore du besoin « *d'attention ou de disponibilité psychologique de la part de leur entourage immédiat. En d'autres termes, les enfants ont besoin que les adultes de leur entourage immédiat aient une "théorie implicite" de leurs besoins* »⁵⁸. Ce besoin est qualifié de « *méta-besoin* » dès lors « *qu'il englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier* ».

Ce besoin qualifié de « *méta* », c'est-à-dire considéré comme supérieurement important par rapport aux autres besoins, apparaît donc comme d'ordre relationnel, son enjeu est bien la sécurité de l'enfant. Cette sécurité est une base, à considérer à la fois du côté de la physiologie et du maintien de la vie du corps, et du point de vue de la construction du psychisme du petit humain, ceci dans la perspective de son développement. Pour Emmanuelle Bonneville-Baruchel⁵⁹, c'est le besoin du bébé de construire « *un sentiment de sécurité de base, assise fondamentale de toute la dynamique de développement* ». Afin de comprendre pourquoi disposer de ce sentiment de sécurité de base « *relève des besoins fondamentaux de l'enfant, à respecter absolument* », cette auteure en explique la nature et l'importance : « *Ce sentiment de sécurité, s'il est primordial pendant la toute-petite enfance, reste nécessaire à tous les âges de la vie et constitue une des conditions de la santé mentale. Il correspond essentiellement à la conscience, voire à la conviction, de disposer d'une base sécurisée dans sa vie. Un QG, un havre ou un home sweet home stable et fiable, dont on peut s'éloigner, mais dont on est sûr qu'on le retrouvera et que l'on peut y revenir se reposer, se ressourcer, se réparer avant de s'envoler à nouveau affronter et découvrir le monde et la vie. Ce peut être un lieu, une situation, le contact d'une personne... C'est une base, dont on peut emporter le souvenir soutenant et réconfortant avec soi lors des pérégrinations hasardeuses, parfois difficiles et douloureuses, dans la réalité externe et dans l'investissement des autres.* » Selon cette auteure, ce sentiment de sécurité repose sur trois composantes essentielles : en premier lieu, une figure de sécurité et l'investissement du lien avec elle, c'est-à-dire une personne stable, permanente, disponible, adaptée et empathique que l'enfant investit, parmi toutes ses relations, comme celle qui le sécurise et le réconforte. La continuité

57 Voir la note de synthèse bibliographique *Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance* (ONPE, octobre 2016).

58 LACHARITÉ C., ÉTHIER L., NOLIN P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006/4, vol. 484, p. 381-394.

59 BONNEVILLE-BARUCHEL E. Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : l'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle. *Le carnet psy*. 2014/5, n° 181, p. 31-34.

relationnelle avec cette figure de sécurité est la deuxième composante de ce sentiment de sécurité, continuité relationnelle qui évolue et change en suivant l'autonomisation progressive de l'enfant. Enfin est également nécessaire un lieu de vie qui procure le sentiment d'avoir un chez-soi, un lieu permanent où laisser ses affaires, un cadre de vie, c'est-à-dire une qualité d'espace, une organisation, des rythmes et des règles stables et permanentes.

Un des enjeux majeurs pour les dispositifs de suppléance en protection de l'enfance est de penser et de permettre une réponse adaptée et de qualité à ce méta-besoin de tout enfant, comme nous le verrons aux sections II-2.2 à II-2.4.

II-1.2 L'apport des théories sur les liens interpersonnels⁶⁰

La dimension relationnelle du méta-besoin de sécurité de l'enfant trouve ses fondements dans les travaux sur l'attachement. Les approches fondées sur l'attachement décrivent un système motivationnel de l'espèce humaine, c'est-à-dire un répertoire programmé de comportements par lequel, en l'espèce, le bébé en situation de détresse recherche la proximité de l'adulte (la figure d'attachement). Ainsi, « *l'attachement contribue à la survie de l'enfant en assurant sa protection par des adultes* »⁶¹. Des travaux de recherche ont permis de décrire deux grands types de liens d'attachement : des liens sécurisés chez des enfants qui, en situation de détresse, se servent de leur figure d'attachement comme d'une base pour retrouver leur sécurité, et des liens insécurisés chez des enfants qui, en situation de détresse, soit ne comptent pas sur leur figure d'attachement pour retrouver leur sécurité (on dit qu'ils sont anxieux évitants), soit refusent de se laisser réconforter par leur figure d'attachement (on dit qu'ils sont anxieux résistants ou ambivalents). Ultérieurement, ont été décrits des attachements dits « *désorganisés* » ou « *désorientés* » pour des enfants qui, en situation de détresse, réagissent avec leur figure d'attachement dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion, voire la dépression⁶².

Comme indiqué précédemment, pour que le lien d'attachement procure au tout petit enfant un sentiment de sécurité, il est nécessaire que ce dernier vive, de manière répétée, l'expérience de recevoir des soins de manière fiable, prévisible, cohérente, et dans la continuité relationnelle avec un petit nombre d'adultes sensibles à ses besoins. Les notions de disponibilité et de sensibilité renvoient aux caractéristiques particulières dont doit être doté le partenaire relationnel de l'enfant en charge de ses soins. La disponibilité désigne la capacité de l'adulte de référence à garder l'enfant à l'esprit, à être présent physiquement et émotionnellement pour répondre à ses signaux d'alerte, et même à anticiper ses besoins physiques et émotionnels. La sensibilité est la capacité de l'adulte de référence à se mettre à la place de l'enfant, à percevoir ce qu'il ressent et à l'interpréter, à y donner du sens. Disponibilité et sensibilité permettent de répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant. Dans ces conditions, les interactions répétées du bébé avec sa figure d'attachement, disponible et sensible, outre qu'elles lui permettent d'investir des activités d'exploration, construisent progressivement en lui des représentations d'autrui comme quelqu'un sur qui compter et de lui-même comme quelqu'un d'estimable et digne d'intérêt.

60 Notion reprise de LAMOUR M. Tu peux compter sur moi. In : AYOUN P. (dir.), ROMANO H. (dir.). *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant*. Toulouse : Érès (1001 et +), 2013, p. 77-100.

61 GUÉDENEY N. *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : Yapaka (Temps d'arrêt – lectures), 2010.

62 Voir le dossier thématique *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance* (ONPE, 2010).

Ces approches soulignent la nécessité d'interactions précoces de qualité suffisante pour permettre à l'enfant de grandir sans être maintenu dans une situation d'insécurité permanente, source d'incertitude et d'angoisse qui mobilisent des défenses. Or certains enfants sont confrontés au cours de leurs premières années de développement à un environnement relationnel caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des interactions. Martine Lamour observe trois types de perturbations des interactions mère-bébé dans les familles dites « carencées » : une alternance quotidienne et imprévisible du tout au rien, c'est-à-dire de moments de collage relationnel avec des moments de mise à distance ; une difficulté des mères à investir le corps du bébé avec des soins corporels déficients ; une perturbation des interactions affectives et verbales se manifestant par des « *explosions interactives* » alternant avec de longs moments de vides relationnels⁶³. Les mêmes caractéristiques apparaissent dans les travaux d'E. Bonneville-Baruchel⁶⁴, qui fait état d'une alternance imprévisible dans les interactions, d'une défaillance des soins corporels, et de « *signes de désaccordage* » entre parent et enfant, par exemple au cours des soins de maternage.

Pour M. Lamour, de « *grande difficultés, voire une impossibilité de percevoir et de répondre aux besoins de son enfant, au quotidien, en fonction de son niveau de développement, font parler de troubles graves de la parentalité, source de souffrance chez l'enfant et les parents* ». En arrière-fond de ces manifestations, il y a une perturbation de la relation entre l'enfant et son parent également désignée comme « *pathologie du lien* » qui se caractérise par des troubles de l'attachement (avec une fréquence de l'attachement désorganisé) et de l'intersubjectivité⁶⁵. Cet ensemble de troubles constitue, selon M. David, un « *syndrome qui est lié, semble-t-il, aux difficultés survenues très précocement, à l'origine même et à l'intérieur du lien entre mère-père-enfant, et au dysfonctionnement mental primaire préverbal de l'enfant qui en résulte, plus particulièrement celui des processus de séparation individuation* ». Ce dysfonctionnement provoque, dans la relation entre parent et enfant, « *des mouvements successifs d'emprise, de violence, de rejet, d'abandon* », comme décrit dans les observations précédemment évoquées. M. David a dénommé « *mal de placement* » cette intolérance mutuelle qui se développe entre mère et enfant, parfois entre père-mère-enfant, et qui est rapportée à des troubles précoces de l'attachement altérant le processus de séparation-individuation de l'enfant. Pour cette auteure, ce syndrome prend diverses formes, en fonction des multiples variables dont il dépend, la maltraitance en constituant l'une des formes cliniques les plus préoccupantes⁶⁶. Certains praticiens parlent ainsi de « *familles à transactions maltraitantes* », soulignant comment les processus à l'œuvre au sein des relations familiales peuvent déboucher sur des violences à l'encontre des enfants⁶⁷. Dans ces situations, Rosa Masacaro relève, comme M. Lamour et E. Bonneville-Baruchel d'après leurs propres expériences cliniques, que les échanges parents-nourrisson sont particulièrement difficiles lors du processus de différenciation et d'individuation de l'enfant, les parents supportant mal le désir d'autonomie de l'enfant : « *Le bébé tant attendu devient alors source de persécution et une dynamique interactionnelle négative peut s'instaurer et évoluer vers une négligence de l'attitude parentale et une maltraitance de l'enfant.* »⁶⁸

63 LAMOUR M. *Tu peux compter sur moi. Op. cit.*

64 BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant placé*. Toulouse : Érès, février 2015.

65 LAMOUR M., GABEL M. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse : Érès, 2011.

66 DAVID M. *Réflexions sur les séparations dans la petite enfance. Op. cit.*

67 Voir la revue de littérature *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants* (ONPE, août 2016).

68 MASCARÓ-ANSENS R. Du dysfonctionnement interactif à la maltraitance : une approche thérapeutique familiale, le Fil d'Ariane. In : AFIREM. *La prise en charge de la maltraitance : jeux et enjeux*. Paris : Karthala, 1999.

Il est particulièrement important que les professionnels impliqués auprès des familles disposent des connaissances leur permettant de comprendre et d'analyser ces problématiques. Évaluer les difficultés de la relation entre l'enfant et ses parents, tout en repérant ce qui fonctionne, est un aspect important du travail mené dans les dispositifs de prise en charge des enfants confiés en protection de l'enfance. Cette évaluation se situe dans au moins deux perspectives : préciser l'indication de prise en charge en vue d'éventuelles réorientations, à partir d'une appréciation de la situation affinée au cours d'une première intervention, adapter les modalités d'accompagnement de la relation et du lien entre enfant et parents dans le cadre d'une mesure d'accueil de l'enfant.

En vue de cette amélioration des indications de prise en charge, E. Bonneville-Baruchel⁶⁹ rappelle la nécessité de distinguer les situations d'incompétence parentale des situations d'incapacité parentale. Ces situations ne recouvrent pas les mêmes réalités et nécessitent en conséquence des prises en charge différenciées. Elle insiste sur le fait que l'on « *assiste trop souvent à une confusion des deux dans les pratiques en protection de l'enfance, ce qui produit des échecs des mesures d'assistance éducative qu'une meilleure évaluation initiale de la nature des difficultés parentales aurait pu éviter* ». Les compétences renvoient au registre des apprentissages quand les capacités relèvent de l'état ou de la structuration psychique.

Ainsi, la situation d'incompétence parentale concerne des parents démunis en matière de compétences éducatives et de technicité des soins à apporter, ou encore pour ce qui est de la compréhension du vécu et des expressions de leur enfant. Il s'agit de parents qui ne souffrent pas de troubles psychiques personnels, ayant une structuration psychique et une organisation de la personnalité saines et stables. Les difficultés se situent dans l'expression et la réalisation des fonctions parentales, le plus souvent par ignorance ou par manque d'un environnement soutenant. Les personnes concernées ont besoin d'apprendre et de comprendre et sont ensuite capables de reproduire les éléments acquis de façon autonome et adéquate. L'indication d'aide éducative est adaptée et donne souvent d'excellents résultats. Dans ce cadre, les pratiques éducatives de « *faire avec* » permettent d'incarner les connaissances théoriques et techniques des professionnels dans des actions concrètes de soin à l'enfant et d'éducation, avec une posture et un vocabulaire adéquats favorisant l'implication des familles.

L'incapacité psychique des parents à agir en adéquation avec les besoins exprimés par leur enfant relève selon E. Bonneville-Baruchel d'une autre problématique, et peut être momentanée ou chronique. Il peut ainsi arriver, à la suite d'un évènement particulier ou dans un contexte traumatogène (séparation conjugale, déracinement, perte d'emploi, expérience de l'accouchement du fait de bouleversements identitaires impliqués par l'accès à la parentalité), que certains parents vivent momentanément un épisode de désorganisation psychique extrême, dont la décompensation n'a pas eu lieu auparavant. Il ne s'agit pas d'une problématique liée à une structure de personnalité : le parent a pu faire preuve auparavant de réelles compétences parentales, mises en œuvre de façon adéquate et permanente (par exemple pour d'autres enfants), et qu'il pourra retrouver sous réserve de soins et de soutien. Du fait des effets délétères de cette situation sur le développement de l'enfant, il est nécessaire d'élaborer un projet de substitution des fonctions parentales auprès de l'enfant pendant la période où le parent est entravé, projet qui pourra être limité dans le temps si le parent se rétablit. Pour prolonger la réflexion sur ce

69 BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes...* Op. cit.

modèle, on peut se demander s'il n'y a pas un intérêt à travailler également sur un renforcement des compétences parentales en situation d'incapacité parentale temporaire.

L'incapacité parentale chronique « est liée à la structure de la personnalité de l'individu qui se trouve être parent. Les troubles qui en découlent l'empêchent d'acquiescer et/ou de mettre en œuvre de façon permanente les compétences parentales ». Du fait de la dimension structurelle qui se différencie d'un état pathologique, le potentiel d'amélioration demeure extrêmement faible, ce qui explique le caractère chronique de l'incapacité parentale dans la majorité des situations. C'est ce public auquel s'adresse par exemple l'accueil familial thérapeutique Pré Médard du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers⁷⁰, dont l'équipe témoigne ainsi avoir fait évoluer ses pratiques au regard de « l'immuabilité parentale ».

Dans le couple parental, la situation d'incapacité parentale chronique peut affecter les deux parents ou seulement l'un des deux. Dans le deuxième cas, il est cependant rappelé que si le parent non affecté ne peut « prendre, auprès de l'enfant, de façon active et permanente, un rôle de substitution et de protection contre les effets délétères de la pathologie de l'autre parent », la situation d'incapacité parentale chronique demeure.

Plusieurs jalons sont proposés pour aider à repérer les situations d'incapacité parentale chronique⁷¹ : la présence de troubles mentaux importants et chroniques avec des éléments délirants, surtout si ces derniers impliquent l'enfant ; la présence de comportements psychopathiques avec une errance qui peut prendre différentes formes ; l'absence de contrôle par le parent de ses impulsions et tensions internes ; l'impossibilité d'accepter la moindre responsabilité dans la situation de souffrance de l'enfant et de tolérer la moindre remise en question ; un refus actif ou passif ou un détournement pour soi de l'aide proposée ; l'absence de changement significatif dans l'attitude affective et éducative du parent à l'égard de l'enfant au bout d'un délai d'aide, estimé à un mois pour un nourrisson et six mois pour un enfant de plus de 2 ans. Un intervenant d'un service de visites médiatisées et d'accompagnement à la parentalité rencontré témoigne de telles situations d'incapacité parentale chronique, dont le repérage ne s'avère pas toujours aisé : « Je me souviens d'une des premières familles accueillies sur ce dispositif : la première visite a fait pleurer des gens, ici. C'était tellement touchant et émouvant que tout le monde s'est laissé aspirer par ça, et au final on a bien vu qu'au bout de dix-huit mois c'était toujours la même chose, voire pire. » Sur le terrain, sont également rencontrées des situations non évoquées dans le modèle ci-dessus, où la question de la déficience intellectuelle va de pair avec une incapacité à répondre aux besoins d'un tout-petit, ou à le faire à temps plein et sans étayage.

L'évaluation des parents et de leurs interactions avec l'enfant pour savoir si la problématique renvoie au registre des compétences ou à celui des capacités doit être préalable au choix d'un mode d'intervention social ou thérapeutique. E. Bonneville-Baruchel insiste sur le caractère indispensable de cette évaluation différentielle, « sous peine de préconiser des mesures inefficaces, et de violenter parents et enfant ».

70 Voir la fiche de dispositif sur l'accueil familial thérapeutique Pré Médard sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

71 BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes...* Op. cit.

Ces travaux apportent un nouvel éclairage, avec beaucoup de précisions sur le plan clinique, aux approches développées au début des années 2000 sur les niveaux de parentalité⁷² et sur les conditions dans lesquelles un exercice partiel de parentalité peut être envisagé.

Plusieurs dispositifs visités dans le cadre de l'étude (service d'accompagnement des visites parents-enfant de Baincthun, accueil de jour territorialisé de Saverne, le Fil d'Ariane) se sont dotés d'un cadre de points d'attention pour l'observation des relations parents-enfant et de la façon dont les parents perçoivent et répondent aux besoins de leur enfant dans les moments partagés. Ces cadres se présentent pour deux d'entre eux sous forme d'une série d'attitudes ou de capacités parentales : même si l'on y retrouve quelques items communs, leurs fondements théoriques apparaissent différents, dans un des documents c'est une approche éducative du rôle parental qui prévaut, l'autre étant fondé sur la notion de capacité parentale référée aux travaux précités d'E. Bonneville-Baruchel.

L'outil d'évaluation utilisé au Fil d'Ariane porte quant à lui sur les interactions entre le bébé et le(s) parent(s), et sur le développement de l'enfant de la naissance à 2 ans. Cet outil d'observation des interactions est adapté à la sémiologie du bébé victime de carences ou de négligences, et peut être complété à différents âges (3 mois, 9 mois, 1 an, 2 ans). Il permet des évaluations beaucoup plus fines que les autres outils existants (comme le test de Brunet-Lézine), adaptées à cette population clinique particulière. En cours d'expérimentation dans différents services, cet outil fait l'objet d'une validation scientifique, en vue de publications et du développement de formations. Cet outil a été construit avec l'aide du professeur Serge Lebovici en 1995 en prenant pour modèle de départ des grilles déjà existantes (grilles RAF de Bobigny, de Lebovici et Mazet, 1998 ; Care-Index ; Gédan ; BNBAS) (Lebovici, Mazet et Visier, 1989). Son utilisation en pouponnière a été adaptée aux bébés séparés de leurs parents et soignés par un professionnel de l'établissement. Il comprend des items qui renseignent sur le niveau de développement et sur les compétences interactives du bébé avec ses parents et avec le professionnel qui le prend en charge⁷³.

Ces grilles et outils permettent de recueillir des données représentatives de l'enfant, de ses parents et de leurs interactions, de constater les difficultés toujours présentes, les régressions potentielles, et les progrès réalisés. Ce sont des outils complémentaires de l'évaluation clinique. Les grilles ont été initialement créées et utilisées face aux difficultés des équipes pour évaluer les situations familiales.

II-1.3 Les apports des neurosciences dans la compréhension des besoins de l'enfant et de l'impact des traumatismes relationnels précoces

Parmi les nouvelles perspectives identifiées ont été relevés les apports des neurosciences, qui viennent souvent confirmer des constats cliniques et des résultats de recherche en sciences humaines et sociales plus anciens. Les progrès réalisés avec les techniques d'imagerie (scanner, IRM) ont permis des découvertes sur le développement du cerveau. Les neurologues rappellent ainsi que le cerveau est un organe « *bio-environnemental* », « *bio-social* », au sens où son

72 HOUZEL D. (dir.). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Érès, 2005.

73 Pour plus d'informations : MASCARÓ R., *et al.* Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012/2, vol. 24, p. 69-115. Cet article a bénéficié d'une fiche de synthèse dans la revue de littérature *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants* (*op. cit.*).

développement dépend de la nature des interactions que le sujet vit avec son environnement⁷⁴. C'est donc l'environnement qui détermine la qualité du développement des potentiels innés du nouveau-né : ils se révéleront, ou non, selon les possibilités offertes par l'environnement⁷⁵.

Les recherches engagées portent pour beaucoup sur la plasticité cérébrale, la construction cérébrale des premiers temps de la vie et les séquelles qui peuvent découler de certaines situations d'exposition à des environnements défaillants ou violents. Il en ressort que les traumatismes relationnels précoces peuvent, via notamment l'activation excessive du système hormonal de gestion du stress⁷⁶, avoir des conséquences en termes d'atteintes sur la mise en place de l'architecture et sur le fonctionnement du cerveau des jeunes enfants. Si ces problématiques ne sont pas considérées à temps, elles peuvent générer des effets durables à long terme.

Certains chercheurs ont ainsi montré que la circonférence du cerveau des enfants très négligés est beaucoup plus petite que la normale, d'autres ont également relevé que les négligences sévères peuvent être la principale cause d'atrophie de certaines parties du cerveau⁷⁷. Le stress toxique est susceptible d'entraîner des perturbations dans certaines zones du cerveau importantes pour la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages. Les recherches les plus récentes s'orientent également vers les effets des expériences précoces en termes de modification de l'expression des gènes et de leur régulation⁷⁸.

Dans ses travaux sur la mémoire traumatique, Muriel Salmona propose un modèle théorique pour comprendre les liens entre les découvertes neurobiologiques et la clinique des psychotraumatismes⁷⁹. Les violences traumatiques aboutissent, à travers différents mécanismes de sauvegarde déclenchés par le cerveau, à la constitution d'une mémoire traumatique de l'évènement, différente de la mémoire autobiographique normale et non intégrée : il s'agit d'une mémoire émotionnelle enkystée, hypersensible et incontrôlable, prête à « exploser » en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse, les événements violents ainsi que les émotions et les sensations qui s'y rattachent. Un nourrisson peut développer une mémoire traumatique, même s'il n'a pas la possibilité avant l'âge de 2 ou 3 ans de se souvenir des violences. Cette mémoire traumatique et les conduites dissociantes mises en place par les enfants traumatisés pour survivre aux violences subies sont à l'origine de nombreux troubles et peuvent entraîner des risques vitaux chez des enfants qui se mettent en danger.

Ces connaissances montrent l'intérêt d'une prévention précoce. Elles renforcent également la nécessité d'une évaluation attentive de l'état du développement des jeunes enfants susceptibles d'être maltraités ou négligés. Si la plasticité cérébrale ouvre la possibilité de remaniements dans l'organisation du cerveau, cela ne peut pas s'envisager sans modifications de l'environnement de l'enfant voire sans démarches psychothérapeutiques⁸⁰.

74 Allan N. Schore (2001), cité dans : BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes...* Op. cit.

75 ALVAREZ C. *Les lois naturelles de l'enfant*. Paris : Les Arènes, 2016. Voir également : ALVAREZ C. *La plasticité cérébrale chez l'enfant*. Vidéo consultable en ligne : https://www.youtube.com/watch?v=pnF21M30U_U.

76 MARTIN-BLACHAIS M.-P. Op. cit.

77 MASCARÓ R., et al. Op. cit.

78 MOUREAU A., DELVENNE V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*. 2016/1, vol. 59, p. 333-355.

79 SALMONA M. La prise en charge médicale des enfants victimes. In : ATTIAS D. (dir.), KHAÏAT L. (dir.). *Le parcours judiciaire de l'enfant victime*. Toulouse : Érès (1001 et +), 2015.

80 MOUREAU A., DELVENNE V. Op. cit.

II-1.4 La connaissance sur les signes de souffrance du jeune enfant et sur ses réactions à la séparation

Les bébés exposés à des négligences ou des maltraitements présentent des signes de souffrance qui s'avèrent difficiles à repérer car leur expression est souvent discrète. En l'absence de langage oral, c'est par le corps que le petit enfant va exprimer sa souffrance, qui se traduit par des signes et des symptômes divers. Leur forme et leur intensité ne sont pas forcément en rapport avec une gravité des troubles, ni spécifiquement liés à une problématique de trouble des liens précoces, c'est pourquoi une exploration de la situation relationnelle du bébé est nécessaire en vue du diagnostic. Plusieurs catégories de repères cliniques de souffrance psychique précoce sont identifiées par différents auteurs⁸¹ :

- des troubles dans la sphère tonico-motrice : hypertonie, hypotonie, retard, dysharmonie, activités répétitives, etc. ;
- des troubles fonctionnels résultant d'une désorganisation psychosomatique et pouvant affecter tous les organes : troubles alimentaires, du sommeil, respiratoires, etc. ;
- des troubles dans la sphère relationnelle : atteinte de la qualité du regard, comportement de retrait, dépression, trouble de la régulation de la vigilance, etc.

Rosa Mascaró⁸², pédopsychiatre en pouponnière, se réfère aux travaux d'A. Bullinger et à sa collaboration avec des neuropédiatres pour alerter sur l'importance de la pratique de portage du bébé. À la naissance, le bébé a besoin des bras des parents comme points d'appui pour résister au poids de la gravité et pour poursuivre le travail de coordination sensorielle qui a démarré en anténatal. Pour lui permettre d'exercer sa régulation tonique et d'investir la partie musculaire postérieure, l'adulte doit lui fournir des points d'appui, en particulier aux deux articulations importantes de la nuque et du bassin. Or, dans les situations de négligence, l'une des réponses inadaptées du parent pouvant très rapidement apparaître réside dans cette pratique déficiente de portage. Beaucoup d'enfants carencés n'ont pas eu de soutien de leur tête, qui tombe en arrière, ou n'arrivent pas à basculer d'une position asymétrique de gauche à droite avant l'âge de deux mois ; ils présentent des symptômes d'absence de rétroversion du bassin et d'hypertonie postérieure. Ces difficultés de construction corporelle et du système sensorimoteur (qui relie les phénomènes sensoriels et l'activité motrice) ont des répercussions sur d'autres dimensions, pouvant entraîner par exemple des problèmes d'alimentation avec des régurgitations. Ces enfants ont donc besoin de soins sensorimoteurs au début de la vie.

Pour R. Mascaró toujours, il est essentiel que les professionnels de protection de l'enfance intervenant auprès des jeunes enfants soient formés à l'évaluation des signes de souffrance du bébé, qu'ils sachent comment évaluer et dans quel contexte, mais aussi qu'ils connaissent les signes que l'on peut rencontrer dans l'observation de ces enfants. Ce faisant, ils seront par exemple en mesure de distinguer une dépression du bébé d'un évitement relationnel grave et d'un évitement relationnel mobilisable. De même, les symptômes face à des attitudes parentales comme l'intrusivité ou la passivité pourront être différenciés. Il est essentiel de savoir repérer l'expression d'une souffrance qui est très spécifique parce qu'elle est infra-verbale. Les signes

81 MASCARÓ-ANSENS R. *Op. cit.* ; AMAR M., GARRET-GLOANEC N., LE MARCHAND-COTTENCEAU M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Septembre 2009, vol. 57, n° 6, p. 542-547.

82 Entretien avec l'ONPE réalisé dans le cadre de l'étude, le 16 juin 2017.

exprimés peuvent parfois donner lieu à une interprétation contraire à leur signification. Ainsi, dans leurs mécanismes de défense face à des mamans très intrusives, les bébés trouvent toujours la meilleure homéostasie pour qu'elles ne se mettent pas à crier et ne deviennent pas encore plus intrusives : « *Certains bébés sourient vraiment face à leurs mères, ne pleurent pas et contiennent toutes leurs émotions, ils sourient toujours pour être tranquilles, et c'est parfois quand ils regardent ailleurs, que l'on peut voir toute leur tristesse.* » Selon R. Mascaró, ce sont les bébés les plus difficiles à repérer.

Les signes de souffrance que les enfants placés manifestent dans le cadre de leur milieu d'accueil doivent également faire l'objet d'une prise en compte attentive. S'agissant des enfants confiés à des familles d'accueil, M. David a montré comment, passé un premier temps éphémère d'« idylle », la relation entre l'enfant et son accueillante – cela se passe parfois aussi avec le père d'accueil – tend à devenir de plus en plus exclusive et contraignante, annonçant l'entrée dans un temps qui selon cette auteure est celui de la désillusion et de la violence. Chez les bébés, se manifestent les effets cumulés des troubles de l'attachement primaire et du choc de la séparation des parents (premières figures d'attachement), avec une intransigeance des demandes du tout-petit et une angoisse de séparation qui s'intensifie⁸³. Le service d'accueil familial thérapeutique de Poitiers témoigne que ces réactions du jeune enfant, avec parfois des manifestations somatiques, sont observées voire même attendues comme étant des expressions de sa sensibilité à la séparation et aux modifications de son environnement. La capacité de réaction du nouveau donneur de soin à ces signes est alors particulièrement importante pour offrir à l'enfant des possibilités de réconfort, de restauration et de sécurité.

Les approches développementales, les théories sur les liens interpersonnels, l'éclairage par les neurosciences des besoins de l'enfant et de l'impact des traumatismes relationnels précoces, et enfin les signes de souffrance des jeunes enfants constituent donc quatre registres de connaissance nécessaires aux professionnels impliqués dans la prise en charge d'enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance.

Un autre domaine reste à analyser en complément, il s'agit de celui des facteurs de protection et de résilience sur lequel les recherches concernant les enfants placés font défaut⁸⁴. Dans un ouvrage récent, Catherine Sellenet⁸⁵ explore des pistes par lesquelles les professionnels peuvent travailler à renforcer la résilience des enfants placés. Selon son approche, la résilience est abordée comme « *la capacité de résister à un traumatisme et celle de se reconstruire après lui* », mais aussi comme une capacité à se libérer du poids du passé sans être dans le déni de ce qui est arrivé. Dans ce qui favorise ce processus de résilience chez les enfants placés sont repérés l'engagement auprès d'eux et dans leur combat pour vivre d'autres personnes, adultes et d'enfants, les projections positives sur leur avenir qui donnent espoir, et la force apportée par des témoignages. À l'instar d'autres auteurs⁸⁶, C. Sellenet rappelle que toute résilience a un coût pour la personne concernée.

83 David M. L'enfant en placement familial. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.* ; DAVID M. Le bébé en placement familial. In : *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*

84 JONES HARDEN B. Safety and Stability for Foster Children : A Developmental Perspective. *The Future of Children*. Décembre 2004, vol. 14, n° 1, p. 31-47. Cité dans : CERVERA M., JUNG C. *Op.cit.*

85 SELLENET C. *Vivre en famille d'accueil : à qui s'attacher ?* Paris : Belin, 2017.

86 MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D., et al. *Enfance en danger*. Paris : Fleurus (Psycho-pédagogies), 1997. Voir notamment p. 680 et suivantes.

