



HAL
open science

Dynamiques des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil : apports de la théorie de l'attachement et de l'approche psychodynamique

François-Xavier Mayaux

► **To cite this version:**

François-Xavier Mayaux. Dynamiques des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil : apports de la théorie de l'attachement et de l'approche psychodynamique. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2019. Français. NNT : 2019UBFCH037 . tel-03714254

HAL Id: tel-03714254

<https://theses.hal.science/tel-03714254>

Submitted on 5 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE
FRANCHE-COMTE

UFR Sciences Humaines, Laboratoire de Psychologie Psy-DREPI (Dynamiques
Relationnelles et Processus Identitaires), Équipe 2 de Psychopathologies Cliniques et
Psychothérapies. École Doctorale n°554 : Sociétés, Espace, Pratiques, Temps (SEPT).
Département de Psychologie.

Pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Bourgogne Franche-Comté.

Discipline : Psychologie.
Mention : Psychologie Clinique et Psychopathologies.

Par
François-Xavier Mayaux

Thèse présentée et soutenue le 29 Novembre 2019

Dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil

Apports de la théorie de l'attachement et de l'approche psychodynamique

Version de diffusion

Thèse sous la Direction du Professeur Daniel Derivois et de Christelle Viodé.

Jury :

- Professeur Pascal Roman, Université de Lausanne, Suisse : Président du Jury et Rapporteur.
- Professeure Raphaële Miljkovitch, Université Paris 8, France : Rapporteur.
- Professeur Daniel Derivois, Université de Bourgogne Franche-Comté, France : Directeur de thèse.
- Docteure Christelle Viodé, Maître de Conférences- Habilité à Diriger des Recherches, Université de Bourgogne Franche-Comté, France : Co-Directrice de thèse.

Version de diffusion

En conformité avec le souhait de l'auteur et indépendamment du strict travail d'anonymisation propre au cadre de recherche, la thèse diffusée sur internet ne présente pas l'ensemble des vignettes cliniques pour des raisons de confidentialités, et ce notamment dans la dimension d'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle de recherche. Pour la version complète, vous pouvez contacter l'auteur à : fxmayaux@gmail.com.

Dans ce cadre et à titre informatif, les situations cliniques suivantes ont donc été retirées de la version originale.

- La situation de la référente Madame A au premier temps de mesure « T1 » : analyse de l'Edicode et analyse clinique de synthèse (pages 385 à 387 dans la version originale)
- La situation de l'assistante familiale Madame B au premier temps de mesure « T1 » : analyse de l'Edicode et analyse clinique de synthèse (pages 387 à 390 dans la version originale)
- La situation clinique de la référente Madame I au deuxième temps de mesure « T2 » : analyse des entretiens cliniques de recherche semi-structurés expérimentaux qui portent sur l'appréhension des manifestations de type contre-transférentiel et analyse clinique de synthèse (pages 408 à 413 dans la version originale)
- La situation clinique de l'assistant familial Monsieur J au deuxième temps de mesure « T2 » : analyse sur des entretiens cliniques de recherche semi-structurés expérimentaux qui portent sur l'appréhension des manifestations de type contre-transférentiel et analyse clinique de synthèse (pages 413 à 417 dans la version originale)
- La situation clinique en analyse détaillée de l'assistante familiale Madame K dans le croisement des résultats de la situation de Tom (prénom anonymisé) des deux temps de mesure pour apprécier les évolutions longitudinales psychodynamiques : analyse de l'ensemble des outils et de la dynamique transféro-contre-transférentielle de recherche (pages 443 à 455 dans la version originale)
- La situation clinique en analyse détaillée du référent Monsieur L dans le croisement des résultats de la situation de Tom (prénom anonymisé) des deux temps de mesure pour apprécier les évolutions longitudinales psychodynamiques : analyse de l'ensemble des outils en synthèse et de la dynamique transféro-contre-transférentielle de recherche (pages 455 à 458 dans la version originale)

Remerciements

Je remercie Monsieur Derivois, mon directeur de thèse pour l'encadrement de mon travail de recherche, pour son impulsion, son appui, ses conseils essentiels tout au long de la thèse et pour la construction des projets à venir.

Je remercie Madame Viodé, ma-co-directrice de thèse, pour ses encouragements et ses analyses éclairées sur la psychanalyse et l'attachement ainsi que pour la concrétisation des projets en cours et dans le développement de ceux à venir.

Je remercie Madame Raphaële Miljkovitch et Monsieur Pascal Roman d'avoir accepté d'être membres du Jury et rapporteurs de ma thèse en vue de la soutenance.

Je remercie Mesdames Khadija Chahraoui et Marie Anaut pour leurs expertises et leurs encouragements tout au long du travail doctoral dans le cadre du Comité de suivi de thèse.

Je remercie l'ensemble des membres du laboratoire de recherche Psy-DREPI, Madame Edith Salès-Wuillemin, Responsable du Laboratoire Psy-DREPI, pour sa disponibilité, ainsi que les professeurs, maîtres de conférences et chercheurs associés, Monsieur Antoine Bioy, Madame Anne Masselin-Dubois, Madame Léonor Fasse, Madame Alexandra Laurent, Monsieur Baptiste Lignier et particulièrement Monsieur Matthieu Reynaud, pour leurs éclairages avisés et analyses précieuses concernant la réalisation de ce travail de recherche, dans le cadre des séminaires mensuels doctoraux ou lors de rencontres individuelles. Je remercie également Madame Catherine Lobet pour sa disponibilité dans le travail d'organisation institutionnelle de la recherche et de formation.

Je remercie Madame Anaïs Genion pour son aide et sa disponibilité dans l'organisation de l'encadrement des étudiants en stage de recherche ainsi que tous les doctorants du laboratoire pour leurs soutiens. Je remercie Madame Ambrine Langlois pour la continuité de son aide et la rigueur du travail effectué ainsi que tous les autres étudiants qui ont participé à la terminaison de la retranscription des entretiens.

Je remercie le Président du Conseil Départemental de la Côte d'Or, Monsieur le Président François Sauvadet, ainsi que Monsieur Jacques Engel, Adjoint au Directeur Adjoint de Madame Christine Barbier Chef du Pôle Solidarités, Madame Christine Barbier, Directrice Générale du Pôle Solidarités, Monsieur Christophe Lucas, Directeur de la Direction des Affaires Médico-Sociales Territorialisées, Madame Marie-Line Drié, Chef de service de l'Aide Sociale à l'Enfance, Madame Sylvie Valcke, chef de service de la Cellule Accueil Familial et Madame Magali Barlerin-Simonot, Chef de service de l'Agence de Montbard pour son soutien, qui m'ont permis de réaliser ma thèse au sein du Conseil Départemental de la Côte d'Or.

Je remercie amicalement tous les membres du collège des psychologues du Conseil Départemental de la Côte d'Or, Madame Virginie Briet, Monsieur Alain Girot, Monsieur Philippe Hugan, Madame Laura Kurpis, Madame Géraldine Lainé, Madame Josiane Mingoua-Miyalou, Monsieur Gilles Perret et Madame Petetin, pour leurs soutiens précieux et permanents ainsi que pour l'intensité de leurs investissements dans nos projets cliniques de recherche-action actuelle ainsi que pour l'engagement de tous ceux à venir.

Je remercie l'ensemble des professionnels travaillant au Conseil Départemental de la Côte d'Or dans le cadre du placement familial avec qui je travaille au quotidien dans tout ce qu'ils m'ont apporté et appris et plus particulièrement Madame Danièle Daussin, pour son éthique et son engagement éclairé autour des questions de protection de l'enfance.

Je remercie ma compagne Madame Mélanie Gaborit, pour son aide dans les cotations inter-juges, ses relectures, ses conseils et son appui indéfectible et essentiel tout au long de la réalisation du travail doctoral.

Je remercie l'ensemble de ma famille, pour la continuité de leurs encouragements. Je remercie également tous mes amis et notamment Marie-Laure Chanussot et Marie Bouvelot, pour leurs aides et leurs soutiens.

Je remercie tout particulièrement les professionnels participants ainsi que les enfants et les adolescents placés en famille d'accueil avec leurs familles de naissance, sans qui cette recherche n'aurait pas eu lieu. Ils m'ont beaucoup appris sur le placement familial dans ce qu'ils m'ont fait partager de leurs histoires et sur la complexité de leurs relations.

Résumé

INTRODUCTION. Cette recherche étudie la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil avec une approche complémentariste articulant la théorie de l'attachement et la perspective psychodynamique. **METHODOLOGIE.** A travers une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) et longitudinale (un an) la recherche a été menée auprès de dix enfants (N=10) qui viennent d'arriver pour la première fois en famille d'accueil et des professionnels (N=17) qui les entourent. Les outils utilisés ont été le CCH, le RQ, le Ca-mir, l'Edicode (pour l'attachement), les épreuves projectives des dessins ainsi que des entretiens cliniques semi-structurés de recherche (pour les investissements transférentiels et contre-transférentiels). **RESULTATS.** Les résultats montrent que les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil manifestent un attachement désorganisé et des investissements-transférentiels négatifs ou neutres à l'égard des professionnels. Un an plus tard, les modalités d'attachement sont davantage sécurisées avec des investissements transférentiels positifs. Du côté des professionnels, les résultats indiquent un attachement de type sécure sur leurs relations interpersonnelles d'attachement actuelles et majoritairement insécures sur leur attachement filial et parental. Ils manifestent des expressions de pré-contre-transfert à l'arrivée de l'enfant, qui diminuent pendant l'année de placement. **ANALYSE.** Les enfants vivent l'intensité des traumatismes passés en les actualisant dans la relation avec les professionnels. La relation est vécue comme menaçante et source potentielle de danger. Du côté des professionnels, l'analyse clinique des entretiens et la différence dans les résultats, montrent qu'ils manifestent un pré-contre-transfert intense à l'égard de l'enfant (dès son arrivée en famille d'accueil). **DISCUSSION.** L'évolution positive des résultats des enfants serait liée au travail d'intériorisation de la figure d'attachement alternative qui a des effets de réaménagements sur la conflictualité de la base de sécurité de l'enfant par compensation avec les figures d'attachement insécurisantes des parents de naissances préalablement introjectés, laissant en demeure la manifestation de conflits psychiques latents inhérents à la problématique de placement familial. En ce qui concerne les professionnels, la réparation de l'enfant semble sécuriser leur attachement actuel dans leur relation, sans pour autant résoudre les traumatismes de leurs premiers liens. Cette base de sécurité partagée est animée par une recherche de réparation normale d'allure créatrice, qui pourrait se retrouver dans tous les métiers de la relation d'aide. Dans ce cadre, en plus de la mise en évidence des enjeux thérapeutiques, des pistes concrètes sont proposées en termes de recherche-action, du côté de l'enfant, des professionnels et de l'institution.

Mots-clés : Placement familial, traumatisme, lien, attachement, psychodynamique.

Abstract

INTRODUCTION. This research studies dynamics of the institutional and family ties of the foster child with a complementary approach that articulates attachment theory and a psychodynamic perspective. METHODOLOGY. Through a mixed (quantitative and qualitative) and longitudinal (one year) methodology, the research was conducted with ten children (N=10) who have just arrived for the first time in foster care and professionals (N=17) who surround them. Tools used were the CCH, RQ, Ca-mir, Edicode (for attachment) and projective proofs of drawings with semi-structured clinical research interviews (for transfer and counter-transfer investments). RESULTS. Results show that children who have just arrived in foster care express disorganized attachment and negative or neutral transfer investments towards professionals. One year later, attachment modalities are more secure with positive transfer investments. On the professional side, results indicate a secure attachment on their current interpersonal attachment relationships and mostly insecure on their filial and parental attachment. They show pre-counter-transfer expressions upon arrival of the child, which decrease during the year of placement. ANALYSIS. Children experience the intensity of past traumas by updating them in the relationship with professionals. The relationship is experienced as threatening and a potential source of danger. On the professional side, the clinical analysis of interviews and the difference in results show that they express intensive pre-countertransference towards the child (upon arrival in foster care). DISCUSSION. The positive evolution of children's outcomes would be linked to the work of internalizing the alternative attachment pattern, which has reshaping effects on the conflict of the child's security base by compensating for the insecure attachment patterns of parents of previously introduced births, leaving the manifestation of latent psychological conflicts inherent to the problematic of foster care to remain. As far as professionals are concerned, the child's reparation seems to secure their current attachment, without resolving past traumas. This shared security base is driven by a search for normal repair with a creative dimension, which could be found in all professions in the helping relationship. In this context, in addition to highlighting the therapeutic issues, concrete avenues are proposed in terms of research-action, on the part of the child, professionals and the institution.

Keywords: Foster care, trauma, bond, attachment, psychodynamics.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	25
CHAPITRE 1. LE PLACEMENT FAMILIAL	30
1 LA SPECIFICITE DU CADRE CLINIQUE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 30	
1.1 L'émergence du placement familial : des enfants « trouvés » à la remise en cause de la politique de placement	31
1.1.1 Les enfants trouvés	31
1.1.2 La protection de l'enfant au XIXème siècle	31
1.1.3 La protection de l'enfant pendant la première moitié du XXème siècle	33
1.1.4 La protection de l'enfant pendant la seconde moitié du XXème siècle	33
1.1.5 La profusion des indications de placement : de 1950 à 1980	34
1.1.6 Remise en cause et évolution du placement familial	35
1.2 Les politiques récentes de placement : de la décentralisation à la loi de mars 2016 37	
1.2.1 L'évolution de la politique étatique de placement à travers les lois de décentralisation 37	
1.2.2 Les lois de la protection de l'enfance en ce début du XXIème siècle	38
1.2.3 La loi de mars 2007	39
1.2.4 La loi de mars 2016	41
1.3 L'intérêt de l'enfant au regard de la relation asymétrique reconnue par la loi	43
1.3.1 La relation enfant-parent : une relation asymétrique fondamentale	43
1.3.2 La notion controversée de l'intérêt de l'enfant	45
2 PROTECTION DE L'ENFANCE ET PLACEMENT FAMILIAL AUJOURD'HUI ..	46
2.1 La protection de l'enfance à l'international	46
2.2 Les données générales sur le placement familial	49
2.2.1 Quelques chiffres à l'international et en France	49
2.2.2 Limites aux tableaux épidémiologiques	51
2.3 La protection de l'enfance en France	52
2.3.1 Les organisations politiques induisant les organisations institutionnelles	52
2.3.2 Les différents champs d'action du domaine de la protection de l'enfance	52
3 LA PLACE ET LE ROLE DES PROFESSIONNELS EN PLACEMENT FAMILIAL COMME PREMIER INDICATEUR DE LA RELATION INSTITUTIONNELLE	61
3.1 Présentation du métier d'assistant familial	61
3.1.1 L'évolution de la profession d'assistant familial	61
3.1.2 Les spécificités de la profession d'assistant familial	62
3.1.3 La relation avec l'enfant	63

3.1.4	La relation avec les parents	65
3.1.5	La relation avec le service A.S.E.....	66
3.2	Présentation du métier de travailleur médico-social référent.....	67
3.2.1	La définition de la profession d'éducateur référent en contexte de placement familial 67	
3.2.2	Les spécificités de la profession de référent Aide Sociale à l'Enfance	67
3.2.3	La relation du référent avec l'enfant.....	69
3.2.4	La relation du référent avec les parents	69
3.2.5	La relation du référent avec l'institution	70
4	PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE EN PLACEMENT FAMILIAL.....	70
4.1	Approche descriptive de la psychopathologie clinique de l'enfant en placement familial	71
4.2	Approche épidémiologique de la psychopathologie clinique de l'enfant en placement familial	74
4.2.1	Epidémiologie des facteurs environnementaux sur le fonctionnement psychologique des enfants	74
4.2.2	Récurrence des incidences psychopathologiques et pathologies psychiatriques des enfants rencontrés dans le cadre du placement familial	77
4.3	Approche compréhensive de la psychopathologie du lien en placement familial .	79
4.3.1	Les conséquences psychopathologiques des carences précoces maternelles	80
4.3.2	Les traumatismes précoces	83
4.3.3	Les projections parentales au sein des psychopathologies du lien	86
4.3.4	Les psychopathologies du lien à l'œuvre au sein de la problématique de placement familial	87
5	DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE CLINIQUE DE PLACEMENT FAMILIAL	88
5.1	Les caractéristiques des demandes de placement familial.....	89
5.2	La spécificité de la problématique clinique de placement familial.....	90
5.3	Le syndrome de mal de placement.....	92
CHAPITRE 2. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT EN PLACEMENT FAMILIAL ...		97
1.	FONDEMENTS CLINIQUES ET THEORIQUES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT	97
1.1	Les influences à l'origine de la théorie de l'attachement.....	97
1.1.1	Premières expériences cliniques de Bowlby	97
1.1.2	Les influences de l'hospitalisme	98
1.1.3	Les influences de l'éthologie.....	98
1.1.4	Le modèle cybernétique	99
1.1.5	L'opérationnalisation expérimentale de la situation étrange	100

1.2	L'attachement chez l'enfant.....	101
1.2.1	La définition générale de l'attachement	101
1.2.2	Le développement temporel du lien et de la relation d'attachement	102
1.2.3	Les modalités comportementales de l'attachement	104
1.2.4	Les représentations d'expériences d'attachement ou les Modèles Internes Opérants (M.I.O.)	107
1.2.5	La notion de base de sécurité chez l'enfant	107
1.3	L'attachement chez l'adulte	108
1.3.1	La description des représentations d'attachement	108
1.3.2	Les relations d'attachement interpersonnelles à travers les styles d'attachement ...	111
1.3.3	Le système du caregiving	113
1.3.4	La base de sécurité chez l'adulte	114
2.	L'ATTACHEMENT ET LA PSYCHOPATHOLOGIE.....	115
2.1	L'attachement et la psychopathologie du côté de l'enfant et de l'adolescent.....	116
2.1.1	Les troubles de l'attachement	116
2.1.2	La relation entre les troubles du comportement et l'attachement comme indice de compréhension à la psychopathologie de l'enfant.....	120
2.1.3	L'attachement et la psychopathologie chez les adolescents	123
2.2	L'attachement et la psychopathologie du côté de l'adulte.....	127
2.2.1	L'attachement et les troubles des conduites	127
2.2.2	L'attachement et les troubles psychotiques	128
2.2.3	L'attachement et les troubles anxiodépressifs	128
2.2.4	L'attachement et les personnalités borderline	130
2.2.5	L'attachement et les troubles addictifs	130
2.2.6	L'attachement et les troubles de la personnalité.....	131
2.2.7	Les conséquences psychopathologiques de l'atteinte psychiatrique du caregiving maternel	131
3.	LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT EN PLACEMENT FAMILIAL	133
3.1	La théorie de l'attachement en placement familial du côté de l'enfant	133
3.1.1	La désorganisation de l'attachement chez l'enfant en placement familial	134
3.1.2	Les modèles internes opérants multiples de l'enfant en placement familial	138
3.2	La théorie de l'attachement en placement familial du côté des professionnels...	139
3.2.1	L'importance des représentations d'expériences d'attachement des professionnels dans la relation avec les enfants	139
3.2.2	Les professionnels comme donneurs de soin de premier ordre pour l'enfant placé	141
3.2.3	Le modèle de la base de sécurité	141
3.2.4	La question du caregiving compulsif.....	142

CHAPITRE 3. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DU LIEN ET DE LA SEPARATION EN PLACEMENT FAMILIAL..... 145

1. ANALYSE DES LIENS INSTITUTIONNELS ET FAMILIAUX.....	145
1.1 Les liens institutionnels et familiaux du côté de l'enfant.....	145
1.1.1 Le conflit de loyauté.....	145
1.1.2 La lune de miel.....	146
1.1.3 Les mécanismes de défense prévalents chez l'enfant en placement familial.....	147
1.1.4 Le transfert des enfants.....	148
1.2 Les liens institutionnels du côté des professionnels.....	150
1.2.1 L'idéologie du lien.....	150
1.2.2 Les motivations des professionnels.....	152
1.2.3 Le contre-transfert des professionnels.....	153
2. LES THEORISATIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA SEPARATION ET DU LIEN.....	155
2.1 La séparation et la psychanalyse.....	155
2.1.1 Les évolutions de la perte, de la séparation et de l'angoisse chez Freud.....	156
2.1.2 La séparation et les positions kleiniennes.....	156
2.1.3 La séparation chez Winnicott.....	157
2.1.4 Individuation et séparation chez Mahler.....	157
2.1.5 La séparation selon Bowlby.....	158
2.2 Le lien et la psychanalyse.....	158
2.2.1 Le lien et l'objet dans les dynamiques de réparation.....	159
2.2.2 Le lien et l'objet chez Winnicott.....	159
2.2.3 La théorie des relations d'objet.....	160
2.3 La psychanalyse et l'attachement autour du lien et de la séparation.....	161
2.3.1 Bowlby et la psychanalyse.....	162
2.3.2 La pulsion d'attachement et approches complémentaires.....	163
2.3.3 La mentalisation autour du lien et de la séparation.....	165
3. LE CHOIX D'UNE APPROCHE COMPLEMENTARISTE.....	168
3.1 Définition de l'approche complémentariste.....	168
3.2 Justification du choix de l'approche complémentariste.....	169
4. PROBLEMATIQUE GENERALE, HYPOTHESES THEORIQUES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	169
4.1 Problématique théorique générale.....	169
4.1.1 La problématique théorique générale de recherche.....	170
4.1.2 Le développement de la problématique de recherche du côté de l'enfant.....	170
4.1.3 Le développement de la problématique de recherche du côté des professionnels...	171
4.2 Les objectifs généraux de la recherche.....	172