II-2. Les pratiques du penser petit : le prendre soin au cœur de dispositifs d'accueil de jeunes enfants confiés en protection de l'enfance

Pour répondre aux besoins fondamentaux des jeunes enfants qui leur sont confiés en tenant compte de leurs besoins spécifiques de compensation, des dispositifs d'accueil en protection de l'enfance développent des pratiques qui relèvent à la fois d'un soin global de l'enfant et d'une approche très fine de son évolution. Plusieurs modes d'intervention intéressants peuvent être répertoriés à partir des visites effectuées dans le cadre de cette étude.

II-2.1 Prendre soin et pratique du *care*

Les approches fondées sur le concept politique et sociologique de *care* sont un modèle éclairant pour aborder les modes de prise en charge des jeunes enfants confiés en protection de l'enfance. La perspective du *care*, qui retient et s'appuie sur un terme anglais désignant à la fois l'idée de « soin » et celle de « se sentir concerné par quelqu'un », promeut l'importance, pour la vie humaine et sociale, de prendre soin de l'autre, d'avoir souci de lui, d'être dans une sollicitude à son égard. L'éthique du *care* postule que la dépendance et la vulnérabilité sont des traits communs à la condition de tous et qu'à ce titre ceux qui prennent soin des personnes dépendantes et vulnérables ont un rôle majeur. Cette approche permet d'aborder la dimension d'engagement qu'implique le travail d'accompagnement et de soin auprès des jeunes enfants ainsi que de leurs parents, engagement qui « *rend la rencontre possible* ». En outre, une dimension de réciprocité est envisagée dans une approche qui « *conjugue le fait de "prendre soin" et de "prendre soin de l'autre"* ». « *L'autre ne se résume pas à être un objet de soin car le care est une relation qui s'établit entre deux partenaires acteurs au sein de cette relation.* »⁸⁷

Parce qu'il est « *engagement à ne pas traiter quiconque comme partie négligeable* », « *sensibilité aux détails qui importent dans les situations vécues* »⁸⁸ et parce qu'il contient aussi l'idée de la rencontre dans le soin, le *care* constitue un cadre fécond pour élaborer et développer des pratiques fondées sur l'idée de « *penser petit* ». Il permet de souligner que l'enjeu de ces pratiques est autant de se préoccuper des besoins particuliers, du développement et du bien-être de chaque enfant confié que de préparer l'avenir de la société dans laquelle chacun de ces enfants doit trouver toute sa place.

Une autre contribution des réflexions sur le *care* réside dans le fait qu'elles intègrent la place centrale des donneurs de soins dans la dynamique sociale – alors qu'en tant que salariés ils sont souvent faiblement qualifiés et reconnus, la délivrance de soins de qualité à la personne et à son corps n'étant pas valorisée. Des recherches ont ainsi montré comment les organisations de travail en protection de l'enfance peinent à admettre et à rendre compte des dimensions sensibles et émotionnelles d'un métier comme celui d'assistant familial. Ce sont pourtant ces dimensions qui rendent possible leur engagement, l'établissement du lien avec les enfants placés et l'appréciation des situations complexes dans la gestion de leur singularité⁸⁹. Il s'agit d'un axe

87 BRUWIER G. *Prendre soin du bébé placé*. Bruxelles : Yapaka, (Temps d'arrêt – lectures), 2017.

88 LAUGIER S. Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire. In : MOLINIER P. (dir.), LAUGIER S. (dir.), PAPERMAN P. (dir.). *Qu'est-ce-que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot & Rivages (Petite bibliothèque Payot), 2012.

89 LENZI C., GRAND D., FARCY-CALLON L. *Du domicile à l'institution – entre professionnalité et professionnalisation : une ethnographie du placement familial*. Rapport final, novembre 2016. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2014.

essentiel à prendre en considération, à un moment où les services employeurs, tant du côté des départements que des associations habilitées, font le constat du vieillissement des assistants familiaux en cours d'emploi, d'une difficulté grandissante à recruter de nouveaux salariés, et d'une désaffection de candidatures pour l'accueil des bébés et des petits enfants.

II-2.2 Veiller et répondre au besoin de sécurité : des soins vitaux délivrés par des adultes de référence fiables et sensibles aux besoins du tout-petit

Selon le rapport précité issu de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, la sécurité est un méta-besoin de l'enfant qui comprend trois dimensions : les besoins physiologiques et de santé ; le besoin de protection ; et le besoin affectif et relationnel. En posant le caractère *princeps* de ce dernier besoin, les participants à la démarche semblent rejoindre les tenants du *care* pour qui la qualité des soins du corps implique une rencontre entre soignant et soigné. Concernant les enfants confiés en protection de l'enfance, les participants à la démarche soutiennent que, leurs besoins fondamentaux n'ayant été satisfaits ni qualitativement, ni en temporalité avec leurs besoins développementaux, ces besoins fondamentaux acquièrent une acuité et des spécificités à prendre en considération, qui conduisent à considérer que ces besoins sont exacerbés et justifient des réponses de compensation adaptées au regard des troubles développementaux associés⁹⁰.

La satisfaction primordiale des besoins « vitaux » et corporels des bébés et petits enfants passe par les pratiques de maternage, de nourrissage, de change et de toilette, de portage. Mais ces besoins ne peuvent être pleinement satisfaits que si les soins ont lieu dans le cadre d'une relation sécurisante : il est nécessaire que les donneurs de soins qui suppléent les parents auprès des enfants confiés soient fiables, prévisibles, cohérents, assurent une continuité relationnelle et présentent une sensibilité aux éprouvés du bébé. De tels soins sont aussi fondamentaux pour la construction subjective de l'enfant. Dans le contexte du placement, comme le rappelle M. David, *« le bébé privé de sa mère est en état d'angoisse de perte » et d'inquiétude à l'égard de « l'étrange ». Les soins donnés par « une autre », « une inconnue », sont en soi une source de terreur alors qu'ils sont indispensables ; pour être acceptables, ils doivent être prodigués de façon à restaurer la sécurité, créer un sentiment de bien-être et de plaisir. C'est dire que la soignante doit tenir compte de la sensibilité du bébé, de ses craintes telle qu'il les exprime à travers ses réactions motrices et toniques ; il lui faut ajuster ses gestes et manipulations à ces manifestations du bébé qu'elle doit être capable de percevoir et de respecter. La science et l'art du soin sont alors bien nécessaires »*⁹¹.

Les travaux de René Spitz puis de John Bowlby ont permis d'identifier, chez des nourrissons hospitalisés ou très tôt séparés de leurs mères des troubles dits « d'hospitalisme », ultérieurement décrits comme « syndrome de carence affective précoce ». Concernant tous les milieux d'accueils, institution comme placement familial, ces troubles sont liés à l'intrication de trois facteurs : la séparation mère-enfant, les carences institutionnelles et les troubles du lien mère-enfant⁹². Pour faire face au risque de carences auquel peuvent être exposés les très jeunes enfants accueillis dans des institutions comme les pouponnières ou les Mecs, lié à la rotation des adultes les

90 MARTIN-BLACHAIS M.-P. *Op. cit.*

91 DAVID M. Pour une meilleure connaissance du bébé : contributions de l'Institut Emmi Pikler. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 264.

92 DAVID M., APPELL G. Hospitalisme. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*

ayant en charge et au sentiment d'incohérence produit par des soins de maternage délivrés de façon disparate, une réflexion élaborée sur une organisation et des pratiques adéquates a été conduite dès les années 40 par l'institut Lóczy à Budapest, dirigé par le D^r Emmi Pikler. Diffusée en France auprès des acteurs de la protection de l'enfance par l'intermédiaire de la démarche gouvernementale dite de « l'Opération pouponnières » conduite entre 1978 et 2004 (voir *infra*), la pédagogie Pikler insiste sur la stabilité et la continuité dans la vie quotidienne à travers des repères affectifs et matériels tels que⁹³ :

- la désignation d'un nombre limité d'auxiliaires de puériculture, toujours les mêmes, pour s'occuper d'un nombre limité d'enfants en groupe stable ;
- la désignation pour chaque enfant d'une auxiliaire de puériculture de référence responsable de son bien-être et de son développement et garante de son histoire ;
- la réalisation de temps de soins de qualité avec une certaine unification des modes de faire et notamment selon un tour de rôle repérable par l'enfant ;
- l'observation permanente de l'enfant par les auxiliaires et les psychologues de l'équipe en vue de sa connaissance fine pour un ajustement au plus près de ses besoins ;
- la co-construction autour de lui d'un environnement le plus lisible, stable, fiable et cohérent possible, de façon à répondre ainsi à son besoin de sécurité⁹⁴.

Lors des soins délivrés selon cette pédagogie, une attention constante est portée à la parole et à la qualité des gestes effectués, auxquels les professionnels ont été formés : « *Quand l'auxiliaire s'occupe de l'enfant elle lui dit toujours ce qu'elle va faire avec lui. On lui dit par exemple : "Tu me donnes ton bras pour que je puisse mettre ta manche ?" Les enfants ont compris qu'on n'agresse pas leur corps : on parle aux enfants, on leur dit les choses. On leur dit : "Maintenant je vais changer ta couche", par exemple. On ne va pas leur soulever les jambes pour leur mettre une couche. Il y a un respect autour du corps, du coup ils ne se sentent pas agressés là-dessus. On fait très attention à la manière dont on les positionne, à la manière dont on prend soin d'eux, dont on leur dit les choses, à la manière dont on pose les mains sur eux* ».

Par rapport à la mise en œuvre de cette pédagogie, une étude qualitative et exploratoire⁹⁵, conduite dans deux pouponnières utilisant le principe de l'auxiliaire référente privilégiée pour chaque enfant, a montré que les missions des personnes interviewées étaient très proches de celles promues par l'approche Pikler. Ainsi, les référentes des deux établissements fournissent à l'enfant une relation privilégiée avec un adulte en particulier, étant en charge notamment de réaliser son album de vie, de lui acheter des vêtements, de décrire la façon d'être de l'enfant dans un rapport d'évaluation relu par des cadres, d'accompagner ses sorties en individuel, de réaliser les relais, par exemple auprès d'un assistant familial après le temps en pouponnière. Toutefois l'étude relève des points de divergence importants en ce qui concerne la formation de ces professionnelles (les référentes des deux établissements n'ayant pas bénéficié de formation spécifique), le soutien qu'elles reçoivent et l'analyse de leur pratique, le positionnement des professionnels par rapport aux fonctions maternelles et aux figures parentales, la gestion des

93 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *L'enfant en pouponnière et ses parents – conditions et propositions pour une étape constructive*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.

94 Voir la fiche de dispositif sur la pouponnière de l'Ermitage sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

95 VIOLON M., WENDLAND J. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2014/2, vol. 57, p. 581-616.

émotions. La qualité de la réponse apportée dans un établissement au besoin du jeune enfant de disposer d'une relation privilégiée à un adulte peut être évaluée au moyen de la grille de « *critères de qualité d'environnement d'accueil en pouponnières* » présentée en partie III.

Même si l'accueil familial est de loin privilégié par rapport à l'accueil en établissement pour la prise en charge des bébés et des petits enfants comme indiqué *supra*, la délivrance de soins de qualité peut s'y heurter à d'autres difficultés. L'état de souffrance de certains tout-petits exposés aux troubles de la relation avec leurs parents s'avère éprouvant pour les accueillants, qu'il s'agisse de nourrissons sans énergie et sans expression, dormant beaucoup ou à l'opposé très agités, difficiles à apaiser ou rejetant l'intimité. Les manifestations de mal être des enfants peuvent être très difficiles pour la famille d'accueil, comme l'indique ce témoignage : « *Les tétées ne sont jamais régulières, elle refuse de prendre le biberon, n'y manifestant aucun plaisir, pas de cris avertissant de l'heure de la tétée, passive, refusant le contact de la tétine dans sa bouche. Je dois insister pour qu'elle se nourrisse en la stimulant gestuellement et en lui parlant du bienfait du bon lait, et chaque tétée dure plus d'une heure, le médecin traitant parle alors de "dépression du nourrisson".* »⁹⁶ C'est alors l'isolement des familles d'accueil, très peu entourées et soutenues par d'autres professionnels dans nombre de services⁹⁷, qui constitue un risque, pouvant entraîner un découragement face aux réactions du bébé ainsi que des mécanismes de répétition des négligences, violences ou abandons antérieurement vécus par les jeunes enfants, et de nouvelles ruptures de prise en charge précoces pourtant à éviter.

A contrario, des services mettent par exemple en place un réel accompagnement des assistants familiaux accueillant de jeunes enfants, selon différentes modalités : le service d'accueil familial thérapeutique de Poitiers a instauré, dès le début des accueils, un rythme de visites des référentes-enfant au domicile des assistantes familiales de deux fois par semaine pour les bébés, cela jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 3 ans environ. Ces visites à domicile sont complétées d'appels téléphoniques réguliers⁹⁸. Ce type d'organisation est nécessaire pour la mise en place en accueil familial d'un « maternage réfléchi » (voir *supra*) auprès des bébés confiés. Il s'agit que l'assistant familial puisse adapter au mieux ses soins en fonction des signaux émis par le bébé. Comme l'expliquent Gillian Schofield et Mary Beek⁹⁹, les soins thérapeutiques ont pour but de créer un environnement dans lequel l'enfant n'aura aucun doute sur la satisfaction de ses besoins de proximité, de sécurité, de soins aimants : s'il fournit peu d'appels de détresse, les premières tâches vont consister à l'alerter sur ses propres besoins, à le réveiller pour le nourrir, à le tenir étroitement, à lui parler d'un ton apaisant et à le stimuler en douceur même s'il paraît satisfait d'être laissé seul pendant de longues périodes. Pour des bébés qui, à l'opposé, ne peuvent faire face à la séparation de leur assistant familial, même pour quelques minutes, celui-ci va devoir se montrer disponible au maximum et offrir son intimité physique et son réconfort autant que possible. Avec les bébés qui ont subi un traumatisme, il s'agit de prendre soin d'eux en s'assurant qu'ils ne se sentent pas alarmés ou perturbés par les soins quotidiens. Tout un étayage verbal et non-verbal doit également être apporté au bébé par lequel l'assistant familial reconnaît et

96 DIETERICH F., DOS SANTOS C., AMBLARD M. *Terres d'accueils : récits d'assistants familiaux*. Lormont : Le bord de l'eau, 2015.

97 Voir le rapport d'étude *L'accueil familial : quel travail d'équipe ?* (ONPE, juillet 2015).

98 Voir la fiche de dispositif sur l'accueil familial thérapeutique Pré Médard sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

99 SCHOFIELD G., BEEK M. *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives : la théorie en pratique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

affermit les émotions que le tout-petit éprouve et, dans le même temps, lui signifie qu'il peut les contenir et les contrôler. Ce travail permanent d'accordage aux besoins de l'enfant est exigeant et peut provoquer des mouvements émotionnels forts chez les adultes qui en sont responsables : sentiments de joie et de gratification, mais aussi d'anxiété, de colère ou d'accablement, d'où l'importance d'un soutien par d'autres professionnels avertis qui offrent aussi des espaces d'échange et de réflexion.

L'équipe « petite enfance » de l'unité d'accueil familial de l'association Jean Cotxet suit spécifiquement les enfants âgés de moins de 4 ans lors de leur admission et les accompagne jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 6 ans, moment où, selon les termes du projet d'établissement, les enfants doivent passer avec leur assistante familiale dans une autre équipe de suivi. Dans cette équipe, la visite du référent petite enfance au domicile de l'assistant familial est inscrite au niveau institutionnel comme étant obligatoire et devant avoir lieu au moins une fois par mois. Ce temps de travail est décrit comme l'occasion de tisser des liens de confiance dans le binôme formé par le référent petite enfance et l'assistant familial, de parler dans un autre contexte que celui du service, avec d'autres formes d'échanges entre référent, assistant familial et enfant, et comme l'opportunité pour les référents d'observer la réalité de l'accueil de l'enfant, ses difficultés dans le quotidien, et de créer un lien avec lui¹⁰⁰. Là encore, ces visites peuvent être complétées d'échanges téléphoniques plus ou moins réguliers et importants.

II-2.3 Veiller et répondre au besoin de sécurité : la réponse aux besoins particuliers de santé des enfants de moins de 6 ans confiés

Plusieurs travaux de recherche ont établi l'existence de problèmes de santé somatique et psychique chez une part importante des enfants confiés en protection de l'enfance. S'agissant des enfants admis avant l'âge de 4 ans, la gravité de leur état physique et psychique à l'admission ressort de l'étude « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance »¹⁰¹ avec : un taux de prématurité de 16 % (soit 2,5 fois supérieur à celui de la population générale), une forte exposition des enfants à des maltraitements lourds (50 % de la cohorte ont été exposés à des violences psychologiques, 36 % à la violence conjugale, 26 % à des violences physiques, 11 % à des négligences lourdes, et 3 enfants à des violences sexuelles), un très mauvais état général somatique des enfants (la moitié souffrant de carences multiples ou des stigmates d'une rupture de la courbe staturo-pondérale), une forte morbidité psychiatrique (près de 4 enfants sur 5 présentant des signes de souffrance psychique).

Ces résultats se retrouvent dans les observations des professionnels de services rencontrés dans le cadre de l'étude, parmi les équipes bénéficiant de la collaboration d'un médecin. Que les interventions se déroulent selon des formes classiques de suppléances ou dans le cadre d'accueils de jour, les praticiens qui procèdent à des bilans systématiques font état chez les jeunes enfants rencontrés de problématiques de malnutrition et d'anémie sur certains territoires à fort taux de précarité sociale, de troubles du sommeil, de retards de développement et de retards de langage (qui nécessitent de vérifier la vision et l'audition avant d'adresser en orthophonie), d'asthme,

100 Voir la fiche de dispositif sur l'équipe petite enfance de l'association Jean Cotxet sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

101 ROUSSEAU D., *et al.* Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*. Janvier-mars 2016, n° 1.

de pathologies cutanées, de problèmes moteurs (chez des enfants ayant peu de motricité libre au domicile), de pathologies de la relation et de pathologies neurologiques en lien avec des naissances prématurées, de séquelles de blessures physiques¹⁰². Pour certains enfants sont repérés l'absence d'un carnet de santé et des retards de vaccination. Tous ces éléments nécessitent des prises en charge thérapeutiques multiples qui doivent se faire avec une réelle prise en compte de la santé globale de l'enfant, comme le souligne ce directeur de pouponnière : *« À la pouponnière on les prend en charge globalement et on arrive à avoir des effets plus importants sur leur santé [...] La prise en compte de la santé et la pédagogie soucieuse de leur bon développement, ça doit marcher en même temps. Par exemple, si un enfant a des carences en fer, vous pouvez y mettre toute la pédagogie que vous voulez, ça ne va pas lui permettre de récupérer physiquement et psychiquement. La question de la santé est en parallèle avec l'intérêt de la pédagogie. Si on ne s'en occupe pas correctement, on passe à côté de certaines choses. »*

La prise en compte de la santé des enfants suppose la présence de personnels de santé, aussi bien dans la composition des équipes qu'à travers la mobilisation de partenariats avec les professionnels de santé. Sans compétence médicale disponible, le risque est fort de passer à côté de problématiques de santé non repérées.

Plusieurs services soulignent que la santé de l'enfant et la réponse à ses besoins en ce domaine peuvent constituer un espace intéressant de collaboration avec les parents, comme l'explique cette intervenante : *« J'accompagne les parents à toutes les visites médicales spécialisées, pour leur redonner confiance, parce qu'on voit bien qu'ils sont souvent dépassés par tout ce qui est médical, c'est très angoissant pour eux [...] je coordonne tous les soins et je tiens le fil de la santé de l'enfant. Je partage beaucoup avec les parents, et puis après avec l'équipe. Dès qu'il s'agit de la santé des enfants, les parents sont souvent très preneurs, les enjeux ne sont pas les mêmes, ce qui fait que le contact avec les parents n'est pas le même. »* À la pouponnière de l'Ermitage, les parents sont conviés à la première visite médicale organisée une quinzaine de jours après l'admission et continueront de l'être pour toutes les visites médicales programmées, dont le rythme leur est expliqué. Pour aller plus loin, cet établissement expérimente actuellement, avec le soutien de la Fondation de France, un dispositif d'Attention partagée autour du jeune enfant (Apage), sous forme de consultations qui associent le binôme médecin-psychologue de l'établissement avec les parents (Apage parents) de l'enfant. Le dispositif permet de proposer un triple regard sur l'enfant et une triple écoute de celui-ci.

II-2.4 Veiller et répondre au besoin de sécurité : prendre soin des liens et des relations avec les parents

Si l'on considère, à l'appui des travaux précédemment cités, que les mécanismes de négligence grave et de mauvais traitement trouvent leurs fondements dans des troubles précoces du lien entre enfant et parents, prendre soin de ces liens devient un objectif important de l'intervention en protection de l'enfance. Pour nombre de cliniciens, cet objectif doit être d'autant plus poursuivi que la séparation actée entre les parents et l'enfant ne suffit pas à protéger ce dernier. En effet, dans les situations où un enfant a besoin d'être élevé par d'autres adultes que ses parents, il continue d'être en lien avec eux par la pensée, par les représentations. Face au traumatisme

¹⁰² Voir également l'audition du 8 novembre 2016 du Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (Gepso) dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance.

relationnel précoce, le but des soins apportés à l'enfant est « *que la pensée du sujet évolue d'un fonctionnement infiltré par des sensations, des images, des affects du passé, à une activité de pensée où l'enfant soit capable d'identifier ses sentiments*¹⁰³ » ; il s'agit de lui permettre de se construire une pensée différenciée de celle de ses parents.

Les cliniciens engagés dans des pratiques de travail autour du lien entre l'enfant confié et ses parents insistent sur la « *nécessité de poser une différence entre lien et rencontre. Le lien ne se réduit pas à la rencontre, le lien en tant que lien psychique ne se rompt pas. Il évolue au gré de la dynamique développementale de l'enfant, de ses représentations internes, de ses états émotionnels, de ses capacités de compréhension, de sa maturation psychique et de l'aménagement du milieu dans lequel il vit au quotidien. Le lien se nourrit autant de la présence que de l'absence. [...] L'amalgame souvent fait entre le lien psychique et la rencontre physique fausse régulièrement le débat. La rencontre ne sécurise pas toujours le lien, ne favorise pas forcément un lien maturatif et constructeur pour le psychisme de l'enfant. La rencontre peut être très destructrice du lien et des représentations internes du parent chez l'enfant. La rencontre est une zone de fragilité, à haut risque, pouvant engendrer la répétition des raisons pour lesquelles l'enfant a été séparé. Ces rencontres peuvent amener des réactualisations de souvenirs traumatiques et avoir un impact dévastateur pour le développement de l'enfant* »¹⁰⁴.

Les services d'accueil rencontrés dans le cadre de l'étude ont une pratique de visites médiatisées. Théorisées par plusieurs praticiens, M. David, Hana Rottman et Maurice Berger¹⁰⁵ en particulier, les visites médiatisées dans le cadre d'une mesure de séparation au titre de la protection de l'enfance sont un outil clinique qui, pour les mesures d'assistance éducative, s'appuie sur la prescription judiciaire des visites en présence d'un tiers prévue à l'article 375-7 du Code civil. Selon le récent décret d'application¹⁰⁶, les visites en présence d'un tiers visent « *à protéger, à accompagner et à évaluer la relation entre l'enfant et son ou ses parents* ». Dans le service d'accueil familial thérapeutique Pré Médard, les visites médiatisées sont un dispositif qui vise à comprendre et réaménager le lien pathogène et constituent des soins au développement de l'enfant, tout en permettant aux parents de découvrir d'autres modalités d'être en lien avec leur enfant et avec les autres. S'inscrivant dans un travail d'accompagnement global du placement, elles répondent à une organisation et un protocole très précis¹⁰⁷ en termes de professionnels participant (encadrement par deux professionnels, l'un référent enfant l'autre référent visite, dont la présence est constante et continue d'une visite à l'autre pour garantir un lieu de rencontre sécurisant et prévisible pour l'enfant) et d'étapes de leur déroulement (accueil du parent, accueil de l'enfant comportant un aménagement de la séparation avec son assistante familiale et de son arrivée dans le service, déroulement de la visite avec temps de retrouvailles, temps de rencontre au rythme des initiatives des parents ou de l'enfant, les référents assurant la contenance nécessaire, collation ou repas selon les possibilités, aménagement de la fin de visite). Ces modalités ont été soigneusement

103 BERGER M., BONNEVILLE E. Pathologie des traumatismes relationnels précoces et placement familial spécialisé. In : ROTTMAN H. (dir.), RICHARD P. (dir.). *Se construire quand même : l'accueil familial, un soin psychique*. Paris : PUF, 2009.

104 NOUVEL J.-L. *Liens et rencontres dans le placement en accueil familial*. Communication faite dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance, Paris, 2016.

105 Voir : ONPE. *Sixième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE, 2011. Chap. III, Le droit de visite en présence d'un tiers en protection de l'enfance, p. 58-98.

106 Décret n° 2017-1572 du 15 novembre 2017 relatif aux modalités d'organisation de la visite en présence d'un tiers prévue à l'article 375-7 du Code civil.

107 Voir la fiche de dispositif sur l'accueil familial thérapeutique Pré Médard sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques). Voir également : NOUVEL J.-L. *Op. cit.*

pensées au fil de l'évolution du service, de manière à ce que, tout au long de la visite et pendant les temps qui la précèdent et la suivent, tous les adultes soient centrés sur l'enfant, sur ses besoins, ses capacités et ses rythmes. Il s'agit de permettre à l'enfant de rencontrer la réalité de ses parents sans que celle-ci n'ait des effets néfastes sur son développement. Ce dispositif est complété d'un deuxième volet de visites médiatisées dites « symboliques » : se déroulant sans la présence des parents, tout en reprenant le même cadre, elles sont proposées à l'enfant lors d'absences concrètes du parent (absence inopinée à une visite programmée, absence longue, situations où les visites programmées sont très espacées, situations de suspension provisoire des visites), pour que cette absence ne confronte pas l'enfant à un vide relationnel. Ces visites médiatisées symboliques offrent la possibilité de poursuivre le travail sur le lien sans rencontres concrètes.

Un autre type de travail sur les liens enfant-parents est mené dans le cadre du dispositif du Fil d'Ariane¹⁰⁸. Cette structure accueille sur des demi-journées, et par petits groupes stables, des familles dans lesquelles soit les enfants vivent avec leurs parents et bénéficient d'un suivi social, soit les enfants sont séparés de leurs parents par une décision judiciaire avec un placement en pouponnière ou en famille d'accueil. L'objectif est de proposer aux parents accompagnés de leurs jeunes enfants âgés de moins de 4 ans un espace de rencontre et de réflexion sur les difficultés relationnelles qui peuvent être à l'origine de maltraitements et des placements qui en découlent. *« Il s'agit d'introduire des changements dans les modes d'attachement préétablis entre une mère et son enfant, ou un père et son enfant, en opérant des modifications chez l'un ou l'autre, en agissant par conséquent sur le type de lien qui les unit. »* Dans cette perspective, les familles participent à des rencontres hebdomadaires accompagnées par des professionnels du service et structurées selon un déroulement précis : un temps d'accueil, puis un temps séparé en groupe d'enfants et groupe de parents, dans des espaces différenciés, suivi d'un temps de retrouvailles et d'interactions parents-enfant autour du repas, de jeux, de la toilette. Ce dernier temps est accompagné par le professionnel référent de la famille ainsi que, dans certaines situations, par un référent enfant. La complexité de ces moments de retrouvailles pour parents et enfant après les temps vécus séparément nécessite une médiation thérapeutique par le référent qui va favoriser l'émergence d'échanges de qualité par sa présence et son attention, tenter d'infléchir certains aspects plus négatifs des interactions mais aussi appuyer sur les points positifs de la relation parent-enfant afin que chacun prenne conscience de ses potentialités et de ses ressources.

On peut observer plusieurs points communs aux deux modalités d'intervention qui viennent d'être évoquées :

- L'accent mis sur la ritualisation des temps partagés, de façon à permettre aux enfants d'expérimenter une prévisibilité de ce qui va se dérouler avec leurs parents.
- L'importance accordée à l'aménagement des locaux de rencontre, pensé et organisé autour d'espaces différenciés. La salle de visites médiatisées du service d'accueil familial thérapeutique Pré Médard est organisée en deux parties distinctes, séparables par une porte à double battants, avec de nombreux recoins offrant aux enfants la possibilité de se cacher et d'instaurer des jeux symboliques de séparation-retrouvaille mais également de se protéger du regard et de la

108 MASCARÓ-ANSENS R. *Op. cit.*

présence des adultes s'ils en ressentent le besoin. Les professionnels rencontrés ont raconté comment certains enfants leur « confiaient » leurs parents et allaient jouer plus loin pendant les échanges. Dans les locaux du Fil d'Ariane, l'espace enfants et l'espace parents sont séparés par un mur percé d'une fenêtre et d'une porte qui peut rester entrouverte, autorisant les enfants à retrouver leurs parents lorsqu'ils en éprouvent le besoin. *« Cette distinction d'espaces permet la possibilité de se représenter la différence d'espace psychique entre parents et enfants, ce qui facilite le travail de soutien dans le processus de séparation-individuation chez l'enfant. »*¹⁰⁹

- Dans les deux services, il est fait mention de l'utilisation par les référents de leur « *appareil psychique* » (AFT Pré Médard) ou « *processus de pensée* » (Fil d'Ariane), pour aider l'enfant (ainsi que le parent pour le Fil d'Ariane) à donner sens aux émotions ressenties et à les mettre en mots, l'enjeu étant de soutenir le développement de son propre processus de pensée.

II-2.5 Veiller et répondre aux autres dimensions du développement global

Le besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime de soi, sont, selon la démarche de consensus, les autres besoins fondamentaux et universels contribuant au développement global de l'enfant. Les observations faites au cours des visites de dispositifs pour cette étude confirment que la manière dont les personnes qui prennent en charge l'enfant vont pourvoir à ces quatre autres besoins tient compte de leur caractère spécifique, selon l'âge auquel l'enfant est accueilli en protection de l'enfance et selon aussi la façon dont il a pu ou non construire un sentiment interne de sécurité au cours de ses premiers mois de vie. Ces observations témoignent également de l'existence d'initiatives créatives et riches pour soutenir le développement des enfants sur ces dimensions.

Les capacités d'exploration du bébé ont été mises en évidence par E. Pikler. Elle a en particulier découvert la valeur de l'activité libre spontanée du bébé, sans intervention de l'adulte pour le stimuler ou pour faire à sa place, pour lui permettre de progresser de jour en jour en investissant avec plaisir ses tentatives. Les travaux menés à Lóczy ont montré que, pour que le temps d'activité libre soit fructueux pour le bébé, en particulier en institution, il doit avoir lieu après avoir vécu une expérience apaisante de soin, à proximité de l'adulte de référence restant disponible, et se dérouler dans un espace fixe et stable. Les observations conduites ont également contribué « *à la connaissance du fonctionnement mental préverbal, corpro-psychique du bébé* », montrant « *combien et comment ces activités motrices et manuelles sont à la source de toute une activité mentale qui se développe au même rythme que le développement sensori-moteur, qui en est le support* »¹¹⁰. De telles expériences préparent la mise en place des capacités de langage, de jeu, des fonctionnements cognitifs.

Pour des enfants pris en charge un peu plus grands, des difficultés importantes de socialisation peuvent se présenter, comme l'indique une représentante du groupe de travail du Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (Gepso) rencontrée dans le cadre de l'étude : « *Les enfants qui arrivent avec tous ces troubles du comportement entre 3 et 6 ans [...] ne tiennent pas la maternelle, la maternelle les refuse. Il y a des enfants qui sont exclus de l'école. Nous*

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ DAVID M. Pour une meilleure connaissance du bébé, contributions de l'Institut Emmi Pikler. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance*. Op. cit.

avons un taux d'exclusion de l'école... Avec des enfants de 4 ans qui ne vont pas à l'école parce qu'ils n'arrivent pas à tenir en place. Déjà à 4 ans vous avez des problèmes de socialisation : vivre avec l'autre c'est difficile. » À la pouponnière de l'Ermitage¹¹¹, deux dispositifs internes intermédiaires sont proposés aux enfants : le jardin d'éveil et le jardin d'enfants. Le jardin d'éveil s'adresse aux enfants jusqu'à 2 ans ½, qui sont accompagnés individuellement ou en binômes pendant une heure environ par une éducatrice de jeunes enfants. Les enfants qui y participent le plus sont généralement ceux qui n'ont pas de contacts avec leur famille ou de sorties, pour qu'ils bénéficient d'un temps d'attention en-dehors de leur groupe de vie. La fréquence est variable d'un enfant à l'autre, pouvant aller jusqu'à une fréquentation quotidienne du jardin d'éveil. Le jardin d'enfants consiste en un accueil en petit groupe, il est animé par une autre éducatrice, autour d'activités plus cadrées et ciblées sur des objectifs d'apprentissage qui préparent à l'entrée en scolarité, en lien ensuite avec les institutrices. Une évaluation est réalisée par l'équipe pour déterminer si un enfant est prêt à passer au jardin d'éveil puis au jardin d'enfants.

La mise en place d'un cadre de règles et de limites peut représenter une difficulté en placement familial. En effet, comme l'explique Daniel Rousseau¹¹², il peut être malaisé pour les adultes de référence de concilier auprès de l'enfant confié la sollicitude du soin, qui consiste à apaiser, réparer, protéger, reconforter, soulager avec l'exigence de l'éducation en ce qu'elle vise à civiliser, conduire, instruire, discipliner. Cette question fait précisément partie de celles qui peuvent être travaillées dans le dispositif Bateau volant, dispositif interne réservé aux enfants accueillis par les équipes « petite-enfance d'accueil familial » et « urgence petite enfance » de l'association Jean Cotxet¹¹³. Inspiré de l'expérience des « maisons vertes » créées par Françoise Dolto, conçu pour être un espace d'échanges, d'écoute et libre expression, ce lieu reçoit les jeunes enfants et leurs assistants familiaux. Les seules deux consignes énoncées par les accueillantes en début d'accueil sont de « *ne pas marcher avec ses chaussures sur les tapis des bébés* » et de « *ne pas monter avec un jouet dans la main sur la structure de motricité* ». Ces règles permettent un travail sur les limites, d'observer comment l'enfant s'approprie progressivement les interdits et les frustrations et comment enfant et adultes s'articulent autour d'eux. Dans le fonctionnement de Bateau volant ce sont ensuite les assistants familiaux qui devront rappeler les règles aux enfants. Les accueillantes pourront les aider et les accompagner si cela s'avère nécessaire, en leur proposant de nouvelles modalités d'énonciation, par exemple en cas de confrontation, d'impasse dans la relation enfant-adultes face à l'interdit.

Pour G. Schofield et M. Beek¹¹⁴, l'estime de soi se construit à travers l'acceptation inconditionnelle de l'enfant tel qu'il est. C'est en faisant l'expérience d'être aimé, désiré et considéré pour ce qu'il est, à travers des mots, des gestes, des tons qui lui montrent qu'il est aimé et digne d'être aimé, que le bébé confié peut se percevoir comme bon. Avec des bébés qui ont dû s'adapter à un environnement défavorable, et pour dépasser la difficulté de les stimuler, de les apaiser et de les aimer, les adultes de référence doivent intensifier leurs manifestations de disponibilité et de sensibilité. À l'égard des enfants un peu plus grands, c'est également l'établissement d'une

111 Voir la fiche de dispositif sur la pouponnière de l'Ermitage sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

112 ROUSSEAU D. *Les grandes personnes sont vraiment stupides : ce que nous apprennent les enfants en détresse*. Paris : Max Milo, 2012.

113 Voir la fiche de dispositif sur Bateau volant sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

114 SCHOFIELD G., BEEK M. *Op. cit.*

confiance de base dans la disponibilité de l'adulte qui les aide à acquérir une confiance en soi. Ceci vient renforcer le caractère essentiel de la qualité des soins, tant de maternage qu'émotionnels, qui sont délivrés dans la prime enfance.

II-2.6 Prendre soin des parents

Parmi les besoins particuliers d'un enfant placé, M. David insiste sur son « *besoin de sentir que l'on prend soin de ses parents, si défaillants et maltraitants ont-ils pu être à son égard* »¹¹⁵. Ceci est confirmé par l'équipe de l'accueil familial thérapeutique Pré Médard, pour qui montrer à l'enfant que l'on prend soin de ses parents le « dégage » de le faire lui-même et l'autorise à prendre le temps de grandir. Cette équipe, qui accompagne les enfants sur de longues durées d'accueil et mène des visites médiatisées en suivant un protocole précis (voir *supra*), observe qu'à l'âge de l'école primaire, apparaît généralement chez l'enfant un désir de réparation de son parent, un désir de venir le soigner, de lui faire des cadeaux, de lui venir en aide, à travers des sollicitations du service (« *et si vous mettiez quelqu'un pour faire le ménage* », « *et si vous alliez le chercher...* »). L'enfant s'interroge sur la façon d'amener son parent à devenir « *un parent normal* ». Un début de changement apparaît au niveau du collège (6^e et 5^e), les enfants se rendant compte qu'ils ont essayé et se trouvent « *un peu fatigués d'essayer* ». Au démarrage de l'adolescence, ils commencent à vouloir se construire pour eux-mêmes. Des mouvements dépressifs peuvent apparaître, mais aussi de la colère. Des demandes de dégageant peuvent émerger, par exemple d'espacer les visites médiatisées.

Prendre soin des parents en étant à l'écoute de leurs propres difficultés et de leurs besoins de réconfort contribue également à construire avec eux une « *alliance thérapeutique sécurisante* »¹¹⁶, perspective dans laquelle se situent les professionnels des services d'accueil de jour rencontrés dans le cadre de l'étude. Cette alliance est une des voies pour l'atteinte des objectifs que peuvent se fixer ensemble les parents et le service, comme le souligne une professionnelle : « *Si le parent n'est pas dans la démarche de l'entraide, ça n'aboutira pas. Moi, par exemple, j'ai eu une situation où les parents n'étaient pas d'accord et ça n'a pas marché. On le sait très vite, ils se braquent et dans les six mois, ça capote. Avec l'enfant ça peut bien marcher mais, si avec les parents ça ne fonctionne pas, ils font tout pour saboter.* » Veiller à la dimension d'hospitalité et d'accueil des parents lors de leur présence dans le service est une première démarche qui permet la mise en confiance. Des équipes rencontrées s'y montrent attentives, de différentes façons : temps d'accueil des parents, de détente et de convivialité autour d'un café-biscuits au Fil d'Ariane, partage d'une collation en tenant compte des goûts des parents pendant les visites médiatisées de l'accueil familial thérapeutique Pré Médard. Dans l'expérience du dispositif d'accompagnement à la parentalité La Forestière¹¹⁷, l'accueil sans jugement de la famille est décrit comme conditionnant la qualité de l'accompagnement. Cette posture permet aux professionnels de porter un projet d'avenir – sans pour autant, précisent-ils, « *oublier le passé* » – et aux parents de se sentir accueillis avec bienveillance. Cet accueil n'empêche pas que soient posés dès cet instant le cadre d'intervention,

115 DAVID M. Lien parents-enfants et maltraitances : maintien, rupture, traitement ? In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*

116 MORALES-HUET M. Apports de la théorie de l'attachement aux prises en charge précoces parent-jeune enfant. In : ONPE. *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Paris : ONPE, 2010.

117 Voir la fiche de dispositif sur le dispositif d'accompagnement à la parentalité La Forestière sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

avec ses règles (notamment par une présentation du règlement de fonctionnement) et ses missions, en exposant clairement l'attente de mobilisation parentale. Dans la même perspective d'instauration d'un climat de confiance, ce service informe et associe les familles tout au long de l'accompagnement, en particulier lors des concertations/bilans trimestriels les concernant : *« Quand on présente ce dispositif, les parents savent qu'il y a des notes qui partent, via les référents, leur hiérarchie et le juge des enfants. Par contre il n'y a aucune note [...] qui part d'ici sans que ce soit lu aux parents. Ça leur est résumé très largement, justement lors des bilans à trois mois. Étant donné qu'on ne participe pas aux audiences, il est hors de question qu'on leur dise en audience que la Forestière a dit ça et qu'ils soient surpris. Lors de ces lectures, ça permet d'échanger, et aux parents de dire leur désaccord. Si on estime qu'on a tort, on peut le barrer ou ne pas le mettre, et si on estime qu'on a raison, on dit pourquoi. »* Pour entretenir l'alliance parent-professionnel sans complaisance, cette même équipe souligne l'importance de communiquer avec les parents sur les évolutions : en montrant les progrès, par des remerciements pour leur assiduité, leur engagement, mais aussi en les alertant lorsque cela est nécessaire sur des évolutions négatives ou des régressions.

Selon la psychologue de l'un des services, *« si on fait du soutien à la parentalité, il y a quelque chose à penser du côté du care giving du parent dans sa globalité, et pas uniquement pour ce qui concerne l'enfant : par rapport à la situation sociale de ces parents qui sont perdus pour tout, la gestion du budget, l'administration, etc. »* Ponctuellement cette psychologue peut proposer à certains parents des entretiens d'écoute active et d'accompagnement thérapeutique, ou une orientation, afin de les aider à réfléchir sur leurs histoires de vie et sur la manière dont celles-ci influencent leurs attitudes vis-à-vis de l'enfant. L'infirmière du même service témoigne : *« Je pousse beaucoup les parents à prendre soin d'eux et parfois je les accompagne. Comment peut-on prendre soin de son enfant si on ne prend pas soin de soi ? »*

Parmi l'ensemble des dispositifs visités dans le cadre de l'étude, les services d'accueils de jour se caractérisent par le fait de proposer des actions concernant directement les parents : il s'agit d'outils de médiation pour travailler la relation avec leurs enfants. Dans les trois services, on retrouve des temps de groupe pour les parents. Intitulés *« groupes de parents »*, *« causeries »* ou *« groupe de parole des parents »*, ces temps rassemblent des parents selon des rythmes plus ou moins soutenus (fréquence hebdomadaire en groupes stables pour le Fil d'Ariane, deux fois par mois à Parent'ailes, une fois toutes les six à huit semaines à l'accueil de jour territorialisé). S'il s'agit dans chaque expérience d'échanger sur des problématiques relatives à la parentalité, à partir de thématiques proposées ou d'une discussion plus libre, la visée de ces groupes est formulée de façon différente selon les services.

Le groupe de parents de l'accueil de jour territorialisé a ainsi pour objectif d'accompagner le parent, de le soutenir dans sa parentalité en le rassurant sur les compétences dont il dispose déjà. *« Pour avancer avec l'enfant et sa famille, les professionnels ne peuvent pas aborder la question de la parentalité en soulignant les carences. Ils doivent plutôt tenter de repérer, à côté des insuffisances, tout ce qui fonctionne bien, tout ce que la famille sait faire. L'attitude qui consiste à valoriser les compétences*

parentales, en constatant et en nommant le positif, n'implique pas un déni de ce qu'il y a de négatif. Il ne s'agit pas de tomber dans de la connivence. Il s'agit seulement de ne pas réduire l'autre à ses erreurs. »¹¹⁸

En complément des temps de « *causerie* », le service Parent'ailes propose, une fois par mois, les « *mardis des mères* » et les « *mardis des pères* », temps pour se retrouver et faciliter les échanges entre pairs, temps également d'activités partagées de chaque participant avec leur enfant.

Dans le cadre du Fil d'Ariane, le groupe de parole des parents participe à l'objectif thérapeutique du dispositif, pensé et adapté pour offrir aux dyades parents-enfant un accompagnement du processus de séparation-individuation. Ce groupe vise, à travers la position de soutien et d'accompagnement des trois professionnels, particulièrement au moment où parent(s) et enfant viennent de se séparer pour rejoindre leurs groupes respectifs, à permettre aux parents une mise en mots et en récit de leurs éprouvés. L'attention et l'écoute des identifications et transferts directs et latéraux font partie intégrantes du travail des professionnels dans l'animation du groupe, favorisant l'appartenance au groupe formé, et constituant un étayage narcissique très important. Les parents se sentent ainsi portés par le groupe. Ces positionnements des intervenants ont aussi pour objectif de favoriser chez les parents – souvent eux-mêmes très carencés et n'ayant pu intérioriser des modèles et comportements d'attachement sécurisants – l'expérimentation de nouvelles modalités de relation et d'attachement. Les possibilités de nouer des relations de confiance dans ce cadre font partie des axes de travail tant du côté des enfants que des parents.

Les temps de groupe et de sortie collective organisés par certains services permettent aussi aux parents de se rencontrer, et parfois de se resocialiser. Les équipes soulignent que la (re)construction d'un réseau relationnel solidaire – dès lors qu'il est adéquat – peut procurer un soutien au parent, en particulier lors de la délicate transition que représente la sortie de dispositif¹¹⁹. Pour préparer ce temps, certains services intègrent aux prises en charge des rencontres vers d'autres lieux ressources, afin que les parents identifient d'autres partenaires (groupes de parents de centres socioculturels, de PMI ou d'autres services ; lieux d'accueils parents-enfants ; etc.).

S'agissant de placements plus classiques, la pouponnière de l'Ermitage¹²⁰ accompagne les parents à travers un dispositif global impliquant les professionnels de l'établissement à des places différentes. La coordonatrice du groupe de vie de leur enfant, chargée d'organiser, en lien avec la psychologue « parents », les visites et sorties avec la famille, ainsi que les rendez-vous des enfants, leurs activités et leurs trajets, réalise avec les parents un travail d'alliance, de soutien et de contenance, en répondant à leurs appels téléphoniques pour prendre des nouvelles de leur enfant, en résolvant les questions pratiques, en aidant à écrire une lettre aux juges, etc. La cheffe de service représente l'institution auprès des parents et les reçoit lors des moments charnières. L'infirmière répond à leurs questions sur la santé de leur enfant et les accompagne à toutes les visites médicales internes et aux rendez-vous à l'extérieur. Les auxiliaires du groupe de vie de leur enfant rencontrent brièvement les parents, au moment où ils viennent chercher l'enfant à la porte

118 MARTIN K. *Conduire l'équipe vers une nouvelle organisation de service et la création de son projet de service : diversification de la prise en charge en accueil de jour en réponse aux besoins des familles*. Mémoire de Caferuis, novembre 2017.

119 Il apparaît en effet que la transition n'est pas simple pour les parents qui ont eu l'habitude d'être très soutenus par le service, et que le risque d'échecs peut être majoré lorsque les parents sont dans une situation de complet isolement relationnel.

120 Voir la fiche de dispositif sur le dispositif d'accompagnement à la parentalité La Forestière sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

de l'espace de vie pour une visite, ou lorsqu'ils le ramènent à la fin de celle-ci. La psychologue parents assure les visites médiatisées ou accompagnées. Ce travail d'accompagnement conduit à un « *écrit parentalité* » dans le rapport de situation établi par l'établissement, document rédigé par les coordonatrices et la psychologue.

II-2.7 Prendre soin du devenir de l'enfant

Prendre soin du devenir d'un jeune enfant confié en protection de l'enfance, c'est se préoccuper de l'évolution potentielle de sa prise en charge au regard de son contexte familial et de ses besoins, de façon à veiller à la stabilité de son parcours, mission dont la loi a chargé l'aide sociale à l'enfance (article L. 421-17 du CASF). Dans le champ de la protection de l'enfance, la stabilité est présentée de façon unanime par les résultats de recherche et les observations cliniques comme favorable au développement de l'enfant et facilitatrice pour la transition vers l'âge adulte¹²¹.

Cette stabilité se décline à différents niveaux. Elle passe en premier lieu par des micro-expériences de continuité permettant d'éprouver des ressentis semblables et cohérents au cours des premiers mois de vie. Dans un contexte institutionnel pouvant générer des vécus de rupture, cela nécessite d'aménager de façon attentive les moments de transition. Les expériences du Fil d'Ariane et de l'AFT Pré Médard mentionnées *supra* montrent comment un soin tout particulier peut être accordé aux temps de séparation/retrouvaille entre parents et enfant (voir II-2.4). Ces expériences, très accompagnées et souvent ritualisées, contribuent au processus de séparation-individuation tant pour l'enfant que pour les parents.

Dans les services soucieux des besoins des enfants, les changements d'espace de vie et d'adulte de référence font également l'objet d'une attention toute particulière. Dans le service petite enfance (0-6 ans) de l'unité d'accueil familial de Jean Cotxet¹²², la mise en relation d'un enfant nouvellement accueilli avec son assistant familial et son référent petite enfance est soigneusement préparée et se déroule sur un calendrier de plusieurs jours (trois semaines constituant la référence idéale selon l'équipe) : c'est très progressivement que le tout petit enfant fait la connaissance des deux professionnels qui vont le prendre en charge au plus près, au départ en présence des professionnels de la pouponnière, si possible avec son auxiliaire de référence, et qu'il passe d'un lieu de vie à l'autre. Dans le cas de placements longs, cette équipe petite enfance organise également de façon très individualisée le passage d'un enfant avec son assistante familiale vers l'équipe enfance (6-14 ans) du service d'accueil familial. Les âges retenus pour l'intervention des équipes ne constituent pas des règles rigides, ce qui prédomine est l'idée que l'enfant soit prêt au changement et connaisse une sécurité intérieure suffisante pour vivre la séparation d'avec son référent de l'équipe petite enfance dans de bonnes conditions. Les enfants sont préparés pendant un temps suffisamment long, leur permettant de s'approprier ce changement. Le référent de l'équipe petite enfance, au moment opportun, présente à l'enfant son nouveau référent dans l'équipe enfance. Lors de la visite de ce service par l'ONPE, un enfant âgé de 10 ans ayant connu plusieurs ruptures importantes et présentant de grandes fragilités à la séparation (exprimées, par exemple, par une symptomatologie anxieuse importante au niveau

121 Voir : ONPE. *Cinquième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE, 2010. Chap. I, De la prise en compte, en protection de l'enfance, de l'enfant et de son parcours, p. 7-61.

122 Voir la fiche de dispositif sur le dispositif d'accompagnement à la parentalité La Forestière sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

du sommeil, de l'alimentation, de l'agitation, etc.) était toujours accompagné par l'équipe petite enfance, son passage dans l'équipe enfance étant en cours de construction depuis plusieurs mois et très accompagné par sa référente. Dans ce service d'accueil familial, les assistants familiaux sont en position transversale par rapport aux différentes équipes, positionnement qui permet d'assurer une permanence de l'accueil de l'enfant par son assistant familial, et plus globalement dans sa famille d'accueil.

Toutefois, nombre de praticiens font également état de l'impossibilité de préparer les temps d'arrivée et de départ des enfants, en particulier dans les accueils d'urgence ou en raison de files d'attente importantes dans certains services de réorientation. Un service récemment créé pour accueillir en urgence des enfants de moins de 6 ans chez des assistants familiaux s'est construit en s'interrogeant sur des modalités d'organisation et de travail qui permettraient d'atténuer les traumatismes d'une séparation brutale en urgence et de penser la suite pour l'enfant et ses parents¹²³. Dans un contexte pouvant favoriser l'excitation, l'agitation et l'improvisation, l'accent est mis sur la constitution d'un binôme référent éducatif-assistant familial¹²⁴, et sur un accompagnement par ces deux professionnels de l'enfant au domicile de l'assistant familial, en veillant aux signaux de l'enfant, à pourvoir à ses besoins, à assurer un « *portage rassuré* » par l'assistant familial s'appuyant sur son collègue référent : l'idée étant que, en l'absence de détails sur l'enfant accueilli en urgence, l'assistant familial a d'autant plus besoin d'être soutenu par le dispositif d'accueil. Le travail de l'équipe du service se centre sur l'accompagnement bébé-parent, en vue d'organiser, après évaluation des capacités parentales, une reprise de relation enfant-parent sereine dans de brefs délais.

Dans le cadre de l'accueil en pouponnières, pour aider le tout-petit à ressentir une « *continuité d'être* », les auxiliaires des groupes de vie de l'Ermitage tiennent des écrits qui facilitent les transmissions. Elles renseignent quotidiennement un cahier où sont notées des observations brèves et des informations clés concernant le groupe (personnel présent, informations médicales, rendez-vous, visites des parents, etc.) ainsi que, pour chaque enfant, un journal décrivant finement la journée qu'il a vécue. Ce journal « *permet de rassembler les multiples détails concrets et vivants qui émaillent ses journées, et que lui restitue ainsi le regard attentionné des auxiliaires de puériculture et éducateurs de jeunes enfants qui prennent part à son éducation. Ceci garantit la conservation de la mémoire du temps vécu par l'enfant à la pouponnière et peut lui être transmis sous forme de journal de vie, album de vie comme il en existe de plus en plus ; de cette façon le séjour à la pouponnière n'est plus un "trou" dans son histoire pour l'enfant ni pour ses parents* »¹²⁵. Cette pratique d'un journal individuel, inspirée de l'expérience de la pouponnière de Lóczy, co-construit une narrativité pour chacun des enfants accueilli, « *permettant à l'enfant d'intérioriser graduellement les capacités narratives des adultes à son propos* »¹²⁶.

123 MARTINEZ A.-M. (responsable placements familiaux, association Jean Cotxet). Des prises de risque stimulantes et ambitieuses dans le travail social. Communication lors de la journée Afirem « Les "états d'urgence" en protection de l'enfance » (Paris, 11 décembre 2017).

124 Les assistants familiaux recrutés par ce service étant volontaires expérimentés, formés, et disposant d'une ou deux places d'accueil d'urgence. Ce service a 20 places d'accueil pour des moins de 6 ans et fonctionne avec 1 chef de service éducatif, 4 référents éducatifs, 1 psychologue à 0,80 ETP pour l'accompagnement clinique des rencontres et médiations enfants-parents, ainsi qu'un temps de psychologue pour le soutien des assistants familiaux.

125 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*. Op. cit.

126 GOLSE B. La coconstruction de la narrativité au sein des interactions précoces. In : VINCZE M. *L'atmosphère thérapeutique à*

En accueil familial, si l'enjeu d'informations entre professionnels qui se relaient auprès des enfants n'est pas présent, l'objectif de transmission de la mémoire des premiers temps de vie du jeune enfant justifie la mise en œuvre de cette pratique.

Plus globalement, comme l'indiquent les travaux de plusieurs auteurs¹²⁷, la construction de soi, de son identité passe par un sentiment d'appartenance et une affiliation. « *Le sentiment d'affiliation ou d'appartenance familiale semble être un élément fondateur du sentiment de sécurité et de l'identité de l'enfant qui évolue en parallèle avec les relations d'attachement au cours des premières années de la vie.* »¹²⁸ De façon récente, des travaux de recherche se sont penchés sur ce que des enfants placés peuvent dire de leur sentiment d'appartenance. C. Sellenet repère quatre groupes d'expérience dans une population d'enfants vivant et ayant vécu en famille d'accueil : des enfants « *affiliés* », qui se disent appartenir à une famille et majoritairement à leur famille d'accueil ; des enfants « *ancrés* », qui de façon souple cumulent les attachements à leur famille et à leur famille d'accueil ; des enfants « *écartelés* » par un conflit de loyauté entre les deux familles ; et des enfants « *apatrides* », les plus en difficultés, enfants sans appartenance mais qui ne sont « *revendiqués par personne* »¹²⁹. Il apparaît que l'âge de l'enfant lors du placement a un impact dans la construction du sentiment d'affiliation ou d'appartenance familiale. Cependant, il semble également que « *l'existence d'un processus d'affiliation émanant de l'enfant soit souvent peu considérée voire ignorée par nombre d'intervenants sociaux* »¹³⁰.

Un des objectifs de plusieurs dispositions de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant est précisément de favoriser la possibilité pour les enfants placés, et notamment les plus jeunes, âgés de moins de 2 ans, de bénéficier d'une stabilité de vie en considérant la réalité de leurs liens. Il s'agit notamment d'éviter que les enfants ne restent de façon durable dans des situations intermédiaires, en veillant à ce que le cadre juridique de leur prise en charge réponde à leurs besoins, et de s'assurer du passage – si nécessaire en cas de placement d'une certaine durée – d'une mesure d'assistance éducative à une décision ayant un impact sur l'autorité parentale (délégation d'autorité parentale, mesure de tutelle départementale, retrait de l'autorité parentale ou déclaration de délaissement judiciaire). À cet effet, a notamment été prévue la mise en place, dans chaque département, de commissions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles d'examen de la situation des enfants confiés à l'ASE depuis plus d'un an lorsqu'il existe un risque de délaissement parental ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins. Pour les enfants de moins de 2 ans, cette commission doit examiner leur situation tous les six mois¹³¹.

Lóczy, Toulouse : Érès (Enfance & Parentalité), 2015.

127 Présentés notamment dans : LIÉBERT P. *Quand la relation parentale est rompue*. Paris : Dunod 2015. (En particulier : chap. 3, Le besoin d'appartenance.)

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*. 2008/4, vol. 20, p. 319-345.

129 SELLENET C. *Op. cit.*

130 WENDLAND J., GAUGUE-FINOT J. *Op. cit.*

131 Voir l'enquête *État des lieux de la mise en place de commissions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles d'examen de la situation des enfants confiés à l'ASE* (ONPE, avril 2018).

II-2.8 Le soin psychique du jeune enfant : la « fonction observante » des donneurs de soins

Comme abordé précédemment, la symptomatologie du bébé est le plus souvent discrète. Le jeune enfant n'a pas encore accès au langage ou n'y a qu'un accès limité. Pour pouvoir entrer en relation et communiquer avec lui, il faut observer des indicateurs non-verbaux : les comportements, les attitudes, mais aussi leur absence. Ainsi, selon une psychologue en pouponnière, « *c'est dans l'observation que va résider l'écoute attentive de l'enfant. En effet, l'enfant d'âge préverbal ne parle pas encore avec des mots, certes, mais il s'exprime, pleinement (depuis sa naissance et même avant), avec tout son corps, dans un langage corporel qui lui est propre* »¹³². Cette observation est d'autant plus nécessaire qu'une partie des jeunes enfants confiés présente des retards de langage ou des blocages de l'expression, et parfois des comportements qui posent problème. Pour connaître l'enfant, le comprendre et répondre à ses besoins, il est aussi nécessaire d'interpréter ses signaux et manifestations et de leur donner sens. Elsa Zotian souligne que l'enjeu de cette interprétation est de « *réduire l'incertitude quant aux modes d'expression des enfants* »¹³³.

Dans les services visités pour l'étude, ont été évoquées des pratiques d'observation plus ou moins rigoureuses et référencées. Le dispositif du Fil d'Ariane et la pouponnière de l'Ermitage s'appuient explicitement sur l'approche piklérienne. Selon la médecin responsable du Fil d'Ariane, l'observation directe du nourrisson avec ses figures d'attachement va apporter des informations précieuses pour les professionnels sur les conditions environnementales et culturelles de son développement, sur sa souffrance éventuelle et sur les modalités défensives qu'il a pu mettre en place précocement.

À la pouponnière de l'Ermitage, il est souligné que chaque professionnel (auxiliaires, mais également coordinatrices, psychologues, infirmière et médecin) fonde son travail sur l'observation, considérée comme partie intégrante de la prise en charge et du soin. Ces observations visent une connaissance fine de l'enfant dans sa globalité, en considérant les différents aspects et moments de sa vie dans une perspective de continuité, pour s'ajuster au plus près de ses besoins. Elles visent aussi à co-construire autour de lui un environnement le plus lisible, stable, fiable et cohérent possible, répondant ainsi à son besoin de sécurité. Les auxiliaires partagent leurs observations sur un même enfant à travers des écrits, dont un journal de développement et un tableau de développement tenus par l'auxiliaire de référence, écrits qui sont enrichis des observations des autres intervenants auprès de l'enfant. En outre, la psychologue enfants réalise un travail d'observation au sein des groupes de vie, sur un temps d'une heure et demie à deux heures, centré sur un enfant pendant un soin dont il bénéficie, mais aussi pendant ce qui précède et suit ce temps de soin. Les observations de la psychologue permettent de repérer chaque étape du développement de l'enfant, d'identifier son rythme propre, ses ressources, ses vulnérabilités, ainsi que les différentes étapes de la construction du lien d'attachement entre l'enfant et l'adulte. Le temps d'observation dans le groupe, qui se déroule selon un protocole très précis, est suivi d'un échange avec l'auxiliaire qui était en soin. Ce partage vise à soutenir l'attitude et la propre

132 AUJARD C. Écouter les bébés en pouponnière. *Revue de l'enfance et de l'adolescence – Rafef-Grape*. Dossier « La parole de l'enfant ». 2016/2, n° 94.

133 ZOTIAN E. *Les professionnels face aux modes d'expression des jeunes enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance*. Rapport final, juillet 2017. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2015.

fonction observante de l'auxiliaire, à l'aider et à l'accompagner dans l'ajustement à l'enfant et à ses besoins, à mettre du sens sur le comportement de l'enfant, à comprendre ce qui se passe entre eux et pour chacun d'eux. Cet échange est pensé comme un espace de réflexion, mais également de partage des émotions intenses que suscite le soin quotidien d'enfants en pouponnière¹³⁴.