4.2.1	Axe 1 : du côté des enfants.....	172
4.2.2	Axe 2 : du côté des professionnels	173
4.2.3	Axe 3 : du côté de la relation enfants-professionnels	173
4.3	Les hypothèses théoriques de la recherche	174
CHAPITRE 4. METHODOLOGIE.....		178
1.	ORGANISATION PREALABLE AU DISPOSITIF METHODOLOGIQUE.....	178
2.	DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES	179
2.1	Description du groupe d'enfants placés en famille d'accueil	180
2.1.1	Critères d'inclusion	181
2.1.2	Critères d'exclusion.....	182
2.1.3	Caractéristiques socio-démographiques principales de la situation familiale et des motifs de placement.....	183
2.1.4	Synthèse de la description de la population enfant.....	183
2.2	Description du groupe des professionnels	184
2.2.1	Description du groupe des assistants familiaux.....	185
2.2.2	Description du groupe des travailleurs médico-sociaux référents	187
3.	DISPOSITIF DE LA RECHERCHE.....	190
3.1	Identification des variables	191
3.1.1	Les variables indépendantes	191
3.1.2	Les variables dépendantes	194
3.1.3	Protocole de la recherche.....	197
4.	PRESENTATION DES OUTILS DE LA RECHERCHE	201
4.1	L'entretien clinique de recherche.....	201
4.1.1	Présentation de l'entretien clinique	201
4.1.2	L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert avec les adolescents 204	
4.1.3	Justification de l'entretien clinique de recherche sur le transfert avec les adolescents 206	
4.1.4	L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert avec les adultes professionnels.....	207
4.1.5	Justification de l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert avec les adultes professionnels.....	209
4.2	Les Représentations Narratifs d'Attachement ou l'Edicode.....	211
4.2.1	Présentation de l'Edicode.....	211
4.2.2	Justification de l'Edicode	220
4.3	Les cartes pour le complètement d'histoire ou CCH	221
4.3.1	Présentation des cartes pour le complètement d'histoire (CCH).....	221
4.3.2	Justification des cartes pour le complètement d'histoire	240

4.4	Le Ca-Mir (Cartes des Modèles Individuels de Relations).....	241
4.4.1	Présentation du Ca-mir	241
4.4.2	Justification du Ca-mir	249
4.5	L'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations	251
4.5.1	Présentation de l'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations.....	251
4.5.2	Justification de l'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations	254
4.6	Les épreuves projectives de Dessin	255
4.6.1	Présentation des épreuves projectives du dessin	255
4.6.2	Description du dessin libre	257
4.6.3	Description du dessin de famille	261
4.6.4	Justification des épreuves des dessins dans la recherche.....	263
4.7	Synthèse des outils de la recherche en fonction des mesures et des populations étudiées.....	264
5.	PROCEDURE DE PASSATION.....	267
5.1	L'ordre de passation.....	267
5.1.1	L'ordre de passation des enfants et des adolescents.....	267
5.1.2	L'ordre de passation des professionnels (assistants familiaux et référents)	272
5.2	Les consignes de la recherche	275
5.3	Le déroulement de la recherche	276
5.3.1	Travail préparatoire au déroulement de la recherche	276
5.3.2	Les étapes de recrutement au déroulement de la recherche.....	277
6.	HYPOTHESES OPERATIONNELLES	278
7.	METHODE D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES	281
7.1	Méthode d'analyse et de traitement des données quantitatives	281
7.1.1	Les caractéristiques des données quantitatives.....	281
7.1.2	Le traitement des données quantitatives.....	282
7.2	Méthode d'analyse et de traitement des données qualitatives	283
	CHAPITRE 5. RESULTATS.....	286
1.	INTRODUCTION.....	286
2.	LES RESULTATS DES ENFANTS	288
2.1	Les résultats des enfants à leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T1 ») ..	288
2.1.1	Les résultats au niveau de l'attachement	288
2.1.2	Les résultats au niveau de l'analyse transférentielle.....	307
2.1.3	Synthèse des résultats des enfants au temps « T1 »	332
2.2	Les résultats des enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T2 »).....	335
2.2.2	Les résultats au niveau de l'attachement	335

2.2.3	Les résultats au niveau de l'analyse transférentielle.....	355
2.3	Synthèse des résultats des enfants.....	374
3	LES RESULTATS DES PROFESSIONNELS.....	377
3.2	Les résultats des professionnels au niveau de l'attachement.....	377
3.2.1	Les styles d'attachement (RQ)	378
3.2.2	Les stratégies d'attachement (Ca-mir).....	380
3.2.3	Les représentations d'attachement.....	383
3.2.3	Synthèse des résultats au niveau de l'attachement	386
3.3	Les résultats des professionnels au niveau de l'analyse contre-transférentielle ..	387
3.3.1	Les résultats au niveau de l'analyse contre-transférentielle des professionnels à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (au temps « T1 »)	388
3.3.2	Les résultats au niveau de l'analyse contre-transférentielle un an après l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (au temps « T2»).....	396
3.3.3	Illustration clinique de l'entretien sur les manifestations de type contre-transférentiel des professionnels.....	403
3.4	Synthèse des résultats des professionnels	404
4	SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE	410
5	PRESENTATION DE SITUATIONS CLINIQUES DETAILLEES.....	414
5.1	Première situation clinique détaillée : « Tom ».....	415
5.1.1	Les résultats et appréciations cliniques de Tom	415
5.1.2	Les résultats et appréciations cliniques des professionnels présents dans la vie de Tom	430
5.2	Deuxième situation clinique détaillée : « Eliot ».....	431
5.2.1	Les résultats et appréciations cliniques d'Eliot	431
5.2.2	Les résultats et appréciations cliniques du côté de l'assistante familiale Madame R	442
	CHAPITRE 6.....	452
	DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	452
1	L'ATTACHEMENT DESORGANISE, CONFLITS MANIFESTES ET LATENTS DU COTE DE L'ENFANT	452
1.1	La résolution partielle des conflits manifestes liés au placement	453
1.1.1	Le rappel des résultats de la recherche du côté des enfants : premier niveau de lecture	453
1.1.2	L'attachement désorganisé et les modalités de soins des professionnels	455
1.2	Les conflits psychiques latents de la problématique de placement familial	457
1.2.1	Les effets thérapeutiques de la recherche	457
1.2.2	Le rappel des résultats de la recherche : deuxième niveau de lecture	459
1.2.3	L'existence de conflits psychiques latents.....	461

1.3	Les processus psychiques à l'œuvre dans la désorganisation de l'attachement en placement familial	462
1.3.1	L'attachement désorganisé et les processus traumatiques.....	463
1.3.2	L'attachement désorganisé et les tendances antisociales.....	464
1.3.3	La désorganisation des relations objectales.....	465
1.3.4	L'attachement désorganisé et narrativité archaïque de la contrainte de répétition..	465
2	CAREGIVING ET REPARATION DU COTE DES PROFESSIONNELS	469
2.1	Le rappel des résultats des professionnels	469
2.1.1	Le rappel des résultats des professionnels au niveau de l'attachement	469
2.1.2	Le rappel des résultats des professionnels au niveau des manifestations contre-transférentielles	470
2.2	Caregiving compulsif, base de sécurité et dynamiques de réparation	471
2.2.1	Les différences d'appréciations des modalités d'attachement et évolution des manifestations contre-transférentielles	472
2.2.2	La base de sécurité et le caregiving compulsif.....	473
2.2.3	La représentation préoccupée d'expériences d'attachement	474
2.2.4	La réparation normale d'allure thérapeutique créative.....	474
2.3	L'attachement, la sublimation et les processus de résilience.....	476
2.3.1	La sublimation des professionnels.....	476
2.3.2	Les professionnels comme tuteurs de résilience.....	477
3	LA DIMENSION RECHERCHE-ACTION	480
3.1	L'investissement transférentiel et l'investissement contre-transférentiel.....	480
3.1.1	L'investissement-transférentiel et contre-transférentiel comme premier élément de définition de la multidisciplinarité.....	481
3.2	La multidisciplinarité au service de l'enfant placé en famille d'accueil.....	482
3.2.1	La multidisciplinarité est garant du travail de placement à visée thérapeutique	483
3.2.2	La multidisciplinarité est un facteur contribuant aux effets thérapeutiques du placement.....	484
3.2.3	La multidisciplinarité comme une des conditions principales à l'émergence du travail thérapeutique de placement	484
3.3	La multidisciplinarité au service des professionnels.....	485
3.3.1	Les effets positifs de la multidisciplinarité pour les professionnels	485
3.3.2	Les fonctions de la multidisciplinarité pour les enfants, les familles et les professionnels.....	488
3.4	La multidisciplinarité au service de l'institutionnel.....	490
3.4.1	Les effets des organisations institutionnelles sur la continuité du parcours de l'enfant	490
3.4.2	L'institution comme base de sécurité	493

4	ANALYSE DU RAPPORT A L'OBJET DE RECHERCHE	495
4.1	La dimension du contre-transfert institutionnel dans notre contre-transfert de clinicien	495
4.2	Les effets du contre-transfert de chercheur sur notre contre-transfert de clinicien	496
5	LES PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES.....	498
5.1	La différenciation psychique soutenue dans le réel à travers les visites médiatisées	499
5.2	La différenciation psychique en psychothérapie institutionnelle.....	501
6	LES LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	503
6.1	Les limites de la recherche.....	504
6.2	Perspectives de recherche	505
	CONCLUSION.....	510
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	515

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif de l'épidémiologie des études scientifiques analysant la corrélation statistiquement significative entre un facteur de risque familial et l'état pathologique de l'enfant en fonction des événements de vie, des adversités, de la distance émotionnelle et des conduites éducatives et affectives, selon le recensement réalisé par Didier Houzel (2003). _____ 76

Tableau 2 : Récapitulatif de l'épidémiologie des études scientifiques analysant la corrélation statistiquement significative entre un facteur de risque familial et l'état pathologique de l'enfant en fonction des incestes et violences, de l'alcoolisme et toxicomanie, de la dépression d'un des parents, des angoisses et préoccupations ainsi que la maladie mentale d'un des parents, selon le recensement réalisé par Didier Houzel (2003). _____ 77

Tableau 3 : Tableau Récapitulatif des populations rencontrées. _____ 179

Tableau 4 : Récapitulatif de la description de la population des enfants en fonction du nombre de sujet (S), des groupes (G), des âges, des fratries (F), de la famille d'accueil (FA), des référents (R) et des motifs de placement. _____ 184

Tableau 5 : Récapitulatif de la description de la population des professionnels du groupe des assistants familiaux en fonction du nombre de sujets (AF), du nombre de familles d'accueil (FA), des enfants accueillis (S) et des référents (R) _____ 187

Tableau 6 : Récapitulatif de la description de la population des professionnels du groupe des référents en fonction du nombre de sujets (R), du nombre d'enfants (S) et des familles d'accueil (FA). _____ 190

Tableau 7 : Récapitulatif de présentation des 13 échelles d'attachement en fonction des trois niveaux de réalités (temporalités) et des expériences d'attachement (patterns d'attachement). _____ 245

Tableau 8 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour tous les enfants du groupe 1 en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation. _____ 265

Tableau 9 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les adolescents du groupe 2 en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation. _____ 266

Tableau 10 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les professionnels du groupe des assistants familiaux en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation. _____ 266

Tableau 11 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les professionnels du groupe des référents en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation. ____ 266

Tableau 12 : Récapitulatif de la procédure de passation des enfants confiés en famille d'accueil du groupe 1 en fonction des mesures longitudinales (« T1 » et « T2 »), des entretiens de présentation (« ECP »), du premier entretien clinique de recherche (« ECR1 ») et du deuxième entretien clinique de recherche (« ECR2 ») avec les outils correspondants. _____ 269

Tableau 13 : Récapitulatif de la procédure de passation de l'ECP, l'ECR1 et l'ECR2 au deux temps de mesure « T1 » et « T2 » chez les adolescents du groupe 2. _____ 271

Tableau 14: Récapitulatif de la procédure de passation des différents outils d'évaluation au temps T1 et T2 chez le groupe des professionnels assistants familiaux. _____ 274

Tableau 15 : Récapitulatif de la procédure de passation des différents outils d'évaluation au temps « T1 » et « T2 » chez le groupe des professionnels référents. _____ 274

Tableau 16 : Résultats des enfants au CCH au moment « T1 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactivé et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage et considéré comme significatif pour les scores supérieurs à 50%) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 289

Tableau 17 : Résultats des enfants aux échelles d'attachement du CCH au moment T1 en fonction des sept échelles d'attachement (échelle A à G), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 290

Tableau 18: Résultats des adolescents du groupe 2 au RQ au moment T1 en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (absence ou présence du choix d'un style) et dimensionnelle (échelle Likert de 1 à 7). ____ 294

Tableau 19: Résultats des adolescents du groupe 2 au Ca-mir au moment T1 en fonction des trois prototypes d'attachement (sécure, détaché et préoccupé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets. _____ 294

Tableau 20 : Résultats des adolescents du groupe 2 au niveau des échelles d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » (préoccupation familiale, support parental, support familial, reconnaissance de soutien, traumatisme parental, blocage du souvenir, démission parentale et valorisation de la hiérarchie soit respectivement les échelles 2, 4, 5, 10, 11, 12 et 13), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage avec un score considéré comme significatif à partir de 50%) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets. _____ 295

Tableau 21: Résultats des adolescents du groupe 2 aux facteurs d'attachement de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) au moment T1, en comparaison avec une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9) en fonction des profils prototypiques d'attachement (sécure, préoccupé et détaché). _____ 300

Tableau 22: Résultats des enfants au temps « T1 » en fonction des narratifs d'attachement (CCH), des relations d'attachement interpersonnelles (RQ), des stratégies d'attachement (Cairmir) et des représentations d'attachement (Edicode) selon une perspective catégorielle simple. _____ 306

Tableau 23: Récapitulatif des résultats des mouvements de type transférentiel des enfants au temps « T1 » à l'égard de leur assistant familial et de leur référent en fonction des épreuves de dessin libre, dessins de famille et des entretiens cliniques de recherche semi-structuré. ____ 332

Tableau 24 : Récapitulatif des résultats des enfants (groupe 1 et 2) aux évaluations de l'attachement et de l'investissement transférentiel à l'égard des professionnels (familles d'accueil et référents). _____ 334

Tableau 25: Résultats des enfants au niveau des prototypes d'attachement du CCH au moment « T2 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactif et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 336

Tableau 26 : Résultats des enfants au niveau des prototypes d'attachement du CCH au moment « T1 » et « T2 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactif et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 336

Tableau 27 : Résultats des enfants au niveau des échelles d'attachement du CCH au moment « T2 » en fonction des sept échelles d'attachement (échelle A à G), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 338

Tableau 28: Résultats des enfants au niveau de l'évolution des échelles d'attachement les plus significatives du CCH entre le début de placement (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 ») selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets. _____ 338

Tableau 29 : Résultats des enfants au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ au moment T2 en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (choix exclusif) et dimensionnelle (échelle de type Likert de 1 à 7). 342

Tableau 30 : Evolution des résultats des enfants au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ entre le « T1 » et le « T2 » en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (choix exclusif) et dimensionnelle (échelle de type Likert de 1 à 7). _____ 342

Tableau 31 : Récapitulatif des résultats des adolescents du groupe 2 (sujets 9 et 10) au niveau des prototypes d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » et « T2 » en fonction des trois prototypes d'attachement (sécure, détaché et préoccupé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets. _____ 344

Tableau 32 : Résultats des adolescents du groupe 2 aux échelles d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » et « T2 » (préoccupation familiale, support parental, support familial, reconnaissance de soutien, distance familiale, traumatisme parental, blocage du souvenir, démission parentale et valorisation de la hiérarchie soit respectivement les échelles 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12 et 13), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets. _____ 345

Tableau 33 : Résultats des adolescents du groupe 2 aux facteurs d'attachement de l'Edicode au moment « T2 » (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité du discours) sur une population référence de 128 sujets (pour les profils prototypiques sécure, préoccupé et détaché selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 346

Tableau 34: Récapitulatif des résultats des enfants au moment « T1 » et « T2 » en fonction des narratifs d'attachement (CCH), des relations d'attachement interpersonnelles (RQ), des stratégies d'attachement (Ca-mir) et des représentations d'attachement (Edicode) selon une perspective catégorielle simple. _____ 354

Tableau 35: Récapitulatif des résultats des mouvements de type transférentiel des enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T2 ») en fonction de l'épreuve des dessins libre, des dessins de familles avec la famille d'accueil et avec le référent et des entretiens cliniques de recherche semi-structurés. _____ 373

Tableau 36: Récapitulatif des résultats de la population enfant (N=10) au moment « T1 » et « T2 » selon un résumé des mesures d'attachement (CCH, RQ, Ca-mir, Edicode) et des outils évaluant les investissements transférentiels (dessins et entretiens cliniques) à l'égard des professionnels (familles d'accueil et référents). _____ 376

Tableau 37: Résultats des professionnels au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (absence ou présence du choix d'un style) et dimensionnelle (échelle Likert de 1 à 7). _____ 379

Tableau 38 : Moyenne des résultats des professionnels au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), en fonction de la moyenne brute des scores de l'analyse dimensionnelle (indice sur une échelle de type Likert de 1 à 7). _____ 380

Tableau 39 : Tableau des moyennes des résultats de l'ensemble des professionnels (assistants familiaux et référents. N=17) en pourcentage au niveau du type d'attachement (sécure versus insécure) et des prototypes d'attachement du Ca-mir (sécure, détaché et préoccupé). ____ 380

Tableau 40 : Tableau des moyennes des résultats par catégorie professionnelle (assistants familiaux ; N=10 et référents ; N=7) en pourcentage au niveau du type de sécurité d'attachement (sécure versus insécure) et des prototypes d'attachement du Ca-mir (sécure, détaché et préoccupé)._____ 381

Tableau 41 : Tableau des moyennes des scores aux échelles du Ca-mir en pourcentage au niveau des trois stratégies d'attachement (préoccupation, détachement et non-résolution) en fonction des niveaux de réalité (passé, présent, état d'esprit) chez les professionnels insécures (sept assistants familiaux et cinq référents). _____ 382

Tableau 42 : Résultats en pourcentage des représentations d'attachement sécure et insécure des professionnels associées aux différentes catégories d'insécurité (détachée, préoccupée et désorganisée)_____ 384

Tableau 43 : Tableau récapitulatif des données au niveau de l'attachement en fonction des styles d'attachement (RQ), des stratégies d'attachement (CA-mir) et des représentations d'attachement de l'ensemble des professionnels (N=17)._____ 387

Tableau 44: Récapitulatif des résultats des assistants familiaux (N=10) au niveau de l'attachement (les styles d'attachement abordés par le RQ, les stratégies par le Ca-mir, et les représentations par l'Edicode) et de l'appréhension des mouvements de type contre-transférentiel au moment de l'arrivée des enfants en famille d'accueil (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 »), en fonction d'un résumé des problématiques affectives et des traumatismes psychiques des professionnels. _____ 407

Tableau 45: Récapitulatif des résultats des référents (N=7) au niveau de l'attachement (les styles d'attachement abordés par le RQ, les stratégies par le Ca-mir, et les représentations par l'Edicode) et de l'appréhension des mouvements de type contre-transférentiel au moment de l'arrivée des enfants en famille d'accueil (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 »), en fonction d'un résumé des problématiques affectives et des traumatismes psychiques des professionnels. _____ 408

Liste des figures

- Figure 1 : Représentation schématique de l'axe 1 au temps T1 sur l'appréhension du vécu de l'enfant venant d'être placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels. _____ 198*
- Figure 2 : Représentation schématique de l'axe 2 appréhendant le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement. _____ 200*
- Figure 3 : Représentation schématique de la synthèse des outils de la recherche en fonction des mesures longitudinales par population. _____ 265*
- Figure 4 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement désorganisé du sujet 8 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 301*
- Figure 5 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 9 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9)._ 302*
- Figure 6: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement désorganisé du sujet 10 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 303*
- Figure 7 : Représentation schématique de l'ensemble des résultats pour la population enfants au temps « T1 ». _____ 335*
- Figure 8: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 8 au temps « T2 » (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 347*

Figure 9: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 9 au temps « T2 » (axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 348

Figure 10 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 10 au temps « T2 » (axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécure, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9). _____ 349

Figure 11: Représentation schématique de l'ensemble des résultats de la population enfant à leur arrivée en famille d'accueil au « T1 » et un an après au « T2 » _____ 377

Figure 12 : Représentation schématique du résumé de l'ensemble des résultats pour la population professionnels (assistants familiaux et référents) en fonction des appréciations réalisées sur l'attachement et des mouvements de type contre-transférentiel (au temps « T1 » et au temps « T2 »). _____ 409

Figure 13: Représentation schématique de l'ensemble des résultats qui appréhendent le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement en famille d'accueil _____ 412

Figure 14: Représentation schématique de l'ensemble des résultats qui appréhendent le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement en proposant les hypothèses principales développées au sein de la discussion _____ 413

Liste des Annexes

<i>Annexe 1 : Les formulaires d'information et de consentement pour la recherche</i>	554
<i>Annexe 2 : L'autoquestionnaire sur les perceptions des relations dans sa version catégorielle (RQ)</i>	556
<i>Annexe 3 : L'autoquestionnaire sur les perceptions des relations dans sa version dimensionnelle (RQ)</i>	557
<i>Annexe 4 : L'autoquestionnaire sur les Cartes de Modèles Individuels des Relations (Ca-mir)</i>	558
<i>Annexe 5 : Grille d'entretien et échelles sur les représentations d'expériences d'attachement (Edicode)</i>	560
<i>Annexe 6 : Items sur les narratifs d'attachement (CCH)</i>	562
<i>Annexe 7 : Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le transfert au temps « T1 »</i>	565
<i>Annexe 8 : Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le transfert au temps « T2 »</i>	566
<i>Annexe 9 : Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le contre-transfert au temps « T1 »</i>	568
<i>Annexe 10 : Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le contre-transfert au temps « T2 »</i>	572
<i>Annexe 11 : Article ACL (article 1) : La dynamique relationnelle entre l'éducateur et l'enfant en contexte de placement familial</i>	575
<i>Annexe 12 : Article ACL (article 2) : L'assistant familial : un tuteur de résilience suffisamment bon ?</i>	581
<i>Annexe 13 : Article (soumis – article 3) : Attachment and separation in foster care families in France</i>	591

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Aujourd'hui en France, les mineurs rencontrés dans le domaine de la protection de l'enfance réunissent un ensemble de facteurs de vulnérabilités potentiellement délétères pour leur développement psycho-affectif, constituant un enjeu de santé publique majeur pour la société. En effet, les enfants et les adolescents placés judiciairement en famille d'accueil ont subi des traumatismes graves, que cela soit par exemple en raison de l'intensité des violences directes ou indirectes subies (violences physiques, sexuelles, psychologiques, sévices, violences conjugales), de la négligence majeure et sévère, des situations de handicap (physique et mental) qui ne sont plus tolérées par les familles, des crises familiales profondes et désorganisatrices (incarcération des parents, hospitalisation psychiatrique, etc.) ou encore des événements de vie familiale traumatique (accident de la route, suicide d'un des parents, etc.). Les motifs de placement sont donc inscrits la plupart du temps dans des environnements familiaux à forte potentialité d'expression psychopathologique. Dans ce cadre, le placement familial judiciaire est l'un des dispositifs majeurs de la protection de l'enfance comme solution d'éloignement et de protection de l'enfant de sa famille de naissance. L'environnement institutionnel dans lequel les enfants évoluent, apparaît alors particulièrement déterminant dans l'évolution psychologique et le devenir de l'enfant, notamment lorsque la massivité des troubles de la parentalité empêche un travail de retour au domicile familial.