Il ressort de la recherche précitée d'E. Zotian¹³⁵ que les professionnels prenant en charge de jeunes enfants au quotidien en accueil familial ou dans une Mecs se trouvent confrontés au même type de questionnement que ceux qui interviennent en pouponnière. L'étude fait état d'un consensus à propos d'un ensemble de comportements fréquemment identifiés et discutés comme posant problèmes à propos des jeunes enfants (mal dormir, manger trop ou insuffisamment...), en repérant des gammes de comportements inquiétants différents selon qu'il s'agit de bébés (faire des crises, pleurer et crier nuit et jour, ne pas babiller...) ou de jeunes enfants « *qui parlent ou marchent ou [...] sont en âge de le faire* » (faire des colères longues et violentes, décrocher du regard, être insensible à la douleur...). L'étude répertorie ainsi un certain nombre d'expressions auxquelles sont confrontés les professionnels qui vivent au quotidien auprès des enfants. Ces expressions suscitent chez les professionnels des questions également récurrentes, telles que : s'agit-il de comportements correspondant au stade de développement de l'enfant, ou de comportements manifestant un trouble ? L'enfant développe-t-il des troubles de l'adaptation ou des troubles du développement ? En cas de troubles du développement, l'enfant manifeste-t-il des troubles de l'attachement ou des troubles autistiques ? Quelle est l'origine de ces comportements inquiétants ?

Selon la même étude, trois registres interprétatifs sont mobilisés par les professionnels prenant en charge des enfants de moins de 6 ans : la psychologie d'inspiration psychanalytique, la théorie de l'attachement et l'approche neuroscientifique. Ces trois modèles explicatifs des difficultés des enfants sont aussi des modèles de soin. Cette interprétation vise à tenter de donner du sens aux difficultés et à la charge émotionnelle qu'induit, pour les professionnels, la confrontation aux modes d'expression des enfants dont ils s'occupent. *In fine*, interprétation et discussion ont pour objectif d'agir pour l'enfant.

134 Voir la fiche de dispositif sur la pouponnière de l'Ermitage sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

135 ZOTIAN E. *Op. cit.*

Partie III — Impulser et rendre possible le penser petit

Impulser et rendre possible le « penser petit » passe par des démarches volontaristes de reconnaissance des besoins du jeune enfant aux différents niveaux de déclinaison de la politique publique de protection de l'enfant. L'appui sur les connaissances et le développement de démarches plurielles de recherche, qui semble caractériser les pratiques de prise en charge des jeunes enfants confiés relevées comme intéressantes dans le cadre de la présente étude, vient soutenir un tel objectif. Enfin la formation et le soutien des professionnels sont indispensables pour « *prendre soin de ceux qui prennent soin* » et promouvoir des pratiques pluridisciplinaires.

III-1 La mise en œuvre de politiques volontaristes de reconnaissance des besoins du jeune enfant

III-1.1 Prendre en compte le jeune enfant et ses besoins en politique publique de protection de l'enfance

L'attention portée aux jeunes enfants en danger ou en risque de l'être a récemment fait l'objet d'exigences spécifiques à l'initiative du législateur, au travers de plusieurs dispositions de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. En premier lieu, et comme indiqué dans la partie II de la présente étude, l'impulsion d'un recentrage de la politique de protection de l'enfance sur l'enfant et la prise en compte de ses besoins, avec notamment les travaux de la démarche de consensus, contribuent aujourd'hui à enrichir et à consolider les connaissances des professionnels impliqués autour des jeunes enfants. En outre, des dispositions concernent précisément la situation de ce public, sur trois aspects :

- Le renforcement de la prévention, durant la période périnatale et tout au long de l'enfance : l'entretien psychosocial systématique du quatrième mois de grossesse institué par la loi du 5 mars 2007 est remplacé par un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, à l'occasion duquel doit être évalué avec la femme enceinte ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse (articles L. 2112-2 et L. 2122-1 du Code de la santé publique). La loi de 2016 institue en outre un protocole départemental de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention (article L. 112-5 du CASF). Ce protocole vise notamment à soutenir et promouvoir le développement de l'enfant ou de l'adolescent, dans le respect de ses droits et dans son intérêt, et à prévenir les difficultés auxquelles il peut être confronté qui compromettraient son développement. Il vise également à promouvoir le soutien au développement de la fonction parentale, et à prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction parentale et de leurs responsabilités éducatives (article D. 112-3 du CASF, alinéa 3, 1° et 2°).

- La création de nouveaux dispositifs d'accompagnement des jeunes enfants et de leurs parents : pour l'accueil des enfants de moins de 3 ans et de leurs parents, ou pour l'accueil et l'aide à la préparation à la naissance de futurs parents, les centres parentaux sont consacrés par la loi (article L. 222-5 du CASF). Par ailleurs, un accompagnement médical, psychologique, éducatif et social du parent et de l'enfant né sous le secret et restitué à ce parent est institué pendant les trois années suivant la restitution. Ayant vocation à concerner principalement de très jeunes enfants, cet accompagnement qui doit être mis en place par les services départementaux vise à garantir l'établissement des relations nécessaires au développement physique et psychologique de l'enfant ainsi que sa stabilité affective (article L. 223-7 du CASF).
- Une vigilance sur l'évolution de la situation des plus jeunes enfants, tenant compte de leur rapport au temps : tout en renforçant la nécessité d'évaluer régulièrement la situation de l'enfant en protection de l'enfance, la loi du 14 mars 2016 fixe des délais resserrés à six mois pour examiner celle de l'enfant de moins de 2 ans – notamment dans le cadre du projet pour l'enfant (article L. 223-1 du CASF) ou, plus spécifiquement, en cas de risque de délaissement parental ou d'inadaptation du statut juridique (article L. 223-1 du CASF). S'y ajoute l'obligation de questionner systématiquement le maintien ou non d'un placement en assistance éducative, cela tous les ans pour les enfants de moins de 2 ans (article L. 227-2-1 du CASF complété par le décret n° 2016-1638 du 30 novembre 2016). Par ailleurs, l'obligation nouvelle pour le service de l'aide sociale à l'enfance auquel est confié un enfant d'informer le juge au moins un mois à l'avance d'une modification du lieu de placement de cet enfant est systématique pour les enfants de moins de 2 ans (article L. 223-3 du CASF), le législateur considérant que « *les enfants de moins de 2 ans, très vulnérables au point de vue psychosocial et affectif, nécessitent un suivi particulier de leur parcours de vie* »¹³⁶.

De manière plus globale, la loi de mars 2016 invite aussi à penser au plus tôt pour l'enfant un véritable projet de vie, dès le plus jeune âge et quelle que soit sa situation, ainsi qu'à garantir une stabilité du parcours de l'enfant confié.

Les observations de terrain réalisées dans le cadre de l'étude mettent en lumière que ces évolutions juridiques s'adossent à des pratiques préexistantes de plusieurs services particulièrement renseignés sur les besoins du jeune enfant, dont les références théoriques sont multiples et croisées (voir le développement *infra* sur l'importance de la recherche, de la formation et du travail pluridisciplinaire). Elles montrent par ailleurs le souci de certaines équipes d'évaluer très régulièrement les situations des jeunes enfants accompagnés. C'est le cas notamment de plusieurs établissements et service visités, en particulier dans le secteur associatif, qui organisent des « *évaluations* », « *synthèses* » ou « *concertations* » rapprochées. Ces espaces d'échange et de travail autour de la situation de l'enfant peuvent regrouper les membres de l'équipe pluridisciplinaire du service, mais également impliquer la participation d'autres acteurs concourant à la protection et à l'accompagnement de l'enfant ainsi qu'une association de la famille (voir *infra*, dans la section III-2.3, « Des rythmes rapprochés d'évaluation »).

¹³⁶ LE HOUEROU A. *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la protection de l'enfant*. N° 2744. Paris : Assemblée nationale, 6 mai 2015.

Ces observations sur l'évaluation régulière et concertée de la situation du jeune enfant, pour améliorer le repérage d'évolutions positives ou négatives et adapter en conséquence les réponses, vont dans le sens des préconisations de plusieurs experts et acteurs de la protection de l'enfance rencontrés dans le cadre de l'étude.

L'ONPE a également analysé les schémas départementaux récents, c'est-à-dire ceux publiés à partir de 2016¹³⁷, dans la perspective de repérer si les enfants de la naissance à 6 ans y font l'objet d'une attention particulière faisant écho aux ambitions législatives ainsi qu'aux préoccupations des experts et acteurs de la protection de l'enfance rencontrés.

Sur les 27 schémas publiés depuis 2016, 2 comportent une action visant à réfléchir à une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des enfants de moins de 3 ans confiés. L'une s'intitule « *Appréhender la spécificité des besoins des enfants de moins de 3 ans* » (schéma 2016-2018 de la Côte-d'Or) et justifie sa pertinence par l'importance des enjeux de développement chez le jeune enfant ainsi que par la nécessité de mettre en place précocement un soutien à la parentalité qui soit adapté. Elle préconise une meilleure formation des professionnels aux besoins des très jeunes enfants, ainsi qu'une coopération et une coordination plus efficiente des services de PMI, de l'ASE et de soutien à la parentalité. L'autre action (schéma 2016-2020 de la Meuse) mentionne l'existence d'un groupe de travail consacré à l'accompagnement des enfants de moins de 3 ans.

Dans les axes, orientations et actions des schémas consacrés à la prévention précoce, les jeunes enfants sont logiquement évoqués, de même que les services et interventions dits de droit commun concourant à la mission de prévention. Un schéma propose de « *Définir la prévention et promouvoir ses actions* » (schéma 2018-2023 du Loir-et-Cher). Plusieurs déclinent des axes de travail ou des actions visant à consolider et renforcer la place de la prévention précoce et à améliorer la prise en charge en périnatalité. Leur déclinaison opérationnelle passe par exemple par :

- une structuration au niveau départemental du réseau de périnatalité ;
- une généralisation de l'entretien prénatal précoce, un développement ou une expérimentation de l'entretien postnatal, le développement de séances de préparation à la parentalité¹³⁸ et/ou un renforcement des visites à domicile (parfois par un développement du programme Panjo – voir *supra* section I-2.3) pour :
 - accompagner les futurs parents,
 - repérer les situations médico-psychosociales complexes en périnatalité et améliorer leur prise en charge,
 - accompagner le retour à domicile.

Les acteurs de la prévention précoce désignés dans les schémas sont principalement les services hospitaliers, les maternités et les services de PMI.

Un département propose également une action portant sur l'accueil de la mère et de l'enfant dans le cadre des accouchements sous le secret, qui ambitionne de finaliser un protocole maternité dédié (schéma 2016-2020 de la Meuse).

¹³⁷ Étude arrêtée au 4 octobre 2018.

¹³⁸ Sont par ailleurs mentionnées, par exemple, des séances de « *massage bébé* » visant à développer la qualité des premiers liens d'attachement, des séances de soutien à l'allaitement, une sensibilisation sur les pleurs du nourrisson (ainsi que l'existence d'un outil de prévention dédié), la mise en place d'une permanence téléphonique d'écoute et de conseils, etc.

Plusieurs schémas préconisent de développer des actions de prévention et de soutien à la parentalité passée la période périnatale, mais toujours à l'intention des familles avec de jeunes enfants, notamment pour :

- observer le lien parent-enfant ;
- identifier et mobiliser les ressources et compétences parentales et familiales ;
- repérer les difficultés ;
- proposer des actions de soutien.

Des départements envisagent de développer l'offre d'accompagnement pour ces familles, en s'appuyant par exemple sur les PMI, les lieux d'accueil parents-enfants, les accueils de jour, les centres parentaux ou les services d'accompagnement à domicile.

Certains schémas départementaux comportent des actions relatives au repérage de difficultés concernant les jeunes enfants, ainsi qu'aux outils d'observation et d'évaluation. Les actions qui ambitionnent d'améliorer le repérage de difficultés spécifiques s'intéressent par exemple à la question des « *troubles du développement du jeune enfant* » (schéma 2016-2020 des Alpes-Maritimes) ou à celle du « *repérage des très jeunes enfants en situation de risque* » (schéma 2017-2022 du Lot). Quelques schémas mentionnent également une volonté de renforcer le suivi médical des jeunes enfants, notamment pour ceux de 2 à 4 ans (schéma 2016-2020 de la Creuse).

Pour ce qui concerne les pratiques et outils d'observation et d'évaluation, sont citées :

- quelques initiatives de création ou de renforcement de réseaux de veille ou d'espaces de travail partenariaux portant, par exemple, sur les informations préoccupantes, les situations complexes, le repérage précoce, etc. Leur objectif peut porter sur une analyse/bilan du fonctionnement, des propositions s'y afférant, etc. ;
- quelques actions de création, de partage ou d'appropriation de référentiels communs d'observation du jeune enfant ;
- quelques actions de création, de partage ou d'appropriation de guides ou de référentiels communs d'évaluation des situations ou des besoins du jeune enfant ;
- la création d'un « *outil d'auto-évaluation des vulnérabilités parentales* » à utiliser dès la grossesse (schéma 2016-2021 de la Vendée).

L'amélioration des parcours et de l'offre d'accueil est un axe de travail récurrent des schémas départementaux. En lien avec ce thème, les jeunes enfants sont évoqués dans quelques schémas :

- un département souhaite, de façon générale, développer l'offre d'accompagnement pour les enfants de moins de 3 ans et leurs familles (schéma 2016-2020 des Bouches-du-Rhône) : le schéma mentionne le placement et l'accompagnement à domicile, l'accueil de jour parents-enfants ou celui de l'enfant à la journée chez des assistants maternels, l'accueil familial (et notamment en urgence). Il envisage l'intervention intensive de professionnels formés ainsi que l'élaboration d'un référentiel spécifique ;
- un autre prévoit d'expérimenter des places dites « *de prévention 24h/24* » pour des familles avec enfants de moins de 6 ans rencontrant ponctuellement des difficultés, dans un cadre contractualisé, pour permettre une prise en charge de l'enfant, y compris la nuit si nécessaire (schéma 2017-2021 de l'Essonne) ;
- l'adaptation des modalités de traitement de l'accueil d'urgence pour les plus jeunes est évoquée dans le schéma 2017-2021 du Territoire de Belfort ;

- un département souhaite « *renforcer le recours à l'évaluation du centre départemental de l'Enfance et de la Famille afin de bien orienter les jeunes enfants* », en vue d'« *éviter les ruptures de placement* » (schéma 2017-2022 du Finistère) ;
- en outre, deux départements ambitionnent d'améliorer la prise en charge en collectif de ces enfants : l'un en adaptant cette offre d'accueil « *pour les 3/6 ans et les 6/12 ans en fonction d'un état des lieux à réaliser de l'offre actuelle et des besoins* », notamment pour que l'accueil collectif représente une vraie alternative à l'accueil familial (schéma 2017-2022 du Finistère), afin d'éviter les ruptures de parcours lorsque les assistants familiaux rencontrent des difficultés pour s'occuper de jeunes enfants à problématiques complexes ; l'autre en prévoyant la création de pouponnières¹³⁹ et de places 4-10 ans dans le cadre d'un appel d'offre redistribuant l'offre d'accueil dans le département (schéma 2016-2020 du Maine-et-Loire).

Sur le thème des compétences professionnelles, enfin, quelques départements mentionnent une volonté d'accroître celles des assistants familiaux – par exemple en les sensibilisant dès leur recrutement aux accueils correspondant aux besoins du département, mais aussi en les accompagnant pour qu'ils puissent mieux prendre en compte les profils d'enfants confiés, et notamment ceux des « bébés ».

Pour conclure, l'analyse des schémas départementaux récents permet de repérer que si les jeunes enfants en danger ou en risque de l'être ne font pas ou peu l'objet d'axes ou d'orientations de travail à part entière dans les projets de politique publique, ils sont cependant présents, sur quelques territoires, dans les préoccupations relatives à l'amélioration de la prévention, de l'offre d'accompagnement et de la continuité des parcours.

III-1.2 La nécessité d'une vigilance dans un contexte de contraintes

Diverses sources d'observations alertent sur l'importance de mettre en œuvre une intervention précoce dès qu'un danger est repéré. Dans la recherche dite « Saint-Exupéry »¹⁴⁰, sur les 128 parcours d'enfants étudiés, il ressort que les 27 enfants dont le devenir est le plus défavorable ont été placés plus tardivement que les autres, avec une tendance à un délai moyen plus élevé que pour les autres enfants de la cohorte entre la première alerte sociale et le placement.

Plusieurs discours d'experts et acteurs de la protection de l'enfance convergent pour dire qu'à la difficulté de caractériser le danger – commune à toutes les tranches d'âge – peut s'ajouter, sinon un « *tabou de la séparation* » comme l'évoquent certains, tout au moins une difficulté à séparer le tout-petit de sa famille qui est susceptible d'impacter les décisions et les organisations. La directrice d'un foyer départemental de l'enfance explique que cette donnée se conjugue parfois avec des contraintes organisationnelles du dispositif de protection de l'enfance : « *Je pense que c'est compliqué pour un travailleur social d'imaginer qu'un tout-petit puisse être séparé de ses parents. C'est comme s'il y avait toujours une négociation, à donner une dernière chance aux parents, et puis un turn-over des magistrats qui s'est installé. Ce qui fait que, quand on arrive à mettre au jour une adhésion de surface du parent, qui dit qu'il va faire mais qui en fait ne fait rien... Quand le magistrat*

139 Création d'une pouponnière apparaissant dans le décompte de l'enquête sur les pouponnières réalisée par l'ONPE en août 2018 (voir *supra* section I-3.3).

140 DUVERGER P., ROUSSEAU D., *et al.* *Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001 : étude portant sur 128 sujets*. Rapport final, septembre 2013. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2010.

change, ça peut passer à la trappe, le parent fait toujours illusion, et rien ne se passe pendant des années. On a quand même des mesures inadaptées qui durent, et ça peut alimenter, à la sortie de la chaîne, les jeunes pour lesquels on n'arrive plus à trouver de place. » Plusieurs directeurs d'établissement et intervenants rencontrés ont pu témoigner qu'arrivent, dans les services de placement, des jeunes enfants « très abimés », dont la situation est déjà considérablement dégradée, avec une santé précaire, des retards de développement, etc., même chez certains ayant bénéficié d'un accompagnement en milieu ouvert.

Certains observateurs vont plus loin dans le constat des possibles conséquences sur les jeunes enfants de l'absence ou de l'insuffisance des prises en charge, en évoquant qu'elles les exposent à un risque de décès. Martine Brousse¹⁴¹, rencontrée dans le cadre d'autres travaux conduits par l'ONPE, confirme que les situations de décès d'enfants repérées par la Voix de l'enfant (qui se porte partie civile sur plusieurs affaires judiciaires) concernent surtout de très jeunes enfants, de moins de 3 ans, et que si les décès d'enfants plus âgés sont plus rares, « *la violence sur l'enfant démarre assez tôt* ». Les recherches exploratoires conduites par l'ONPE sur ce thème ne sont pas exhaustives mais elles vont dans le même sens, en repérant que les décès d'enfants peuvent survenir dès la période post-natale et/ou s'inscrire dans un contexte de violences répétées. Cette sous-estimation du danger peut en partie s'expliquer par « *l'invisibilité de la maltraitance* » qui se produit dans une intimité familiale à laquelle les intervenants sociaux n'ont que partiellement accès, mais aussi par des phénomènes subjectifs qui peuvent s'activer en présence de signaux d'alerte forts et répétés – parmi lesquels, en particulier, un processus de sidération pouvant projeter les intervenants dans une forme d'aveuglement ou d'inertie.

Pour M. Créoff¹⁴², la capacité à protéger le tout-petit se pense en lien avec celle des professionnels à « *penser sur le long terme pour cet enfant* », comme l'ambitionne la loi de mars 2016 : « *Sur les 0-2 ans, la question est : quelle est l'intensité de la projection des professionnels et de l'institution pour construire un avenir pour cet enfant ? Comment on a un vrai projet d'avenir pour lui ? Quand il arrive à 8 jours, le niveau de responsabilité devrait être un véritable axe. [...] Du point de vue de l'inspecteur ASE, la question devrait être "Qu'est-ce qu'on imagine pour cet enfant, ensemble, comment on y pense ?" Se focaliser, sur l'enfant, presque exclusivement sur lui. On n'est pas encore dans la nécessité de concilier avec des attachements qu'il a déjà constitués. [...] Sur cette tranche d'âge il ne faut s'attacher qu'à l'enfant, car il risque de disparaître totalement. [...] Il faut aussi accepter qu'en protection de l'enfance la question de la mise en danger n'est pas la question de l'intentionnalité, de la faute du parent, mais celle de la capacité (comme le montre E. Bonneville). Il y a des parents que l'on peut rendre meurtriers en ne le reconnaissant pas.* »

Par ailleurs, si des volontés politiques de meilleure reconnaissance et prise en compte des besoins du jeune enfant existent (comme le montre l'analyse des lois et schémas départementaux récents *supra*), elles peuvent être entravées par des réalités de terrain parfois difficiles à dépasser.

141 Présidente de la Voix de l'enfant, vice-présidente du GIP Enfance en danger.

142 Entretien avec l'ONPE (*op. cit.*).

Ainsi, plusieurs départements et acteurs de la protection de l'enfance se déclarent confrontés à une augmentation des taux de jeunes enfants confiés, rendant insuffisante ou inadaptée l'offre d'accueil. Une directrice de foyer de l'enfance le souligne : *« Comme dans beaucoup de département, nous avons des taux de placement de jeunes enfants qui explosent complètement. La pouponnière est engorgée le temps que les orientations se mettent en place. Au-dessous de 3 ans, à part l'accueil familial, il n'y a pas grand-chose, et ce sont des cas complexes avec de grosses problématiques de santé. Donc l'accueil familial départemental s'est vu complètement submergé par des primo accueils par défaut de tout-petits. Mais ils n'ont pas les moyens de suivre les familles, ils ne connaissent pas le jeune enfant, ils sont dépassés. Donc on a développé tout un système où ces primo accueils passent systématiquement par le foyer. Nous, on forme les assistantes familiales et on évalue en même temps. »*

Parallèlement, de nombreux départements rencontrés évoquent une difficulté à recruter des assistants familiaux, et notamment à renouveler la génération de ceux partant en retraite : *« On a des assistants familiaux qui sont très vieillissants, 34 % ont plus de 60 ans, donc on comprend que ces assistants familiaux n'aient pas l'énergie pour accueillir des tout-petits. En plus, accueillir des tout-petits quand on sait qu'il va y avoir du placement au long cours, ça n'est pas forcément pertinent de les placer chez des personnes âgées. Et puis on a aussi une tranche d'assistants familiaux qui sont jeunes, qui ont des enfants en bas âge, et qui ne veulent pas accueillir d'autres enfants en bas âge. Donc on a une pyramide des âges qui n'est pas du tout favorable à l'accueil des tout-petits. »* Ce département, comme plusieurs autres, fait le lien entre cette problématique et celles de la suractivité et de l'engorgement des établissements d'accueil, avec une augmentation des durées de séjour des enfants en l'absence de solution alternative – dans le département précité, la durée moyenne de séjour en pouponnière a par exemple été multipliée par trois entre 2002 et 2014.

Une directrice de foyer départemental nuance toutefois en précisant que l'enjeu n'est pas de réduire absolument le temps d'accueil en structure collective : *« Il ne faut pas penser que le temps qui est passé en pouponnière n'est pas un temps indispensable car, quand ils nous sont adressés, c'est souvent en urgence. Donc il y a un temps d'observation et de proposition d'orientation, et le travail avec les parents, parce qu'il y a toujours un accompagnement parental qui est important au niveau de nos établissements (les enfants ne sont pas coupés des parents, et il y a tout un travail qui se fait sur la parentalité qui est aussi nécessaire). Mais, une fois que la proposition d'orientation est faite, c'est là qu'il y a un problème. »*

En outre, d'autres difficultés de terrain sont observées, même lorsqu'existe une attention et un projet départemental pour les enfants de moins de 6 ans confiés. Est notamment en cause le manque de coopération entre acteurs de la protection de l'enfance (magistrats, ASE, établissements et services, etc.), que complique le phénomène de turn-over des professionnels déjà identifié *supra*. Cet écueil, conjugué à des contraintes systémiques et parfois à des dysfonctionnements des organisations, peut conduire à une incohérence d'action et à des discontinuités dans les parcours de vie et d'accompagnement des jeunes enfants qui leur sont particulièrement dommageables : prises en charge différées, placements en urgence, multiplicité des intervenants et des modes d'accueil, alternance de placements et de retours en famille, etc.

III-1.3 Placement familial ou en établissement : les éléments à considérer pour répondre aux besoins du jeune enfant

La controverse sur la préférence à avoir entre accueil familial et accueil institutionnel s'agissant des jeunes enfants confiés existe au niveau international, niveau auquel elle semble être réglée, comme le soulignent Melaine Cervera et Céline Jung¹⁴³, avec un fort mouvement en faveur de la désinstitutionalisation. Toutefois, comme indiqué par ces mêmes auteurs, au regard de la littérature internationale, la question ne se limite pas à trancher entre les deux modes d'accueil, mais il s'agit de savoir de quoi ont besoin en particulier les jeunes enfants, et de définir ce qui est mis en place pour satisfaire ces besoins.

Les données chiffrées nationales présentées en partie I ont montré que l'accueil familial est globalement privilégié en France pour les jeunes enfants confiés. Elles font cependant aussi apparaître que, derrière un pourcentage national de 69,7 % d'enfants de moins de 6 ans hébergés en famille d'accueil, ont cours des politiques et des pratiques départementales donnant plus ou moins la préférence à ce mode de placement.

Pour rappel, 1 département recourt exclusivement à l'accueil familial pour les enfants de moins de 6 ans confiés – le chiffre s'élevant à 3 départements si l'on considère la population des enfants de moins de 3 ans confiés. *A contrario*, si aucun n'a fait un choix exclusif d'accueil de ces enfants en établissement, il est notable que 5 départements accueillent majoritairement les enfants de moins de 6 ans en établissement.

Dans les départements ne disposant pas d'établissement d'accueil pour les jeunes enfants, les hébergements en urgence peuvent se faire dans des services d'accueil familial d'urgence, dont certains sont spécialisés « petite enfance ». Par exemple, le département du Morbihan, qui n'a pas de pouponnière, dispose d'un tel service de 24 places réparties en une dizaine de familles d'accueil spécialisées dans l'urgence, mais qui peuvent suivre l'enfant en cas de placement pérenne, pour favoriser « *le maintien et la continuité du lien* » : lorsqu'ils accueillent un très jeune enfant sur un projet de placement susceptible de durer, les assistants familiaux qui en sont d'accord peuvent quitter le service et être recrutés par l'ASE. Cette possibilité se retrouve (entre autres) en Indre-et-Loire : le service départemental d'accueil familial d'urgence, qui n'est pas spécialisé dans l'accompagnement des jeunes enfants mais en compte une forte proportion (avec 41 % d'enfants de moins de 4 ans en 2016), a une capacité d'accueil d'une trentaine d'enfants. Les deux tiers des effectifs accueillis le sont dans le cadre des missions d'accueil d'urgence (qui peuvent durer jusqu'à six mois, voire un an), les autres enfants étant restés en moyen séjour sur des durées pérennes – cela concerne un public d'enfants avec des troubles du comportement associés ou non à un handicap. Les assistantes familiales accueillant des tout-petits peuvent aussi quitter le service pour rejoindre celui de l'ASE, avec l'enfant qui leur a été confié en urgence. Dans ce cas, de nouveaux recrutements sont réalisés¹⁴⁴. Dans certains départements, les assistants familiaux ainsi chargés d'accueillir en urgence de jeunes enfants sont, pour cette mission, rattachés à

143 CERVERA M., JUNG C. *Op. cit.*

144 Sont recherchées des assistantes familiales souhaitant travailler avec des petits, ayant un agrément, et qui continueront d'être formées aux spécificités de l'accueil du jeune enfant une fois intégrées au pôle accueil familial.

un établissement d'accueil qui assure la gestion et un suivi soutenu de ces placements. Cette configuration existe par exemple dans le département du Gers, où l'ASE prend le relai pour l'embauche et le suivi de l'assistant familial chez qui l'accueil de l'enfant se pérennise.

Les services d'accueil familial d'urgence repérés fonctionnent sur un système d'astreinte, c'est-à-dire qu'ils doivent garantir 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 l'accueil d'un enfant – ou plusieurs s'il s'agit d'une fratrie – chez un assistant familial. Les assistants familiaux qui accueillent ces enfants sont accompagnés par des professionnels ayant une qualification sur le jeune enfant (éducateurs de jeunes enfants, puériculteurs...) et sur les dimensions d'observation et de diagnostic (psychologues, pédiatres...). Cet accompagnement peut prévoir des visites au domicile de l'assistant familial ainsi que des instances de travail concerté au sein des services – pour « *décrypter ensemble le matériel d'observation de l'enfant* », « *réajuster* » les regards sur l'enfant à travers la confrontation des observations et, si nécessaire, pour réorienter la prise en charge. Les enfants peuvent aussi être accueillis dans des espaces collectifs animés par les professionnels de ces services, pour être observés en-dehors du domicile de l'assistant familial (avec notamment une attention portée aux interactions avec d'autres enfants) et leur proposer des supports ludiques et d'éveil différents de ceux auxquels ils ont accès au quotidien. Ce type de prise en charge permet également d'apprécier comment l'enfant peut gérer la séparation d'avec l'assistante familiale, ce qui donne des indications sur la qualité de l'attachement.

Si, dans plusieurs services d'accueil familial d'urgence, le besoin d'une continuité du lien est pris en compte, il ne peut être garanti en toutes circonstances. Même au sein de ces services, le « *suit des enfants* » par l'accueillant familial d'urgence reste marginal. Des intervenants rencontrés témoignent que ce mode d'accueil se heurte à une contradiction : alors qu'il est souvent préféré à l'accueil collectif au motif qu'il permet à l'enfant d'investir un lien privilégié avec l'assistant familial, figure stable d'attachement, il « *amène de la rupture* » dès lors qu'il ne peut se pérenniser. Ainsi, l'accompagnement personnalisé, le maternage et le « *portage* » permis par l'accueil familial profitent au jeune enfant mais ne lui épargnent pas d'avoir à vivre et négocier cette rupture. D'autre part, la question se pose des ruptures d'accueil familial dans le cadre de l'accueil d'urgence ou des accueils plus « classiques » (voir *supra* section II-2.2). Sur cette problématique des ruptures, il n'existe pas d'étude spécifique en France, à la différence de ce qui se passe à l'étranger, en particulier dans des pays qui ont fait un choix préférentiel pour l'accueil familial¹⁴⁵.

Les départements qui privilégient le recours aux établissements d'hébergement collectif pour évaluer et prendre en charge les situations des jeunes enfants confiés avancent donc d'autres arguments que ceux de la personnalisation de l'accompagnement et de la continuité du lien pour valoriser la pertinence de ce mode d'accueil.

Pour les tout-petits, plusieurs acteurs rencontrés dans les départements qui disposent de pouponnières à caractère social estiment que ces établissements représentent une ressource pour le territoire. Elles sont surtout considérées comme un plateau technique particulièrement qualifié pour l'évaluation et l'orientation, notamment pour les situations difficiles et les problématiques complexes, même si le déficit d'offres d'accueil alternatif évoqué *supra* peut conduire à des

145 CERVERA M., JUNG C. *Op. cit.*

accueils dans la durée. Une directrice de foyer de l'enfance explique qu'une évaluation fine par la pouponnière permet d'ajuster les indications d'orientation, et notamment de choix de la famille d'accueil : *« Pour accueillir, on aime bien que ça passe d'abord en pouponnière pour une première évaluation 24 heures sur 24 qui est beaucoup plus fine que celle des assistantes familiales. Par rapport aux troubles abandonniques il y a un vrai savoir-faire en pouponnière pour se faire une idée sur les situations. Il y a eu beaucoup de déboires à placer directement les bébés sans élément préalable d'évaluation par la pouponnière en accueil familial. Beaucoup de placements ont échoué. Dans certaines situations on a des accueils d'alerte qui nous font dire qu'il faut cette première évaluation en pouponnière, même si je sais que l'accueil collectif est très mal vu aujourd'hui. Sur le terrain on trouve qu'il y a une vraie plus-value de ce côté-là. »* Quelques départements rapportent également que les services de PMI peuvent être complémentaires des pouponnières et des foyers de l'enfance pour évaluer les situations : *« L'accueil des enfants de moins de 6 ans se fait principalement via le foyer départemental de l'enfance lorsque les enfants sont très peu connus des services, lorsque la mobilisation des parents peut être problématique, ou lorsque l'enfant peut présenter une pathologie médicale. L'observation de l'enfant et de ses liens avec ses parents lors des visites encadrées est un axe fort de la prise en charge de l'enfant au foyer de l'enfance sur les trois premiers mois de son admission pour orienter les recherches vers l'accueil familial le plus adapté aux besoins de l'enfant. Si la situation est connue de la PMI, celle-ci peut donner des indications pour que l'enfant soit orienté au contraire dès son admission vers une assistante familiale, notamment lorsque l'enfant a un besoin de coconing ou de maternage important. »* Par ailleurs, les équipes des établissements qui réalisent des évaluations et interviennent dans des formulation de préconisations relatives à l'orientation en accueil familial peuvent, comme indiqué en partie II, contribuer à préparer l'assistant familial à recevoir l'enfant.

Les pouponnières à caractère social, en effet, constituent un plateau technique réunissant des compétences variées. Parmi l'ensemble des établissements et services intervenant en protection de l'enfance, ce sont les seules à disposer d'un cadre réglementaire strict imposant la représentation de certains métiers, notamment du champ de la santé. Elles ne peuvent ainsi disposer d'une autorisation du président du conseil départemental que si l'établissement s'est assuré le concours d'un médecin qualifié en pédiatrie, le personnel attaché à l'établissement devant présenter les garanties sanitaires, morales et professionnelles exigées (article D. 341-3 du CASF). Leur direction ne peut être assurée que par un médecin ou une puéricultrice – la personne assurant la direction devant être agréée par le président du conseil départemental¹⁴⁶ (article D. 341-5). Les pouponnières à caractère social doivent faire l'objet de visites régulières d'un médecin qualifié en pédiatrie, lui aussi agréé, et qui doit, notamment, confirmer après examen l'admission des enfants, surveiller leur santé, prescrire s'il y a lieu l'exclusion des malades, et décider après guérison de leur retour dans l'établissement (article D. 341-6). Par ailleurs, les règlements de fonctionnement doivent être agréés par le président du conseil départemental, les locaux doivent satisfaire à des conditions techniques d'hygiène et de sécurité (article D. 341-3), et les conditions techniques et de fonctionnement sont fixées par les articles D. 312-123 à D. 312-152 du CASF (comme le précise l'article D. 341-7).

¹⁴⁶ Lorsque la direction est assurée par une puéricultrice, cette dernière doit justifier de cinq ans au moins d'exercice de la profession avant son entrée en fonctions.

De plus, en termes de personnel, ces établissements doivent être pourvus d'un nombre de professionnels tenant compte du nombre d'enfants qu'ils sont susceptibles d'accueillir, afin de garantir un minimum de disponibilité des adultes auprès de chaque enfant, l'article D. 312-141 précisant que, dans toute la mesure du possible, les mêmes personnes prennent soin d'un enfant. Une pouponnière doit ainsi disposer (article D. 312-148 du CASF) :

- d'une puéricultrice, assistée d'une ou plusieurs autres puéricultrices ou, à défaut, d'infirmières, à raison d'une pour trente lits ou fraction de trente lits, si l'établissement comporte plus de trente lits, pour assurer une surveillance sanitaire continue de jour et de nuit ;
- d'auxiliaires de puériculture, en nombre suffisant pour assurer la permanence des soins maternels à raison d'une personne présente pour six enfants au maximum le jour, et trente enfants de nuit. Par dérogation et à titre exceptionnel, des personnels non diplômés, dont la formation professionnelle doit être assurée par l'établissement, peuvent être recrutés en fonction de situations particulières ;
- d'un ou plusieurs éducateurs ou éducatrices de jeunes enfants pour les enfants de plus de 18 mois, à raison d'une personne présente pour douze enfants ou fraction de douze enfants durant la journée ;
- de personnel de service ;
- d'un ou d'une psychologue et, en tant que de besoin, de personnels spécialisés et de rééducateurs¹⁴⁷.

La pouponnière peut mettre sa compétence pluridisciplinaire au service d'une articulation avec les services d'accueil familial dans d'autres contextes que celui de l'évaluation et de l'orientation. Dans l'Hérault, par exemple, l'équipe de la pouponnière du foyer de l'enfance « *travaille en soutien et accompagnement d'assistants familiaux pour l'accueil de bébés et de jeunes enfants ne nécessitant pas une observation clinique, et/ou des soins médicaux ou paramédicaux* ». Des services d'accueil familial peuvent être rattachés à une pouponnière, comme à Angers. Dans le Val-de-Marne, dès 1982 a été créé un placement familial spécialisé pré-adoption, dépendant du foyer de l'enfance, où des assistants familiaux spécialement recrutés, formés et accompagnés accueillent des nouveau-nés pupilles de l'État qui ne passent pas par la pouponnière départementale. Une initiative semblable vient d'être prise dans le département de la Gironde, avec la création d'une « *pouponnière familiale* » pour confier ce public d'enfants à des assistants familiaux rattachés à une équipe spécifique, en lien avec les professionnels du centre départemental de l'enfance, en particulier pour le suivi médical des bébés.

Des formes de collaborations innovantes sont souhaitées par certains intervenants et experts rencontrés. M. Créoff, par exemple, imagine des hypothèses de travail : « *Les pouponnières devraient se transformer en accueils de jour spécialisés, en plateaux techniques experts, ouverts toute la semaine, ouverts le samedi et le dimanche, à la fois pour accueillir à la journée le bébé seul sur des temps – quinze jours ou trois semaines – pour que la famille d'accueil puisse souffler, mais aussi pour accueillir le bébé et l'assistante familiale. Avec un plateau technique pour que l'assistante familiale, sa famille et le bébé soient très fortement étayés et accompagnés dans cette prise en charge. [...] Les pouponnières devraient avoir un réseau de familles d'accueil jusqu'à cinquante kilomètres autour d'elles et que cela*

¹⁴⁷ L'enquête ES de la Drees de 2012 fournit des informations sur le personnel présent dans les pouponnières qui rendent compte de cette diversité des professions représentées. Ils sont présentés dans le tableau 15 en annexe.

fasse un pôle d'expertise extrêmement accessible. Et c'est là où se passent les visites médiatisées avec les parents, c'est là où l'assistante familiale peut venir à tout moment, à la limite la nuit avec des astreintes, et [ce pôle] peut se déplacer au domicile de l'assistant familial. »¹⁴⁸ De meilleures articulations entre les modes de placement et une évolution des missions des pouponnières peuvent en effet être envisagées par ceux qui, comme M. Créoff, considèrent l'accueil collectif comme « *extrêmement lourd pour les enfants : c'est une somme d'angoisses, d'imprécisions dans la référence. Nombre de foyers sont organisés sans que l'on respecte l'intimité de l'enfant* ».

Sur ce point ne se dégage pas de consensus des experts et des intervenants rencontrés. D. Rousseau, par exemple, nuance en évoquant des profils d'enfants et de situations pour lesquels l'accueil en établissement s'avère pertinent : « *L'accueil collectif est encore nécessaire pour un certain nombre de bébés qui vont très mal. On peut par exemple l'identifier chez les bébés où il y a eu une grossesse extrêmement violente, qui sont des bébés extrêmement tendus, qui ont des signes de stress qui durent parfois des mois, des années... Et les dénis de grossesse [...]. L'enfant n'est absolument pas pensé et ça, ça donne des bébés hypotoniques, qui ne sont pas dans la relation. Un bébé qui a été pensé est dans les starting-blocks de la relation : dès la naissance, il ouvre les yeux, il entend des voix et, par le regard, il essaie de voir qui il y a autour. Et là, ce sont des bébés qui n'ont pas encore cette capacité-là. Il faut que ces bébés soient pris en charge collectivement ou alors dans une famille d'accueil où il y a réellement une aide, un étayage extérieur. Parce que c'est très rapidement très compliqué.* » D'autres intervenants soutiennent également qu'un accueil où plusieurs professionnels peuvent partager « *la charge* » du soin à apporter à un bébé en très grande souffrance peut être mieux à même de le porter qu'une famille lorsqu'elle est peu accompagnée et livrée à elle-même face aux difficultés du bébé, éprouvée, et sans possibilité de prendre du recul ou d'avoir un relais¹⁴⁹.

Par ailleurs, D. Rousseau explique que tous les enfants ne sont pas égaux dans leur capacité à se saisir de ce qu'offre l'institution : « *Il y a des bébés très compétents qui s'adaptent très bien à la collectivité. Il ne faut pas que ça dure éternellement mais, sur la première année, ça ne se passe pas trop mal. Ils arrivent à développer des interactions différentes en fonction des auxiliaires présentes. Ils ont des compétences adaptatives assez impressionnantes, ce qui ne veut pas dire que ça ne peut pas les épuiser, parce que c'est fatigant. Il y en a d'autres qui n'ont pas cette capacité. On a eu quatre bébés en même temps pratiquement du même âge qui sont arrivés sur un groupe. L'un d'entre eux avait développé des troubles de l'hospitalisme... alors a minima : c'est-à-dire que quand l'auxiliaire se détournait, il vomissait. C'est quelque chose qu'on a repéré et qui a fait que ce bébé a pu partir en famille d'accueil assez rapidement. C'est pour ça qu'on a développé des familles d'accueil dans la pouponnière, rattachées.* » Il est tout aussi incontournable d'interroger la pertinence de la durée du placement en structure d'accueil collectif – en fonction de ces observations et de l'évolution de la situation familiale – que celle-ci laisse entrevoir des possibilités de retour à domicile ou, au contraire, une indication de placement long. Cette nécessité se heurte cependant aux opportunités réelles de réorientation d'une partie du public des enfants accueillis en pouponnières, dont la prise en charge s'avère un véritable défi pour la protection de l'enfance.

¹⁴⁸ Entretien avec l'ONPE (*op. cit.*).

¹⁴⁹ C. CRESPIEN G. Un accueil en pouponnière peut-il avoir des effets thérapeutiques ? Analyse du parcours de placement de cent-vingt-sept enfants sur cinq ans. *Cahiers de Préaut*. Érès, 2018, n° 14, p. 169-201. Étude complète (avec annexes) : C. CRESPIEN G. *Analyse du parcours de placement de 127 enfants sur 5 ans : pouponnière et maison d'enfants « Les Poussinets »*, 2011-2015. Rapport d'étude, 2015.

Sur la question d'une éventuelle « durée optimale » de séjour d'un bébé en pouponnière, il n'apparaît pas d'éléments précis d'appréciation, la question étant plutôt abordée en termes de parcours. Les études présentées *infra* fournissent quelques repères. L'étude conduite par R. Mascaró *et al.* évaluant les effets du placement précoce en pouponnière de bébés (dont l'âge varie entre 19 jours et 20 mois) porte sur les changements de capacités interactives et des compétences développementales de ces bébés après quatre mois de prise en charge dans la structure : le choix de cette période est venu de l'expérience clinique des chercheurs, qui montre que, pour les enfants de l'âge considéré, les changements surviennent après 2 à 4 mois de prise en charge institutionnelle¹⁵⁰. D'après une deuxième étude¹⁵¹, la durée de placement en pouponnière dépend de l'âge auquel l'enfant est placé : pour les enfants accueillis avant l'âge de 2 ans, cette durée moyenne est de douze à dix-huit mois, ce qui est corrélé à la rapidité de l'évolution constatée pour la plupart des enfants. Pour les enfants accueillis au-delà de l'âge de 2 ans, la durée moyenne des placements se situe entre vingt-quatre et quarante-huit mois, leurs problématiques plus complexes et installées nécessitant plus de temps pour aboutir à une réorientation adaptée à la situation de chacun.

En raison d'une augmentation des besoins d'accueil d'un public de jeunes enfants confiés dont les problématiques de santé sont aigües et/ou qui se trouvent en situation de handicap, sont effectivement orientés dans les pouponnières à caractère social des enfants qui nécessiteraient un accompagnement « *à la frontière du soin et de l'accompagnement social* » – au motif que celles-ci sont dotées en personnel médical et paramédical, et cela dans un contexte de disparition des pouponnières sanitaires. Dans plusieurs départements, l'orientation en pouponnière est ainsi privilégiée pour des enfants « *de santé fragile ou précaire* », « *présentant une pathologie médicale* », « *nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux* ».

Plusieurs discours d'intervenants concordent sur ce point : « *Les pouponnières accueillent les situations les plus critiques dont on se dit même qu'elles pourraient relever de la pouponnière sanitaire. Un premier critère, c'est l'avis médical : est-ce qu'on peut accueillir ou pas ? Ce sont des situations où un retour en famille est quasiment inimaginable.* » « *Les enfants accueillis à la pouponnière sont des enfants de santé fragile ou précaire, aussi parce que l'établissement est proche de l'hôpital. La durée moyenne de séjour est en augmentation du fait de la complexité des situations – 90 jours en moyenne.* » À plusieurs reprises, il a été signalé que ces enfants sont particulièrement concernés par les difficultés de réorientation, passée la période d'évaluation de la situation et de « restauration » de l'enfant grâce aux soins prodigués et au suivi médical soutenu dont ils ont bénéficié : « *Il est à noter l'impossibilité d'orienter les enfants relevant d'un handicap vers un mode d'accueil adapté pouvant davantage répondre à leurs besoins sur le long terme, en raison du manque de places dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux.* »

Pour les bébés et les jeunes enfants qui nécessitent des soins intensifs à la fois sanitaires et affectifs, des protocoles de prise en charge existent et sont réajustés par les équipes en fonction de leurs observations : portage des bébés en écharpe par les auxiliaires de puériculture, programmes personnalisés de rééducation psycho et sensorimotrice, suivi en pédopsychiatrie, etc. La pouponnière d'Angers, par exemple, travaille en étroite collaboration avec « *l'unité de soins pour et*

150 MASCARÓ R., *et al.* *Op. cit.*

151 C. CRESPIEN G. *Op.cit.*

autour du bébé » composée d'une équipe de pédopsychiatres, de psychologues, d'une puéricultrice et d'une psychomotricienne. L'unité peut être mobilisée à la fois en amont des admissions, pour évaluer les situations, et une fois les enfants accueillis à la pouponnière. Son équipe vient alors observer les enfants dans leurs unités de vie et peut mettre en place, pour les enfants ayant un besoin repéré de prise en charge, des projets de soin et de suivi thérapeutique. Les professionnels de l'unité précisent d'ailleurs qu'au-delà de la question du soin, un des intérêts de la prise en charge par le service est qu'elle permet à ces enfants une continuité d'intervention, de lien et de regards « *depuis le début de son histoire de placement jusqu'à la fin de son histoire de placement* ». Il est à noter qu'au niveau international, certains chercheurs ont mis en évidence l'enjeu pour le bien-être des enfants que représente la capacité des établissements à s'articuler avec des services et partenaires extérieurs¹⁵².

La mise en place de partenariats avec les acteurs du soin somatique et psychique par les établissements d'accueil collectif et les services de placement familial, si elle apparaît indispensable à la réponse aux besoins des enfants, n'épuise pas toutes les possibilités de collaboration et d'articulation interservices. En-dehors de celles déjà citées, établies entre ces deux principaux modes d'accueil, des collaborations alternatives existent avec des structures qui, dans le champ de l'accompagnement des jeunes enfants confiés, proposent des prises en charge innovantes ou émergentes.

III-1.4 Des pratiques alternatives au service des besoins du jeune enfant

Plusieurs schémas départementaux récents mentionnent leur ambition de mettre en place ou de développer des dispositifs dits de « *placement éducatif à domicile* », généralement sans associer cette orientation de politique publique à la question de la prise en charge de la population spécifique des jeunes enfants confiés. Ce type de dispositif repose sur des décisions confiant des enfants à un service au titre de la protection de l'enfance, tout en autorisant le maintien de leur hébergement au quotidien chez leurs parents ; le placement dit « *à domicile* » est une modalité d'exécution d'une mesure judiciaire de placement qui autorise un droit de visite et d'hébergement quotidien du mineur au domicile du ou des parents, lequel droit peut être modulé en fonction des circonstances. Le jugement laisse en effet au service de protection de l'enfance la possibilité d'accueillir l'enfant si la situation le nécessite. La particularité de cet accueil est de combiner un maintien de l'enfant au domicile familial à une action éducative et de soutien à la parentalité intensive, lorsqu'il est évalué que cette configuration peut s'avérer préférable à une séparation continue. Ce dispositif peut être mobilisé en alternative du placement classique, en amont de celui-ci pour le préparer, ou en aval pour accompagner le retour de l'enfant au domicile familial.

Les observations de la présente étude concernant les pratiques de placement « *à domicile* » sur les territoires, si elles n'ont pas de valeur exhaustive, conduisent à remarquer que :

- ces services ne sont pas nécessairement spécialisés dans l'accueil de jeunes enfants. Ceux ayant la plus grande ancienneté de pratiques parmi les services rencontrés ont même surtout travaillé auprès de familles avec des enfants plus âgés, pour tenter parfois d'étendre l'expérience auprès des enfants de moins de 6 ans confiés et de leurs parents ;

152 CERVERA M., JUNG C. *Op. cit.*

- des départements ont choisi de ne pas proposer ce mode de placement pour les enfants les plus jeunes, en particulier les moins de 3 ans ;
- parmi les quelques services spécialisés dans la mise en place de placements « à domicile » pour des familles avec de jeunes enfants récemment créés sur le territoire, certains n'ont pas encore trouvé leur public. Dans l'attente d'orientations correspondant à leur cœur d'activité, ils accompagnent donc des enfants plus âgés et leurs familles.

Par ailleurs, des acteurs locaux de la protection de l'enfance ont pu émettre des réserves sur l'adéquation de cette modalité de placement avec le besoin, pour bien protéger le jeune enfant, d'une évaluation fine et constante de sa situation. Quelques-uns ont constaté la nécessité de réorienter une proportion non négligeable de jeunes enfants initialement placés à domicile vers des placements pérennes « classiques ». Certains responsables de structures intervenant en aval d'interventions de placement « à domicile » se sont alarmés d'avoir dû accueillir des enfants passés par ce dispositif qui selon eux auraient eu besoin d'un accompagnement plus adapté, plus soutenu et plus « protecteur ».

Ces témoignages interrogent en fait deux niveaux d'évaluation : d'une part celui en amont d'une indication de placement éducatif à domicile, et d'autre part celui en cours de prise en charge par le service. Pourtant, des responsables de certains dispositifs de placement « à domicile » se disent « *très vigilants aux critères d'entrée* ». Les professionnels intervenant en amont et dans les prises en charge de ce type de dispositif s'accordent pour estimer qu'il ne convient pas pour des situations de maltraitance (physique, psychologique, sexuelle), mais plutôt pour un soutien renforcé « *en cas de difficultés éducatives* » ; s'agissant de jeunes enfants, des professionnels s'interrogent également sur la pertinence de ce type d'intervention lorsque « *les besoins élémentaires de l'enfant ne sont pas garantis* ». Sont généralement pris en considération pour l'analyse la santé (notamment psychologique) des parents et leur capacité « *à se mettre en mouvement et à penser ce qui se joue au sein de la famille, à en prendre conscience* »¹⁵³, mais aussi les liens d'attachement existants – une intervenante évoquant par exemple l'échec d'une prise en charge en placement éducatif à domicile pour une petite fille dont le lien d'attachement s'était construit avec l'assistante familiale et non avec sa famille, cette dimension ayant à l'époque été insuffisamment prise en compte par l'équipe.

Dans plusieurs départements, une commission spécifique se réunit en amont de la décision judiciaire. En Indre-et-Loire, par exemple, tous les acteurs de terrain qui connaissent la famille et sont intervenus auprès d'elle se réunissent pour « *une anamnèse de la situation, un regard rétrospectif et son analyse au présent* », en vue de préconiser un mode d'intervention adapté. La décision de placer le jeune enfant à domicile ne se prend donc pas en urgence : elle doit être pensée et travaillée en amont – et notamment aussi avec les parents, car elle exige leur adhésion, puis une forte collaboration et implication dans le projet d'accompagnement. L'accompagnement se construit alors en articulation entre les entretiens familiaux et des interventions fondées sur le principe du « faire avec », les équipes devant rester constamment en alerte devant des indices de dégradation de la situation pour évaluer la nécessité d'une mise à l'abri temporaire ou pérenne. Certains professionnels de placement éducatif à domicile expliquent aussi qu'ils peuvent interroger la pertinence du maintien sur la durée d'un travail auprès de parents ne

¹⁵³ Certains services de placement éducatif à domicile pensent cette dimension en référence aux apports d'E. Bonneville-Baruchel sur l'incapacité psychique des parents d'agir en adéquation avec les besoins exprimés par leur enfant.

parvenant pas ou plus à acquérir les compétences parentales dont l'enfant a besoin : « *On a par exemple beaucoup d'interrogations dans les configurations de PEAD avec certains parents déficients auprès desquels on se rend compte qu'on est plutôt dans la suppléance. On se dit que, lorsque le PEAD (il y a aussi la TISF, la PMI et l'organisme de tutelle) va se retirer, les parents ne seront pas en capacité de prendre le sens des choses et de refaire sans accompagnement. Dans une de ces familles, les deux petits ont eux aussi des problématiques de santé mentale qui exigent une stimulation que les parents ne sont pas en mesure de leur apporter seuls* ».

Au-delà de la question du mode d'accueil, c'est donc plutôt celle de la connaissance, par les équipes, du jeune enfant et de ses besoins que posent certains acteurs de la protection de l'enfance qui s'alarment et dressent le constat de dysfonctionnements. Dans une discussion portant sur des services qui accompagnent des jeunes enfants sans cet étayage, un acteur de territoire rapporte : « *Il y a parfois une méconnaissance totale du jeune enfant et des signes de mal-être du tout-petit. Je pense d'ailleurs que les services n'ont pour la plupart pas d'éducatrices de jeunes enfants, d'auxiliaires de puériculture. Quand vous lisez les rapports... les choses sont décrites mais on en a la mâchoire qui se décroche... On ne comprend pas pourquoi ils restent là. Donc on fait un travail de sensibilisation. Concernant les besoins fondamentaux de l'enfant, le département met ça au travail, mais au-delà c'est un gros travail sur les visites médiatisées et sur l'attention à tout ce qui se passe avec les parents.* » À cette sensibilisation doit s'ajouter la mobilisation de professions compétentes (voir *infra* section II-2.3).

Les articulations entre services peuvent constituer des éléments de réponse à l'exigence de réunion des compétences et de pluralité des méthodes d'intervention avec les enfants et les familles¹⁵⁴. Cependant, certains services intègrent cette exigence pour penser des dispositifs innovants permettant des prises en charge à la fois souples, complètes et qualifiées sur le champ de l'accompagnement du jeune enfant.

Un des résultats de l'étude, non attendu, est le repérage de plusieurs dispositifs d'accueil de jour¹⁵⁵ qui accompagnent des jeunes enfants confiés et leurs parents de manière particulièrement intéressante. Dans les trois exemples rencontrés, tout ou partie des enfants qui fréquentent chacun des services lui sont confiés par une décision judiciaire, prévoyant soit un accueil familial ou en pouponnière (le Fil d'Ariane), soit un « placement à domicile » (Parent'ailes), ou encore un placement avec modalités d'hébergement quotidien chez les parents, l'enfant étant par ailleurs accueilli sur des temporalités personnalisées chez un assistant familial (accueil de jour territorialisé de Saverne). Ces services ont en commun d'accueillir à la journée les enfants, avec parfois sur certains temps dédiés leurs parents, en leur proposant un soutien à la parentalité intensif. Cette intervention présente l'intérêt de travailler avec les parents dans d'autres espaces que celui du domicile familial – même si des professionnels de l'accueil de jour peuvent aussi y intervenir. Certains de ces dispositifs peuvent organiser la mise à l'abri de l'enfant afin qu'il

154 Une responsable de placement éducatif à domicile explique, par exemple, comment le service met en place des collaborations permettant de compléter l'action du service : « *Commence à se développer une collaboration avec l'accueil de jour pour un outil complet concernant le tout-petit, qui lui permette d'être intégré à un collectif [...] On travaille aussi avec les PMI, les CAMSP.* »

155 Voir notamment les fiches de dispositif sur l'accueil de jour territorialisé de Saverne, sur l'accueil de jour Parent'ailes et sur le Fil d'Ariane sur le site de l'ONPE (rubrique Dispositifs et pratiques).

soit toujours bien protégé quand, ponctuellement, les parents ne sont plus en mesure d'assumer une parentalité à temps plein. Ces services disposent de professionnels qualifiés et de références théoriques à la fois solides et diverses sur le jeune enfant.

Les parents rencontrés qui bénéficient ou ont bénéficié de tels accompagnements ont pu exprimer que, même dans des configurations d'étayage avec accueil séquentiel ou mise à l'abri temporaire de l'enfant :

- ils avaient toujours gardé le sentiment qu'ils continuaient d'être impliqués dans la vie de leur(s) enfant(s). Certains de ceux dont les enfants avaient été antérieurement placés à temps plein en établissement ou en accueil familial « classiques » ont pu dire que ces nouvelles formes d'accompagnement leur avaient permis de ne plus être des « *spectateurs* » ayant « *toujours un train de retard* » sur ce que vi(ven)t leur(s) enfant(s) ;
- ils s'étaient toujours sentis soutenus et accompagnés, ce qui leur avait permis de gagner en compétence et en « *confiance* », et à l'enfant « *d'aller mieux* ».

L'appréciation positive des parents sur le dispositif n'est bien sûr pas la seule dimension à considérer. Les discours des professionnels de ces services et ceux de leurs partenaires (département et magistrats notamment) convergent pour estimer que ces accompagnements profitent aux jeunes enfants qui en bénéficient et à leurs familles. Ils répondent à des besoins de soutien encadré du parent, de garantie de protection de l'enfant et de continuité. Il est possible de parler de continuité au sens où ces accompagnements intensifs avec un fort maillage autour du jeune enfant permettent le maintien du lien avec les parents. Lorsque la prise en charge débouche sur un placement, plusieurs de ces services mettent par ailleurs tout en œuvre pour instaurer de la continuité, par exemple en confiant dans la mesure du possible l'enfant à l'assistant familial qui l'a déjà accueilli sur des temps d'accueils partiels et/ou temporaires.

Tous les services évoqués mobilisent beaucoup de compétences, d'attention et de capacité d'adaptation pour soutenir la relation enfant-parent, mais en restant très soucieux d'évaluer dans quelle mesure et jusqu'à quel point elle profite à l'enfant. Les moyens déployés permettent d'ailleurs une évaluation fine pour le repérage d'incapacités parentales pérennes et/ou de la souffrance de l'enfant. Ces services, le cas échéant, formulent des préconisations de séparation et de mise à l'abri de l'enfant. Très étayées, celles-ci sont généralement prises en compte par les magistrats et décideurs locaux.

L'ensemble du travail d'analyse réalisé sur les stratégies départementales et des acteurs locaux pour accompagner les jeunes enfants confiés conduit à conclure que ces choix stratégiques doivent reposer sur la considération de plusieurs dimensions : le champ de la connaissance, pour permettre un regard éclairé sur le jeune enfant et ses besoins ; celui de l'expérience locale, d'autre part, en prenant en compte les remontées d'informations des acteurs de terrain, mais aussi en établissant des diagnostics sur l'organisation départementale et les compétences disponibles qui évaluent :

- dans quelle mesure l'organisation et les services présents sur le territoire répondent aux besoins ;
- l'intérêt de penser des dispositifs et pratiques alternatifs ou innovants, pour enrichir et améliorer l'offre d'accompagnement.

Seule la prise en compte de toute cette complexité peut permettre que les choix stratégiques des départements :

- s’inscrivent dans une continuité d’action tout en étant soutenus par une volonté de l’améliorer ;
- ne s’incarnent pas dans des positionnements trop clivés sur la « bonne » ou la « mauvaise » façon d’accueillir et d’accompagner les jeunes enfants et leurs parents.

III-2. La recherche, la formation et la pluridisciplinarité au service du jeune enfant et de ceux qui prennent soin de lui

Il ressort de l’analyse des pratiques développées dans les services visités que « penser petit » conduit à des pratiques extrêmement réfléchies, avec une attention portée aux détails du quotidien et à l’environnement des jeunes enfants, mais également avec des remises en question et une adaptation des modes de faire fondées sur l’observation. Il semble que ces approches soient rendues possibles par l’intérêt porté par les praticiens de l’accueil d’une part aux diverses connaissances disponibles, d’autre part à des démarches d’étude. De même on observe que certains services sont attentifs à la formation et au soutien des professionnels, notamment ceux qui ont « *les bébés dans les bras* ». Ces mouvements sont peut-être liés à une réelle prise en compte par les institutions de l’absence de communication par la parole des jeunes enfants accueillis, de leur grande vulnérabilité et dépendance, ainsi que de la dimension dynamique de leur développement.