Une fois arrivée en famille d'accueil, tous les enfants et les adolescents s'inscrivent au sein de la spécificité de la problématique clinique de placement familial, qui se définit par « l'ensemble des forces psychodynamiques conflictuelles et interactives qui se développent entre l'enfant, ses deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil) et l'équipe au cours du placement » (David, 2004a, 2750). La singularité de cette problématique rend saillant les enjeux propres à l'environnement institutionnel du placement familial et plus particulièrement l'importance des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil. C'est dans ce cadre qu'a émergé la thématique de ce travail doctoral, qui vise à explorer le vécu psychologique de l'enfant placé à travers l'étude de la dynamique de ces liens afin d'apprécier dans quelle mesure la compréhension de ces interactions pourra contribuer à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant. De plus, la prise en compte de cette problématique de placement familial permet de ne pas réduire la compréhension psychologique de l'enfant essentiellement en fonction des motifs de placement, ni en considération d'une problématique psychologique donnée (syndrome abandonnique, pré-psychose, pathologie limite, Münchhausen par procuration, etc.) ou d'un type de traumatisme vécu (maltraitance

physique, inceste, sévices et tortures, négligence grave, etc.).

Travaillant comme psychologue clinicien au sein d'un service de placement familial Aide Sociale à l'Enfance, notre pratique clinique au quotidien avec des nourrissons, des bébés, des enfants, des adolescents, des parents, en étroite collaboration avec les familles d'accueils et les référents, nous enseigne la réelle complexité de l'appréhension des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé. C'est pourquoi nous considérons que la mesure de cette complexité nécessite de passer par plusieurs modèles psychologiques de compréhension pour appréhender au mieux le vécu des enfants et des adolescents placés, dans une démarche d'investigation complémentariste.

Dans ce cadre, cette recherche a trois objectifs généraux : clinique, théorique et de recherche-action. Au niveau clinique, il s'agit d'approfondir les connaissances psychologiques sur le vécu de l'enfant et de l'adolescent placé. Sur le plan théorique, il consiste à apprécier ce vécu en fonction d'une démarche complémentariste, en se référant à la fois à théorie de l'attachement et selon une approche psychodynamique. Au niveau de la recherche-action de l'étude, il est envisagé des propositions concrètes à l'institution afin de préciser dans quelle mesure la compréhension des liens institutionnels et familiaux de l'enfant peuvent participer à l'amélioration de ses conditions de placement. Ces objectifs permettent ainsi de formuler la problématique de la recherche, à savoir dans quelle mesure la dynamique des liens institutionnels et familiaux étudiée au sein d'une démarche complémentariste (théorie de l'attachement et théories psychodynamiques), peut apporter des éléments de compréhension sur le fonctionnement psychologique de l'enfant placé en famille d'accueil, en considérant la problématique familiale, personnelle et infantile de l'enfant au regard de la problématique familiale, personnelle et infantile des professionnels (l'assistant familial et le référent).

Dans ce sens, la recherche est organisée en six chapitres généraux. La première partie théorique de la revue de littératures est composée des trois premiers chapitres afin de développer la présentation de la démarche complémentariste qui vise à préciser la spécificité clinique du placement familial (chapitre un), à situer la théorie de l'attachement dans ce contexte (chapitre deux) pour ensuite présenter les analyses psychodynamiques étudiant le phénomène psychologique qui nous intéresse ici. Les chapitres qui suivent concernent successivement la méthodologie de la recherche, la présentation des résultats et la discussion théorico-clinique. De plus, précisons que nous avons réalisé à l'issue de chaque chapitre, une note de synthèse qui

résume l'ensemble des éléments abordés au sein des chapitres concernés.

Plus précisément, le premier chapitre, organisé en cinq parties, présente la particularité clinique de l'environnement institutionnel du placement familial dans lequel la recherche est inscrite. La première partie relate la spécificité du domaine de la protection de l'enfance. Dans une deuxième partie, nous définissons l'organisation des fonctionnements institutionnels dans le champ de la protection de l'enfance et du placement familial. La troisième partie présente la relation institutionnelle manifeste entre l'enfant et les professionnels qui l'entourent (l'assistant familial et le référent). Dans la quatrième partie, nous réalisons une synthèse de la psychopathologie clinique rencontrée en contexte de placement familial. La dernière partie évoque la spécificité de la problématique clinique de placement familial afin de présenter en quoi cette problématique est constitutive du paradigme clinique dans lequel sera appréhendée la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil.

Le deuxième chapitre, organisé en trois parties, présente les enjeux cliniques de la théorie de l'attachement en placement familial. La première partie précise les concepts principaux de l'attachement utilisés dans la cadre de la recherche. Dans la deuxième partie, nous décrivons sous l'angle de la théorie de l'attachement la psychopathologie clinique rencontrée en placement familial. La troisième partie présente les dynamiques institutionnelles et familiales des mineurs confiés au niveau de l'attachement.

Le troisième chapitre, organisé en quatre parties, concerne l'approche psychodynamique du lien et de la séparation en placement familial. La première partie présente une analyse psychodynamique des liens institutionnels et familiaux des mineurs confiés. La deuxième partie résume les principales conceptualisations psychanalytiques dans ce domaine, pour enfin préciser dans une troisième partie, les enjeux de la démarche complémentariste de l'étude. A la fin de ce chapitre, sont présentés la problématique ainsi que les hypothèses de la recherche et ses objectifs associés.

Le quatrième chapitre, organisé en sept parties, présente la méthodologie générale de la recherche, qui s'établit selon une approche mixte et longitudinale. En premier lieu, nous introduisons l'organisation préalable nécessaire au déroulement de la recherche et exposons ensuite la description clinique des populations rencontrées. En troisième partie, nous développons le dispositif de l'étude avant de présenter les outils de la recherche. La cinquième

partie décrit la procédure de passation et la dernière partie précise les hypothèses opérationnelles de l'étude avant de présenter les méthodes d'analyse et de traitement des données de la recherche.

Le cinquième chapitre, organisé en quatre parties, présente les résultats de la recherche. La première partie concerne la présentation des résultats des enfants et des adolescents rencontrés. La deuxième partie expose les résultats du côté des professionnels pour enfin réaliser une synthèse générale de tous les résultats de la recherche. La dernière partie développe deux situations cliniques détaillées.

Le sixième chapitre, organisé en six parties, concerne la discussion théorico-clinique de la recherche. La première partie présente la relation étroite entre la modalité d'attachement désorganisé et les conflits psychiques manifestes et latents inhérents à la problématique de placement familial. La deuxième partie précise la relation entre la base de sécurité des professionnels et les dynamiques de réparation. La troisième partie aborde la dimension recherche-action de l'étude. La quatrième partie analyse notre rapport à l'objet de recherche. Puis, nous présentons les enjeux thérapeutiques de la recherche. La dernière partie précise les limites de l'étude avant de développer les perspectives de recherche.

CHAPITRE 1. LE PLACEMENT FAMILIAL

*Il convient de veiller sans relâche sur ces acquis
Pour qu'ils soient généralisés et qu'ils perdurent.*

(Myriam David, 2004b, 442)

CHAPITRE 1. LE PLACEMENT FAMILIAL

Le premier chapitre aborde en cinq parties la singularité du contexte clinique du placement familial judiciairisé dans lequel la recherche s'est inscrite. Dans ce cadre, nous présentons dans un premier temps un bref aperçu historique sur les évolutions législatives et institutionnelles afin de préciser dans quelle mesure le domaine de la protection de l'enfance constitue un cadre clinique spécifique à l'étude de la thématique de la recherche. Dans une deuxième partie, nous précisons l'état de l'organisation des dispositifs intervenants aujourd'hui au sein de la protection de l'enfance afin de situer les caractéristiques institutionnelles du placement familial en France. Dans un troisième temps nous abordons la place et le rôle des professionnels dans l'intention de préciser les relations institutionnelles manifestes entre les enfants et les professionnels (assistant familial et référent) dans ce contexte particulier du placement familial. Dans une quatrième partie nous évoquons la psychopathologie clinique de l'enfant en famille d'accueil. Ensuite, nous précisons plus particulièrement les enjeux psychologiques associés à la spécificité de la problématique clinique de placement familial afin de présenter en quoi cette problématique est constitutive du paradigme clinique dans lequel sera appréhendé la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil.

1 LA SPECIFICITE DU CADRE CLINIQUE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Cette première partie aborde la particularité clinique de l'environnement institutionnel que constitue le domaine de la protection de l'enfance afin de définir les contours du terrain clinique de la recherche, notamment autour des éléments participatifs à la construction de la représentation de l'enfant en danger par les professionnels travaillant au sein de ce contexte institutionnel particulier que nous développerons par la suite au sein de la partie discussion de la recherche (Berger, 2002, 2003 ; David, 2004a, 2004b ; Noël & Soulé, 2004 ; Guédeney & Guédeney, 2006, 2009, 2010). Pour cela, nous retraçons brièvement les évolutions législatives et institutionnelles d'un point de vue historique en présentant d'une part les conditions de l'émergence du placement familial pour d'autre part aborder les politiques récentes du placement. Cette présentation nous permettra dans un troisième temps de souligner l'importance de la relation asymétrique entre les enfants et les parents de naissance avant de développer la notion de l'intérêt de l'enfant que nous considérons comme l'un des fondements

éthiques de notre démarche d'étude dans sa dimension de recherche-action.

1.1 L'émergence du placement familial : des enfants « trouvés » à la remise en cause de la politique de placement

1.1.1 Les enfants trouvés

Depuis fort longtemps la société s'est préoccupée de la prise en charge et du devenir des enfants abandonnés ou orphelins pauvres par l'intermédiaire d'institutions religieuses charitables, les hôpitaux, puis une première organisation par l'œuvre des enfants trouvés de Saint Vincent de Paul en 1638 (Clément 1981 ; David 2004b ; Noël & Soulé, 2004). Ces œuvres caritatives et humanitaires se sont progressivement étayées sur la politique d'état de l'assistance publique qui deviendra Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.), faisant partie dans un premier temps d'un des services administratifs de la Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.A.S.S.). Après les lois de décentralisations des années 1980¹, les compétences de l'A.S.E. sont désormais sous l'autorité des départements à travers les Conseils Généraux, aujourd'hui Conseils Départementaux.

Revenons brièvement sur l'évolution historique contemporaine des avancées législatives et institutionnelles dans le domaine de la protection de l'enfance. Cet aperçu historique vise à mieux appréhender l'arrière-plan clinique et socio-culturel (Kim & Derivois, 2012 ; Derivois, 2017), qui participe à la construction de la représentation imaginaire de ce que pourrait recouvrir l'enfant placé aujourd'hui, parfois investi comme un véritable objet de projection de la part des adultes, en raison de sa position même d'enfant et plus particulièrement celle d'enfant placé (Ferenczi, 1933 ; Berger, 2002, 2003, 2006 ; David, 2004a ; 2004b ; Noël & Soulé, 2004 ; Marcelli, 2009 ; Cramer, 2015).

1.1.2 La protection de l'enfant au XIXème siècle

Excepté le cas des enfants abandonnés qui étaient accueillis par des engagements religieux charitables, l'enfant est considéré jusqu'au milieu du XIXème siècle comme ayant une existence totalement dépendante des principes organisateurs familiaux de cette époque, inscrits sous le signe patriarcal de l'autorité indéfectible de la puissance paternelle. Par exemple, lorsqu'un enfant pouvait manifester des désaccords avec son père, les pouvoirs publics intervenaient au profit de ce dernier au moyen de bannissement voire d'enfermement de l'enfant. C'est aussi à cette période que le code pénal napoléonien de 1810 créa la notion juridique de « discernement », avec pour conséquence la même juridiction applicable aux

adolescents de seize ans que les adultes, afin de réprimander les attitudes délinquantes des enfants. Ceux qui étaient alors jugés coupables subissaient les mêmes sanctions pénales que les adultes et ceux qui étaient absous étaient placés en prison pour un temps indéterminé (Bruel, 2001).

Une première évolution est observée pendant la période de la révolution industrielle de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle sur l'exploitation sans vergogne par le capitalisme industriel de jeunes travaillant dans les filatures et mines du Nord : « la collusion entre des parents talonnés par la misère et des patrons en quête de main d'œuvre bon marché justifie, à l'instigation des philanthropes, le vote des lois restreignant la durée du travail des enfants » (Bruel, 2001, 19). C'est aussi pendant cette même période que les premières législations¹ sur la scolarisation gratuite et obligatoire pour tous sont promulguées dans le souci de l'instruction publique universelle propre aux avancées démocratiques apportées par la troisième république.

Peu après ce qui pourrait être apparentée comme une véritable révolution culturelle que celle qu'a pu constituer le développement de l'éducation populaire, héritage direct de l'esprit des Lumières, une première loi est votée contre la primauté du père sur l'enfant avec la possibilité de la déchéance de son autorité parentale². Cette loi est en quelque sorte fondatrice des législations à venir en protection de l'enfance en France. Une dizaine d'année plus tard, une seconde loi vise à réprimer les violences et sévices exercés sur les enfants³. Ainsi, on assiste progressivement pendant cette période à un glissement des considérations sociologiques portées à la question humaine de l'enfant : d'une approche disciplinaire de la sanction à remettre « l'enfant à sa place » vers une approche de plus en plus centrée autour de la question éducative (Clément, 1981 ; Bruel, 2001 ; David, 2004b ; Noël & Soulé, 2004).

L'apport des sciences médicales ainsi que des sciences humaines et sociales comme le développement de la psychanalyse, de la psychologie et des sciences éducatives, colorent considérablement l'évolution des textes législatifs à venir, constituant un tournant dans la manière de se représenter l'enfant au sein de la société et de penser sa protection. On passe successivement de la non-reconnaissance de la position de l'enfant à celle de « l'enfant inadapté », pour aller progressivement vers la protection sociale de l'enfant (Noël & Soulé, 2004 ; David, 2004a).

¹ La loi Ferry du 28 mars 1882.

² La loi de Téophile-Roussel de 1889.

³ La loi de Téophile-Roussel de 1898.

1.1.3 La protection de l'enfant pendant la première moitié du XXème siècle

Au début du XXème siècle, l'assistance publique est créée⁴ dans chaque département, donnant un statut juridique aux pupilles de la nation pour les enfants orphelins de guerre et abandonnés. Les centres de placement sont parfois nommés les « dépôts », toujours situé au sein des hospices (David, 2004b). Une première politique de placement national émerge, pour répondre à des objectifs sanitaires et d'éducation de masse. C'est à l'aube de la première guerre mondiale qu'une nouvelle loi apparaît⁵, marquée par une approche scientifique très moderne en son temps avec par exemple : la possibilité d'ordonner les premiers examens psychologiques de la personnalité ou de diligenter des évaluations sociales dans les familles. Un nouveau tribunal pour enfant et adolescent est ainsi créé.

En revanche, le placement correctif est toujours en vigueur et le manque de spécialisation des magistrats sur la formulation de ces nouvelles questions freine l'évolution des pratiques judiciaires. Le changement social de la protection de l'enfant s'en retrouve ralenti. Le pratique binaire des jugements autour de la question du discernement perdure : entre l'enfant délinquant jugé coupable contre l'enfant délinquant jugé coupable présumé. Plus de vingt ans plus tard, trois décrets⁶ visent à rassembler une première édification de la notion de l'enfant en danger. Pour la première fois des mesures judiciaires d'assistance éducative et des mesures de surveillance sont ordonnées (Bruehl, 2001). Ces mesures de surveillance s'imposent comme un véritable contrôle des familles dans la poursuite d'une recherche de rééducation répressive pour les enfants (Bruehl, 2001 ; David, 2004a, 2004b).

1.1.4 La protection de l'enfant pendant la seconde moitié du XXème siècle

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les travaux du Conseil National de la Résistance conduisent à une succession de lois et de réformes, dont l'ordonnance de 1945⁷. La vision manichéenne du discernement est dorénavant dépassée par les magistrats, sans pour autant abandonner le dispositif de sanctions pénales dans lequel l'enfant est toujours considéré comme étant « à punir par la faute qu'il commet ». Néanmoins, la voie éducative passe au premier plan, avec pour la première fois, une prise en considération de l'âge des enfants, en

⁴ La loi de 1904.

⁵ La loi du 22 juillet 1912.

⁶ Les trois décrets de 1935 concernant la déchéance, le vagabondage des mineurs et la correction paternelle.

⁷ L'Ordonnance du 2 février 1945.

introduisant notamment la notion juridique de l'irresponsabilité absolue pour les plus jeunes à la responsabilité limitée pour les adolescents.

C'est en 1958⁸ que la question du discernement est enfin abandonnée. Cette nouvelle ordonnance constitue le point de départ de la création d'un nouveau droit dans lequel il est admis que certains dysfonctionnements familiaux dépassent la seule responsabilité individuelle essentiellement coupable de l'enfant ou d'un parent : la famille est reconnue comme ayant des difficultés et a donc besoin d'aide. Une juridiction spécialisée est constituée avec des magistrats experts dans les questions de l'enfance et de l'adolescence : tous les enfants sont considérés comme étant en dangers, même si le volet pénal pour les adolescents n'est toujours pas abandonné (Bruel, 2001).

1.1.5 La profusion des indications de placement : de 1950 à 1980

Durant cette période de l'après-guerre, on assiste à un véritable phénomène de prolifération des indications de placement, d'une part parce que le placement a constitué pendant la période de l'occupation une solution de mise à l'abri des enfants. D'autre part, à la libération, les pays préservés des désastres de la guerre (comme la Suède ou la Suisse) ont accueilli massivement au sein de structures collectives d'accueil les enfants français afin de leur « refaire une santé et de permettre aux parents de reconstruire leur vie » (David, 2004b, 27).

A cette époque, le placement constitue une solution pour quasiment toutes les situations : la préoccupation sanitaire au niveau de la politique sociale et familiale en réaction à la surmortalité infantile observée pendant la deuxième guerre mondiale et les années qui suivent (par exemple avec la création de la P.M.I. et des pouponnières), la préoccupation économique de confort pour les populations urbaines les plus riches (avec le travail des morvandelles réalisé par les nourrices du Morvan) et d'organisation du travail dans certaines grandes entreprises (première méthode de garde des enfants des salariés, à visée d'éducation ou de rééducation) (David, 2004b). Le placement constitue aussi l'une des seules solutions possibles des assistantes sociales pour aider les familles en difficulté.

⁸ Ordonnance du 23 décembre 1958.

Cet ensemble de situations concoure à l'augmentation considérable du nombre d'enfants de l'assistance publique, pour arriver en 1960 à plus de 800 000 enfants placés en France toutes conditions confondues au seul titre de l'A.S.E. (Clément, 1993). S'en suit la création de multiples établissements spécialisés dans les années 1950 et 1960, qui attestent de la solution fondée du placement pour répondre à un certain nombre de difficultés sociales et familiales de la société. Ainsi de 1954 à 1984, la protection de l'enfance est une politique étatique partagée entre le cadre administratif et le cadre judiciaire avec l'émergence de deux administrations centralisées de l'Etat : la D.A.S.S. et l'éducation surveillée (qui deviendra la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou P.J.J.) (Stissi, 2010).

1.1.6 Remise en cause et évolution du placement familial

L'étendue de cette politique de placement met en perspective les dérives que porte la quasi-uniformisation d'un tel système étatique. En effet, l'explosion du nombre d'enfants accueillis, la durée sans fin des placements (avec parfois la prononciation d'un seul jugement jusqu'à la majorité légale de l'enfant), leurs conditions désastreuses de vie ajoutées aux conséquences de la séparation des enfants de leur famille de naissance ont conduit à considérer les solutions de placement comme une véritable « machine à violence » pour les enfants et les familles (Clément, 1981).

En parallèle des dérives constatées du « monstre A.S.E. » qui enlève arbitrairement les enfants des familles (Noël & Soulé, 2004), la découverte scientifique des premières recherches sur l'hospitalisme (Spitz, 1947) et les effets des séparations et carences maternelles précoces (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952) ont participé à remettre profondément en question cette politique du tout placement, avec notamment le travail conséquent réalisé par John Bowlby sur une revue de littérature détaillée réalisée entre 1935 et 1950 (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952 ; David, 2004b).

S'en est suivi un nombre considérable de projets de recherches et de développements de pratiques cliniques innovantes autour de la question des effets de la séparation de l'enfant qui ont participé à l'évolution de politique publique du placement (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952 ; Robertson, 1971 ; Goran & al., 1982 ; Clément 1993 ; Berger, 1999, 2002, 2003, 2004, 2006, 2012 ; Berger & Bonneville, 2007 ; David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d). Cette évolution profonde de la pratique du

placement a permis de faire émerger progressivement un travail d'accompagnement élaboré du côté de l'enfant, du côté des parents, mais aussi des lieux de vie des enfants et autour du développement des pratiques interdisciplinaires au service de ces problématiques cliniques (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952 ; Robertson, 1971 ; Goran & *al.*, 1982 ; Clément 1993 ; Berger, 1999, 2002, 2003, 2004, 2006, 2012 ; Berger & Bonneville, 2007 ; David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d).

Sans évoquer maintenant de manière exhaustive l'ensemble de ces évolutions, retenons du côté de l'enfant l'approfondissement de l'étude des effets de la séparation de placement et des modalités du maintien de la relation des enfants avec leur parent de naissance (David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d), la mise en place d'un suivi continu des enfants en considérant la singularité de leur parcours (Berger, 2002, 2003, 2004 ; David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004d), le développement des connaissances dans la compréhension de la psychopathologie clinique de l'enfant victime de négligence grave, de violence physique, sexuelle, psychologique ainsi que des problématiques de carences aux besoins physiques primaires et des carences affectives fondamentales (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952 ; Robertson, 1971 ; Goran & *al.*, 1982 ; Clément 1993 ; Berger, 1999, 2002, 2003, 2004, 2006, 2012 ; Houzel, 2003 ; Berger & Bonneville, 2007 ; David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Marchal & Derivois, 2014 ; Salmona, 2018 ; Even & Sutter-Dallay 2019).

Du côté des parents, relevons brièvement l'approfondissement des études cliniques sur les psychopathologies parentales, les dysparentalités, les pathologies interactives et les interactions pathogènes, ainsi que le travail d'accompagnement autour des élaborations de la parentalité (Clément, 1981, 1993, 1994 ; Cramer, 1999a ; Cramer 1999b ; Cramer, 2015 ; David, 2004a ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004d ; Chabert, 2006, 2019 ; Brun 2019 ; André, 2019 ; Bydlowski, 2019).

A propos des lieux de vie de l'enfant, citons ici l'avancée des offensives réalisées contre les facteurs de carences au sein des structures d'accueil (avec par exemple le travail sur les organisations d'accueil pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire en établissement ou l'élaboration de principes d'organisation de soins spécifiques au fonctionnement des pouponnières, recouvrant un travail plus général sur le phénomène de désaliénation institutionnelle), l'émergence des placements spécialisés et des placements à caractère social

spécifique (par l'établissement des Maisons d'Enfants à Caractère Social ou M.E.C.S. ou le développement des Instituts Médico-Educatifs ou I.M.E.) ou encore le développement des mesures de prévention dans le cadre des interventions de la Protection Maternelle et Infantile (ou P.M.I.) ou des Aides Educatives à Domicile (ou A.E.D.).

En ce qui concerne les approches centrées sur le développement du travail pluridisciplinaire, donnons les exemples de la mise en place progressive de consultations de plus en plus spécialisées (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a), du développement des plateaux techniques au sein même de l'A.S.E. avec l'arrivée des éducateurs spécialisés (initiateurs de la prévention spécialisée dans les années 70) et plus tard des psychologues cliniciens. A ces intervenants, s'ajoute les réflexions élargies autour de l'accompagnement et la sélection des assistants familiaux et leur professionnalisation progressive, le renforcement du partenariat des pratiques intersectorielles entre l'A.S.E., la P.M.I., la psychiatrie et la pédopsychiatrie avec lesquels s'associent les nouveaux centres de soins de liaison (les C.M.P., et plus tardivement les C.A.M.S.P.). Cette évolution progresse et s'intensifie dans les années 70 jusqu'aux lois de la décentralisation des années 80, qui annonce de nouveaux changements dans l'organisation du cadre de la protection de l'enfance.

1.2 Les politiques récentes de placement : de la décentralisation à la loi de mars 2016

1.2.1 L'évolution de la politique étatique de placement à travers les lois de décentralisation

A cette époque, les professionnels de la protection de l'enfance de l'A.S.E. partagent une identité professionnelle et une forte culture d'engagement autour des questions de la protection de l'enfance, comme en témoignent les premières éditions de la revue de psychologie clinique spécialisée « la lettre de l'ASE » au mois de septembre 1987 (Julien, 2007). Peu après, la France inscrit pour la première fois dans la loi la notion de maltraitance⁹ et ratifie quelques années après la C.I.D.E (la Convention Internationale des Droits de l'Enfant). De même, l'évolution progressive des transferts de compétences de l'Etat aux départements (avec les trois actes de la décentralisation qui ont suivi jusqu'à la loi Valls de 2013) oblige peu à peu les collectivités à réorganiser les services de protection de l'enfance. Désormais, les départements

⁹ La loi n°89487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et de la protection de l'enfance.

engagent des politiques sociales qui orientent et définissent pour partie le cadre de vie des enfants protégés et confiés aux services de l'A.S.E., tout en délimitant les contextes d'interventions professionnelles pour les familles d'accueil et les travailleurs sociaux (Roger, 2007 ; Berger & Bonneville, 2007).

Les réformes de la décentralisation ont pour objectif principal d'ancrer la politique de la protection de l'enfance au sein d'une action sociale territorialisée. Cette décentralisation des compétences de l'Etat vers les collectivités bouleverse profondément l'organisation des intervenants, les configurations des structures, les processus décisionnels et les financements. Dans un souci d'ajustement aux problématiques sociales et sanitaires rencontrées, la dynamique territoriale est considérée alors comme plus efficace pour permettre le rapprochement des missions de service publique avec le lieu où sont prises les décisions politiques.

1.2.2 Les lois de la protection de l'enfance en ce début du XXIème siècle

Une vingtaine d'année plus tard, force est de constater qu'il reste encore beaucoup de progrès à accomplir en la matière. Le mouvement de décentralisation a effectivement permis de rapprocher les acteurs publics des personnes en souffrance, mais se retrouve soldé par tout un enchevêtrement de transferts multiples de compétences, convoquant les mêmes niveaux d'échelons professionnels pour des missions très diverses (la protection de l'enfance, la précarité, l'insertion sociale et professionnelle, la prévention de la délinquance, l'urbanisme avec les transports et l'entretien des routes, les politiques d'attractivité culturelle et touristique, l'entretien et les achats de fournitures scolaires aux collèges, etc.). Au niveau de la protection de l'enfance, ces modifications organisationnelles et institutionnelles vont avoir des effets extrêmement négatifs (Palacio, 2007) : la complexité des dispositifs par la multiplicité d'interventions des acteurs aux processus décisionnels insuffisamment clarifiés vont régulièrement à l'encontre de la prise en considération des besoins de protection manifeste de l'enfant.

C'est dans ce cadre que les travaux consultatifs préalables à la préparation de la loi de 2007 vont établir un état des lieux très critique de la protection de l'enfance et ses acteurs présents, que cela soit dans son volet judiciaire et administratif. Il est ainsi relevé un manque de renouvellement des pratiques dans les relations aux familles, que les motifs de placement ne font pas suffisamment la distinction entre les situations de précarité sociale avec les situations de danger, que le parcours de vie des enfant est particulièrement fragmenté par des logiques

institutionnelles, que le champ de la prévention met en place des dispositifs trop éloignés des besoins des populations et que les articulations entre la production des connaissances et le traitement des situations sont insuffisantes (Stissi, 2010). Ces différents constats sont restitués dans un premier rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (I.G.S.J.)¹⁰ suivi d'un rapport sénatorial¹¹ remis quelques années plus tard, juste avant les grandes affaires des procès d'Angers, de Drancy et d'Outreau de 2004 et de 2005.

1.2.3 La loi de mars 2007

Les grands axes de la réforme du 5 mars 2007 se définissent ainsi autour de l'identification précise des procédures de signalement en proposant des modalités d'accompagnement et de prises en charge diversifiées, ainsi qu'une meilleure délimitation des cadres d'intervention entre l'administratif et le judiciaire. Cette loi donne lieu à un certain nombre de modifications. Retenons principalement le processus de professionnalisation des assistants familiaux ainsi que l'encouragement aux mesures d'accompagnements contractualisés avec les parents (développement des mesures de prévention et d'Accueil Provisoire ou A.P.). Ces dernières mesures répondent au souhait que tout enfant confié à l'A.S.E. doit se retrouver au centre d'un projet construit en commun entre le service, les parents et l'enfant.

Un peu moins de dix ans plus tard, des critiques s'élèvent massivement sur l'orientation politique de cette loi, jugée trop idéologique et pro-familiariste : le droit et l'intérêt de l'enfant semblent ainsi secondaires et sacrifiés au profit des droits détenus par les parents (Rosenczeig, 2016). La relation par nature profondément asymétrique (Marcelli, 2009) entre l'enfant et les parents n'est pas suffisamment prise en compte par le judiciaire en laissant davantage de droits aux demandes des parents qu'aux droits et besoins de protection de l'enfant.

Les sigles au sein des services des départements s'en trouvent par exemple modifiés : on préfère parler de « l'aide sociale aux familles » plutôt que de « l'aide sociale à l'enfance », sous-tendus par la justification que l'enfant est forcément lié et fait par et pour la famille (Rosenczeig, 2016). L'image collective enracinée depuis plusieurs décennies de l'assistance publique du « monstre A.S.E. » de la D.A.S.S. qui enlève les enfants, semble encore présente

¹⁰ Rapport du 20 juin 2000 de Bruno Cathala et de Pierre Naves, « Accueils Provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfant et de la famille ».

¹¹ Rapport de 2004 des sénateurs Louis de Broissia et de Philippe Nogrix.

dans les départements où étaient installés les « dépôts » d'enfants au sein « d'agences de placement » (David, 2004b). En toile de fond, les questions éthiques posées autour de la primauté de la parole de l'enfant sont remises en cause avec les scandales judiciaires des procès comme celui d'Outreau, amoindrissant les fondements même de la notion d'intérêt de l'enfant.

Aussi, notons que cette législation encouragea un cadre national de pratiques communes autour des questions de la protection de l'enfance. Dans ce sens, elle inscrit pour la première fois dans ses textes de loi la théorie de l'attachement comme modèle psychologique de référence. Cette inscription pose toute une série de questions liées à l'utilisation politique d'une vision monolithique de la compréhension des problématiques rencontrées au sein de la protection de l'enfance, en excluant par exemple tous les travaux psychanalytiques réalisés autour de la question du traumatisme psychique, du lien et de la séparation depuis un siècle.

Rappelons que ces travaux ont profondément contribué à l'amélioration de la politique de placement et la connaissance psychologique du vécu de l'enfant confié à partir du milieu du XXème siècle, avec l'un des premiers pionniers Bowlby lui-même qui a toujours insisté pour situer sa démarche et sa pratique dans une clinique psychanalytique jusqu'à la fin de sa vie, étant lui-même psychanalyste (Fonagy, 2004 ; Golse, 2004 ; Guédénéy & Guédénéy, 2010). Son travail avec Myriam David ainsi que les nombreux théoriciens et praticiens qui se sont engagés par la suite autour de ces questions, suffisent pour valoriser l'importance cruciale d'explorer le domaine si complexe de la protection de l'enfance en faisant appel à plusieurs voies d'investigation (Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952 ; Robertson, 1971 ; Dolto & Rapoport & This, 1981 ; Goran & *al.*, 1982 ; Clément 1993 ; Berger, 1999, 2002, 2003, 2004, 2006, 2012 ; Houzel, 2003 ; Berger & Bonneville, 2007 ; David, 2004a, 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Rottman & Richard, 2009).

Cette situation relative à la recherche d'influence avec la prépondérance d'un modèle au détriment d'un autre soulève l'aspect encore très polémique à cette époque du débat entre les « attachementistes » et la psychanalyse, dont nous nous efforcerons de démontrer tout au long de ce travail la richesse de leur complémentarité sur plusieurs niveaux, sans nier la différence intrinsèque de chaque approche. C'est donc dans ce contexte global qu'est proposé une nouvelle loi sur la protection de l'enfance en mars 2016.

1.2.4 La loi de mars 2016

La loi de mars 2016 est votée dans une situation politique de très forte pression financière pour les départements, conduisant les législateurs à s'intéresser aux principes qui fondent la protection de l'enfance plutôt que de s'engager sur les coûts et les moyens attribués (Capelier, 2016). Elle vise à retrouver un équilibre entre les besoins de l'enfant en termes de protection de son développement (Berger, 2002, 2011) et les droits des parents.

Ainsi, contrairement à la loi de 2007 qui portait sur les dispositifs de protection de l'enfance, cette loi aborde la question seule de la protection de l'enfant avec la volonté de recentrer « la protection de l'enfance sur l'intérêt supérieur de l'enfant » (Capelier, 2016, 9). En dehors de l'injonction auprès des départements de rendre à nouveau visible dans les organigrammes un service Aide Sociale à l'Enfance, cette dernière législation pourrait se résumer autour de trois axes principaux : un socle partagé au niveau national et local, le retour à l'intérêt primordial de l'enfant à travers la continuité de son parcours et son devenir ainsi que l'adaptation du statut de l'enfant placé à long terme. Un axe complémentaire est aussi développé autour des questions traitant de la situation des Mineurs Isolés Etrangers, de l'adoption, et des relations incestueuses.

Au niveau du premier axe, retenons la libre administration des collectivités territoriales et la nécessité d'une gouvernance nationale avec le renforcement décisionnel sur l'échelon territorial compétent tout en engageant une réforme des instances nationales de la protection de l'enfance. De plus, un cadre national de référence devient nécessaire avec de nouvelles obligations légales et réglementaires pour les départements notamment en ce qui concerne la prévention comme la nomination d'un médecin P.M.I. référent et les évaluations de l'enfance en danger qui doivent être pluridisciplinaires. Aussi la clarification des compétences entre les autorités judiciaires et administratives est une nouvelle fois abordée. En 2007, les législateurs avaient appuyé la distinction entre l'administratif et le judiciaire par l'appréciation du juge sur la qualité du principe de coopération ou de non-coopération des parents, en remplaçant le terme de « maltraitance » par la notion de l'enfant « en danger ». Aux prises avec les mêmes débats idéologiques qu'en 2007 autour de ces questions, les assemblées ont fini par caractériser de nouveau la situation de maltraitance, en dénonçant la « prévalence du maintien du lien familial biologique à tout prix dans les pratiques professionnelles ». Le Conseil Départemental a désormais l'obligation de prévenir le Procureur de la République qui effectuera une saisine du juge des enfants lorsque l'enfant encoure un danger « grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance » (Capelier, 2016, 13).

En ce qui concerne le deuxième axe de la loi remettant au centre l'intérêt de l'enfant, relevons les éléments suivants, avec d'une part la nécessaire cohérence et continuité de son parcours, l'importance des démarches préventives (à travers la valorisation de la prévention dite « spécialisée » et les possibilités de constituer des centres parentaux comme des lieux de placement pour les enfants âgés jusqu'à trois ans avec leur mère de naissance) dans un contexte de fragilisation financière des départements qui ont pour la plupart baissé leurs budgets pour ces actions préventives (Capelier 2016). De plus, la prévention étend désormais le signalement de l'enfant en question, pour tous les enfants présents au domicile. On note d'autre part la volonté de renforcer le suivi proposé à chaque enfant avec la mise en place du Projet Pour l'Enfant (ou P.P.E.) qui est élaboré à son entrée à l'A.S.E. et réévalué de manière continue tout au long de son parcours de vie en fonction de son âge (par exemple tous les six mois pour les enfants âgés jusqu'à deux ans, contre tous les ans auparavant).

C'est dans ce volet qu'est aussi réaffirmée (comme en 2007) l'importance de la notion du « référent » du mineur (l'éducateur référent A.S.E.) associé au juge des enfants, ce dernier étant présenté comme garant de la continuité du parcours de vie de l'enfant (avec par exemple l'obligation d'informer le juge lorsque l'enfant change de lieu de vie au moins un mois avant la décision). De plus, la loi astreint l'A.S.E. à réaliser l'accompagnement au retour du domicile familial en fin de mesure plutôt que de passer par d'autres acteurs privés en exercice de prévention judiciaire (comme l'Assistance Educative en Milieu Ouvert Judiciaire ou A.E.M.O.J.). Au sujet des contrats pour les jeunes majeurs, la législation insiste sur l'importance d'accompagner l'adolescent jusqu'à ses vingt et un ans dans la réussite de son parcours d'insertion sociale et professionnelle. Le caractère non obligatoire donné à cette prérogative ne permet malheureusement pas de répondre à toutes les situations qui pourtant le nécessiteraient.

Le troisième axe concerne les limitations des mesures et des statuts des enfants, en encourageant davantage leur protection dans certaines situations. La loi engage ainsi le Conseil Départemental à mettre en place en interne une commission interdisciplinaire pour examiner la question du statut des enfants (Délégation d'Autorité Parentale soit D.A.P. ou délaissement). La Déclaration Judiciaire d'Abandon (D.J.A.) se transforme aussi pour devenir la Déclaration de Délaissement Parental (D.J.P.), redéfinissant « l'absence d'actes effectués » par les parents par « l'absence de relation », afin de protéger l'enfant de toute entrave à la procédure dans le cas où les parents se manifesteraient à nouveau auprès de l'enfant sans continuité et engagement réel de leur part.

Enfin, un dernier volet complémentaire évoque la question des Mineurs Isolés Etrangers (M.I.E.), de l'adoption et de la reconnaissance de l'inceste par le droit pénal. En ce qui concerne les M.I.E. devenus Mineurs Non Accompagnés (M.N.A.), la législation insiste sur l'importance d'une continuité d'accueil tout en réaffirmant que l'accompagnement de ces enfants et adolescents ne dépend pas d'une compétence régalienn¹². Aussi, le recours aux examens osseux pour déterminer l'âge des adolescents perd son caractère quasi-systématique, en privilégiant la notion de doute, qui doit toujours profiter aux jeunes intéressés. Sur le plan de l'adoption, la loi élabore une réforme très partielle et discrète en transformant par exemple l'obligation de réaliser un projet d'adoption pour les enfants pupilles en projet de vie avec le tuteur de l'enfant en concertation avec l'avis du conseil de famille. Concernant la reconnaissance de l'inceste par le droit pénal, la loi précise davantage les infractions dites incestueuses, c'est-à-dire celles commises sur un mineur par un ascendant que cela soit par exemple le neveu, le cousin ou le concubin, sans qu'elles soient conditionnées par le lien unique de la filiation biologique, autrement dit celui du sang.

1.3 L'intérêt de l'enfant au regard de la relation asymétrique reconnue par la loi

La présentation de ces textes de lois parcourant les évolutions législatives et institutionnelles de l'organisation de la protection de l'enfance depuis plus d'un siècle montre l'incontestable transformation du statut de l'enfant : il est désormais possible aujourd'hui d'opposer la reconnaissance de ce dernier aux droits des parents, comme témoin de la relation asymétrique entre les enfants et les adultes, si indispensable à signifier et à rappeler (Ferenczi, 1933 ; Marcelli, 2009). Dans ce cadre, nous abordons les principaux aspects de cette relation asymétrique avant de définir la notion de l'intérêt de l'enfant, notion située au cœur de notre démarche clinique dans sa dimension de recherche-action.

1.3.1 La relation enfant-parent : une relation asymétrique fondamentale

Le caractère profondément asymétrique de la relation entre les besoins de protection du développement de l'enfant et les demandes, désirs et droits des parents (Ferenczi, 1933 ; Berger, 2002, 2003 ; Marcelli, 2009) semble essentiel à appréhender dans l'analyse de la qualité des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil. En effet, la dynamique

¹² Par la validation du conseil constitutionnel de la circulaire Taubira du 31 mai 2013.

de cette relation ne peut se penser uniquement autour du lien hiérarchique de nature soi-disant établi entre les enfants et les parents, tout comme la dissymétrie des interactions homme-femme (Marcelli, 2009 ; André, 2019). A l'égard de la relation entre les enfants et les adultes, c'est la hiérarchie souhaitée au sein de cette asymétrie qui sème la confusion avec la notion complexe de l'autorité parentale, comme nous l'avons décrit au début de ce chapitre. Ici « la demande (de l'un adressé à l'autre) caractérise la relation d'asymétrie là où l'emprise (de l'un exercé sur l'autre) caractérise la relation de pouvoir » (Marcelli, 2016, 4). L'autorité est ainsi comprise du point de vue de l'enfant qui l'éprouve à l'opposé de celui qui l'exerce, ce qui met en lumière la distinction entre la notion d'obéissance et celle de soumission, de manière analogique à la notion d'emprise vis à vis du pouvoir.

Dans ce cadre, la qualité de la relation du couple autorité-obéissance n'est pas la même que celle du duo pouvoir-soumission du côté de l'enfant. Par exemple, la relation autorité-obéissance suppose un échange médiatisé (notamment par le langage) alors que l'on se situe dans un registre comportemental pour celui qui manifeste des attitudes de domination sur celui qui exprime des attitudes de soumission. Ainsi « dans l'exercice du pouvoir, par la force comme par la séduction, il y a une incontestable jouissance, jouissance à assujettir l'autre, à en faire un objet de satisfaction pulsionnelle » (Marcelli, 2016, 4).

La description de cette asymétrie a été approfondie par les développements cliniques menés par Ferenczi (1933) autour de la confusion des langues entre les enfants et les adultes. Ferenczi met en avant que les enfants ne partagent pas le même langage que les adultes. Cette différence pourrait entraîner un phénomène psychique de confusion des langues entre la demande de tendresse de la part de l'enfant et l'érotisme des parents, ce qui peut constituer une véritable violence à son égard : il y a un mensonge de la langue. L'adulte interprète le désir de tendresse de l'enfant sur le plan d'une demande d'ordre érotique et sexuel. Ainsi, la reconnaissance juridique de cette délimitation de l'asymétrie constitue une première forme de protection contre cette emprise et ce phénomène de confusion de la part des adultes à l'égard des enfants. La société laisse alors progressivement place à la légitimité de la notion de l'intérêt de l'enfant, constituant un exemple supplémentaire de l'importance du cadre juridique pour l'enfant lorsque celui-ci s'étaye sur la reconnaissance de sa considération psychologique.

1.3.2 La notion controversée de l'intérêt de l'enfant

L'intérêt supérieur de l'enfant est pour la première fois apparu dans l'article 3 de la C.I.D.E. Il est en effet stipulé que « dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »¹³. Cette définition est reprise dans le droit français dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 en précisant que : « L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, ainsi que le respect de ses droits doivent guider toute décision le concernant »¹⁴.

Cette définition sur l'intérêt de l'enfant fait l'objet de nombreuses critiques la jugeant imprécise dans la mesure où elle se réfère davantage à des principes généraux à connotation psychologique qu'à des notions juridiques claires et rigoureuses (Greley, 2010). L'espace dégagé par la difficulté d'appréhension de ce terme nourrit toutes les idéologies qui parcourent la protection de l'enfance (Berger, 2002), galvaudant et limitant ainsi sa portée significative, pourtant éminemment protectrice pour l'enfant. Par exemple selon certain auteur, il existerait ainsi autant de définitions sur la notion d'intérêt de l'enfant que de professionnels ayant un avis sur ces questions (Greley, 2010). Ainsi entre les lignes des textes juridiques présentés, nous retrouvons la lutte universaliste essentielle autour de la reconnaissance des droits fondamentaux de l'enfant, en soulignant son extrême vulnérabilité face aux facteurs environnementaux (Houzel, 2003 ; David 2004b ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004d).