III-2.1 Le processus interactif de production de connaissances et d’évolution des pratiques

L’analyse des dispositifs visités pour l’étude montre que tous, à une exception près, font état de références précises à l’appui de leurs pratiques. L’énoncé de ces références croise les ressources répertoriées dans la section II-1 de la présente étude et les trois modèles théoriques dont fait état la recherche précitée d’E. Zotian (voir *supra*). Au-delà de ce premier résultat, la prise en charge des jeunes enfants accueillis en protection de l’enfance semble se caractériser par une réflexivité sur les interventions et une production de connaissances permettant de faire évoluer les pratiques. Il apparaît ainsi que plusieurs institutions sont ou ont été engagées dans des travaux de recherche ou de recherche-action et dans des démarches réflexives par rapport à leurs référentiels théoriques. L’Opération pouponnières, programme de soutien développé par le ministère chargé de la Famille pendant plus de vingt ans, constitue un exemple, peut-être fondateur, de cette dynamique.

Comme le rappelle Danielle Rapoport¹⁵⁶, c’est à la suite d’une recherche sur la pouponnière du foyer de l’enfance Saint-Vincent-de-Paul à Paris, réalisée entre 1974 et 1977, et d’un film, *Enfants en pouponnière demandent assistance*, que Simone Veil, alors ministre de la Santé et de la Famille, lance en 1978 l’Opération pouponnières qui se tiendra jusqu’au début des années 2000. Les conclusions de la recherche précitée rejoignent les observations faites à la même période par la mission du ministère sur le service unifié de l’enfance, dont les membres « *soulignaient*

156 RAPOPORT D. De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l’enfant. *Informations sociales*. 2010/4, n° 160, p 114-122.

ainsi les nombreux facteurs d'hospitalisme qui caractérisaient l'accueil en pouponnière : aucune prise en compte des rythmes de l'enfant, aucun suivi individualisé, enfermement dans les locaux, aucun respect des repères spatiaux, médicalisation à outrance »¹⁵⁷. L'objectif attendu de l'Opération pouponnières était de « tenir compte de l'évolution des recherches et des expériences nouvelles qui permettent de répondre aux besoins des jeunes enfants en collectivité »¹⁵⁸. Ce programme particulier et très novateur d'intervention s'est déployé en reposant sur plusieurs soubassements :

- Des « principes d'action » découlant de deux postulats sur le temps de séjour à la pouponnière : d'une part ce temps ne peut être un temps pris en soi, coupé du passé et du futur de l'enfant (ceci impliquant notamment de réfléchir sur l'opportunité d'une admission et sur la préparation de l'enfant et de sa famille à cette admission, de tenir l'enfant et le personnel qui s'en occupe au courant de son histoire, de prendre en compte les relations entre parents et enfant), d'autre part ce temps de séjour doit être pour l'enfant un temps de réparation et/ou de construction et ne peut être un temps d'attente plus ou moins vide (nécessité que l'institution se donne un projet de vie pour chaque enfant, de prendre en compte la globalité des besoins des jeunes enfants et leur interdépendance, qu'un effort d'observation constant et systématique permette aux adultes d'être présents aux signaux et réaction de l'enfant, qu'un adulte soit spécialement responsable de son bien-être, de son développement et garant de son histoire, qu'une certaine unification des modes de faire assure à l'enfant la possibilité de se repérer dans l'interaction enfant-adulte et de se situer dans le temps et dans l'espace). Rédigés fin 1978, ces principes s'enrichissent au fil du temps.
- Un comité de pilotage national composé de praticiens experts et de membres du ministère, lieu de réflexion et d'échange, qui s'articule avec le terrain des établissements à travers des référents et des coordinateurs.
- Des actions de formations mises en œuvre par un organisme associatif, à partir de deux « modèles théoriques » : l'éveil du tout-petit de Janine Levy et le style de maternage développé dans la pouponnière hongroise de Lóczy. Y participent des auxiliaires de puériculture qui sont incitées à « changer d'attitude et parfois même de place auprès des enfants » et leurs responsables, ce qui a « eu parfois des retombées auprès des responsables administratifs qui, à leur tour, ont pris en compte le personnel lorsqu'il fallait changer des choses dans le fonctionnement des lieux de travail »¹⁵⁹.
- À partir de 1989, des journées techniques nationales, qui ouvrent l'Opération à tous les professionnels de pouponnières, invités ensemble (encadrants, auxiliaires de puériculture, psychologues et médecins).

157 PIOLI D. *Le petit enfant dans les politiques publiques : enjeu de la régulation sociale*. Thèse de doctorat en sociologie, université Paris Descartes, 2003.

158 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Principes et déroulement de l'Opération pouponnière : note de 1979. In : ANREP. *Un regard sur l'Opération pouponnières – approche institutionnelle et clinique d'un dispositif de changement dans les pouponnières*. Montfavet : Anrep, 1994.

159 Ibid.

En 1994, hormis ceux du bassin rhodanien et des régions Midi-Pyrénées et Aquitaine, tous les départements disposant d'au moins une pouponnière étaient entrés dans cette opération. Le rapport de recherche précité fait état de réels changements constatés dans les pratiques des pouponnières, aussi bien chez les responsables « *soucieuses d'une organisation appropriée des services* » qu'au niveau des auxiliaires « *invitées à vivre des relations plus suivies avec les enfants* ». Il constate également « *un nouveau regard, des orientations différentes dans les prises en charge, même et y compris dans des établissements qui se sont tenus éloignés de l'Opération pouponnières mais qui, à leur façon, véhiculent les idées maitresses des "principes d'action"* »¹⁶⁰.

Aujourd'hui, l'histoire de cette évolution des pratiques reste un point de référence pour un établissement comme l'Ermitage, comme en témoigne l'une des cadres rencontrées : « *M^{me} S., alors directrice de la pouponnière, engage les équipes dans ce postulat réflexif – comme bon nombre d'autres pouponnières en France, mais nous, nous y sommes restés et nous y sommes toujours –, première pierre de l'édifice* ». La dynamique impulsée par l'Opération pouponnières pour lutter contre les mécanismes de routine et de lassitude propres aux collectivités a fondé des pratiques de prise en charge des petits enfants dans lesquelles leur vécu quotidien est l'objet d'une démarche d'observation et de questionnement : dans cette perspective, les activités quotidiennes peuvent être « *conçues comme autant d'occasions de s'exprimer, d'entrer en communication réciproque avec des adultes significatifs et des pairs, de rêver, de se projeter vers l'avenir en retrouvant confiance dans ses possibilités dans un environnement sécurisant* »¹⁶¹. L'enjeu est de répondre au plus près aux besoins individuels des enfants, tout en soutenant les professionnels de proximité qui les prennent en charge.

Un processus semblable de « co-recherche » entre cliniciens et professionnels du *care* se retrouve dans d'autres lieux d'accueils des jeunes enfants confiés. Ces services ou établissements, comme ceux impliqués dans l'Opération pouponnières qui se trouvaient en lien avec son comité de pilotage, prennent également appui sur des collectifs de professionnels jouant le rôle d'espace d'élaboration des pratiques. L'accueil familial thérapeutique Pré Médard a ainsi été construit en référence aux travaux et pratiques soutenus par le Réseau d'intervenants en accueil familial d'enfants à dimension thérapeutique (Riafet). Ce réseau rassemble des professionnels d'unités d'accueil familial thérapeutique sanitaires, d'accueils familiaux thérapeutiques ou spécialisés associatifs, d'accueils familiaux départementaux de l'aide sociale à l'enfance, qui conduisent des réflexions sur le dispositif d'accueil familial.

Ce type de démarche se situe en continuité avec l'approche développée par M. David : s'appuyant sur ses propres travaux de recherches sur les effets des séparations précoces et sur sa connaissance clinique du placement familial, elle en a proposé une lecture théorique permettant de nourrir les interventions professionnelles auprès des enfants, de leurs parents et de leurs familles d'accueil¹⁶².

160 *Ibid.*

161 LEMAY M. La bientraitance à l'égard des professionnels. In : GABEL M. (dir.), JÉSU F. (dir.), MANCIAUX M. (dir.). *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus (Psycho-pédagogie), mars 2000.

162 À travers son ouvrage de référence : DAVID M. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : Dunod, 2004 (5^e éd.).

Les cadres de sections pouponnière/petite enfance de foyers de l'enfance d'au moins 17 départements participent aujourd'hui au « groupe petite enfance » récemment constitué au sein de la commission protection de l'enfance du Gepso. La création de cette instance répond à un sentiment d'isolement de ces établissements, comme l'explique une des animatrices de ce groupe : « *Donc nous avons sollicité, dans cette enquête, les établissements pour leur demander sur quoi ils souhaiteraient échanger. On a eu un taux de retour impressionnant, proche de 80 %. Ça a fusé sur les demandes d'échanges de pratiques : concernant les projets architecturaux ; comment organiser des visites médiatisées ; accueil familial ou pas accueil familial et dans quelles conditions ; quid des accueils de jour et des visites à domicile ? [...]* Tout ça nous a conforté dans le fait qu'il y avait un vrai besoin d'échanges, et de capitaliser sur les repères communs qui pourraient après nous servir d'appui dans nos départements respectifs. Nous avons participé à quelque chose dans le cadre de la démarche de consensus à la suite de la loi de 2016. Ça nous a amené à créer deux sous-groupes : ce groupe petite enfance (de 0 à 6 ans), et un groupe de travail qui concerne l'enfance et le handicap. » Une des premières productions de ce collectif, qui s'est adjoint la participation de chercheurs et souhaite développer des journées techniques à destination des professionnels et des études, a été une contribution à la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant (voir *supra*) : « *Nous sommes partis de nos dix-sept expériences pour pouvoir déterminer un listing de l'ensemble des besoins, sur lequel nous sommes très vite tombés d'accord, y compris dans leurs définitions. Trois établissements ont travaillé sur chacun des besoins, pour avoir un document écrit à dix-sept mains.* »

Au-delà de ces démarches de réflexivité, il est notable que les prises en charge en pouponnières ont fait l'objet d'une dynamique de recherche à travers plusieurs travaux ayant des débouchés importants pour les intervenants. À la pouponnière de l'Ermitage, une recherche-action conduite en 2011-2012 a permis de repenser et réinventer les modalités de coopération avec les parents pour la prise en compte des besoins de santé de leur enfant¹⁶³. D'autre part, trois études se sont intéressées aux parcours de publics accueillis en pouponnières, leurs résultats permettant de mettre en avant des pratiques favorables à l'évolution des enfants.

L'étude sur l'évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière¹⁶⁴ a observé l'évolution des caractéristiques interactives avec leur soignant et du développement de 32 bébés négligés ou maltraités (âgés à leur arrivée de 19 jours à 20 mois) au bout de quatre mois d'accueil dans deux pouponnières. Les évaluations des bébés ont été réalisées à deux temps, à quinze jours d'accueil puis à quatre mois d'accueil, à partir d'une grille d'évaluation des interactions bébés-professionnels et du développement du bébé construite sous la direction de R. Mascaró en référence à des outils déjà existants¹⁶⁵. Les quatre hypothèses de départ des chercheurs ont été confirmées. Il résulte de cette étude que la prise en charge dans une pouponnière qui offre un maternage contenant permet aux bébés d'améliorer leurs capacités interactives et de reprendre un développement de meilleure qualité. Il apparaît également que, dans une période de quatre mois, le bébé récupère certaines de ses capacités interactives plus rapidement que d'autres, et que les divers secteurs de développement du bébé n'évoluent pas au même rythme (les interactions corporelles dysharmonieuses seraient plus difficiles à mobiliser que les interactions visuelles

163 FOURNIER O. *Parentalité et protection de l'enfance : les modalités de coopération entre les et les parents en matière de santé, professionnels – recherche-action*. Rapport de recherche. Mulhouse : l'Ermitage, 2013.

164 MASCARÓ R., et al. *Op. cit.*

165 Voir également la fiche de dispositif sur le Fil d'Ariane sur le site de l'ONPE (rubriques Dispositifs et pratiques).

et intersubjectives). Enfin, l'accueil en pouponnière s'avère soignant pour le bébé négligé ou maltraité à condition que celui-ci puisse disposer de soins institutionnels bien organisés et d'un maternage suffisamment contenant. Pour apprécier le maternage délivré dans les établissements, la grille des critères de qualité d'environnement d'accueil suivante a été utilisée ¹⁶⁶ :

TABLEAU 11. GRILLE DES CRITÈRES DE QUALITÉ D'ENVIRONNEMENT D'ACCUEIL EN POUPONNIÈRE

NUMÉRO	LIBELLÉ	OUI	NON
1	Accueil personnalisé du bébé : si possible par l'auxiliaire référente		
2	Adulte de référence pour chaque bébé		
3	Soins continus dans le cadre de relations privilégiées avec la référente		
4	Maternage réfléchi		
5	Stabilité des soins (homogénéité des pratiques)		
6	Tour de rôle (« déroulé des soins prévisible »)		
7	L'espace de vie est aménagé : proximité visuelle et auditive entre l'auxiliaire et les enfants		
8	L'espace destiné à la toilette est sécurisé		
9	Chaque chambre à coucher comporte 1 à 4 lits contre le mur, celles des bébés 1 à 2 lits		
10	Portage, installation du bébé au cours de soins adaptés		
11	Un espace différencié est réservé à l'activité ludique spontanée		
12	Respect du temps de l'enfant		
13	Les visites sont toujours médiatisées en présence du même professionnel		
14	Les parents sont invités aux bilans		
15	Une interlocutrice privilégiée des parents pour toutes les questions concernant la prise en charge		
16	Suivi pédiatrique et suivi psychique personnalisés		
17	Accompagnement des auxiliaires par la responsable d'unité, le psychologue ou le pédopsychiatre		
18	Cahier personnalisé pour chaque enfant		
19	Un temps d'échange est prévu à partir des notes figurant dans le cahier lors des relations auxiliaires		
20	Une fois par mois, chaque unité participe à la synthèse clinique avec l'équipe pluridisciplinaire		

¹⁶⁶ Tableau extrait de : MASCARÓ R., *et al. Op. cit.*

Il est relevé que cette « *recherche-action qualifiée* », en confortant la formation des professionnels, a aussi eu pour effet d'impulser, grâce aux évaluations partagées, un processus de changement dans leur capacité d'observation et de prise en charge des bébés dans les deux pouponnières qui ont participé à l'étude »¹⁶⁷.

L'étude précitée sur le parcours des enfants admis avant l'âge de 4 ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001¹⁶⁸ repose sur une collecte d'informations, à partir de multiples sources, pour reconstituer les biographies exhaustives des 129 enfants de la population d'étude, depuis leur naissance jusqu'à leur majorité. Dans cette étude, la durée de séjour moyenne en pouponnière est de 1 an et 5 mois (soit 17 mois). Les enfants de cette cohorte ont des parcours longs en protection de l'enfance : sur les 108 enfants ayant atteint 17 ans en 2016, 70 % sont encore pris en charge en protection de l'enfance. Cette étude met en évidence deux déterminants péjoratifs du devenir des enfants : la gravité de l'état des enfants à l'admission et la plus longue durée d'exposition au risque. Un quart des enfants évoluent favorablement, il s'agit d'enfants pris en charge suffisamment tôt, avec des troubles somatiques et psychiques encore réversibles. Un quart des enfants, présentant des indicateurs précoces de gravité de leur situation et un délai moyen entre la première alerte et le placement plus long que pour les autres, conservent à l'âge adulte un handicap psychique et une inadaptation sociale et se trouvent dépendants des prestations sociales. L'étude souligne la relative performance du système de protection de l'enfance pour un quart des situations, « *avec des actes professionnels et institutionnels posés suffisamment tôt* », ainsi que l'exigence d'une pertinence du diagnostic social et médical initial.

Comme dans la première étude citée, c'est une démarche de type recherche-action qui a été retenue par la pouponnière Les Poussinets pour observer les parcours dans l'institution de tous les enfants qui y sont entrés et en sont sortis de janvier 2011 à décembre 2015, soit une cohorte de 127 enfants¹⁶⁹. Le protocole d'observation mis en place poursuivait un double objectif : fournir des éléments permettant d'ajuster les modalités d'accompagnement et la durée du placement à la problématique de chaque enfant, d'une part, étudier la qualité et l'éventuel effet thérapeutique de l'accompagnement mis en place par les équipes pluridisciplinaires de l'institution, d'autre part. Pour mener à bien cette démarche, les équipes des Poussinets ont été formées à l'observation des signes positifs du développement et des signes de souffrance précoce dans les échanges entre le bébé/jeune enfant et son environnement, en vue de renseigner différents outils (bilans éducatif, médical et psychologique), à différentes étapes de la prise en charge de l'enfant : à l'admission, tous les six mois environ ensuite, et à la sortie de l'enfant de l'institution. À la fin de chaque année, le psychanalyste superviseur de l'établissement a procédé à une évaluation clinique globale de chaque enfant sortant, en vue d'apprécier la pertinence des pratiques éducatives et des moyens de prise en charge mis à disposition de l'enfant.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ ROUSSEAU D., *et al. Op.cit.*

¹⁶⁹ C. CRESPIEN G. *Op. cit.*

Plusieurs résultats ressortent de cette étude. Concernant le groupe des enfants accueillis de la naissance à 23 mois, les éléments suivants sont dégagés : les signes de souffrance qu'ils présentent le plus souvent correspondent aux étapes de construction de la vie psychique et des liens, le travail des équipes peut être considéré comme une suppléance de la fonction parentale absente ou défaillante, et l'accompagnement éducatif semble suffire, de manière majoritaire, à permettre aux enfants de prendre leurs repères, tisser des liens d'attachement stables et reprendre leur développement. L'évolution de l'ensemble des critères étudiés est majoritairement favorable pour les enfants de ce groupe. Lorsque les enfants sont accueillis après l'âge de 2 ans, il est noté que les signes de souffrance appartiennent davantage au registre du comportement et de l'organisation des liens à l'autre, que le travail des équipes éducatives porte essentiellement sur la gestion des difficultés quotidiennes d'adaptation de l'enfant dans ses liens et par rapport au cadre de vie, et enfin que l'accompagnement éducatif seul ne permet pas de venir en aide à des enfants souvent installés dans des symptomatologies relevant de prises en charge spécialisées, de type orthophonie ou psychothérapie. L'étude souligne que la capacité de l'équipe à incarner un environnement stable et sécurisant qui permette d'aider les enfants à reprendre leur développement et à progresser dans la construction de leurs liens n'est possible qu'à la condition suivante : que cette équipe « *présente d'excellentes qualités d'engagement relationnel, de présence psychique et de cohérence dans l'organisation, ce qui requiert non seulement des conditions institutionnelles optimales, mais aussi un accompagnement de la pensée afin de permettre sans cesse d'adapter les pratiques à la situation de chaque enfant* ». Par ailleurs, la démarche de recherche-action a permis deux modifications particulièrement significatives au niveau de la pratique de cette institution : une prise de conscience par les professionnels de nuit de la pouponnière du fait qu'ils incarnent l'environnement pour chaque enfant et de ce que cela implique en termes de qualité de présence et de disponibilité psychique de leur part auprès des enfants ; une amélioration des transmissions d'une équipe à l'autre, du jour à la nuit et de la nuit au jour, en vue de mieux garder la continuité psychique des enfants au-delà des roulements du personnel.

Si les recherches concernant les jeunes enfants confiés en famille d'accueil sont moins nombreuses, celle conduite par Séverine Euillet et Hélène Join-Lambert Milova en 2013¹⁷⁰ confirme que, plus l'enfant est accueilli jeune, moins il présente de troubles de conduite. Cette étude, qui prolonge un premier travail mené en 2006 auprès de jeunes enfants de 3 à 4 ans vivant en famille d'accueil¹⁷¹, s'est penchée sur l'évolution de ces mêmes enfants entre 9 et 10 ans. L'étude s'est notamment intéressée à la continuité d'accueil de ces enfants et à son corollaire, les interruptions d'accueil familial, question peu documentée statistiquement en France. Au moment de la deuxième étude, sur 38 enfants concernés par celle de 2006, 20 se trouvent dans la même famille d'accueil, 3 sont revenus chez leurs parents, mais 11 ont changé de lieu d'accueil¹⁷², soit près d'un tiers de l'effectif. Les chercheuses observent : « *La majorité [des assistants familiaux ayant éprouvé un changement de lieu d'accueil de l'enfant] évoquent la difficulté à pouvoir évoquer*

170 EUILLET S., JOINT-LAMBERT MILOVA H. *L'accueil familial à long terme : quelle évolution des dynamiques relationnelles et individuelles ?* Rapport final, décembre 2013. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2011.

171 ZAUCHE-GAUDRON C., RICAUD-DROISY H., EUILLET S. *Le développement socio-affectif des jeunes enfants de 3 à 4 ans en famille d'accueil*. Rapport final, octobre 2007. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2005.

172 Au moment de la deuxième étude, la situation de 4 enfants n'est pas connue.

avec les autres professionnels de l'équipe les difficultés avec un enfant, mais aussi à repérer où se situent ces difficultés. En confidences, ils disent bien le temps nécessaire pour prendre la décision d'interrompre l'accueil, souvent suite à un incident supplémentaire, qui génère à la fois de la culpabilité par rapport au devenir de l'enfant, mais aussi un immense soulagement, souvent partagé avec les autres membres de la famille. Dans le discours, ces assistants familiaux montrent leur besoin d'expliquer objectivement cette décision, en décrivant en détail les comportements de l'enfant, les conséquences sur la vie familiale, mais aussi leurs propres réactions, ils sont nombreux à pouvoir dire qu'ils ne se reconnaissaient plus dans leur façon d'être. Cet élément semble déterminant en termes de prise de conscience, voire même la peur de se voir changer au plus profond de leur personnalité. Ils se disent différents depuis le vécu de cet accueil, non sans conséquence sur les accueils ultérieurs, souvent souhaités après une période de transition sans nouvel enfant. » Il est souligné que « ce vécu vient marquer l'assistant familial dans son identité professionnelle mais aussi personnelle et familiale » et que « les changements de lieux d'accueil atteignent également les parents à différents niveaux ». Or, comme le rappelle également cette recherche, des travaux, notamment ceux de M. David, ont montré que des ruptures d'accueil étaient prévisibles à partir des trois premiers mois d'accueil, période décisive où beaucoup de processus se mettent en place. Nous verrons comment certaines initiatives de formation visent à renforcer le soutien aux assistants familiaux à ce moment-là.

III-2.2 Les enjeux et les pratiques de la formation, du soutien des professionnels et de la pluridisciplinarité

Au regard des éléments analysés dans les précédents chapitres, un des enjeux majeurs pour les jeunes enfants confiés en protection de l'enfance est de pouvoir grandir en bénéficiant de réponses à leur méta-besoin de sécurité, à travers notamment des soins de maternage délivrés avec sensibilité, continuité et cohérence. Dans les différents modes d'accueil des enfants, ces soins sont de la responsabilité de professionnels de « première ligne » : la qualité de ces soins repose sur une implication de ces derniers auprès des enfants. Pour maintenir la capacité de ces professionnels à répondre aux besoins des enfants avec sensibilité sans tomber dans la routine, l'épuisement ou l'agressivité, à assurer leur continuité de présence malgré les risques de rupture des prises en charge, à penser à la cohérence de vie de l'enfant, il est nécessaire, comme le formulent les approches fondées sur l'attachement¹⁷³, de « prendre soin de celui qui prend soin ». Prendre soin des personnes « qui ont les jeunes enfants dans les bras » est donc un impératif du penser petit.

Pour M. Lamour, il est également indispensable de prendre en considération le caractère désorganisant pour les professionnels et les institutions des troubles graves de la parentalité, et de la pathologie du lien, et leur rôle dans l'émergence d'une souffrance des professionnels qui y sont confrontés¹⁷⁴.

Pour prendre soin des professionnels et faire face à ces obstacles, la formation, l'écoute et le soutien dans les pratiques du quotidien ainsi que l'intervention à plusieurs et le travail en pluridisciplinarité sont des moyens qui doivent être mobilisés.

173 KOBAK R., MANDELBAUM T. Caring for the Caregiver. In : JOHNSON S. M. (dir.), WHIFFEN V. E. (dir.). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York : The Guilford Press, 2003.

174 LAMOUR M. *Parents défaillants, professionnels en souffrance*. Bruxelles : Yapaka (Temps d'arrêt – lectures), 2010.

Dans les dispositifs visités pour l'étude, plusieurs mettent l'accent sur les formations plus particulièrement destinées aux professionnels qui prennent en charge les enfants au quotidien, parmi lesquelles émergent deux grandes thématiques ou approches : le développement de l'enfant (AFT Pré Médard de Poitiers, accueil de jour territorialisé de Saverne) et le référentiel – ou la pédagogie – « Pickler-Lóczy » qui insiste sur les repères matériels et affectifs, la stabilité et la continuité dans la vie quotidienne de l'enfant (Parent'ailes, l'Ermitage, Fil d'Ariane). Dans les services accueillant parents et enfants à la journée, des formations sont également délivrées sur la question des interactions (formation sur les capacités parentales à Saverne, sur les travaux de S. Lebovici, M. Lamour et Marthe Barraco ainsi que sur ceux de Main, Bolwby et Fraiberg au Fil d'Ariane). Dans deux de ces institutions, l'initiative a été prise de prévoir, dans la formation d'intégration des nouveaux professionnels, un temps d'observation. À l'AFT Pré Médard, les assistantes familiales, pendant leur premier temps de formation de soixante heures, vont assister – avec l'accord préalable des parents – à une ou deux visites médiatisées concernant un enfant du service : quand elles peuvent être présentes à deux visites, elles vont, pour la première être du côté de l'accueil des parents, et pour la seconde être du côté de l'enfant. Dans la pouponnière de l'Ermitage, la procédure de recrutement de tous les professionnels comprend un temps d'observation dans un groupe de vie, la personne transmettant ensuite un écrit analysé par le cadre pédagogique et l'adjoint de direction.

Le récent rapport de S. Giampino¹⁷⁵ relève que, dans les métiers de la petite enfance, la formation est un processus de transformation personnelle : selon ce rapport, « *les personnes au contact avec les petits enfants doivent en effet apprendre, non pas seulement des pratiques, mais une réflexivité sur ces pratiques ; comprendre l'impact sur l'autre et sur soi de ce qui est fait et de ce qui est dit* ». Cette dimension de réflexivité est indispensable chez les professionnels qui délivrent les soins de maternage aux enfants confiés en protection de l'enfance. En effet, comme indiqué précédemment, non seulement ces donneurs de soins qui suppléent les parents doivent être disponibles et présenter une sensibilité aux éprouvés des enfants, mais il leur faut apporter, au regard des besoins spécifiques de ces enfants, un surcroît de disponibilité et de sensibilité. Pour accompagner dans ce rôle les assistants familiaux responsables de jeunes enfants, quelques services ont engagé des démarches, situées à mi-chemin entre formation et soutien, qui mériteraient d'être reprises et développées plus largement.

Une première initiative est une expérimentation menée dans le service départemental d'ASE du Vaucluse¹⁷⁶, à la suite de deux constats d'alerte : un nombre important de ruptures de placement familial pour des enfants autour de 10-12 ans confiés en famille d'accueil dans leur petite enfance et ayant auparavant vécu des traumatismes et plusieurs lieux d'accueil ; des réorientations de jeunes enfants confiés en accueil familial qui manifestaient des troubles tels que les familles d'accueil ne tenaient plus. Dans le cadre du dispositif d'accompagnement professionnel des assistants familiaux mis en place par le service employeur, a été créé un « *atelier des tout petits* » destiné à des assistants familiaux en charge d'enfants de 0 à 6 ans. Cet atelier a fonctionné avec deux groupes, et touché une vingtaine d'assistants familiaux.

¹⁷⁵ GIAMPINO S. *Op. cit.*

¹⁷⁶ Entretien téléphonique avec la responsable du service des modes d'accueil du département le 7 avril 2017.

Les objectifs de cette initiative, étayée sur la théorie de l'attachement et se servant d'outils fondés sur cette théorie, étaient les suivants :

- optimiser les compétences de l'assistant familial dans la prise en charge de l'enfant ;
- développer la « *sensibilité parentale* » des assistants familiaux (notion attachementiste) ;
- favoriser le développement d'une relation d'attachement sécurisante pour l'enfant ;
- prévenir les problèmes de comportement, les troubles psychologiques ainsi que les problèmes relationnels chez les enfants accueillis.

Trois journées de travail, conduites chacune à quinze jours d'intervalle, ont été proposées aux assistants familiaux, dont une demi-journée avec les référents et psychologues. Il s'agissait de fournir des connaissances, à la fois théoriques et assez pragmatiques, aux assistants familiaux et d'associer les équipes territoriales d'ASE pour que ces connaissances puissent être relayées. Le contenu des journées a porté sur une initiation à la théorie de l'attachement en vue d'aider les assistants familiaux à observer des situations de crise pour l'enfant (situation de peur, de séparation, de blessure) et de les inciter à noter, à l'aide d'un outil appelé « *journal de l'attachement* » (également présenté aux équipes ASE de suivi), les réactions de l'enfant, leur réponse à l'enfant, la réaction de l'enfant à cette réponse. L'idée était de voir si les réponses proposées correspondaient aux besoins de l'enfant. L'outil s'est révélé difficile à utiliser par les assistants familiaux, cette démarche a toutefois ouvert des discussions sur les modalités concrètes de réponses faites aux enfants. Si le service fait un bilan mitigé de l'expérience (pas d'appropriation par les équipes de ce qui avait été proposé, maintien de ruptures sur des situations très fragilisées), il est néanmoins apparu que, sur certaines situations, des assistantes familiales avaient bien préparé le départ des enfants en percevant qu'elles n'arrivaient pas à répondre à leurs besoins. Le service souhaite repenser cet atelier de façon plus complète afin que les objectifs soient mieux atteints.

La deuxième expérience, qui se situe dans la même perspective, fonctionne depuis plusieurs années dans le service de placement familial de l'association des amis de Jean Bosco dans le Calvados¹⁷⁷. L'objectif est également de travailler sur la sensibilité maternelle avec des assistants familiaux qui démarrent soit dans le métier, soit dans un nouveau placement, et qui accueillent des petits. Le dispositif repose sur la participation de ces assistants familiaux à des « *groupes de sensibilité* » qui fonctionnent pendant six séances, à raison d'une séance de deux heures par mois. La participation à ces groupes est obligatoire au titre de la formation de soixante heures des nouveaux assistants familiaux. À l'issue d'un premier groupe de six séances, les jeunes assistants familiaux ou les nouveaux arrivés dans le service peuvent être réinscrits pour une deuxième séquence de six mois. Les groupes se réunissent toujours le même jour de la semaine et au même horaire, ils sont animés par la psychologue du service formée à l'attachement. Certains assistants familiaux expérimentés peuvent être sollicités comme fil rouge d'un groupe.