La présentation des principales lois de la protection de l'enfance permet de délimiter les premiers contours des problématiques rencontrées dans ce domaine. Le législateur reflète et tente de traduire les préoccupations que peut avoir à un moment donné une société sur des problématiques si étendues et spécifiques à la fois. L'étude de l'évolution de ces tentatives de caractérisation juridique permet d'apprécier la complexité de l'évolution socio-culturelle des liens familiaux, clarifiant ainsi les facteurs provenant du domaine du psychologique, que nous développerons au sein de la partie discussion théorico-clinique de la recherche. Cette brève rétrospective permet de mieux envisager ce qui peut être entendu par la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant à travers l'enveloppe élargie que constitue cet environnement législatif et institutionnel, enveloppe porteuse d'une dimension protectrice et contenante pour l'enfant

¹³ Article 3 de la C.I.D.E., 1996.

¹⁴ Article L112-4, loi du 5 mars 2007.

(Houzel, 2001). C'est dans ce cadre que s'inscrit la dimension de recherche-action de cette étude qui propose une analyse critique constructive du dispositif du placement familial par la formulation de propositions concrètes à l'institution.

2 PROTECTION DE L'ENFANCE ET PLACEMENT FAMILIAL AUJOURD'HUI

La deuxième partie concerne la présentation de l'organisation de la protection de l'enfance et du placement familial. Pour cela, nous définissons dans un premier temps la protection de l'enfance au niveau international, avant de dresser un tableau épidémiologique général sur l'état de ce domaine en France. Dans un troisième temps, nous décrivons l'organisation des mesures administratives et judiciaires des dispositifs parcourant la protection de l'enfance en France aujourd'hui.

2.1 La protection de l'enfance à l'international

La protection de l'enfance à l'international s'organise autour de la ratification de textes juridiques internationaux garantissant les droits universels des enfants. Ces textes relativement récents constituent donc une démarche de responsabilité collective portée par la communauté internationale qui s'étaye de manière juridique sur la promulgation et la défense des droits humains fondamentaux reconnus de l'enfant. Relevons respectivement les organismes et textes internationaux initiateurs de la création de ce cadre juridique mondial de protection : la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (C.I.D.E.), l'investissement de l'Organisation Mondiale de la Santé, et la politique publique de santé européenne.

La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (C.I.D.E.) votée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990 promulgue que « l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur » (ONU, 1989). Cette convention définit les textes mondiaux de protection de l'enfant. Elle inaugure la notion de « l'intérêt supérieur de l'enfant ».

Elle engage les signataires à « défendre et de protéger les enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de leurs donner davantage d'opportunités de s'épanouir pleinement » (Martin-Blachais, 2017, 1). C'est ainsi que pour la première fois dans l'histoire de l'humanité,

l'enfant est considéré comme un être humain, doté de droits et d'une dignité. Cette défense des droits de l'enfant recouvre des problématiques de protection très variables dans le monde. Elles sont dépendantes des situations politiques, socio-culturelles, historiques et économiques des pays concernés. De manière non exhaustive, on peut relever le travail des enfants, les enfants soldats, le mariage des enfants, la prostitution des enfants, les mutilations génitales féminines / excisions, la justification de la violence conjugale, la discipline imposée par la violence, les situations de négligence grave, de sévices, de maltraitance physique, psychologique, les situations d'abus et de violences sexuelles (U.N.I.C.E.F., 2014).

Plus récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) comme institution spécialisée de l'O.N.U., promeut également la politique de l'enfance intégrée au sein de « la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 ». Cette stratégie vise la prévention et la promotion de la santé des enfants tout au long de leur vie afin de garantir « la réalisation du potentiel de santé, de développement et de bien-être des enfants et des jeunes » (Martin-Blachais, 2017, 1).

En dehors de la participation de l'O.M.S. au sein de la stratégie européenne supranationale pour les droits de l'enfant, différentes autorités et instances européennes (commission européenne et missions européennes) stipulent régulièrement un ensemble de recommandations à l'intention directe des états membres de l'Union, suite à leur intégration définitive en 1996 au sein du droit de la C.I.D.E. et du règlement européen en 2003¹⁵. Il s'agit par exemple de la recommandation du 20 février 2013 dont l'objectif est d'orienter les politiques de l'enfance autour de l'importance « d'investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité » (Recommandation Union Européenne, 2013). Cette recommandation vise à remettre au centre des préoccupations publiques la place de l'enfant et la nécessité de promouvoir son bien-être et de prévenir « le handicap éducatif », en aidant notamment les enfants dans le développement de toutes leurs potentialités (Martin-Blachais, 2017, 1).

Pour les signataires de ces textes internationaux comme la France et notamment dans le cadre de la ratification à la C.I.D.E., les états s'engagent à promouvoir des politiques publiques

¹⁵ La Convention Européenne de 1996 sur l'exercice des droits des enfants, signée par les États membres du Conseil de l'Europe, intégrant la C.I.D.E. dans le droit européen ; le règlement du Conseil de l'Union Européenne du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale.

en faveur de la protection de l'enfance. Par exemple, elle adonne à l'autorité publique une responsabilité de contrôle et d'aide quant au respect des orientations concernant l'exercice de l'autorité parentale en précisant que les états signataires « s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont la responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants » (C.I.D.E., 1996¹⁶).

Dans le même temps, les Etats doivent prendre « toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence » (C.I.D.E., 1996¹⁷) et indépendamment du responsable légal qui est censé le prendre en charge. A ce titre, les signataires « doivent également assurer, au titre de l'article 2015, une protection de remplacement, en cas de nécessité » (C.I.D.E., 1996).

Ce premier socle juridictionnel international sera suivi de l'adoption de beaucoup d'autres textes de loi¹⁸. Il laisse déjà entrevoir la difficulté d'appréhender le champs aussi multidimensionnel et vaste que celui de la famille, la parentalité, le lien, la séparation, toutes ou parties proclamatrices de ce qui peut être défini comme relevant du domaine de la protection de l'enfance dans lequel les questions du lien et de la séparation sont particulièrement exacerbées (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Gutton, 2005 ; Guédeney & al. 2007 ; Guédeney & Guédeney, 2009, 2010 ; Burguière, 2015).

¹⁶ Article 1813, CIDE.

¹⁷ Article 1914, CIDE.

¹⁸ Notons à titre d'exemples les additifs de la CIDE, avec le 25 mai 2000 le « Protocole Optionnel à la Convention relative aux Droits de l'Enfant sur l'Implication des Enfants dans les Conflits » et le « le Protocole Optionnel à la Convention relative aux Droits de l'Enfant relatif à la Vente d'Enfants, la Prostitution d'Enfants et la Pornographie mettant en scène des enfants » ; la Convention de La Haye en 1993 sur la protection des enfants et la coopération dans le cadre de l'adoption inter-États de 1993 et sa Recommandation de 1994 concernant les personnes réfugiées et déplacées ; les Directives de 1994 du Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (ou H.N.-H.C.R.) sur la protection et la prise en charge des enfants réfugiés et en 2004 les principes directeurs inter-agences à propos des enfants non accompagnés et des enfants séparés ; la Charte Africaine de 1990 sur les Droits et Bien-être de l'Enfant ; les Conventions de l'Organisation Internationale du Travail sur l'âge minimum en 1973 et sur les pires formes du travail des enfants en 1999.

2.2 Les données générales sur le placement familial

Cette partie expose un tableau épidémiologique global sur les données existantes et accessibles dans le domaine de la protection de l'enfance, que cela soit à un niveau international que national. Nous terminons cette partie en exposant les limites épidémiologiques observées autour de l'accès à ces données.

2.2.1 Quelques chiffres à l'international et en France

Au niveau de la protection de l'enfance à l'international, le placement en famille d'accueil est largement plus important que le placement institutionnel (O.N.E.D., 2015). Ainsi, il y a plus de 80% de placements en familles d'accueil aux Etats-Unis, en Irlande, en Angleterre ou en Norvège contre 58% en France. En 2015, on dénombre en France environ 40 000 assistants familiaux (O.N.E.D., 2015). Le chiffre du nombre de référents est quant à lui inconnu et inestimable aujourd'hui.

Le 28 février 2017, le rapport remis à la Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, autour d'une « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance » (Martin-Blachais, 2017), met particulièrement l'accent sur la question de santé publique pour les enfants confiés (Salmona, 2018). A l'appui, trois études issues d'un appel d'offres thématique en 2010 de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger (O.N.E.D.) devenue l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (O.N.P.E.) (Bacro & Rambaud & Humbert & Sellenet, 2012-2013 ; Rousseau & *al.*, 2011 ; Corbet & Robin & Bourgeaux & Guye & Fontaine-Gavino & Jacob & Fiasson, 2012), précisent et reprennent dans le contexte français, les constats et analyses déjà largement développés au sein de la communauté scientifique internationale depuis plus de cinquante ans (Frechon & Dumaret, 2008 ; Bruskas, 2008 ; Granqvist & *al.*, 2017), les données épidémiologiques soulignent encore une fois l'extrême vulnérabilité des enfants confiés (Bruskas, 2008 ; Martin-Blachais, 2017).

Aujourd'hui en France, nous rencontrons des situations d'enfants dont les conditions d'évolutions sanitaires voire humanitaires restent très préoccupantes (Martin-Blachais, 2017 ; Lamour & Barraco De Pinto, 2006). On note ainsi que « 15% de ces enfants ont connu des situations de grande précarité matérielle de logement (errance, logement insalubre, hôtels, etc.), mais aussi de grande précarité économique, d'isolement social, d'absence de réseaux de

sociabilité » (Martin-Blachais, 2017, 23). En ce qui concerne les antécédents des parcours de soins, on observe une histoire médicale lourde et sévère avec « 19% de déni de grossesse, soit « 5 fois plus que dans la population générale », un taux de prématurité entre 16% et 18% , « soit 2 ,5 fois plus que la population générale » » (Martin-Blachais, 2017, 23) avec des motifs d'hospitalisation en « traumatologie (accidents domestiques, chutes, brûlures, etc...), qui interrogent sur les modalités de sécurité matérielle, physique et de surveillance qui leurs sont assurées » (Martin-Blachais, 2017, 23).

Aussi, on retrouve au sein des motifs de placement près d'une fois sur deux des « violences intrafamiliales, maltraitances, négligence grave, exposition aux violences conjugales » (Martin-Blachais, 2017, 24). Notons que comme le souligne les auteurs de ce rapport, la dimension du silence et du danger encourus par les enfants au levé de secret, ajoutés à la difficulté de renouer une relation de sécurité de confiance avec un adulte, conduit probablement à une sous-estimation très significative des situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques, dont la plupart sont majoritairement d'origine intrafamiliale (Salmona, 2018).

D'une manière générale, on dénombre « 4 enfants sur 5 qui présentent des signes de souffrance psychique » confirmés en référence à la classification internationale (classification internationale des maladies, CIM 10) » (Martin-Blachais, 2017, 24). Au regard des autres enfants de la population générale, le rapport note que les troubles des conduites, les dépressions, les tentatives de suicide et les troubles anxieux « seraient 2 à 5 fois plus élevés avec 11% de troubles internalisés (anxiété /dépression, plaintes somatiques et retrait social), 20% de troubles externalisés (conduites délinquantes et agressives), 15% de conduites addictives » (Martin-Blachais, 2017, 25).

Dans le même prolongement, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (A.N.E.S.M.) retient « les troubles psychoaffectifs et troubles du comportement : troubles de la concentration et hyperactivité, somatisations, stress post-traumatique, troubles globaux du développement ainsi que les troubles de l'attachement » (Martin-Blachais, 2017, 25). Enfin en ce qui concerne les enfants porteurs de handicap en protection de l'enfance, le Défenseur des droits met en avant cette double vulnérabilité des enfants confiés avec un « taux de prévalence 7 fois plus nombreux que dans la population générale (2 à 4%) » (Martin-Blachais, 2017, 26).

Intervenant comme psychologue clinicien au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance, ces constats épidémiologiques sont malheureusement très fidèles aux souffrances exprimées par les enfants rencontrés dans notre pratique clinique, tout comme les enfants rencontrés dans le cadre de cette recherche, représentés sur un plus faible échantillon.

2.2.2 Limites aux tableaux épidémiologiques

En raison de l'organisation des politiques publiques de la protection de l'enfance exercées en France, qui diffère en fonction des territoires, nous observons une difficulté générale d'accès aux données (O.N.E.D., 2015 ; O.N.E.D., 2017). La politique de la protection de l'enfance s'est progressivement organisée de manière transversale aux autres politiques publiques de l'action sociale des départements et des autres missions détachées du champ de la solidarité (tourisme, emploi, entretiens des collèges, numérique, mobilité et transport). Cette dilution de la spécificité du champ de la protection de l'enfance aux autres missions complexifie le travail de priorisation et de communication sur l'état de ces missions publiques spécifiques (Delalande, 2007, 2016 ; Galopin, 2012 ; Poli, 2012). Dans ce cadre, l'intérêt politique aux questions de la protection de l'enfance est variable en fonction des départements et force est de constater qu'il est rarement de premier niveau (Galopin, 2012 ; Poli, 2012).

C'est depuis seulement quinze ans que le travail de rassemblement des données se réalisent, principalement par l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger (O.N.E.D.) créé avec la loi du 2 janvier 2004, et devenu l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (O.N.P.E.). Cet organisme a notamment des missions de diffusion de travaux de recherche scientifique autour de la protection de l'enfance et de commandes d'études spécifiques à ces domaines, d'établissement de rapports remis ensuite à des comités interministériels et des rapports annuels remis aujourd'hui au secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance tout en participant aux réseaux des observatoires européens. C'est également l'O.N.E.D. qui centralise et diffuse les données émanant de l'ensemble des conseils départementaux de France, sur la base du volontariat.

2.3 La protection de l'enfance en France

Nous présentons la protection de l'enfance en France en abordant tout d'abord brièvement les types d'organisations politiques régissant les modalités d'organisation institutionnelle, pour ensuite exposer les différents champs rencontrés dans le domaine de la protection de l'enfance ainsi que les spécificités des statuts juridiques des enfants.

2.3.1 Les organisations politiques induisant les organisations institutionnelles

Depuis les lois de décentralisation des années mille neuf cent quatre-vingt¹⁹, la protection de l'enfance en France est aujourd'hui sous délégation du service public de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) actuellement dépendant des missions des conseils départementaux qui ont en charge l'action sociale. Au sein de l'A.S.E., on retrouve le service de placement familial (dit les enfants « admis ») c'est-à-dire des enfants qui ont été séparés de leurs familles de naissance, majoritairement dans le cadre d'une décision judiciaire ordonnée par le juge des enfants, dans des mesures nommées assistances éducatives. Dans ce cadre, c'est donc l'A.S.E. qui est responsable par délégation au Président du Conseil Départemental et à la charge administrative et juridique des enfants qui se retrouvent soit placés en institution, soit placés en famille d'accueil. L'enfant est donc confié par le juge des enfants par délégation au service Aide Sociale à l'Enfance du département qui assure son placement (qu'il soit « public » ou « privé ») en établissement (Maison de l'Enfance ou Maison de l'Enfance à Caractère Social) ou en famille d'accueil.

2.3.2 Les différents champs d'action du domaine de la protection de l'enfance

Le domaine de la protection de l'enfance peut se résumer à deux champs principaux d'actions partagés entre les mesures administratives et les mesures judiciaires : le champ de la prévention et le champ de la protection.

¹⁹ Avec notamment les législations du 22 juillet 1883 qui délèguent au département le service de l'ASE, initialement géré par l'Etat ainsi que la loi du 6 janvier 1986 qui élargit la mission du département en matière d'Aide Sociale à l'Enfance en menant des actions de soutien au développement de chaque enfant en difficulté (De Ayala, 2010).

2.3.2.1 Le champ de la prévention en protection de l'enfance

Le champ de la prévention se déploie autour des interventions éducatives en milieu ouvert, directement au sein du domicile des familles, de manière contractualisée ou contraignante, par des mesures d'aides éducatives, avec des plateaux techniques variés. Au sein du département dans lequel la recherche s'est effectuée, les mesures de prévention sont administratives (Aide Educative à Domicile ordinaire ou Aide Educative à Domicile Intensive) ou judiciaires (Assistance Educative en Milieu Ouvert Judiciaire, Mesure Educative d'Investigation Judiciaire, Placement à Domicile).

2.3.2.1.1 Les mesures de prévention administrative

Les mesures d'Aide Educative à Domicile (ou A.E.D.) sont contractualisées avec les parents, avec des degrés d'intensité des interventions professionnelles variables (Aide Educative à Domicile seule ou A.E.D., Aide Educative à Domicile Intensive ou A.E.D.I. et Aide Educative à Domicile Renforcée ou A.E.D.R., cette dernière mesure étant réalisée par des prestataires privées). Dans ce type de mesure, les parents s'inscrivent dans une démarche de coopération et les objectifs de travail déclinés principalement sur le plan social et éducatif sont élaborés en co-construction avec l'équipe éducative intervenante et les parents. Les professionnels peuvent intervenir plusieurs fois par semaine avec le plus souvent un éducateur spécialisé et un technicien d'intervention sociale et familiale (T.I.S.F.) avec lesquels peuvent se joindre les professionnels dits « de secteur » (assistants sociaux) ou encore la protection maternelle infantile (médecin, sage-femme, infirmière puéricultrice, psychologue). Dans le département qui concerne la recherche, c'est toujours l'A.S.E. qui dirige ces missions d'aide.

2.3.2.1.2 Les mesures de prévention judiciaire

Les mesures de prévention judiciaire sont imposées de manière contraignante par le juge des enfants, comme garant d'un tiers séparateur protecteur en milieu ouvert (Vicente & Schom & Robert, 2014). C'est le juge des enfants qui ordonne un cadre d'objectifs de travail social, éducatif voire psychologique et psychiatrique. Au sein de ces interventions, on situe les mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert Judiciaire (ou A.E.M.O.J.), qui sont rythmées par une faible fréquence d'interventions (environ une fois par mois). Il existe aussi les Mesures Judiciaires d'Investigation Educative (ou M.J.I.E.), qui appellent un niveau d'intervention plus

soutenu avec un plateau technique étendu (éducateur, psychiatre, psychologue). Ces mesures concernent principalement un travail d'évaluation de la situation globale de la famille avant la proposition d'autres mesures au juge des enfants.

Enfin, les mesures de placement à domicile (ou P.A.D.) consistent à « placer » judiciairement l'enfant (avec toujours l'intervention du juge des enfants) au sein de sa propre famille de naissance. Une équipe pluridisciplinaire conséquente (plateau technique de type travailleurs sociaux – éducateurs spécialisés et technicien d'intervention sociale et familiale, psychologue) intervient plusieurs fois par semaine en fonction des objectifs fixés dans l'ordonnance du juge des enfants. Une place en famille d'accueil doit être en théorie disponible à tout moment si jamais des éléments de dangers sont avérés.

Nous notons une augmentation significative de ces mesures qui selon certains auteurs (Ferrandi, 2009 ; Delalande, 2009), répondraient à des orientations budgétaires : un placement à domicile coûterait moins cher qu'un placement en famille d'accueil (Galopin, 2012 ; Poli, 2012 ; Soula Desroche, 2013), matérielles (une insuffisance de place au sein des dispositifs avec un temps d'attente de plus en plus important avant la mise en place de la mesure, mais qui reste toujours variable en fonction des départements) voire idéologiques (afin d'éviter la situation de séparation entre les enfants et ses parents de naissance) (Berger, 2002, 2006 ; Soula Desroche, 2013 ; Bouville, 2015). Précisons qu'auparavant c'étaient les départements qui remplissaient toutes les mesures de prévention, y compris judiciaire. Aujourd'hui, les collectivités font appel à des acteurs privés pour réaliser ces missions. De plus, ajoutons que la liste d'attente est de plus en plus significative entre la décision du juge des enfants et la mise en œuvre de la mesure, faute de place constatée.

2.3.2.2 Le champ de la protection en protection de l'enfance

Le champ de la protection des enfants dits « admis » concerne les situations de séparation d'éloignement et/ou de protection dans un cadre de placement en établissement ou en famille d'accueil. Nous retrouvons ici les mesures d'Accueil Provisoire (ou A.P.), les décisions d'Ordonnance de Placement Provisoire (ou O.P.P.), les mesures d'assistance éducative (ou A.E.), ainsi que la promulgation d'un ensemble de statuts juridiques possibles pour les enfants, que cela concerne les mesures de Délégation d'Autorité Parentale (ou D.A.P.), les mesures de déchéance de l'Autorité Parentale, les mesures de tutelles aux biens ou aux

personnes ou les procédures de délaissement parental plein ou partiel qui peuvent entraîner un statut d'enfant Pupille de l'Etat.

Dans ce cas, l'enfant devient potentiellement adoptable par la famille d'accueil ou par une autre famille adoptive candidate, en fonction des décisions du Conseil de famille. Les liens de filiation de naissance sont rompus. Dans certaines situations, les mesures judiciaires de protection ne correspondent pas forcément aux statuts des enfants (de manière exceptionnelle, un enfant peut être dans un cadre de D.A.P. tout en restant en A.E., ou un enfant peut être mis sous une mesure de tutelle tout en restant dans le cadre d'une A.E., ou encore il peut connaître une reconnaissance juridique d'un délaissement partiel de la mère en ayant des hébergements chez le père dans un cadre d'A.E.). Pour la majorité des mesures, des commissions techniques sont tenues régulièrement pour réévaluer en continuité la situation des enfants et des familles.

Les commissions techniques sont des réunions interdisciplinaires, dans lesquelles sont rassemblées l'assistant familial et le référent de l'enfant, la cadre technique du territoire, le délégué Aide Sociale à l'Enfance du territoire (le représentant administratif et juridique de l'enfant qui arrête les propositions avant de les présenter devant le juge des enfants qui est le seul décisionnaire), le psychologue du territoire et les partenaires associés (C.A.M.S.P., C.M.P., C.A.T.T.P., C.M.P.P., M.D.E., M.E.C.S., I.M.E., I.T.E.P., S.E.S.S.A.D., A.E.M.O.J., M.J.I.E.²⁰), les travailleurs sociaux du secteur de l'insertion sociale et professionnelle, etc.). Elles ont pour objet de réaliser une première synthèse des évaluations sociales, éducatives, psychologiques, pédopsychiatriques, psychiatriques et administratives de la situation de l'enfant, ainsi que celle de la famille de naissance, en préparation aux futures échéances judiciaires. Leurs rythmes sont déterminés en fonction de l'âge des enfants et du type de mesures judiciaires concernées (durée de l'assistance éducative, délégation d'autorité parentale, enfant sous tutelle d'état, enfant pupille de la nation, etc.). Plus précisément, regardons les différents types de mesures qui existent dans un cadre de placement familial.

²⁰ C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Social Précoce ; C.M.P. : Centre Médico-Psychologique ; C.A.T.T.P. : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel ; C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique ; M.D.E. : Maison De l'Enfance ; M.E.C.S. : Maison d'Enfants à Caractère Social ; I.M.E. : Institut Médico-Educatif ; I.T.E.P. : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique ; S.E.S.S.A.D. : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile.

2.3.2.2.1 La mesure administrative d'Accueil Provisoire (ou A.P.)

Les mesures d'A.P., formalisées davantage par la loi de 2007, sont des mesures de placement contractualisées avec les parents, qui peuvent eux-mêmes rompre cet accueil à tout moment sans justification précise. Après un engouement des administrations pour ce type de mesures qui encouragent le travail collaboratif avec les parents, celles-ci sont finalement de moins en moins privilégiées car elles répondent à un certain nombre de critères d'indications spécifiques. En effet, la plupart du temps, les mesures d'éloignement et de protection de placement signent une absence de collaboration des parents, le juge des enfants garantissant le tiers protecteur séparateur entre l'enfant et la famille de naissance (Vicente & Schom & Robert, 2014). Ces mesures peuvent être proposés dans un cadre de « répit » pour l'enfant ou lorsque le parent est suffisamment mobilisable sur le plan psychique pour mettre au travail les objectifs sociaux, éducatifs et psychologiques (David, 2004b). Ici, les commissions techniques ont lieu tous les trois, six ou douze mois.

2.3.2.2.2 La procédure judiciaire d'Ordonnance de Placement Provisoire (ou O.P.P.)

Les décisions d'O.P.P. sont des placements d'urgence à effet immédiat prononcé en majorité par le Procureur de la République lorsque la situation de danger est particulièrement grave et avérée pour l'enfant, remettant en question son intégrité physique et psychologique. En général, une audience devant le juge des enfants est ordonnée quinze jours après le placement pour établir un type de mesure judiciaire (A.E., D.A.P., etc.). Cette procédure fait régulièrement suite à un signalement émis de la part de la Cellule de Recueil et de traitement d'Information Préoccupante (ou C.R.I.P.) qui correspond à la Cellule départementale de l'Enfance en Danger et Urgence (C.E.D.U.) sur le département dans lequel la recherche a été réalisée, cellule qui centralise et traite les informations pour déterminer leur caractère préoccupant ou non (informations émanant du 119, de l'école, de l'hôpital, des voisins, etc.). L'évaluation de ces informations préoccupantes suivent une procédure stricte avec le travail d'un couple évaluateur transversal (en général un éducateur A.S.E. en prévention et une infirmière en P.M.I.) et étalonnée sur une durée maximum de trois mois. Ensuite, les évaluations sont soit directement réalisées par ce type de cellule, soit demandées aux professionnels A.S.E. en prévention qui interviennent sur le territoire.

Dans le département et le territoire concerné de la recherche, il existe des Commissions Evaluation de l'Enfance en Danger. Nous sommes présents au sein de ces commissions, avec également le médecin coordinateur de la protection maternelle infantile du territoire et les médecins adjoints, les sages-femmes et infirmières puéricultrices, les travailleurs sociaux issus du champ de la prévention (éducateur et T.I.S.F.) et du champ de l'insertion (les assistants sociaux dits de « secteur »), le cadre technique enfance spécialisée en prévention ainsi que le cadre hiérarchique directe de l'accueil territorialisé du Conseil Départemental pour l'ensemble des missions appartenant au pôle Solidarités (logement, insertion et A.S.E.). Les commissions ont lieu tous les mois pour suivre l'évolution de l'évaluation du signalement. Dans ce cadre, des signalements judiciaires avec des demandes d'O.P.P. peuvent directement être formulées au sein de ces commissions.

2.3.2.2.3 Les mesures judiciaires d'Assistance Educative (ou A.E.)

Les mesures d'A.E. sont les plus fréquemment rencontrées. Le maintien ou non du placement ainsi que les droits des parents sont décidés par le juge des enfants tous les trois mois, six mois, un an ou deux ans en fonction de l'âge des enfants et de la problématique familiale. Au sein du département concerné, il existe différents niveaux de droits et de visites des parents qui viennent rencontrer leur enfant. Il y a des visites libres avec hébergement qui sont des temps de visites avec nuitée le week-end et pendant les vacances chez la famille de naissance. Il y a des visites libres en journée chez les parents mais sans nuitée. Dans ces cas-là, les accompagnements sont en majorité assurés par les assistants familiaux. Il y a des visites accompagnées à domicile avec présence du référent, des visites semi-accompagnées à domicile avec présence du référent au moment des retrouvailles et des séparations. Des visites accompagnées ou des visites semi-accompagnées en lieu neutre avec présence du travailleur social tout au long de la visite ou en début et en fin de rencontre. Le niveau le plus protégé correspond aux visites médiatisées (David, 2004b) en lieu neutre d'une durée qui ne peut dépasser une heure avec la possibilité d'arrêter la visite à tout moment au moindre signe d'anxiété de la part de l'enfant et/ou du parent. Ces visites sont réalisées par un travailleur social et un psychologue selon des règles explicites et implicites strictes et spécifiques (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc, 2011), pour garantir la sécurité de l'enfant et les conditions de travail à la parentalité lorsque les conditions de mobilisations psychiques sont possibles pour les parents.

2.3.2.2.4 Les mesures judiciaires de Délégation d'Autorité Parentale et de Déchéance d'Autorité Parentale (D.A.P.)

Les mesures de délégation de l'autorité parentale concernent les enfants dont les parents détiennent toujours leur autorité parentale mais son exercice est confié au juge des enfants qui le délègue lui-même au Président du Conseil Départemental par l'intermédiaire du service de l'A.S.E. Les mesures de déchéance de l'autorité parentale s'appliquent aux situations d'enfants dont les parents n'ont ni l'exercice de droit ni d'autorité parentale. Dans les deux cas, des commissions techniques ont lieu tous les ans afin de réévaluer régulièrement la situation de l'enfant, même s'il n'y a plus d'échéance judiciaire étant donné qu'il n'y a plus officiellement de juge des enfants. Dans ces cas précis, c'est directement le Président du Conseil Départemental qui donne en délégation au service A.S.E. l'autorité parentale et son exercice. Il prend donc toutes les décisions pour l'enfant.

2.3.2.2.5 Les mesures judiciaires de tutelles aux biens et aux personnes

Les mesures de tutelle de biens et personnes sont ordonnées par le juge des tutelles dont la décision prévaut sur celle du juge des enfants. Ici sont concernés les enfants dans les parents présentes des psychopathologies lourdes et sévères. En général, ce sont les parents eux-mêmes qui sollicitent au juge des tutelles ce type de mesures qui représente une protection plus importante pour eux que la mise sous curatelle. Dans ce cadre, si les parents ont leur enfant placé et qu'il n'existe absolument aucun relais familial, le juge des tutelles peut saisir sans l'avis du parent en question (ni de l'A.S.E. car la demande émane de la décision des parents) un élargissement de la mesure de protection d'une tutelle aux biens et aux personnes. Ce type de mesure est peu courante. Une commission technique a lieu tous les ans afin de réévaluer les droits des parents en termes de visites. Ici, c'est de nouveau le Président du Conseil Départemental qui donne en délégation au service A.S.E. l'autorité parentale et l'exercice de l'autorité parentale. Il prend donc toutes les décisions pour l'enfant.

2.3.2.2.6 La procédure judiciaire de délaissement (D.J.D.P.)

Le délaissement est une procédure judiciaire spécifique et ne constitue pas une mesure particulière. Anciennement nommée la « Déclaration Judiciaire d'Abandon » (ou D.J.A.) selon l'article 350 du code civil, elle a pris le titre de Déclaration Judiciaire de Délaissement Parental (D.J.D.P.) depuis la dernière loi de mars 2016. Le délaissement peut être plein (les deux parents)

ou partiel (un seul parent). La dernière loi de protection de l'enfance de mars 2016 encourage plus significativement à poser la question du statut de l'enfant via la procédure de délaissement pour tous les enfants qui n'auraient plus de contact ou de relation avec leurs parents.

Après la sollicitation des services sur une durée d'un an, l'A.S.E. a la charge d'évaluer la mesure de l'absence des parents, ainsi que la qualité des relations pendant cette période. Dans l'ancienne version de la D.J.A., la procédure pouvait s'annuler au moyen d'un unique contact téléphonique des parents pour donner des nouvelles même la veille de sa clôture, ce qui avait bien souvent pour effet de réactiver les expériences d'abandon et de discontinuités traumatiques chez les enfants. Depuis la loi de 2007, une appréciation sur la qualité de la reprise de contact est demandée à l'A.S.E., et encore renforcée par la loi de mars 2016. Dans ce cadre, un simple appel téléphonique ne suffit plus et il est en général demandé aux parents de pouvoir s'inscrire dans une relation prévisible et durable dans un premier temps auprès de l'A.S.E. pour ensuite apprécier ce qui est possible pour le parent envers l'enfant (par voie épistolaire, par téléphone ou si possible en visite, etc.).

Aussi, précisons que la possibilité de relais au sein de l'environnement familial élargi de l'enfant est systématiquement évaluée par l'A.S.E. (que cela soit auprès des grands-parents, des oncles et tantes paternels-maternels ou de la famille éloignée comme les cousins et cousines ou encore des personnes ressources référentes). Si une possibilité de référence familiale ou de figure affective existe pour l'enfant, il peut être proposé des mesures de Tiers Digne de Confiance à de la personne en question (ou T.D.C.), ou de diriger les familles vers des dispositifs de garde relatifs à la juridiction des Juges des Affaires Familiales (ou J.A.F.) pour garantir une stabilité des droits pour l'enfant, si jamais plusieurs personnes revendiquent sa garde. Jusqu'en mars 2016, ces questions autour des statuts étaient directement travaillées au sein des commissions techniques.

Dorénavant, la législation encourage les départements la tenue d'une commission interdisciplinaire pour donner un avis sur cette question de statut (entre les D.A.P. et le délaissement) dans laquelle sont présents le Procureur de la République, des travailleurs sociaux, des Directeurs de Service, des Responsables d'établissements ainsi que la présence d'un psychologue A.S.E. du département. Un des objectifs du délaissement est de protéger les enfants de l'abandon possible des parents, et de favoriser leur adoption car lorsque le délaissement est total, l'enfant change de statut juridique pour devenir pupille de l'Etat.

2.3.2.2.7 Le statut juridique des enfants de l'Etat de la nation et la question de l'adoption

Le statut des enfants pupilles de l'Etat recouvre donc les enfants qui ont été délaissés par les deux parents de naissance. C'est le tuteur qui détient l'autorité parentale et les décisions sont prises au sein du Conseil de famille dont le tuteur est membre. Dans ces commissions sont réunis des directeurs de services départementaux de l'A.S.E. ou de la famille, des travailleurs sociaux, un psychologue, des représentants d'associations d'anciens enfants placés et pupilles, le tout sous l'autorité administrative et décisionnaire du Préfet. Un rapport rédigé par un éducateur A.S.E. est envoyé avec une consultation physique du Conseil au moins une fois par an pour tout ce qui concerne la prise de décision dans la vie de l'enfant jusqu'à sa majorité. L'enfant a aussi la possibilité de solliciter à n'importe quel moment le Conseil pour le rencontrer.

C'est aussi le Conseil de famille qui décide de la possibilité de proposer une adoption plénière de l'enfant, après avis de l'A.S.E. L'enfant peut être adopté par une famille de parrainage, une famille d'accueil ou une famille adoptive. Dans ces cas, un rapport d'adoptabilité est demandé aux psychologues A.S.E. Une fois l'adoption réalisée, il y a une rupture de la filiation totale de l'enfant avec sa famille de naissance, d'où la nécessité de suffisamment investiguer les possibilités de la famille élargie et des personnes ressources potentielles. Par exemple, l'enfant peut être à la fois pupille tout en restant en famille d'accueil sans qu'il y ait de projet d'adoption, s'il continue à rencontrer ses grands-parents de naissance et que ceux-ci ne souhaitent pas engager de démarche d'adoption. Une fois l'adoption réalisée, l'A.S.E. n'intervient plus dans la situation de l'enfant.

Ces différentes mesures de procédures administratives et judiciaires conjuguées à la variabilité des statuts de l'enfant ont des effets très significatifs sur son devenir. Elles posent fondamentalement une nouvelle fois la question de l'éthique et de l'immense responsabilité des différents professionnels intervenants auprès de l'enfant (par exemple la famille d'accueil et le référent) et des différentes instances (commissions techniques et commission de révision des statuts, juge des enfants, juge des tutelles, conseil de famille, etc.), dont les décisions sont parfois irréversibles dans la vie de l'enfant et de sa famille de naissance (comme l'adoption). Ces situations majorent l'expression de mouvements de type contre-transférentiel de la part des intervenants ainsi que le risque de phénomènes d'identification projective, que nous développerons au sein de la partie discussion de la recherche. Présentons maintenant sur un

plan administratif et institutionnel la place et le rôle des professionnels les plus importants dans la vie et le quotidien de l'enfant placé en famille d'accueil : l'assistant familial et l'éducateur référent.

3 LA PLACE ET LE ROLE DES PROFESSIONNELS EN PLACEMENT FAMILIAL COMME PREMIER INDICATEUR DE LA RELATION INSTITUTIONNELLE

Le placement familial consiste à accueillir un enfant dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance à 87% judiciaire (pour la majorité une assistance éducative), par un assistant familial qui représente avec l'ensemble des personnes résidantes à son domicile, une famille d'accueil (O.N.E.D., 2015). En général, un référent administratif A.S.E. de l'enfant est nommé pour constituer in fine, la relation triptyque si complexe qui nous intéresse ici entre l'enfant, l'assistant familial et le référent, au regard de l'histoire familiale et affective de la famille de naissance de l'enfant tout en prenant en compte celle des professionnels concernés par la situation de placement de l'enfant. Pour cela, nous définissons et présentons dans un premier temps ce que signifie le travail de l'assistant familial, avant de procéder à la même démarche de définition sur la place et le rôle du professionnel en ce qui concerne le référent A.S.E. de l'enfant. La présentation de ces aspects a pour objectifs de déterminer les premiers éléments de repère de la relation institutionnelle manifeste entre les enfants et les professionnels concernés.

3.1 Présentation du métier d'assistant familial

Nous présentons le métier d'assistant familial en définissant tout d'abord l'évolution de cette profession. Dans un deuxième temps, nous exposons brièvement ces spécificités pour ensuite développer la relation qu'entretient l'assistant familial avec l'enfant, la famille de naissance et le service A.S.E.

3.1.1 L'évolution de la profession d'assistant familial

Depuis 1977, la France diffère des autres pays occidentaux sur le statut des assistants familiaux qui sont considérés comme salariés et non comme bénévoles ou mandataires auprès d'organismes privés de la protection de l'enfance (O.N.E.D., 2015). Les assistants familiaux

bénéficient donc d'un contrat de travail avec un salaire et différents niveaux d'indemnités pour les accueils des enfants, que cela soit dans le secteur publique ou privé. Depuis plus de vingt-cinq ans, ce travail si complexe se transforme progressivement comme un métier à part entière. Ce processus de professionnalisation (Euillet, 2010a) a été initialement marqué par deux avancées législatives (lois n° 92-642 du 12 juillet 1992 puis n° 2005-706 du 27 juin 2005) qui définissent juridiquement l'assistant familial comme « la personne qui, moyennant rémunération, accueille habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt-et-un an à son domicile » (O.N.E.D., 2015, 6).

La profession passe maintenant par un agrément délivré par le service de la Protection Maternelle et Infantile, sous délégation du Président du Conseil Départemental. Cet agrément d'assistant familial est donc différent que celui d'assistante maternelle. Une fois l'agrément obtenu, les assistants familiaux peuvent être recrutés soit par le conseil départemental, soit par des organismes associatifs privés. L'agrément n'est pas le même si l'assistant familial accueille un, deux ou trois enfants (trois étant l'accueil maximal, ce qui peut donc aller jusqu'à six enfants accueillis au sein de la même famille d'accueil si le couple est agréé pour accueillir trois enfants chacun, sans compter les possibilités d'accueil de relais le week-end ou pendant les vacances scolaires). Une fois embauchés, les assistants familiaux doivent suivre une formation qualifiante de trois ans pour obtenir un diplôme d'état, mais qui n'est cependant pas obligatoire à l'exercice de cette profession.

3.1.2 Les spécificités de la profession d'assistant familial

La profession assistant familial consiste à prendre soin de l'enfant placé au quotidien et à lui prodiguer l'éducation dont il a besoin. Dans ce cadre, le métier d'assistant familial comporte un certain nombre de spécificités professionnelles uniques dans le monde du travail. Par exemple, la vie au quotidien avec l'enfant au sein de son propre domicile familial amène l'assistant familial à ne pas avoir dans l'absolu de week-end, de vacances ou de jours fériés, étant 24h/24h et 7jours/7 avec l'enfant²¹. De plus, même si l'enfant retourne ponctuellement chez ses parents de naissance, qu'il doit partir en famille relais²² ou encore en colonie de

²¹ Précisons que depuis la dernière réforme sur la professionnalisation des assistants familiaux, un travail significatif des services employeurs encouragent ces professionnels à bénéficier de leurs droits aux congés payés. Cependant, la tension actuelle observée en placement familial (en raison du manque de places) limite significativement la portée de cet encouragement (Delalande, 2007, 2009 ; Ferrandi, 2009 ; Galopin, 2012 ; Bouville, 2015).

²² Le recourt aux familles relais est de plus en plus observé au sein de l'organisation du placement familial (ONED,

vacances, le professionnel reste souvent préoccupé par l'absence de l'enfant, ce qui s'observe parfois particulièrement au moment des retrouvailles (David, 2004b). De même, le salaire de l'assistant familial est fonction du nombre d'agrément qui lui ont été attribués. Ainsi, le départ d'un enfant risque de lui faire perdre une source importante de revenu, ce qui peut avoir des effets sur la qualité d'accueil des enfants qui restent au domicile ou sur un désaccord exprimé vis-à-vis d'un départ d'enfant de la famille. Aussi, notons que le salaire en tant que tel n'a que très peu été valorisé depuis la réglementation de cette profession, ne facilitant pas son attractivité. Ce métier exigeant demande ainsi un engagement fort « pour en accepter les servitudes » (David, 2004b, 290).

De même, ce travail est animé par une profonde motivation affective. Cet engagement salvateur peut entraîner avec lui le reste de la famille qui accompagne ce projet d'accueil, avec des répercussions possibles sur la vie conjugale du professionnel, ses enfants, sa vie sociale, ses parents, etc. C'est ainsi que c'est toute une famille qui vit au rythme de l'accueil, ponctué de moments agréables (comme les départs en vacances, les jeux en famille, etc.) et d'autres moments où l'enfant n'a pas d'autres solutions que de faire partager négativement ses expériences et ses ressentis, jusqu'à son départ définitif, créant un sentiment de vide affectif pour l'ensemble de la famille d'accueil. A l'instar de nombreux métiers de la relation d'aide, les motivations du choix de cette profession sont profondes avec des assistants familiaux qui ont pour la plupart connu un passé difficile et douloureux (David, 2004a). Nous aborderons ce point plus particulièrement dans la description clinique des relations institutionnelles. Continuons la présentation du métier en développant le type de relation que partage l'assistant familial avec l'enfant.

3.1.3 La relation avec l'enfant

Les assistants familiaux partagent un dévouement et un amour avec les enfants qui constituent à leurs yeux un indicateur de la qualité de leur travail ainsi qu'une véritable valeur morale de transmission (David, 2004a). Les protéger, accompagner leurs déceptions, être

2015). Leur travail est d'accueillir l'enfant ponctuellement (par exemple un week-end ou sur une période de vacances scolaires) afin de laisser se reposer la famille d'accueil qui a l'agrément permanent (qui accueille à plein temps l'enfant). En général, la famille relais doit être la même pour l'enfant afin de ne pas perturber la continuité de ses repères. Cependant, toujours en raison de la tension actuelle observée en placement familial entre les places disponibles et les demandes de place, on observe qu'il y a de plus en plus de famille d'accueil « permanente » qui font des relais en parallèle, faute de place d'accueil. De plus, les relais demandés sont de moins en moins stables pour les enfants qui se retrouvent parfois à changer régulièrement de lieu d'accueil.

sensible à leur présence, répondre à leurs besoins et à leurs demandes, les élever, les accompagner, les soigner, les réconforter et les câliner constituent un bonheur essentiel pour les familles d'accueils (David, 2004b).

Les enfants accueillis sont de leur côté très avides affectivement et se montrent particulièrement sensibles aux attentions et intérêts que leurs portent les professionnels (Schofield & Beek, 2006). Ils manifestent le besoin primordial d'être considérés comme des enfants qui méritent d'être aimés, que la famille d'accueil partage cette conviction qu'ils sont de bons enfants, gentils et cela « pour de vrai » (David, 2004b). Cet amour, cette disponibilité et cette patience des assistants familiaux les rendent néanmoins particulièrement sensibles à certains mouvements de rejet que pourraient manifester l'enfant pour éprouver la fiabilité et l'authenticité de ses affects, dans une recherche de continuité d'existence (Winnicott, 1956) avec ce qui ne s'est pas fait et ce qui a pu manquer au sein de leur famille de naissance.

Aussi, cet investissement affectif de l'assistant familial mobilise toute la famille entière. Cette union familiale qui peut se déployer jusqu'à la famille élargie (oncle et tante, grands-parents, etc.) peut parfois provoquer un phénomène de repli sur la cellule familiale, peu encline à manifester des demandes d'aides et de soutien lorsque la situation pourrait pourtant le nécessiter (David, 2004b ; Guédeney & Guédeney, 2010). L'engagement est tel qu'une recherche d'aide pourrait entraîner un sentiment de culpabilité de n'être pas suffisamment compétent en tant que professionnel, en tant que personne, voire en tant que famille. Si cette préoccupation ne prend pas de tournure obsessionnelle ou phobique en ne remettant pas en question les attentions et réponses données aux besoins de l'enfant, cette forme de repli sur le fonctionnement familial comporte l'avantage de limiter les phénomènes d'intrusion au sein de la famille d'accueil et de préserver un sentiment de sécurité contenant de type « cocon » pour l'enfant (David, 2004a).