Le déroulement des séances fonctionne à partir des présentations de situations par les assistants familiaux et des éléments suivants : description des moments de crise avec les enfants, présentation de la façon dont l'enfant se conduit, de ce qu'il peut avoir ressenti, des ressentis de l'assistant familial, des réponses qu'il a apportées. Les assistants familiaux s'interrogent entre eux.

¹⁷⁷ Entretien téléphonique avec la psychologue du service le 10 octobre 2018.

À partir de la deuxième séance, chaque rencontre démarre par une formation théorique de dix minutes par la psychologue, en partant d'une question de *caregiving* présentée la fois précédente. Le dernier quart d'heure de séance est consacré à un tour du groupe en vue de permettre la prise de parole sur une difficulté qui n'a pas pu être exprimée dans la séance, dans l'idée de « réintégrer les fardeaux » des participants. Depuis la mise en place de cette formation, le service a observé qu'à l'exception d'une situation dans laquelle la dynamique de la famille d'accueil ne fonctionnait pas avec le profil de l'enfant, il n'y pas eu de ruptures de placements chez les 24 autres assistants familiaux ayant participé de façon régulière au « groupe de sensibilité ». De plus, pour ces personnes, répondre avec sensibilité aux besoins du jeune enfant placé est devenu un élément de leur identité professionnelle. Il est précisé que dans des situations où les difficultés avec l'enfant sont trop importantes la participation à ce groupe est complétée par des entretiens tous les quinze jours avec la psychologue et l'éducateur référent. Dans ce service, les référents sont sensibilisés et, pour certains, formés à l'attachement.

Une troisième expérience illustre l'importance du soutien à l'attachement dans le cadre du placement familial : celle du lieu d'accueil Bateau volant créé au sein du service d'accueil familial petite enfance de Jean Cotxet. Les accueillantes de Bateau volant rencontrées ont pu donner l'exemple d'enfants présentant des relations fusionnelles avec leur assistant familial. Parfois les équipes et/ou l'assistant familial peuvent être inquiets et tenter d'aider cet enfant à être plus autonome. De leur côté, les accueillantes peuvent observer que cet enfant est train de vivre une relation particulière avec sa figure d'attachement suppléante et que cela répond à un réel besoin pour lui – car il n'a pas eu l'occasion d'en vivre durant ses premiers mois ou années de vie. Dans ce cas, plutôt que de tenter de modifier cette relation, il s'agira, grâce aux apports de Bateau volant, de l'accompagner au mieux, selon les besoins de cet enfant.

Les deux premières initiatives présentées peuvent apporter des réponses à une difficulté commune aux différents modes de prises en charge repérée par E. Zotian¹⁷⁸ : que dire à l'enfant ? « *Dans tous les modes de placement, savoir quoi dire à l'enfant des événements dramatiques qui surgissent dans son existence et de quelle manière lui en parler sont pour les professionnels des questions extrêmement difficiles et délicates, à l'origine de nombreuses discussions, interrogations et hésitations.* » De plus, il ressort de travaux de recherche qu'aider les familles d'accueil à soutenir les besoins émotionnels des enfants s'avère utile¹⁷⁹.

De façon plus globale, les observations faites dans la même recherche d'E. Zotian sur les savoirs théoriques mobilisés selon les types de mode de prise en charge renseignent sur d'autres nécessités de formation des équipes. Selon l'étude, la psychologie d'inspiration psychanalytique articulée à la théorie de l'attachement constituent une culture commune des professionnels de l'institution pouponnière pour discuter des comportements des enfants qui posent problème, l'hypothèse neuro-développementale étant également mobilisée. Dans la Mecs, le travail relève de l'éducatif, et non du soin, et s'articule selon deux axes : l'intervention directe auprès des enfants en interindividuel et le travail sur le collectif. La psychologie d'inspiration psychanalytique apparaît comme une ressource extérieure, la théorie de l'attachement n'est pas au centre de la

178 ZOTIAN E. *Op. cit.*

179 JONES HARDEN B. *Op. cit.*

conception des relations entre les enfants et les adultes. Enfin dans le cadre de l'accueil familial, *« les trois registre interprétatifs occupent chacun une place importante, mais ils apparaissent comme étant, davantage que pour les autres modes de placement, inégalement partagés et en tension »*.

Dès lors que ces connaissances (ainsi que d'autres non mentionnées dans cette recherche comme celles sur la clinique du trauma en protection de l'enfance) sont nécessaires à une prise en charge répondant aux besoins des jeunes enfants, il est indispensable, comme le souligne le travail d'E. Zotian, que l'ensemble des professionnels en charge de les accueillir y soient formés de manière précise : en l'absence de telles formations, il existe de vrais risques de ruptures et de désaccords d'interprétation, en particulier pour les enfants dont les comportements sont davantage sources d'inquiétude.

III-2.3 Des pratiques en pluridisciplinarité qui s'appuient sur des outils

La question du périmètre des professionnels qui doivent bénéficier de ces formations est essentielle. En effet, le soutien des personnes *« qui ont les enfants dans les bras »* passe également par une conception pluridisciplinaire de la prise en charge des jeunes enfants placés et de leurs parents. Il s'agit ici d'indiquer que le maintien de réponses de qualité aux besoins fondamentaux spécifiques de ces jeunes enfants implique une collaboration entre plusieurs professionnels issus de disciplines différentes. Il faut souligner l'importance d'identifier un pilote ou un coordinateur pour ce travail, comme cela se fait dans des services analysés. Cette pluridisciplinarité est à mettre en œuvre dans le respect des compétences et rôles de chacun, mais aussi de façon intégrative et non « surplombante », afin de ne pas ajouter, comme on peut le voir parfois dans l'accueil familial, des conflits de classe sociale (E. Zotian) à ceux que génère, entre professionnels, la diffusion de la pathologie relationnelle entre le jeune enfant et ses parents (M. Lamour¹⁸⁰).

Dans les services visités pour l'étude, cette pluridisciplinarité est à l'œuvre selon des modalités différentes, en lien avec les objectifs spécifiques des interventions. La pluridisciplinarité organisée dans les services accueillant les enfants permet que celui-ci soit « porté » à plusieurs intervenants. Ainsi à l'Ermitage, les coordinatrices sont en lien avec les enfants en complément des auxiliaires de puériculture : *« On a des contacts directs parce qu'on les amène à des rendez-vous. C'est pas du maternage mais les enfants nous connaissent très bien, on passe régulièrement. Il y a un lien différent, mais les enfants arrivent malgré tout à comprendre notre travail et, du coup, à savoir qu'on ne s'occupe pas d'eux dans les soins et le maternage mais qu'on s'occupe d'eux autrement. Ils nous repèrent bien, on accompagne très souvent les départs en sortie. Ils savent qu'on vient les chercher pour qu'ils aillent rejoindre leurs parents. On les accompagne à domicile pour la première sortie avec TISF par exemple, on va à domicile avec l'enfant pour faire le premier lien. »* Selon le cadre pédagogique, qui intervient en appui des coordinatrices et des référentes, en articulation avec les psychologues, *« chacun a sa place spécifique, mais c'est un travail de lien. Il y a cette image des matriochkas [...] ce tissage de réseaux entre nous, où chacun soutient et complète le travail de l'autre »*.

180 LAMOUR M., GABEL M. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Op. cit.

Dans le service d'accueil de jour territorialisé de Saverne, les assistantes familiales s'occupent au quotidien de l'enfant, selon des modalités de travail exigeantes même lorsque les enfants ne sont pas accueillis la nuit. En effet les déplacements sont nombreux, et leur travail très en lien avec les professionnels de l'accueil de jour. Elles sont amenées à participer tous les quinze jours à des réunions pluridisciplinaires en présence de la coordinatrice du service : *« Il y a quand même un intérêt pour ce travail pluridisciplinaire. Pouvoir échanger avec les autres leur permet aussi de prendre de la distance, de se rendre compte qu'elles ne sont pas visées par les comportements de l'enfant [...], de s'apercevoir que, quand elles partagent la difficulté avec nous, on la porte ensemble. »*

La pluridisciplinarité est également à l'œuvre dans les temps de visite médiatisée organisés dans les services d'accueil familial qui mobilisent un binôme de professionnels pour accompagner la rencontre de l'enfant et de ses parents, assurant ainsi un portage du lien enfant-parents. Dans le service d'accueil familial thérapeutique Pré Médard, participent à la visite le référent qui suit l'enfant et qui l'accompagne spécifiquement dans ce temps (deux professionnelles, éducatrice spécialisée et infirmière, ont cette fonction dans l'équipe) et le référent visite (un pédopsychiatre, une psychologue, une assistante sociale occupent cette fonction) qui accompagne le parent en veillant à le préparer à la réalité de l'enfant. L'équipe petite enfance du service Jean Cotxet accompagne les visites médiatisées sur le principe d'un double pôle identificatoire, le psychologue étant en soutien et en identification au parent, et le référent éducatif en soutien et identification à l'enfant, pour permettre *« un travail de la relation parent-enfant du côté de la triangulation »*.

Au Fil d'Ariane, lieu d'accueil des enfants avec leurs parents ayant une visée thérapeutique, il existe également, pour des enjeux d'identification, un partage des tâches entre les membres de l'équipe : trois d'entre eux (psychologue, éducateurs spécialisés) ont une fonction de référent adulte. Leur attention est orientée de façon privilégiée vers les parents et ils sont en position de co-thérapeute lors du groupe de parole de parents. La psychomotricienne et l'éducatrice de jeunes enfants ont une fonction de référent enfant : leur attention est plus particulièrement orientée vers les enfants lors des temps qui leur sont consacrés. Pour pouvoir accueillir, reconnaître, contenir et penser les angoisses primitives existant dans la relation entre l'enfant et son ou ses parents, l'équipe pratique la méthode d'observation d'Esther Bick, selon un processus en trois temps (observation, écriture, élaboration en groupe), avec un observateur non-intervenant¹⁸¹.

Comme l'ont évoqué plusieurs acteurs rencontrés, la présence de professions compétentes sur le jeune enfant est incontournable. M. Créoff souligne ainsi : *« Les pratiques professionnelles ne sont pas les mêmes pour 0-2 ans et pour 3-6 ans, ce ne sont pas les mêmes professionnels : on ne peut pas demander à un éducateur spécialisé de répondre aux besoins du jeune enfant. Il y a une pluridisciplinarité nécessaire et une clinique singulière, qui suppose des pratiques singulières et des connaissances singulières. La présence de professionnels spécialisés du champ sanitaire et d'éducateurs de jeunes enfants serait un critère d'adaptation aux besoins de l'enfant. »* L'intégration de psychomotriciens dans deux des services rencontrés (une Mecs, un accueil de jour) permet de prendre en charge les dysharmonies développementales et les déséquilibres corporels des jeunes enfants. À la pouponnière de l'Ermitage, outre le médecin et l'infirmière de l'équipe, des médecins et professionnels paramédicaux extérieurs à l'établissement interviennent dans

181 MASCARÓ R., SANDRI R. L'utilisation de l'observation dans un lieu d'accueil thérapeutique parents-bébé. In : DELION P. (dir.). *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*. Toulouse : Érès (La vie de l'enfant), 2008, p. 143-151.

les espaces de vie des enfants pour délivrer des soins et des actes médicaux. Interviennent à ce titre un kinésithérapeute ostéopathe (soins de kinésithérapie respiratoire et motrice, ostéopathie crânienne, etc.), un médecin homéopathe (prescrivant des traitements de fond complémentaires de la médecine allopathique pour les problèmes de sommeil, constipations, allergies, etc.), une psychomotricienne du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) local, et un laboratoire d'analyse (pour les prélèvements).

En lien avec l'importance de la recherche et de la formation évoquée précédemment, les pratiques pluridisciplinaires observées en direction des jeunes enfants protégés et de leurs parents revêtent un caractère exigeant et rigoureux : elles s'appuient sur ce que l'on peut qualifier d'outils dans un sens large, incluant des méthodes de travail, dont plusieurs types ont été relevés dans les services rencontrés et sont présentés ci-après.

Les modalités de partage des tâches

Comme indiqué précédemment, les dispositifs visités ont largement pensé cette question, qui est structurante pour les enfants, en référence au méta-besoin de sécurité, et sécurisante pour les professionnels. Pour exemple, à la pouponnière de l'Ermitage, le rôle des professionnels qui interviennent auprès des enfants est clairement défini, chaque enfant disposant selon le livret d'accueil d'une auxiliaire référente, représentant son ancrage affectif sans être son substitut maternel, responsable de transmettre à l'équipe sa connaissance des besoins de l'enfant, ses préconisations pour y répondre, mais aussi ses questionnements, et « garante de l'histoire de l'enfant », une auxiliaire co-référente étant également désignée pour les cas d'absence de la référente. À ce partage des tâches s'ajoutent des rituels de transition entre les différents professionnels qui interviennent auprès des enfants.

Dans le cas du service d'accueil de jour territorialisé de Saverne, le rôle des différents professionnels vis-à-vis des parents est un point d'attention comme l'explique une assistante familiale : « *C'est la coordinatrice qui fait l'intermédiaire avec les parents. Nous, on est là pour les écouter et transmettre. Quand on amène les enfants le soir ils ont envie de nous débiller des choses et on les écoute, mais après on transmet. Il y a un côté où ils ont envie d'être copains mais quand ça se passe mal on se protège.* »

Des outils d'observation et d'évaluation

Pour soutenir les pratiques d'observation très développées dans l'accueil des jeunes enfants confiés (voir *supra*), les services ont recours à des outils. Le service d'accueil familial petite enfance Jean Cotxet a mis au point, pour préparer les projets individualisés des enfants, une fiche d'observation, document déclinant plusieurs items qui constitue un support de travail et d'échange entre l'assistant familial et le référent éducatif de l'enfant, l'enfant pouvant être associé à l'échange et donner son point de vue. On retrouve une inspiration semblable au service d'accueil de jour Parent'ailes où le projet personnalisé de chaque enfant est toujours construit à partir d'un ensemble d'items (santé, développement psychomoteur, développement intellectuel, langage, relations de l'enfant, exercice de la parentalité) par le référent, en fonction de ses observations et de celles de ses collègues, travaillé en équipe et validé par la direction. Ce document, rédigé volontairement dans un langage simple, est ensuite présenté aux parents dans un temps de dialogue pendant lequel ils peuvent demander des corrections et apporter d'autres éléments.

Des outils portent également sur l'évaluation des capacités parentales, comme dans le service d'accueil de jour territorialisé de Saverne où un guide élaboré en interne à partir du guide canadien de Steinhauer est utilisé par l'équipe. Dans le cadre de l'accueil de jour Parent'ailes, l'évaluation du développement de chaque enfant est régulièrement réalisée grâce au tableau de développement d'E. Pikler. Si un enfant présente un retard de développement, un bilan plus approfondi peut être réalisé par la psychologue, en utilisant des outils d'évaluation du développement de l'enfant qui sont validés¹⁸² : le Brunet-Lézine, réalisé en présence du parent, l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB) et, pour les enfants plus grands, le test de Patte-Noire. Enfin au Fil d'Ariane, sont utilisées des échelles validées déjà évoquées d'évaluation des interactions parents-enfant.

Des espaces/temps de mise en commun

Parmi les nombreux moments de mise en commun qui rythment l'organisation et le fonctionnement des services et institutions, certains semblent particulièrement essentiels pour répondre aux besoins des jeunes enfants confiés. Les réunions d'informations sont importantes pour une prise en compte des enfants dans leur globalité et pour une cohérence dans les interventions. À titre d'exemple, une réunion de transmission a lieu tous les lundis matin de 9 h à 10 h 30 à l'AFT Pré Médard, pour évoquer de manière rapide les informations importantes à propos des enfants. Au Fil d'Ariane, l'une des caractéristiques fréquemment retrouvée chez les familles accueillies étant, selon les professionnels, l'existence de phénomènes de clivage psychique, les partages d'informations s'avèrent primordiaux : les différents intervenant étant porteurs de différentes facettes et informations présentées par les familles, en parler entre eux leur permet de reconstituer l'ensemble des éléments et informations, de lever les éventuels conflits entre les différentes équipes induits par ces fonctionnements.

Autres espaces/temps de travail collectif caractéristiques, les réunions d'élaboration sont dans plusieurs services qualifiées de « *réunions cliniques* ». Ces séances visent à travailler sur le sens des prises en charge tout en permettant des régulations, en tenant compte du caractère mobilisant des situations et des enfants pour les professionnels. À la pouponnière de l'Ermitage, se tiennent tous les quinze jours des réunions cliniques avec les auxiliaires de chaque groupe d'enfants co-animées par la coordinatrice et la psychologue enfants, pendant lesquelles sont évoqués deux enfants en particulier : « *On parle spécifiquement des enfants et là, justement, on réinterroge la place de l'enfant dans le groupe, comment il se situe, on peut revoir la texture de certains aliments (à quel âge l'enfant passe du biberon à des légumes fins, etc.). Et puis il y a cette discussion en équipe, où on se demande si chacune est d'accord avec une proposition ou une observation, et si tout le monde sent l'enfant prêt par rapport à ce qui lui est proposé.* » La question de la place de l'enfant dans le tour de rôle peut être abordée, de même que les propositions relatives au mode de soin, etc. Dans le service d'AFT Pré Médard, des « *synthèses cliniques non programmées* » sont l'occasion de parler des situations des enfants dans leur globalité, de faire le point, de réfléchir et approfondir sur les pratiques particulièrement quand il y a eu des difficultés, et ainsi proposer de nouveaux protocoles pour y pallier. Ces temps sont également pour les professionnels de l'AFT l'occasion de se rencontrer et de parler dans le but de « *mettre en forme, en mots, les vécus traumatiques*

182 ZAOUCHE-GAUDRON C., EUILLET S., PINEL-JACQUEMIN S. *Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement : bilan sur 10 ans (1995 à 2005)*. Rapport final, janvier 2007. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres restreint 2006.

des visites médiatisées » pour les enfants et les professionnels. C'est un « temps très important d'élaboration, de réparation et de partage groupal de ce que l'on a pu vivre de traumatique pendant les visites médiatisées » : il faut donc « une véritable enveloppe institutionnelle pour que ce qui se dit là reste là ». Ce temps peut également être conflictuel, les professionnels peuvent rapporter que selon la place qu'ils occupent dans la visite ils ne vivront pas du tout de la même façon les émotions et les ressentis de violence.

Au Fil d'Ariane, une réunion d'équipe hebdomadaire est organisée le vendredi matin en présence de la pédopsychiatre. C'est l'occasion d'évoquer les situations des différentes familles accompagnées et les difficultés rencontrées, de réfléchir aux prises en charge et de les ajuster. Les professionnels font appel à leurs propres ressentis, leurs inquiétudes, et aux écrits réalisés au fur et à mesure, afin d'analyser et d'élaborer les problématiques de la famille et les moyens à mettre en œuvre pour ajuster leur accompagnement : *« En petite enfance, le "ce que cela nous fait" est un outil sémiologique. »*

L'équipe a alors un rôle de récepteur et de transformateur permettant ainsi à chacun des professionnels de modifier ses réponses tant internes qu'externes face aux angoisses et vécus douloureux des parents et des enfants, afin de les leur restituer sous une forme plus tolérable. Ce travail permet également de prévenir d'éventuelles ruptures, de maintenir les alliances thérapeutiques avec les familles dont les difficultés se situent justement sur ces registres¹⁸³.

Des rythmes rapprochés d'évaluation

Si la loi du 14 mars 2016 fixe des échéances spécifiques pour l'évaluation de la situation des enfants de moins de 2 ans, comme indiqué précédemment, certains services s'inscrivent dans une temporalité encore plus resserrée. Ainsi, une Mecs et un service rattaché accompagnant des enfants de la naissance à 6 ans et leurs parents dans le cadre de visites autorisées organisent tous les trois mois une concertation réunissant d'abord le référent socio-éducatif, l'assistante familiale et les professionnels des services afin de croiser les regards sur les observations réalisées, puis associant dans un second temps la famille (avec les mêmes acteurs, mais sans l'assistante familiale), pour permettre que *« chacun s'exprime quant aux observations, et [pour] capter les ressentis des familles et leurs avis »*. Ce processus de concertation peut conduire à affiner les projets individualisés et à repenser les moyens d'accompagnement. La fréquence trimestrielle des synthèses et des éventuelles propositions de réévaluation du projet d'accompagnement a été déterminée par l'équipe, sur le fondement de deux arguments principaux : le premier est l'âge des enfants. *« Avec les 0-6 ans, il faut réévaluer absolument de façon rapprochée. Ça bouge vite. [...] En visite médiatisée, ça nous permet d'avoir vraiment un regard sur le développement de l'enfant et sur les réactions au fait qu'il revoie ses parents. »* L'autre argument est que les magistrats puissent avoir un regard actualisé sur la situation : *« Parfois il y a quand même des échéances de placement, et il est important, autant que faire se peut [...], que nos notes parviennent actualisées. En peu de temps il peut y avoir des évolutions énormes, donc c'est important que le juge ait des informations actualisées, parce que, sinon, il va se baser sur le dernier rapport. »*

183 MASCARÓ R., SANDRI R. *Op. cit.*

Le recours à des supports favorisant la narrativité

À Parent'ailes, un « *journal des enfants* » est rédigé par la puéricultrice chaque fin de semaine en reprenant, pour chaque enfant, les observations et les transmissions écrites des professionnels sur différents aspects (motricité, langage, développement, rendez-vous médicaux réalisés). Ce journal est une photographie de la semaine qui permet de suivre l'évolution de chaque enfant accueilli. C'est aussi un outil de travail pour les professionnels qui reviennent après une absence du service, par exemple après des congés. Selon l'équipe, ce support co-construit une narrativité pour chacun des enfants accueilli à Parent'ailes. Dans le service d'AFT Pré Médard, c'est la personne référente de l'enfant, désignée dès son arrivée et pour tout le temps du placement, qui est repérée comme « *tuteur de narrativité* » étant proche de l'enfant, l'accompagnant dans des moments importants comme les audiences judiciaires, tissant des liens avec les différentes personnes et institutions qui constituent son environnement (scolarité, juge des enfants, soins, etc.).

Les supports et modalités de coopération intra et interinstitutionnelles

À la pouponnière de l'Ermitage, tout ce qui a été élaboré en commun peut être capitalisé et formalisé, pour donner aux professionnels des repères pour la pratique (il existe par exemple des référentiels concernant l'alimentation, le matériel, les activités de plein air...). Dans d'autres services, la formalisation pourra se limiter à la question des valeurs et références théoriques qui sous-tendent les accompagnements. Il semble important de parvenir à un juste équilibre, dans lequel professionnels et enfants soient suffisamment sécurisés sans que le fonctionnement posé par l'institution ne crée d'enfermement.

Conclusion

Assurer la vie et l'avenir des jeunes enfants qui ne peuvent vivre avec leurs parents ou leur famille est une très haute responsabilité. Pour l'assumer pleinement, il est nécessaire de « penser petit » en protection de l'enfance, c'est-à-dire de se mettre à la place des jeunes enfants placés pour tenter de percevoir ce qu'ils ressentent. C'est une exigence à décliner tant au niveau des prises de décision politiques et institutionnelles qu'à celui des interventions dans le quotidien des jeunes enfants. Pour être en capacité de répondre aux besoins fondamentaux spécifiques des jeunes enfants confiés, il est indispensable de garder à l'esprit leur situation singulière. Les démarches de co-recherche pour adapter la prise en soin, entre cliniciens et *caregivers* dont les parents pour la part qu'ils sont en capacité de prendre en charge, ainsi que les actions de formation sont des voies pour maintenir active une préoccupation authentique pour le bien-être des enfants exposés à des parcours de vie adverses.

« Penser petit » engage à l'attribution des moyens nécessaires à une prise en soin de qualité, à des organisations et des pratiques attentives à leurs effets sur la vie et le développement des jeunes enfants, au soutien des professionnels qui répondent au quotidien à leurs besoins fondamentaux. « Penser petit » implique donc de voir grand et loin, de croire en l'avenir des jeunes enfants confiés et de l'envisager avec ambition et bienveillance.

Parce que le développement de l'enfant est une dynamique qui se poursuit jusqu'à son entrée dans l'âge adulte, l'attention à porter aux jeunes enfants confiés en protection de l'enfance ne peut pas, pour autant, aboutir à une vision réduite aux besoins de cette tranche d'âge et s'arrêter avec elle. Elle doit s'envisager dans la continuité des âges qui se succèdent. Si fournir des bases de sécurité aux plus petits et répondre à leurs besoins spécifiques est fondamental, cela n'exonère pas de promouvoir parallèlement une qualité de prise en charge tout aussi indispensable aux enfants de l'âge dit « *de latence* », aux adolescents et aux jeunes adultes sortant de la protection de l'enfance. Sur ce tout dernier public, plusieurs travaux ont déjà été menés par l'ONPE concernant ses besoins spécifiques : d'autres études restent maintenant à conduire pour éclairer les besoins et établir l'état des lieux des réponses apportées aux enfants des âges intermédiaires, parfois rendus invisibles entre des petits très fragiles pour lesquels le maximum d'effort doit être mené et des plus grands qui expriment et démontrent plus leurs difficultés.

Préconisations

L'étude sur la prise en charge des jeunes enfants confiés en protection de l'enfance conduit l'ONPE à formuler différentes préconisations, sur le plan des interventions et de l'organisation des dispositifs, d'une part, sur le plan de la formation et du développement des connaissances, d'autre part.

Sur le plan des interventions et de l'organisation des dispositifs, il conviendrait :

PRÉCONISATION 1. Dans les structures qui accueillent des enfants en protection de l'enfance jusqu'à 6 ans, d'être vigilant dans la réponse aux besoins fondamentaux spécifiques des jeunes enfants confiés et de prévoir systématiquement la présence de personnels qualifiés en petite enfance.

PRÉCONISATION 2. Que les temps d'accueil en suppléance parentale de petits enfants, même très courts, même en urgence, soient pensés et organisés par les institutions comme de vrais temps de vie, constitutifs du développement de ces enfants, avec un investissement des personnels soignants auprès d'eux.

PRÉCONISATION 3. De reconnaître l'importance et de valoriser le soin du quotidien pour les jeunes enfants confiés comme un acte à part entière, nécessaire au développement harmonieux de l'enfant et à sa compréhension du sens de la vie.

PRÉCONISATION 4. De conserver une prudence dans l'éventuelle mise en place de dispositifs de placement éducatif à domicile pour des enfants de moins de 6 ans : ces dispositifs doivent fournir des garanties en termes de réponse au besoin de sécurité du jeune enfant pris en charge, reposer sur des indications étayées par des évaluations précises excluant les situations d'incapacité parentale. La prise en charge de ces accueils doit être faite par des personnes spécifiquement formées aux besoins spécifiques des jeunes enfants confiés et aux signes de souffrance du jeune enfant. L'adaptation de cette réponse aux besoins des petits n'ayant pas encore de capacités langagières doit être systématiquement questionnée du fait qu'elle ne semble pas *a priori* convenir à ces enfants.

PRÉCONISATION 5. En réponse aux besoins de santé des jeunes enfants confiés, de développer des partenariats de santé forts entre les dispositifs d'accueil des enfants et les pôles pédiatriques hospitaliers, impliquant les agences régionales de santé (ARS).

PRÉCONISATION 6. D'évaluer la qualité de l'accueil des enfants en croisant la question singulière du développement de chaque enfant et celle de la qualité environnementale des modalités d'accueil.

PRÉCONISATION 7. De prévoir des articulations entre l'accueil familial et l'accueil institutionnel des enfants de moins de 6 ans, autour des besoins spécifiques du jeune enfant confié.

PRÉCONISATION 8. D'inscrire dans les schémas départementaux de protection de l'enfance les actions menées ou à conduire pour répondre aux besoins fondamentaux spécifiques des jeunes enfants confiés, notamment dans les dispositifs de suppléance accueillant ces enfants.

Sur le plan de la formation et du développement des connaissances, il conviendrait :

PRÉCONISATION 9. De garantir des formations au corpus des connaissances nécessaires à la prise en charge des jeunes enfants confiés (besoins fondamentaux spécifiques et développement des enfants, sensibilité parentale au sens des approches fondées sur l'attachement, interactions parents-enfants, compétence/incapacité parentale, clinique du traumatisme, signes de souffrance du jeune enfant) pour tous les professionnels concernés, des personnels d'encadrement aux personnes responsables des enfants au quotidien.

PRÉCONISATION 10. De développer, à l'intention des personnels d'encadrement, des formations sur le soutien aux professionnels s'occupant des enfants au quotidien en complément des formations aux besoins du jeune enfant et aux réponses à leur apporter.

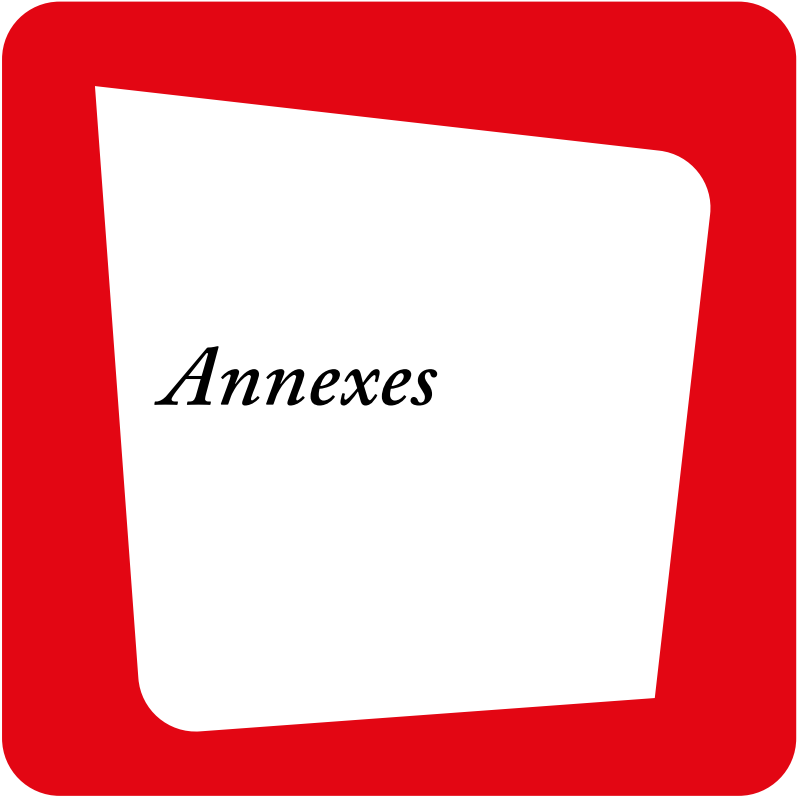
PRÉCONISATION 11. Que les formations des *caregivers*, en accueil familial comme en pouponnière, intègrent une dimension de réflexivité concernant l'effet sur l'enfant de leurs attitudes et de leurs pratiques.