Cette contenance affective manifestée au quotidien fait partie de la diversité des soins que réalise l'assistant familial à l'intention des enfants qui ont connu de profondes souffrances, notamment en termes de carence, de négligence et de violence. Les soins prodigués jour après jour ont donc une grande importance pour le développement de l'enfant, que ce dernier les accepte ou non (David, 2004b). Cela concerne les repas avec une alimentation équilibrée et saine (les enfants ont pu en effet être livrés à eux-mêmes et manger ce qu'ils pouvaient trouver), un cadre de vie rythmé sur des horaires stables et prévisibles, des temps de sommeil nécessaire,

des soins attentifs apportés au corps en plus de tous les soins uniques que demande chaque enfant dans ses besoins spécifiques. Le plaisir manifesté par l'assistant familial sur toutes ces manières de prendre soin de l'enfant peut ainsi se transmettre à l'enfant, ce dernier partage alors les bienfaits de se respecter et de faire attention à soi.

Ainsi, ce cadre de vie contenant peut aider l'enfant à se poser, à retrouver sa condition d'enfant et se sentir en sécurité au sein de ce lieu d'accueil organisé comme une authentique structure familiale avec tous ses bienfaits associés. En effet, le rythme de vie, les valeurs, les habitudes de la famille en lien avec un environnement plus étendu comme par exemple les personnes de la famille élargie, les amis du foyer familial, l'école, les sorties au parc et les commerces, les professionnels des centres de soins (comme les C.M.P. etc.), tout cela contribue au bien-être de l'enfant. Ainsi, Myriam David nous explique que ce qui semble primordial dans la vie de l'enfant placé en famille d'accueil, c'est de « maintenir une vivante affectivité de l'enfant » (David, 2004a, 304).

De même, la relation de l'assistant familial avec l'enfant est en partie conditionnée au contexte même du placement qui vise à ce que l'enfant retourne un jour vivre dans sa famille de naissance. Cette crainte permanente du départ qui dépend de rationalités extérieures à l'investissement affectif de l'assistant familial, peut venir menacer le bien-fondé de ce même investissement affectif, dévoilant ainsi son aspect presque irrationnel (comme par exemple le souhait du retour de l'enfant au domicile des parents, le travail réalisé en parallèle par le service, la vision d'évolution de la situation du référent qui n'est pas la même que la famille d'accueil sans que cela n'ait pu être parlé, une décision du juge des enfants qui ne suit pas la préconisation faite par le service A.S.E. d'un maintien de placement ou une déjudiciarisation de la mesure, etc.). Cette forme d'urgence et d'emballage affectif peut alors prendre des allures quasi-paranoïaques à travers un sentiment de culpabilité inconscient qui illustre le biais projectif de l'assistant familial dans son désir profond d'appropriation de l'enfant.

3.1.4 La relation avec les parents

La relation avec les parents constitue une des principales difficultés pour les familles d'accueils (David, 2004a). Ils représentent une menace et un poids permanent dans l'état d'esprit d'accueil des assistants familiaux. Les parents peuvent ainsi représenter la possibilité de pouvoir récupérer l'enfant à tout moment, ou au contraire qu'ils ne lui donnent plus aucune

nouvelle et le délaissent complètement en l'abandonnant, alimentant ainsi des fantasmes meurtriers de suppression et de remplacement qui peut venir alors faire écho à leur propre conflictualité œdipienne, parfois non résolue.

Ce sentiment est d'autant plus vif que dans certaines conditions les parents détiennent toujours l'autorité parentale contrairement à la famille d'accueil qui ne bénéficie d'aucune légitimité de droit sur l'enfant. Quant au poids des parents que peut ressentir l'assistant familial, il se mesure par la représentation que les parents ont d'avoir été responsable de la souffrance de l'enfant, souffrance que la famille d'accueil a la plupart du temps éprouvé à travers la difficulté de l'enfant pour trouver de l'apaisement malgré toute l'énergie déployée pour l'aider en lui prodiguant les soins nécessaires.

De même, l'emprise que les parents peuvent avoir est parfois insupportable pour les familles d'accueil, notamment lorsque l'enfant montre des manifestations d'attachement et d'affection envers ses parents alors qu'il a été par exemple battu par ces derniers. L'assistant familial ne comprend pas le caractère irrationnel (voire injuste) des demandes affectives de l'enfant à l'égard de ses parents, d'autant plus qu'il voit l'enfant en souffrir. Ce manque affectif qu'il semble impossible de combler est particulièrement intolérable lorsque l'enfant manifeste un rejet à l'égard du professionnel, comme si rejeter l'assistante familiale lui permettrait de retrouver cette figure idéalisée de la mère tendre et aimante, avec qui la rencontre est tant espérée dans le réel par l'enfant. Le professionnel peut vivre ce rejet comme une remise en question de ses qualités malgré les efforts déployés auprès de l'enfant. Ainsi, il semble bien que « après avoir mentionné les attitudes de dénégation à l'égard des manifestations de détresse des enfants, cette méconnaissance soit liée à une intolérance de la plupart d'entre elles (familles d'accueil) à l'égard de la souffrance de l'enfant, comme si elle leur était un reproche de n'être pas assez une bonne nourrice » (David, 2004b, 297).

3.1.5 La relation avec le service A.S.E.

La relation avec le service peut se décrire à travers les tendances au repli sur le collectif de la cellule familiale considérée alors comme auto-suffisante et n'encourageant pas la recherche de demande d'aide et de soutien, tout comme le travail de départ de l'enfant qui n'a pas été suffisamment bien préparé avec la famille d'accueil (en dehors de certaines de ses motivations inconscientes précédemment décrites). En cela, les familles d'accueil semblent être

traversées par des ressentis que l'on pourrait schématiser sur un continuum avec aux extrémités : le sentiment de n'être pas suffisamment soutenues lorsque le suivi n'est pas assez régulier (malgré des procédés d'évitement aux suivis proposés) et en même temps le sentiment de ne pas se sentir suffisamment compris lorsque le suivi réalisé par le service A.S.E. est vécu comme un moyen de surveillance permanente (David, 2004a). C'est dans ce cadre que les accompagnements thérapeutiques peuvent se réaliser pour les enfants avec une dimension de travail en équipe indispensable autour de la place et le rôle de chacun dans l'histoire de l'enfant. Arrêtons-nous maintenant du côté de la relation que le référent entretient avec l'enfant.

3.2 Présentation du métier de travailleur médico-social référent

Nous présentons le métier de travailleur médico-social référent (ou assistant socio-éducatif référent) en définissant tout d'abord l'évolution de cette profession puis ses spécificités pour enfin développer la relation qu'entretient le référent avec l'enfant, la famille de naissance et l'environnement institutionnel.

3.2.1 La définition de la profession d'éducateur référent en contexte de placement familial

Les travailleurs médico-sociaux référents dans le champ de la protection « admis » sont donc les référents des enfants placés en famille d'accueil. Ce référent aura notamment pour mission principale de représenter une continuité, « le fil rouge » dans l'histoire de séparation de placement de l'enfant. Il pourra suivre et superviser les différentes prises en charge de l'enfant. Il restera un des interlocuteurs privilégiés du juge des enfants (assistant la plupart du temps aux audiences judiciaires) et constituera le protagoniste central de liaison avec la famille de naissance de l'enfant, participant par exemple aux rencontres enfant-parent lorsqu'elles sont possibles.

3.2.2 Les spécificités de la profession de référent Aide Sociale à l'Enfance

Le 7ème congrès de l'association internationale des éducateurs de jeunes inadaptes (association qui a significativement contribué à l'organisation et à la formation de cette profession sur une cinquantaine d'années) donne une définition de l'éducateur comme étant « un technicien absolument indispensable dans la relation d'aide, de solidarité affective, dans notre société « postindustrielle » en crise, car de plus en plus technocratique, valant plus encore par ce qu'il est et ce qu'il fait, que par ce qu'il sait » (Vattier & Rochotte-Triboulot, 1991, 19).

On retrouve ici une des principales caractéristiques du travailleur social, celle d'être dans une forme d'agir (Dréano, 2009 ; Gautret, 2002) pour répondre aux difficultés des personnes qu'il accompagne, sans pour autant être considéré comme un « travailleur social acteur » qui serait en opposition au « travailleur social penseur ».

Cette ambivalence souligne ce « mouvement incessant de va-et-vient qui tantôt le précipite dans l'enclos du spécialiste et aussitôt après, aux premiers gestes de son exercice professionnel, le ramène brusquement dans le cadre des métiers connus et reconnus » se retrouvant dans ce contexte à combler le vide de « ce domaine si mouvant du médico-psycho-social »² : il est l'allocataire de tous (enfants, enseignants, professionnels) toujours au nom de sa polyvalence mais se retrouve finalement spécialiste de rien (Vattier & Rochotte-Triboulot, 1991, 15).

On observe nettement ce paradoxe dans l'exercice professionnel du travailleur social à l'A.S.E. : il a des compétences dans le judiciaire (par exemple via la connaissance générale du fonctionnement administratif et judiciaire ou sa participation aux audiences), du social (par exemple dans l'appréhension de la situation sociale et économique des parents), éducatif (qui pourraient s'illustrer par les interventions régulières dans les familles d'accueil pour accompagner certains comportements considérés comme inadéquats de l'enfant ou à travers les discussions portant sur les éléments essentiels à la mise en place de mesures éducatives avec les familles), citoyenne et civique (en tant que fonctionnaire représentant les pouvoirs publics territoriaux), dans le domaine des apprentissages et des acquisitions scolaires (si l'enfant est dyslexique par exemple) et médico-psychologiques (comme interlocuteur des différents spécialistes de ce domaine).

On remarque l'immense diversité des notions présentées et la pluralité de ses champs d'interventions « aux limites sans cesse reculées » (Vattier & Rochotte-Triboulot, 1991, 23). Le référent est un ainsi professionnel à part entière, un travailleur social et intellectuel, il est intervenant social, médiateur social, coordinateur de différents professionnels. Sa mission rejoint celles d'autres professions voisines et s'en différencie par son aspect global. A l'A.S.E., sa mission éducative principale est d'assurer la continuité sécurisante dans l'accompagnement de l'enfant (Berger, 2003).

3.2.3 La relation du référent avec l'enfant

Le professionnel de l'A.S.E. occupe une place primordiale dans l'évolution du placement de l'enfant et partage une relation privilégiée avec ce dernier : il est son « référent ». On peut retrouver une illustration de cette relation privilégiée à travers leur positionnement lors des rencontres des enfants avec leur parent pendant les visites médiatisées dans lesquels l'enfant peut utiliser le professionnel comme une sorte de « protection, s'installant auprès de lui pour jouer » (Berger, 2003, 134). C'est aussi lui qui va dans la famille d'accueil de l'enfant. Il peut venir le voir, lui rendre visite par « surprise » afin de vérifier si « tout va bien » ou encore venir en urgence si l'enfant ou l'adolescent a fait des « bêtises » et lui faire une « remontrance » ou encore pour des situations plus graves comme des mises en danger d'autres enfants ou de l'assistante familiale, des fugues, etc.

Il peut être aussi amené à gérer son suivi de scolarité et est garant de sa situation administrative si les parents n'ont plus la détention de leurs autorités parentales, en formulant des propositions à la délégation du représentant administratif et judiciaire de l'enfant dans l'institution. C'est aussi la personne confidente, le « grand frère » (Dréano, 2009, 295) par exemple pendant des discussions fondamentales lors de longs trajets en voiture pour amener l'enfant chez ses parents après l'autorisation d'un droit de visite ou d'hébergement ou encore pour le ramener dans sa famille d'accueil. Ces trajets d'ailleurs peuvent être assimilables à un véritable « dispositif psychanalytique » dans lesquels l'enfant est en général situé à l'arrière et n'est donc pas en contact visuel avec son interlocuteur, qu'il se retrouve dans un espace clos et défini qui le « coupe et le protège du monde » (Berger, 2003, 127). Enfin le référent a souvent été présent au moment du départ lors de la première séparation de l'enfant avec ses parents. C'est lui qui est aussi responsable de la réalisation et du déroulement des « transitions » de lieu d'accueil lors des ruptures de placement familial par exemple.

3.2.4 La relation du référent avec les parents

Le professionnel rencontre les parents de l'enfant de manière formelle et informelle. A la fois pendant les visites où les parents viennent rencontrer l'enfant (médiatisées, accompagnées ou semi-accompagnées), pendant les audiences ou encore lors de convocations des parents à l'A.S.E. avec la présence des responsables administratifs et judiciaires de l'enfant (cadre, délégué ou attaché) ou avec d'autres professionnels (comme le psychologue). Le référent les rencontre aussi de manière informelle par exemple avant et après les audiences dans des situations parfois sous tension (après le contradictoire de l'audience) qui peuvent donner

lieu à des agressions verbales voire physiques de la part des parents (par exemple après une décision judiciaire d'une suspension de droit par le juge des enfants sur proposition du référent qui porte à ce moment-là la décision du service A.S.E.).

3.2.5 La relation du référent avec l'institution

Au sein des placements publics des conseils départementaux, le référent fait partie du service Aide Sociale à l'Enfance dans lequel l'enfant a été confié en général par le juge des enfants dans le cadre d'une ordonnance judiciaire. L'organisation des politiques territoriales au sein de l'action sociale est différente dans chaque département. Certaines collectivités ont centralisé les services A.S.E., d'autres les ont au contraire décentralisés en territorialisant les différentes missions du Conseil Départemental comme la mission A.S.E. diluée au sein de la thématique famille, dans une logique de transversalité des services et de décloisonnement (Ferrandi, 2009 ; Delalande, 2009).

On assiste donc à une multiplicité d'organisations institutionnelles qui peut complexifier considérablement la question de l'organisation des pratiques pour des professionnels aux métiers si sensibles, induisant des qualités de relations institutionnelles différentes avec les enfants placés. Le type d'organisation administrative a donc des conséquences directes sur le quotidien et le vécu des enfants confiés (Ferrandi, 2009 ; Delalande, 2009), majorant le risque de discontinuités au sein de leur parcours. C'est dans ce cadre que s'entreprennent la dimension recherche-action de cette étude. L'objectif principal sera donc d'appréhender dans quelle mesure l'appréciation des différentes modalités d'intervention des professionnels à travers une analyse de leurs interventions interprofessionnelles (entre la famille d'accueil et le référent au regard de l'environnement institutionnel) peut contribuer à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant.

4 PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE EN PLACEMENT FAMILIAL

La troisième partie est consacrée à la psychopathologie clinique rencontrée dans un contexte de placement familial présentée selon une approche descriptive, épidémiologique et compréhensive. L'approche descriptive expose la liste des principaux troubles et entités morbides rencontrées en placement familial. L'approche épidémiologique aborde les effets des facteurs environnementaux sur le fonctionnement psychologique des enfants et des adolescents ainsi que la prévalence des pathologies psychiatriques en protection de l'enfance. L'approche

compréhensive se concentre sur la présentation des principales formes d'organisations psychopathologiques du lien observées en placement familial.

4.1 Approche descriptive de la psychopathologie clinique de l'enfant en placement familial

Les premières considérations portées à la psychopathologie de l'enfant durant les deux dernières décennies du XIX^{ème} siècle inscrivaient l'enfant dans une démarche de rééducation répressive des troubles présentés par l'enfant dans un registre de compréhension déficitaire de l'état de la souffrance exprimée par ce dernier. L'enfant était au cœur de la théorie de la dégénérescence et présenté comme « un imbécile » (Houzel, 2003). Il a fallu attendre les premiers travaux de Freud et Breuer pour apprécier la symptomatologie présentée par les organisations hystériques comme étant directement reliée à l'enfance (réelle puis fantasmatique en suivant l'évolution de la première et la deuxième théorie des pulsions après l'abandon de la neurotica par Freud) (Freud & Breuer, 1895). S'en est suivie l'émergence d'une pensée de la psychopathologie infantile avec notamment les premières cliniques centrées sur l'enfant (Freud, 1927 ; Klein, 1932).

En dehors de son point de vue structurel (Bergeret, 1985), la psychopathologie de l'enfant se retrouve particulièrement inscrite dans une évolution dynamique permanente comprise au sein d'un continuum processuel entre le normal et le pathologique (Ciccone, 2014). Des traumatismes structurants et développementaux (essentiellement propres au domaine de la conflictualité infantile²³) aux traumatismes désorganisateurs, l'extension des processus psychopathologiques s'interpose voire détruit tout ce qui sous-tend le développement de l'enfant, à travers la dimension toxique des processus décrits par leur massivité, leur durée et leur dénaturation (Ciccone & Ferrant, 2008 ; Pellé, 2005 ; Bénony & Bénony-Viodé & Dumas, 2012 ; Ciccone, 2014). En cela, on comprend que le nourrisson, le bébé, l'enfant et l'adolescent par leur immaturité psychique (et ayant une quantité très faible de ressources psychiques absolument essentielles à préserver) se retrouvent être particulièrement vulnérables aux facteurs présents dans l'environnement, notamment ceux rencontrés dans la sphère familiale.

²³ Autrement dit les traumatismes structuraux et développementaux appartenant principalement à la sexualité infantile (du traumatisme de la naissance aux positions kleiniennes, les stades pré-oedipiens et oedipiens, la période phallique et de latence jusqu'aux conflits adolescents et en cours tout au long de la vie). Ils participent notamment à l'élaboration des fantasmes qui structurent et organisent tous les objets et sont dans ce sens particulièrement agents de la subjectivation, c'est-à-dire organisateurs des processus psychiques participant à la construction du développement de la psyché de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra (Rank, 1909 ; Freud, 1915, 1920, 1926).

La dynamique de l'influence des processus psychopathologiques sur le développement de l'enfant est particulièrement vive dans le domaine de la protection de l'enfance, tant du côté de la psychopathologie du parent que celui de la psychopathologie infantile. On retrouve ainsi quasiment toutes les entités morbides psychopathologiques de la clinique du nourrisson et du bébé en passant par l'enfant et l'adolescent (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d). Pour situer le cadre clinique de la recherche, nous proposons une liste descriptive des symptomatologies et des entités psychopathologiques rencontrées. Cette description non exhaustive s'inscrit dans la classification psychiatrique de la psychopathologie psychanalytique et en dehors du malentendu parfois prêté à cette classification entre la transmission consciente et inconsciente des troubles vers l'enfant. Autrement dit, de l'amalgame parfois attribué entre la recherche de la causalité culpabilisante du côté des parents avec la recherche d'exploration du sens de la mise en place de l'organisation de ces affections (Houzel, 2003).

Du côté des bébés et des nourrissons, on retrouve fréquemment en placement familial (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d) des désordres psychosomatiques qui peuvent atteindre leur développement somato-psychique globale. Ces désordres se déploient par défaut d'investissement ou par surplus de stimulations et d'excitations (ce dernier reliant plutôt le registre des pathologies fonctionnelles après investigation médicale nécessaire pour formuler l'hypothèse psychosomatique, une fois l'étiologie organique exclue). Ainsi en ce qui concerne les défauts d'investissement, on relève essentiellement dans des proportions variables : les troubles précoces du prématuré (trouble du comportement alimentaire autour de l'anorexie, spasme du sanglot, instabilité psychomotrice, etc.) (Kreisler & Soulé, 2004 ; Kreisler, 2004a, 2004b) ; les jeunes mères toxicomanes et leur bébé (nourrissons parfois prématurités, syndrome de sevrage, désordre des états végétatifs, digestifs et cardio-respiratoire, etc.) (Weil-Halpern, 2004) ; le syndrome foeto-alcoolique (microcéphalie, malformation faciale, trouble cardiaque, etc.) (Lebovici, 2004b) ; toutes les pathologies somatiques du nourrisson à expression nerveuse comme les désordres du sommeil, les convulsions, les conduites alimentaires déviantes (anorexie, mérycisme, pica, boulimie, potomanie, etc.) (Kreisler, 2004a, 2004b) ; les désordres digestifs (la constipation et la diarrhée, l'ulcère digestif, etc.) ; les maladies cutanées (eczéma, urticaire, psoriasis, etc.) ; les syndromes généraux (malnutrition, les retards de croissance, les infections à répétition etc.) (Kreisler, 2004a). En ce qui concerne l'hyperstimulation et le surplus d'excitation on note les troubles du sommeil suite à des interactions pathogènes (de sa forme normale à sa forme précoce sévère

avec les grandes insomnies tapageuses nocturnes, les grandes insomnies silencieuses, les insomnies avec des activités motrices en décharge intense souvent auto-agressive) ; les spasmes du sanglot (dans sa forme pâle et bleue) ; les anorexies (de l'anorexie d'opposition commune à l'anorexie précoce sévère comme l'anorexie phobique, limite et dépressive) ; les vomissements psychogènes ou le mérycisme (Kreisler, 2004a).

En ce qui concerne les enfants et les adolescents placés, on retrouve à des fréquences variées toute la comorbidité psychologique des dysfonctionnements cérébraux et somatiques qui ne sont plus supportés par les familles, les grandes organisations psychopathologiques (névrose, limite et psychose) ainsi que les affections à expression somatique. Au niveau des conséquences psychopathologiques des dysfonctionnements cérébraux et somatiques, relevons par exemple les épilepsies (Beauchesne & Broussaud, 2004) ; les maladies héréditaires du métabolisme et leurs manifestations psychopathologiques (Billette de Villemeur & *al.*, 2004) et la psychopathologie des enfants sourds et les conséquences psychopathologiques des infirmités (Rey, 2004).

Vis-à-vis des grandes entités morbides pour les enfants et les adolescents placés, on retrouve dans le champ de la névrose les formes phobiques, hystériques et obsessionnelles ; le champ de la psychose avec l'autisme infantile, la para psychose et la prépsychose (Diatkine, 2004 ; Chagnon & Durand, 2007 ; Hochmann, 2009), la psychose paranoïaque et schizophrénique (Diatkine, 2004) ; les pathologies limites (Misès, 1999) ; les déviations sexuelles (Bokanowski, 2004) ; les solutions psychopathiques (Balier & Diatkine, 2004), la dépression et les équivalents dépressifs (Arbisio, 2003) ; les processus de deuil et les problématiques suicidaires (Hanus, 2004 ; Ladame, 2004).