PRÉCONISATION 12. De soutenir, par des actions de formation accompagnée, le développement de la sensibilité – au sens des approches fondées sur l'attachement – des assistants familiaux accueillant des enfants de moins de 6 ans.

PRÉCONISATION 13. De conduire des études de parcours des jeunes enfants confiés en protection de l'enfance, analysant notamment la stabilité des prises en charge (par exemple études portant sur les parcours avec interventions de type placement à domicile, sur les ruptures en accueil familial, etc.).

PRÉCONISATION 14. De construire des outils pour disposer chaque année de la connaissance des places d'accueil dédiées et/ou utilisées pour l'accueil des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance.

PRÉCONISATION 15. De former à l'observation de l'enfant et des interactions précoces parents-enfant, de façon pluriprofessionnelle et interinstitutionnelle, les professionnels impliqués dans l'évaluation du développement de l'enfant.



Annexes

Tableaux et graphiques complémentaires

**TABLEAU 12. DONNÉES GÉNÉRALES SUR
LES APPELS TRAITÉS AU SNATED (2014-2016)**

	2014			2015			2016			2014-2016		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Garçons	72	3 867	9 208	73	4 173	10 258	45	4 039	9 957	190	12 079	29 423
	45 %	51,5 %	49,1 %	55,3 %	51,8 %	49,9 %	40,9 %	50,7 %	49,4 %	47,3 %	51,3 %	49,5 %
Filles	83	3 466	9 310	57	3 699	10 023	62	3 746	9 956	202	10 911	29 289
	51,9 %	46,2 %	49,6 %	43,2 %	45,9 %	48,7 %	56,4 %	47 %	49,4 %	50,2 %	46,4 %	49,2 %
Indéter.	5	170	251	2	186	295	3	181	227	10	537	773
	3,1 %	2,3 %	1,3 %	1,5 %	2,3 %	1,4 %	2,7 %	2,3 %	1,2 %	2,5 %	2,3 %	1,3 %
Total	160	7 503	18 769	132	8 058	20 576	110	7 966	20 140	402	23 527	59 485
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

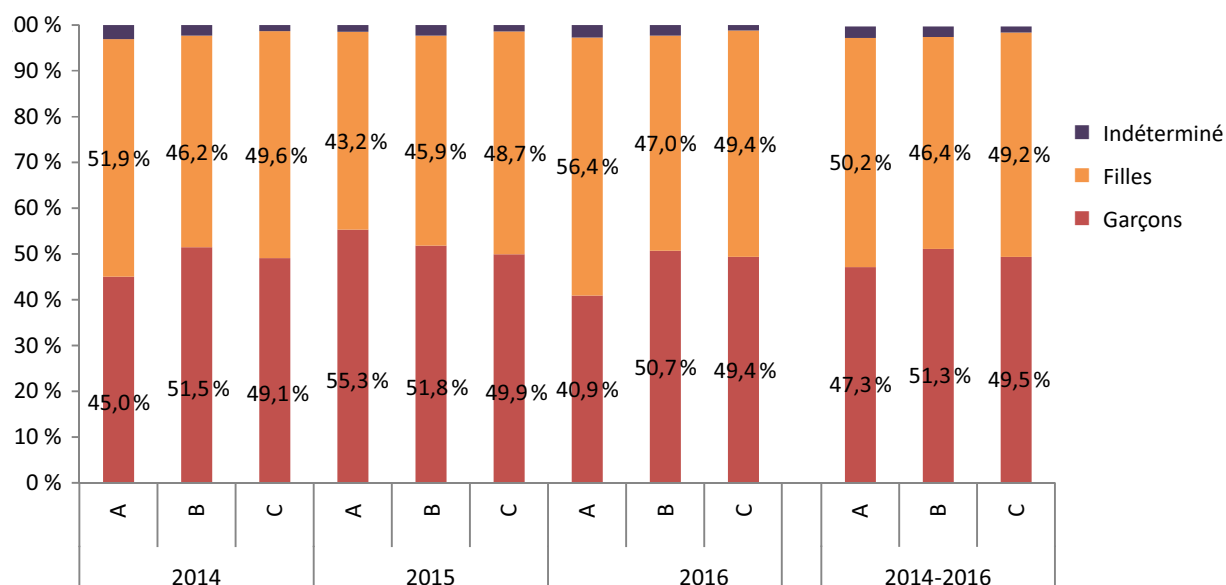
COLONNES A : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué, dont la situation a fait l'objet d'une information préoccupante (IP) et d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement OPP, placement en établissement, accueil provisoire, tiers digne de confiance.

COLONNES B : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué et dont la situation évoquée a fait l'objet par le Snated d'une IP.

COLONNES C : population des 0-21 ans pour laquelle un danger est évoqué et dont la situation a fait l'objet d'une IP.

Source : ONPE, analyse des données du Snated 2014-2016.

**GRAPHIQUE 4. DONNÉES GÉNÉRALES SUR
LES APPELS TRAITÉS AU SNATED (2014-2016)**



COLONNES A : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué, dont la situation a fait l'objet d'une information préoccupante (IP) et d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement OPP, placement en établissement, accueil provisoire, tiers digne de confiance.

COLONNES B : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué et dont la situation évoquée a fait l'objet par le Snated d'une IP.

COLONNES C : population des 0-21 ans pour laquelle un danger est évoqué et dont la situation a fait l'objet d'une IP.

Source : ONPE, analyse des données du Snated 2014-2016.

**TABLEAU 13. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA
POPULATION D'INTÉRÊT DANS LES DONNÉES DU SNATED ANALYSÉES**

SEXE	ÂGE	2014	2015	2016	2014-2016
Filles	Moins de 3 ans	42 (50,6 %)	34 (59,6 %)	31 (50 %)	107 (53 %)
	3-6 ans	41 (49,4 %)	23 (40,4 %)	31 (50 %)	95 (47 %)
Garçons	Moins de 3 ans	39 (54,2 %)	38 (52,1 %)	22 (48,9 %)	99 (52,1 %)
	3-6 ans	33 (45,8 %)	35 (48,9 %)	23 (51,1 %)	91 (47,9 %)
Indéterminé	Moins de 3 ans	2	2	-	4
	3-6 ans	3	-	3	6
Totaux	Moins de 3 ans	83 (51,9 %)	74 (56,1 %)	53 (48,2 %)	210 (52,2 %)
	3-6 ans	77 (48,1 %)	58 (43,9 %)	57 (51,8 %)	192 (47,8 %)
	Ensemble des 0-6 ans avec placement	160	132	110	402

Population d'intérêt : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué, dont la situation a fait l'objet d'une information préoccupante (IP) et d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement OPP, placement en établissement, accueil provisoire, tiers digne de confiance.

Source : ONPE, analyse des données du Snated 2014-2016.

**TABLEAU 14. LIEU DE VIE DES ENFANTS
ÉVOQUÉS DANS LES APPELS TRAITÉS AU SNATED**

	2014			2015			2016			2014-2016		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Ses deux parents	56	3 260	6 461	54	3 455	6 857	41	3 398	6 720	151	10 113	20 038
	35 %	43,5 %	34,4 %	40,9 %	42,9 %	33,3 %	37,3 %	42,7 %	33,4 %	37,6 %	43 %	33,7 %
Sa mère	75	3 566	9 180	57	3 794	10 215	53	3 756	9 999	185	11 116	29 394
	46,9 %	47,5 %	48,9 %	43,2 %	47,1 %	49,7 %	48,2 %	47,1 %	49,6 %	46 %	47,2 %	49,5 %
Son père	14	351	1 704	5	392	1 880	10	430	1 795	29	1 173	5 379
	8,8 %	4,7 %	9,1 %	3,8 %	4,9 %	9,1 %	9,1 %	5,4 %	8,9 %	7,2 %	5 %	9 %
Résidence alternée	2	128	809	-	206	573	1	215	714	3	549	2 096
	1,2 %	1,7 %	4,3 %	-	2,6 %	2,8 %	0,9 %	2,7 %	3,6 %	0,7 %	2,3 %	3,5 %
Hors foyer parental	13	152	517	16	155	926	5	114	784	34	421	2 227
	8,1 %	2 %	2,8 %	12,1 %	1,9 %	4,5 %	4,5 %	1,4 %	3,9 %	8,5 %	1,8 %	3,7 %
Ne sait pas	-	46	98	-	56	125	-	53	128	-	155	351
	-	0,6 %	0,5 %	-	0,7 %	0,6 %	-	0,7 %	0,6 %	-	0,7 %	0,6 %
Total	160	7 503	18 769	132	8 058	20 576	110	7 966	20 140	402	23 527	59 485
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

COLONNES A : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué, dont la situation a fait l'objet d'une information préoccupante (IP) et d'un retour d'IP par le département indiquant une prise en charge en protection de l'enfance de type placement OPP, placement en établissement, accueil provisoire, tiers digne de confiance.

COLONNES B : mineurs âgés de moins de 6 ans pour lesquels un danger est évoqué et dont la situation évoquée a fait l'objet par le Snated d'une IP.

COLONNES C : population des 0-21 ans pour laquelle un danger est évoqué et dont la situation a fait l'objet d'une IP.

Source : ONPE, analyse des données du Snated 2014-2016.

**TABLEAU 15. RÉPARTITION DU PERSONNEL EN POUPONNIÈRES
(ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN) PAR FONCTION PRINCIPALE EXERCÉE (EN 2012)**

Personnel de direction	5 %
Personnel des services généraux	15 %
Personnel d'encadrement sanitaire et social	2 %
Personnel éducatif, pédagogique et social	16 %
- dont éducateur spécialisé, y compris éducateur de la PJJ	3 %
- dont moniteur éducateur	2 %
- dont éducateur de jeunes enfants	9 %
- dont assistant familial ou maternel	2 %
- dont éducateur familial	0 %
- dont animateur social	0 %
- dont autre	0 %
Personnel médical	< 1 %
Psychologue et personnel paramédical	60 %
- dont aide soignant	5 %
- dont auxiliaire de puériculture	41 %
- dont autres	14 %
Candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs	2 %
ENSEMBLE	100 %
PERSONNEL EN ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN	1 222
TAUX D'ENCADREMENT (EN %)	143 %

*Champ : France entière (hors Mayotte) au 15 décembre 2012.
Source : Drees, enquête ES enfants en difficulté sociale 2012.*

Bibliographie

Fiches de dispositif réalisées dans le cadre de l'étude

- ONPE. *Le Fil d'Ariane : lieu d'accueil thérapeutique à temps partiel du jeune enfant et de ses parents – Lille (59)*. Paris : ONPE, octobre 2017. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/fiche_fa_version_definitive.pdf.
- ONPE. *Le dispositif d'accompagnement à la parentalité « La Forestière » (DAP) – Baincthun, Pas-de-Calais (62)*. Paris : ONPE, avril 2018. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/62_laforestiere.pdf.
- ONPE. *L'accueil de jour « Parent'ails » – Haut-Rhin (68)*. Paris : ONPE, décembre 2016. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/68_parentails.pdf.
- ONPE. *Analyse du dispositif « Accueil de jour territorialisé » de Saverne – Bas-Rhin*. Paris : ONPE, février 2018. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/67_accueildejourtterritorialise.pdf.
- ONPE. *La « Pouponnière L'Ermitage » – Mulhouse, Haut-Rhin (68)*. Paris : ONPE, août 2017. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/68_pouponniere_ermitage.pdf.
- ONPE. *Équipe « petite enfance » (Paris) : unité d'accueil familial – association Jean Cotxet*. Paris : ONPE, février 2017. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/75_equipe_petite_enfance_jean_coxtet.pdf.
- ONPE. *Accueil familial thérapeutique (AFT) Pré Médard : centre hospitalier (CH) Henri Laborit de Poitiers (86)*. Paris : ONPE, avril 2017. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/86_aft.pdf.
- ONPE. *« Bateau Volant » : lieu d'accueil type Maison Verte intégré aux équipes « petite enfance » (Paris et Seine-saint-Denis) de l'Unité d'accueil familial – association Jean Cotxet (75)*. Paris : ONPE, décembre 2017. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/93_-fiche_bateau_volant_.pdf.

Autres publications de l'ONPE

- ONPE. *Cinquième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE (rapport annuel), avril 2010. Chapitre I, De la prise en compte, en protection de l'enfance, de l'enfant et de son parcours. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_5_201004_5.pdf.
- ONPE. *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Paris : ONPE (dossier thématique), 2010. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf.

- ONPE. *Sixième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE (rapport annuel), juin 2011. Chapitre III, Le droit de visite en présence d'un tiers en protection de l'enfance. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_6_201106_1.pdf.
- ONPE. *Huitième rapport au Gouvernement et au Parlement*. Paris : ONPE, mai 2013. Chap. I, L'action éducative en milieu ouvert : état des lieux et perspectives, p. 3-59. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ran20130521_bd_0.pdf.
- ONPE. *L'accueil familial : quel travail d'équipe ?* Paris : ONPE (rapport d'étude), juillet 2015. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf.
- ONPE. *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants*. Paris : ONPE (revue de littérature), août 2016. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/revue_web_liens_actifs.pdf.
- ONPE. *Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance*. Paris : ONPE (note de synthèse bibliographique), octobre 2016. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf.
- ONPE. *État des lieux de la mise en place de commissions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles d'examen de la situation des enfants confiés à l'ASE*. Paris : ONPE (enquête), avril 2018. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_commissions.pdf.
- ONPE. *Étude des parcours en protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 4 ans des enfants nés en 2012 dans trois départements français*. Paris : ONPE (note d'actualité), mai 2018. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_analyse_longitudinale.pdf.

Recherches ayant bénéficié du soutien de l'ONPE

- CERVERA Melaine, JUNG Céline. *Spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance : revue de littérature problématisée*. Paris : Association de promotion des expérimentations sociales, décembre 2016. Revue de littérature réalisée pour l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres restreint 2016. Disponible en ligne : <https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aor2016.cervera.rf.pdf>.
- CORBET Éliane, et al. *Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre ; appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s)*. Rapport final, décembre 2015. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appels d'offres thématique 2013. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/creai_ra_rapport_etude_onpe_decembre.pdf.

- DUVERGER Philippe, ROUSSEAU Daniel, *et al.* *Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001 : étude portant sur 128 sujets*. Rapport final, septembre 2013. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2010. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010.rousseau_rf.pdf.
- EUILLET Séverine, JOINT-LAMBERT Milova Hélène. *L'accueil familial à long terme : quelle évolution des dynamiques relationnelles et individuelles ?* Rapport final, décembre 2013. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2011. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/ao2011.euillet_rf.pdf.
- GANNE Claire, THIERY Nathalie. *Les interactions parents-enfants-professionnel.le.s en centre parental : contextes institutionnels, processus et effets*. Rapport final, octobre 2017. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2015. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/ao2015.ganne_rapport.pdf.
- LENZI Catherine, GRAND David, FARCY-CALLON Léo. *Du domicile à l'institution – entre professionnalité et professionnalisation : une ethnographie du placement familial*. Rapport final, novembre 2016. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2014. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapportonpe_placementfamilial_24032017_0.pdf.
- ZAUCHE-GAUDRON Chantal, EUILLET S., PINEL-JACQUEMIN Stéphanie. *Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement : bilan sur 10 ans (1995 à 2005)*. Rapport final, janvier 2007. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres restreint 2006. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapport07_zaouche_recens05_3.pdf.
- ZAUCHE-GAUDRON C., RICAUD-DROISY Hélène, EUILLET S. *Le développement socio-affectif des jeunes enfants de 3 à 4 ans en famille d'accueil*. Rapport final, octobre 2007. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres ouvert 2005. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/rapport_final_zaouche_ao_2005.pdf.
- ZOTIAN Elsa. *Les professionnels face aux modes d'expression des jeunes enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance*. Rapport final, juillet 2017. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2015. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/ao2015.zotian_rf.pdf.

Autres publications

ALVAREZ Céline. *Les lois naturelles de l'enfant*. Paris : Les Arènes, 2016.

ALVAREZ C. *La plasticité cérébrale chez l'enfant*. Vidéo disponible en ligne : https://www.youtube.com/watch?v=pnF21M30U_U.

AMAR Michel, GARRET-GLOANEC Nicole, LE MARCHAND-COTTENCEAU Margaux. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Septembre 2009, vol. 57, n° 6, p. 542-547.

AUJARD Chloé. Écouter les bébés en pouponnière. *Revue de l'enfance et de l'adolescence – Rafef-Grape*. Dossier « La parole de l'enfant ». 2016/2, n° 94.

BERGER Maurice, BONNEVILLE Emmanuelle. Pathologie des traumatismes relationnels précoces et placement familial spécialisé. In : ROTTMAN Hana (dir.), RICHARD Pascal (dir.). *Se construire quand même : l'accueil familial, un soin psychique*. Paris : PUF, 2009.

BONNEVILLE-BARUCHEL E. Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : l'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle. *Le carnet psy*. 2014/5, n° 181, p. 31-34.

BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant placé*. Toulouse : Érès, 2015.

BOUTIN Gérald, DURNING Paul. *Enfants maltraités ou en danger, l'apport des pratiques socio-éducatives*. Paris : L'Harmattan, 2008.

BULLINGER André. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Toulouse : Érès, 2007 (1^{re} éd. 2004).

BRUWIER Geneviève. *Prendre soin du bébé placé*. Bruxelles : Yapaka (Temps d'arrêt – lectures), 2017.

C. CRESPIEN Graciela. Un accueil en pouponnière peut-il avoir des effets thérapeutiques ? Analyse du parcours de placement de cent-vingt-sept enfants sur cinq ans. *Cahiers de Préaut*. Érès, 2018, n° 14, p. 169-201.

C. CRESPIEN G. *Analyse du parcours de placement de 127 enfants sur 5 ans : pouponnière et maison d'enfants « Les Poussinets », 2011-2015*. Rapport d'étude, 2015. Disponible en ligne : <https://www.preaut.fr/wp-content/uploads/2018/08/Poussinets-Analyse-des-parcours-de-placement-2011-2015-version-site.pdf>.

COLSON Sébastien (dir.), et al. *Le guide de la puéricultrice*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016.

COUDRAY Hélène. *Intérêt des soins pédopsychiatriques dès la période périnatale : étude rétrospective descriptive des enfants placés à la naissance nés au CHU de Caen de 2006 à 2015*. Thèse d'exercice en médecine : université de Caen, 2016.

David Myriam. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : Dunod, 2004 (5^e éd.).

DAVID M. *Prendre soin de l'enfance*. Toulouse : Érès, 2014.

- DAVID M. Réflexion sur les séparations dans la petite enfance. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 129-146.
- DAVID M., APPELL Geneviève. Hospitalisme. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 147-156.
- DAVID M. Lien parents-enfants et maltraitances : maintien, rupture, traitement ? In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 157-162.
- DAVID M. L'enfant en placement familial. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 175-200.
- DAVID M. Le bébé en placement familial. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 201-208.
- DAVID M. Pour une meilleure connaissance du bébé : contributions de l'Institut Emmi Pikler. In : DAVID M. *Prendre soin de l'enfance. Op. cit.*, p. 255-269.
- DÉFENSEUR DES DROITS. *De la naissance à 6 ans : au commencement des droits*. Paris : Défenseur des droits, 2018.
- DIETERICH Florence, DOS SANTOS Christine, AMBLARD Maryline. *Terres d'accueils : récits d'assistants familiaux*. Lormont : Le bord de l'eau, 2015.
- DREES. *L'aide et l'action sociales en France – édition 2017*. Paris : Drees (Panoramas de la Drees – social), 2017. Disponible en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2017>.
- DREES. *L'aide et l'action sociales en France – édition 2018*. Paris : Drees (Panoramas de la Drees – social), 2018. Disponible en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2018>.
- FOURNIER Odile. *Parentalité et protection de l'enfance : les modalités de coopération entre les professionnels et les parents en matière de santé – recherche action*. Mulhouse : L'Ermitage, 2013.
- GIAMPINO Sylviane. *Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels*. Paris : ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2016. Disponible en ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/05/Rapport-Giampino-vf.pdf>.
- GOLSE Bernard. La coconstruction de la narrativité au sein des interactions précoces. In : VINCZE Mária. *L'atmosphère thérapeutique à Lóczy*. Toulouse : Érès (Enfance & parentalité), 2015.
- GOLSE B. Qu'est-ce que grandir ? *Contraste*. 2016/2, n° 44, p. 23-39.
- GUÉDENEY Nicole. *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : Yapaka (Temps d'arrêt – lectures), 2010.
- HOUZEL Didier (dir.). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Érès, 2005.

- JONES HARDEN Brenda. Safety and Stability for Foster Children : A Developmental Perspective. *The Future of Children*. Décembre 2004, vol. 14, n° 1, p. 31-47.
- KOBAK Robert, MANDELBAUM Toni. Caring for the Caregiver : An Attachment Approach to Assessment and Treatment of Child Problems. In : JOHNSON Susan M. (dir.), WHIFFEN Valerie E. (dir.). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York : The Guilford Press, 2003.
- LACHARITÉ Carl. *Éducation à la petite enfance, familles et vulnérabilité*. Allocution à la Commission sur l'éducation à la petite enfance, Québec, 12 octobre 2016.
- LACHARITÉ C., ÉTHIER Louise, NOLIN Pierre. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006/4, vol. 484, p. 381-394.
- LAMOUR Martine. *Parents défaillants, professionnels en souffrance*. Bruxelles : Yapaka (Temps d'arrêt – lectures), 2010.
- LAMOUR M., GABEL Marceline. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse : Érès, 2011.
- LAMOUR M. Tu peux compter sur moi. In : AYOUN Patrick (dir.), ROMANO Hélène (dir.). *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant*. Toulouse : Érès (1001 et +), 2013, p. 77-100.
- LAUGIER Sandra. Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire. In : MOLINIER Pascal (dir.), LAUGIER Sandra (dir.), PAPERMAN Patricia (dir.). *Qu'est-ce-que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot & Rivages (Petite bibliothèque Payot), 2012.
- LE HOUEROU Annie. *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la protection de l'enfant*. N° 2744. Paris : Assemblée nationale, 6 mai 2015. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2744.asp>.
- LE NESTOUR Annick. Le dispositif Panjo, intensification d'un travail en réseau. *Enfance & Psy*. 2016/1, n° 69, p. 128-142.
- LEMAY Michel. La bientraitance à l'égard des professionnels. In : GABEL Marceline (dir.), JÉSU Frédéric (dir.), MANCIAUX Michel (dir.). *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus (Psycho-pédagogie), 2000.
- LIÉBERT Philippe. *Quand la relation parentale est rompue*. Paris : Dunod, 2015.
- MANCIAUX Michel, GABEL Marceline, GIRODET Dominique, et al. *Enfance en danger*. Paris : Fleurus (Psycho-pédagogie), 1997.
- MARINOPOULOS Sophie. *Signaler pour soutenir la parentalité*. *Enfances & Psy*. 2003/3, n° 23, p. 95-103.
- MARTIN Kerstin. *Conduire l'équipe vers une nouvelle organisation de service et la création de son projet de service : diversification de la prise en charge en accueil de jour en réponse aux besoins des familles*. Mémoire de Caferuis, novembre 2017.

- MARTIN-BLACHAIS Marie-Paule. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. Paris : ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Disponible en ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>.
- MARTINEZ Anne-Marie. *Des prises de risque stimulantes et ambitieuses dans le travail social*. Communication lors de la journée Afirem « Les “états d'urgence” en protection de l'enfance », Paris, 11 décembre 2017.
- MASCARO-ANSENS Rosa. Du dysfonctionnement interactif à la maltraitance : une approche thérapeutique familiale, le Fil d'Ariane. In : AFIREM. *La prise en charge de la maltraitance : jeux et enjeux*. Paris : Karthala, 1999.
- MASCARÓ R., SANDRI Rosella. L'utilisation de l'observation dans un lieu d'accueil thérapeutique parents-bébé. In : DELION Pierre. (dir.). *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*. Toulouse : Érès (La vie de l'enfant), 2008, p. 143-151.
- MASCARÓ R., *et al.* Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012/2, Vol. 24, p. 69-115.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Principes et déroulement de l'opération pouponnière, note de 1979. In : ASSOCIATION NATIONALE DE RECHERCHE ET D'ÉTUDE EN PSYCHIATRIE (ANREP). *Un regard sur l'opération pouponnières – approche institutionnelle et clinique d'un dispositif de changement dans les pouponnières*. Montfavet : Anrep, 1994.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.
- MORALES-HUET Martine. Apports de la théorie de l'attachement aux prises en charge précoces parent-jeune enfant. In : ONPE. *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Op. cit.
- MOUREAU Audrey, DELVENNE Véronique. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*. 2016/1, vol. 59, p. 333-355.
- NOUVEL Jean-Louis. *Liens et rencontres dans le placement en accueil familial*. Communication faite dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance, Paris, 2016.
- PIOLI David. *Le petit enfant dans les politiques publiques : enjeu de la régulation sociale*. Thèse de doctorat en sociologie, université Paris Descartes, 2003.
- PLIQUET Emmanuel. Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. *Études et résultats*. Drees, septembre 2016, n° 974. Disponible en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/aide-sociale-a-l-enfance-55-000-enfants-et-adolescents-heberges-en>.

- RAPOPORT Danielle. De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant. *Informations sociales*. 2010/4, n° 160, p. 114-122. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-4-page-114.html>.
- ROUSSEAU Daniel, *et al.* Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*. Janvier-mars 2016, n° 1.
- ROUSSEAU D. *Les grandes personnes sont vraiment stupides : ce que nous apprennent les enfants en détresse*. Paris : Max Milo, 2012.
- SAÏAS Thomas, *et al.* Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions. *Devenir*. 2010/2, vol. 22, p. 175-185.
- SALMONA Muriel. La prise en charge médicale des enfants victimes. In : ATTIAS Dominique (dir.), KHAÏAT Lucette (dir.). *Le parcours judiciaire de l'enfant victime*. Toulouse : Érès (1001 et +), 2015.
- SCHOFIELD Gillian, BEEK Mary. *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives : la théorie en pratique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.
- SCHORE Allan N. The effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 2001, vol. 22, p. 7-66.
- SCHORE A. N. The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 2001, vol. 22, p. 201-269.
- SELLENET Catherine. *Vivre en famille d'accueil : à qui s'attacher ?* Paris : Belin, 2017.
- VIOLON Margot, WENDLAND Jacqueline. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2014/2, vol. 57, p. 581-616.
- WENDLAND J., GAUGUE-FINOT Justine. Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance. *Devenir*. 2008/4, vol. 20, p. 319-345.
- ZAOUCHE-GAUDRON Chantal, JOHN Catherine, GARCIA Serge, *et al.* Bébés vulnérables, vulnérabilité des bébés : une responsabilité qui nous incombe. *Empan*. 2018/3, n° 111, p. 9-13.

Index des tableaux, des cartes et des graphiques

Tableau 1	Répartition par tranche d'âge des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE (au 31 décembre 2015)	14
Tableau 2	Répartition par âge et par sexe des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE (au 31 décembre 2015)	15
Tableau 3	Répartition par région des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE (au 31 décembre 2015)	16
Carte 1	Cartographie de la part estimée des enfants de moins de 6 ans confiés dans le total des enfants confiés (au 31 décembre 2015)	17
Carte 2	Cartographie de la part estimée des enfants des moins de 3 ans confiés dans le total des enfants confiés (au 31 décembre 2015)	17
Tableau 4	Dangers évoqués dans les appels traités au Snated	19
Graphique 1	Répartition par tranche d'âge et mode d'hébergement principal (au 31 décembre 2015)	25
Tableau 5	Répartition des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE selon le mode de placement (au 31 décembre 2015)	26
Carte 3	Part des placements en famille d'accueil parmi les enfants âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE (au 31 décembre 2015)	27
Carte 4	Part des placements des enfants de moins de 3 ans en famille d'accueil parmi les enfants âgés de moins de 3 ans confiés à l'ASE (au 31 décembre 2015)	27
Carte 5	Part des placements en établissement parmi les enfants âgés de moins de 6 ans confiés à l'ASE (au 31/12/2015)	28
Carte 6	Part des placements des enfants de moins de 3 ans en établissement parmi les enfants de moins de 3 ans confiés à l'ASE (au 31/12/2015)	28
Tableau 6	Répartition par âge des enfants et adolescents accueillis (au 15 décembre 2012)	29
Graphique 2	Répartition des enfants de moins de 7 ans accueillis en établissement (au 15 décembre 2012)	30
Tableau 7	Nombre de pouponnières (rattachées à un foyer de l'enfance et/ou privées) et nombre de places associées par région française en 2016	31
Tableau 8	Nombre de pouponnières (rattachées à un foyer de l'enfance et/ou privées) et nombre de places associées par région française en 2017	32
Carte 7	Présence d'au moins une pouponnière (rattachée à un foyer de l'enfance et/ou privée) en France en 2017	33
Graphique 3	Mesures principales de la protection de l'enfance conduisant à la prise en charge en pouponnière (au 15 décembre 2012)	34
Tableau 9	Lieux de résidence avant et après la prise en charge en pouponnière (décembre 2012)	35

Tableau 10	Mesures principales de la protection de l'enfance après la sortie d'une pouponnière (en 2012)	36
Tableau 11	Grille des critères de qualité d'environnement d'accueil en pouponnière	88
Tableau 12	Données générales sur les appels traités au Snated (2014-2016)	107
Graphique 4	Données générales sur les appels traités au Snated (2014-2016)	107
Tableau 13	Caractéristiques sociodémographiques de la population d'intérêt dans les données du Snated analysées	108
Tableau 14	Lieu de vie des enfants évoqués dans les appels traités au Snated	108
Tableau 15	Répartition du personnel en pouponnières (équivalent temps plein) par fonction principale exercée (en 2012)	109

Ce rapport d'étude traite des politiques et des pratiques mises en œuvre au service des enfants de moins de 6 ans confiés en protection de l'enfance. L'étude met en évidence l'idée phare de la nécessité de « penser petit », c'est-à-dire de s'ajuster aux besoins spécifiques du petit enfant dans son suivi et sa prise en charge. Le rapport se divise en trois grandes parties traitant tour à tour : de la population des enfants concernés et des modalités de leur séparation et de leur accueil ; des connaissances et des pratiques de soin au service du jeune enfant confié ; des manières d'impulser et rendre possible le « penser petit ». Le rapport se conclut sur 15 préconisations portant, d'une part, sur le plan des interventions et de l'organisation des dispositifs, et, d'autre part, sur celui de la formation des professionnels et du développement des connaissances.