En dernier lieu, on rencontre chez les enfants et les adolescent placés (toujours dans des propensions variées), les affections à expression somatique (une fois l'étiologie médicale exclue). On note ainsi la rencontre des enfants avec des troubles psychomoteurs (Bergès, 2004) ; le champ déficitaire (Misès & Perron, 2004) ; les troubles de la parole et du langage (Diatkine, 2004) ; les troubles de l'écriture (Diatkine, 2004) ; les pathologies psychosomatiques (Kreisler, 2004a) ; les troubles du comportement alimentaire et leurs particularités expressives à l'adolescence (comme l'anorexie, la boulimie, l'obésité) (Houzel, 2004 ; Brusset, 2004 ; Jeammet, 2004) ; les troubles énurétiques et encoprétique et leurs particularités expressives à l'adolescence (Schmit & Soulé, 2004 ; Soulé & Lauzanne & Colin, 2004) ; les céphalées

récurrentes et leurs expressions à l'adolescence (Sirol, 2004a) ; les douleurs abdominales récurrentes et leurs manifestations à l'adolescence (Sirol, 2004b) ; le nanisme psychogène (Sibertin-Blanc, 2004) ; la potomanie (Cramer, 2004a) ; l'asthme et ses particularités expressives à l'adolescence (Foliot, 2004).

Nous nous attachons maintenant à apprécier le niveau de prévalence de ces phénomènes psychopathologiques au sein de la population d'enfants en placement familial en réalisant une approche épidémiologique des études scientifiques qui ont pu être réalisées dans ce domaine.

4.2 Approche épidémiologique de la psychopathologie clinique de l'enfant en placement familial

En dehors des recherches réalisées sur les violences faites aux enfants (Marchal & Derivois, 2014 ; Salmona, 2018), il existe à notre connaissance peu de littératures scientifiques effectuant une méta-analyse sur les troubles et entités psychopathologiques pour les enfants placés en famille d'accueil en France. Ainsi, nous proposons une approche épidémiologique fondée en deux temps. Tout d'abord, nous présentons une synthèse des travaux réalisés sur l'influence des facteurs environnementaux sur le fonctionnement psychologique des enfants et des adolescents sous forme de tableau (Houzel, 2003), pour ensuite relever le niveau de récurrence des pathologies psychiatriques rencontrées en protection de l'enfance (Salmona, 2018 ; Even & Sutter-Dallay 2019).

4.2.1 Epidémiologie des facteurs environnementaux sur le fonctionnement psychologique des enfants

Nous proposons un récapitulatif, inspiré du travail réalisé par Didier Houzel (2003), sur l'approche épidémiologique autour de la problématique qui nous intéresse ici dans la psychopathologie clinique de l'enfant, à travers une liste d'études scientifiques qui analysent le rapport entre les facteurs familiaux et les expressions psychopathologiques chez les enfants. Comme nous l'avons déjà évoqué en introduction de cette partie, rappelons que ce cadre épidémiologique constitue un point de repère général sur les situations cliniques régulièrement rencontrées dans le cadre du placement familial (David, 2004a, 2004b ; Noël & Soulé, 2004) et ne formule en aucun cas une analyse systématisée autour d'une causalité linéaire simple entre les problématiques des parents et les conséquences psychopathologiques directes sur les enfants.

Cette présentation vise avant tout à saisir au mieux la diversité des formes cliniques rencontrées en placement familial et ce notamment pour situer davantage les caractéristiques des motifs de placement (David, 2004a, 2004b) ainsi que les conséquences des interactions d'attachement entre les parents et les enfants (traitées dans le prochain chapitre) dans l'appréhension de la dynamique des liens familiaux et institutionnels de l'enfant confié en famille d'accueil. Ainsi cet état des lieux est présenté selon le même modèle de Didier Houzel sous forme de tableaux.

Le premier tableau réunit : les événements de vie touchant la famille (Polosaari & *al.*, 1996 ; Hetherington & *al.*, 1978 ; Campas, 1994 ; Simmons & *al.*, 1987 ; Kessler & McLeod, 1984 ; cités in Houzel, 2003), les facteurs d'adversités familiaux (Emery, 1982 ; Puig-Antich & *al.*, cités in Dadds & *al.*, cités in Houzel, 2003 ; Brown & Harris, 1978, 1989 ; Adams & Adams, 1991 ; Goodman & Stevenson, 1989 ; cités in Houzel, 2003), les expressions émotionnelles (en incluant la distance émotionnelle et le style de communication de la famille) (Miklowitz & *al.*, 1986 ; Petersen & *al.*, 1991 ; Cherlin & *al.*, 1991 ; Puig-Antich, 1989 ; Leon & *al.*, 1993 ; cités in Houzel, 2003), les conduites éducatives et affectives (Yesavage & *al.*, 1983 ; Crook & *al.*, 1981 ; Lefkowitz & *al.*, 1985 ; Cole & Rehm, 1986 ; Kohlman & *al.*, 1988 ; Barret & *al.*, 1996, cités in Dadds & *al.*, cités in Houzel, 2003 ; Krohne & Hock, 1993 ; Dumas & *al.*, 1995 ; Humphrey, 1987 ; cités in Houzel, 2003) (tableau 1).

Le second tableau traite : des incestes et des violences intrafamiliales (Ferguson & *al.*, 1996 ; Buist, 1995 ; Boudewyn & Liem, 1995 ; Cheasty & *al.*, 1998 cités in Houzel, 2003), de l'alcoolisme parental (Mitchell & *al.*, 1989 ; Cantwell, 1972 ; Goodwin & *al.*, 1975 ; Malo & Tremblay, 1997 cités in Houzel, 2003), des autres conditions d'addiction des parents (Mitchell & *al.*, 1989 ; Wilens & *al.*, 1997 ; Bouchez & *al.*, 1997 cités in Houzel, 2003), de la dépression parentale (Weissman & *al.*, 1988 ; McCombs Thomas & *al.*, 1995 ; Kaslow & *al.*, 1988 ; Cox & *al.*, 1987 ; Stevenson & *al.*, 1996 ; Cunningham & *al.*, 1988 cités in Houzel, 2003), des angoisses (Mitchell & *al.*, 1989 ; Striegel-Moore & *al.*, 1986 ; Rodin & *al.*, 1990 ; Garfinkel & *al.*, 1982 ; Clark & Bolton, 1985 ; Reeves & *al.*, 1987 cités in Houzel, 2003) et de la maladie psychiatrique avérée d'un parent (Parnas, 1999 cité in Houzel, 2003). Précisons que nous présentons uniquement les données épidémiologiques aux corrélations significatives sur le plan statistique entre le facteur de risque familial et l'état pathologique de l'enfant (tableau 2).

Tableau 1 : Récapitulatif de l'épidémiologie des études scientifiques analysant la corrélation statistiquement significative entre un facteur de risque familial et l'état pathologique de l'enfant en fonction des événements de vie, des adversités, de la distance émotionnelle et des conduites éducatives et affectives, selon le recensement réalisé par Didier Houzel (2003).

<u>Facteurs de risque</u>	<u>Etats pathologiques de l'enfant</u>
<i>Événements de vie</i>	
Divorce des parents	Dépression
Annonce d'un cancer chez l'un des parents	Dépression
Effets cumulatifs de plusieurs événements négatifs	Dépression
Rôle des événements de vie plus important chez les filles	Dépression
<i>Adversité</i>	
Conflits conjugaux	Dépression
Pertes et ruptures de relations significatives	Dépression
Critiques entre père et mère, malaise paternel et maternel, peu de chaleur maternelle	Hyperactivité
<i>Distance et expression émotionnelle, style de communication familiale</i>	
Expression émotionnelle de niveau élevé avec critiques chez le père	Schizophrénie
Expression émotionnelle de niveau élevé avec hyper-investissement et critiques chez les mères	Schizophrénie
Distanciation des relations aux parents à l'adolescence	Dépression
Faible niveau de l'affection maternelle, communication pauvre	Dépression
Environnement familial peu favorable à l'expression des émotions, peu de cohésion familiale	Anorexie/Boulimie
<i>Conduites éducatives et affectives</i>	
Dureté de l'éducation paternelle	Schizophrénie
Carences de soins et d'éducation	Dépression
Peu de récompenses maternelles	Dépression
Intolérance parentale	Troubles anxieux
Ambiguïté des réponses parentales	Troubles anxieux
Parents contrôlant et hyper-protecteurs	Troubles anxieux
Doubles messages éducatifs et affectifs	Anorexie/Boulimie
Relations parents-filles hostiles avec sous-estimation des essais de séparation et d'auto-affirmation	Anorexie/Boulimie

Tableau 2 : Récapitulatif de l'épidémiologie des études scientifiques analysant la corrélation statistiquement significative entre un facteur de risque familial et l'état pathologique de l'enfant en fonction des incestes et violences, de l'alcoolisme et toxicomanie, de la dépression d'un des parents, des angoisses et préoccupations ainsi que la maladie mentale d'un des parents, selon le recensement réalisé par Didier Houzel (2003).

Facteurs de risque	Etats pathologiques de l'enfant
<i>Incestes, violences</i>	
Incestes	Dépression ou Anorexie/Boulimie ou Troubles anxieux
<i>Alcoolisme d'un des parents</i>	
Alcoolisme maternel	Dépression
Alcoolisme paternel	Troubles anxieux
Alcoolisme parental	Hyperactivité
<i>Toxicomanie d'un des parents</i>	
Abus de drogue de la mère	Dépression
Toxicomanie d'un des parents	Hyperactivité avec trouble de l'attention
<i>Dépression d'un des parents</i>	
Dépression parentale	Dépression ou dépression majeur (DSM III), hyperactivité
Dépression maternelle	Dépression
<i>Angoisses, préoccupations d'un des parents</i>	
Troubles anxieux chez la mère	Dépression
Préoccupation de la mère pour son poids	Hyperactivité
Conduites hyperconsciencieuses des pères	Anorexie/Boulimie
Traits obsessionnels chez l'un ou l'autre parent	Troubles obsessionnels compulsifs ou troubles anxieux
Troubles anxieux chez la mère	Troubles anxieux
<i>Maladie mentale d'un des parents</i>	
Schizophrénie de la mère	Schizophrénie ou dépression

4.2.2 Réurrence des incidences psychopathologiques et pathologies psychiatriques des enfants rencontrés dans le cadre du placement familial

Les approches épidémiologiques de recherches scientifiques appréciant spécifiquement les troubles et pathologies psychiatriques des enfants placés en famille d'accueil sont peu présentes au sein de la littérature française. Relevons dans un premier temps les études abordant les violences faites aux enfants et la prévalence des pathologies psychiatriques (de sources essentiellement internationales et anglo-saxonnes).

En ce qui concerne les enfants victimes de violences physiques, une première grande recherche épidémiologique réalisée en 1988 en Californie met évidence que sur 17 421 adultes interrogés, on retrouve une forte corrélation entre les violences subies dans l'enfance et la santé mentale et physique à l'âge adulte (Salmona, 2018). De plus, cette recherche met en évidence que la cumulation des violences physiques induit une forte incidence sur la mortalité précoce et la durée de l'espérance de vie à l'âge adulte (vingt ans de moins que dans la population générale).

Cette étude précise aussi que ces violences constituent le facteur de risque principal de conduites à risque, de conduites addictives (tabac, alcool, drogues, etc.), de suicides, d'obésité, de dépression, de précarité, de marginalisation, de grossesse précoce, de prostitution, ou encore de subir à nouveau des violences ou de devenir auteur de violences. Ces corrélations ont été confirmées par de très nombreuses recherches scientifiques à l'international, et notamment par une enquête récente de l'O.M.S. qui recense toutes les études réalisées sur cette problématique en insistant particulièrement sur la dimension psycho-traumatique de ces violences, comme facteur majeur dans l'évolution de la santé mentale et physique à long terme, fonctions de la répétition et de l'intensité des violences subies (Salmona, 2018).

De plus, rappelons que ces violences sont majoritairement d'origine intrafamiliale ou institutionnelle, ce qui accentue la sous-estimation épidémiologique des données en raison de la menace qui pèse sur le secret pour des enfants qui n'ont que très peu de relais extérieurs (autres que leurs familles), auxquels s'ajoute un sentiment général de méfiance et de crainte des adultes. Des études réalisées en Amérique du nord soulignent que les enfants handicapés subissent trois à quatre fois plus de violences et que pour les enfants victimes de violences intrafamiliales, le facteur de risque de développer des troubles psychotraumatiques est de l'ordre de 60% pour les violences physiques et de plus de 80% concernant les violences sexuelles. Ainsi dans le monde, il est estimé qu'un quart des enfants a été victime de violences physiques, un tiers de violences psychologiques, près de 30% de violences sexuelles (dont 20% de filles). En Europe, il est évalué que 20% des enfants ont été victime de violences sexuelles. En France, les principales données existantes n'ont pas été relevées directement auprès des enfants mais auprès d'adultes (ce qui augmente les biais de sous-estimation) et indiquent que chaque année, 140 000 enfants subissent des violences conjugales, ainsi que des viols et tentatives de viol pour 35 000 garçons et 130 000 filles, d'ordre incestueux pour la plupart (Salmona, 2018).

Enfin au sujet du niveau de prévalence des pathologies psychiatriques des enfants placés, nous retrouvons dans la littérature scientifique internationale (classification basée sur la nosographie du DSM V et de la CIM 10) que les troubles internalisés sont de deux à six fois plus élevés au sein de cette population comparativement à la population générale (Even & Sutter-Dallay, 2019). En France, on recense entre 9 et 15% d'épisodes dépressifs et entre 19 et 28% de troubles anxieux (Even & Sutter-Dallay, 2019). Au niveau des troubles externalisés, cela concerne 19% des adolescents placés en institution en France. Aussi, on retrouve à l'international que le trouble oppositionnel avec provocation serait trois fois plus fréquent chez les enfants placés et le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité quatre fois plus récurrent (Even & Sutter-Dallay, 2019). De plus, les adolescents seraient plus vulnérables aux problématiques autour de l'addiction avec deux à trois fois plus de prévalence au niveau des médicaments et de l'alcool ainsi que quatre à cinq fois plus au niveau des problématiques de dépendances (Even & Sutter-Dallay, 2019).

Concernant les problématiques dépressives et suicidaires, on relève à l'international et en France que 28% des enfants auraient exprimés des idées suicidaires (Even & Sutter-Dallay, 2019), soit sur un niveau de trois à sept fois supérieur comparativement aux groupes témoins (Even & Sutter-Dallay, 2019), ainsi qu'une majoration du risque de passage à l'acte suicidaire de deux à cinq fois plus élevé avec 14 à 30% d'enfants placés qui auraient fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (Even & Sutter-Dallay, 2019). Regardons maintenant ce qui peut sous-tendre l'expression de ces manifestations psychopathologiques au sein d'une approche compréhensive de la psychopathologie du lien en placement familial.

4.3 Approche compréhensive de la psychopathologie du lien en placement familial

L'approche compréhensive de la psychopathologie du lien en placement familial est répartie en cinq parties. D'une part nous présentons les principales conséquences psychopathologiques des carences maternelles précoces. D'autre part, nous évoquons la question des traumatismes psychiques précoces pour ensuite aborder le rôle des projections parentales au sein des psychopathologies du lien. Enfin, nous présentons les psychopathologies du lien en œuvre dans la problématique de placement familial.

4.3.1 Les conséquences psychopathologiques des carences précoces maternelles

Les carences précoces maternelles ne présentent pas d'uniformité psychopathologique mais s'organisent de manière processuelle en fonction des expériences vécues dans le passé par le parent. Il est néanmoins possible d'établir quelques corrélations générales sur la base du travail de synthèse réalisé par certains auteurs qui avancent quatre types d'incidences psychopathologiques : au niveau du tempérament, au niveau des organisations psychotiques, sur le plan de la solution dépressive et des organisations psychosomatiques (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004).

Au niveau du tempérament, certains auteurs ont évoqué le « syndrome d'abandon » (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004) aujourd'hui appelé plus couramment les problématiques abandonniques (Roussillon, 2014). Il est observé dans ces situations qu'à la suite d'une longue période de frustration affective maternelle, l'enfant peut se retrouver dans la position intenable d'être tiraillé entre une avidité affective aigüe (les enfants s'agrippent au moindre signifiant affectif) et une impossibilité à éprouver une relation stable et continue. Ainsi, investir affectivement une personne représente un risque considérable et réactive profondément les traumatismes précoces du défaut de maternage à travers la manifestation d'une vive angoisse d'abandon organisée autour d'une recherche masochique « à revendiquer l'affection dans les limites intolérables pour l'entourage, en raison de la connotation toujours agressive de la revendication » (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004, 2540). Ce type d'attitude est particulièrement ostentatoire chez les enfants qui ont changé de lieux de vie à de multiples reprises, avec un phénomène d'amplification des symptômes à chaque rupture de placement.

Dans ce cadre, chaque famille d'accueil fait l'objet d'un attachement total de la part de l'enfant qui se déchaîne sur le versant de l'incorporation dévoratrice, sans aucune tolérance à la plus courte des séparations physiques. L'impossibilité d'halluciner l'absence de l'objet risque d'entraîner des attitudes hétéro-agressives envers la famille d'accueil (par exemple en tapant, mordant ou en encore en projetant des objets sur le professionnel) ou auto-agressives (par l'exercice d'automutilations spectaculaires en s'arrachant les ongles des pieds par exemple).

Ici, les enfants n'ont pas eu la possibilité d'intérioriser un imago stable ce qui les rend totalement dépendant de la réalité matérielle dans le moment le plus instantané qu'il soit. La destructivité représente une solution défensive désespérée pour tenter d'empêcher le moindre

éloignement avec l'objet d'amour afin de ne pas vivre une angoisse d'abandon archaïque non intégrable, au risque d'encourir une décompensation psychique dépressive pouvant possiblement s'orienter sur un versant psychotique. On retrouve aussi régulièrement un ensemble de procédés auto-calmants plus ou moins archaïques afin de restaurer le narcissisme primaire (par exemple de l'auto-balancement au pica jusqu'à la masturbation compulsive). Ces souffrances entravent la construction d'une organisation psychique en contexte névrotique et font plutôt le terreau des organisations de pathologies limites avec des tendances psychopathiques fortes, qui peuvent s'ériger dès la fin de la période de latence en fonction de la précocité des troubles et de l'intensité de la frustration maternelle précoce (Misès, 1999).

Au niveau des organisations primaires para-psychotiques, même si leurs étiologies sont aujourd'hui toujours en cours d'approfondissement (Arbisi, 2003), certaines observations cliniques permettent d'effectuer des relations significatives sur deux aspects principaux. D'une part on retrouve une homogénéité des anamnèses dans la première année de vie de l'enfant (par exemple dans le cas de dépressions post-partum voire de psychoses puerpérales, de dépressions mélancoliques graves et résistantes de la mère, etc.). D'autre part on note que « les épisodes de régression accompagnant les périodes de frustration peuvent gauchir définitivement le développement psycho-affectif de l'enfant et les processus d'individuation, aboutissant à un tableau de dysharmonie évolutive plus ou moins définie avec une absence d'élaboration de l'angoisse qui reste non liée, si la mère est absente, rejetante ou agressive : la restauration des relations objectales et de l'intégrité narcissique, après des phases de désorganisation profonde, ne survient pas » (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004, 2541).

Du point de vue de la solution dépressive, relevons brièvement les conséquences psychopathologiques sur l'organisation de la dépression anaclitique, les équivalents dépressifs en réaction à des séparations précoces, la lutte antidépressive contre l'indifférenciation avec la destructivité manifestée dans la problématique abandonnique.

Sur le plan des désordres psychosomatiques, on retrouve les incidences psychopathologiques très variées sur le développement somato-psychique du nourrisson et du bébé, au niveau des troubles fonctionnels (par exemple l'insomnie tapageuse nocturne) et organisationnels (par exemple l'anorexie précoce sévère d'opposition). Pour les enfants plus âgés et les adolescents, les désordres psychosomatiques peuvent aussi recouvrir des expressions fonctionnelles (par exemple l'énurésie ou l'encoprésie) et organisationnelles (par exemple les

troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie/boulimie).

Ainsi, les conséquences psychopathologiques des carences maternelles précoces permettent de saisir la dimension transgénérationnelle et robuste des traumatismes précoces. On peut de manière idéalisée imaginer une mère qui aurait vécue des traumatismes précoces de carences maternelles et qui s'attacherait par la suite à donner le meilleur pour son propre enfant une fois adulte. Mais pour bien des cas, ce type de situation se trouve finalement empêchée par la dramatique contrainte de répétition de ces traumatismes anciens (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004). Les mères auront alors tendance à adopter les mêmes attitudes que leur propre mère avec un risque de rejet important du nourrisson ou de l'enfant. Il convient de rappeler que ces situations ne sont pas dépendantes d'un niveau social et économique donné qui permettrait de distinguer la précarité sociale de cette forme de psychopathologie du lien autour des phénomènes de répétition et de transmission psychique.

La notion de « dysparentalités » proposée par René Clément en 1993 tente d'éclaircir ces questions. L'auteur la définit comme des « troubles de la fonction parentales » qu'il est nécessaire de « rendre pensable », notamment dans une analyse du dysfonctionnement transgénérationnel « qui nécessiterait d'interroger l'histoire et l'enfance de ces géniteurs maltraitants, ainsi que les modalités du fonctionnement relationnel de leurs parents à leurs égards » (Clément, 1993, 69- 70). Ces troubles des fonctions parentales sont évidemment identifiés en dehors du seul point de vue des qualités comportementales d'une parentalité qui ne serait qu'une juxtaposition de compétences éducatives (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc 2011).

L'auteur pose d'emblée l'importance des processus des transmissions psychiques au sein de la transmission transgénérationnelle qui diffère de la transmission intergénérationnelle. Cette dernière correspond à la transmission d'une génération à l'autre intériorisée, élaborée, bénéfique et nécessaire au fonctionnement psychique de l'enfant. En revanche, la transmission transgénérationnelle n'est quant à elle pas élaborée mais soumise à des contraintes de perturbations et de répétitions et constitue une source de souffrance au fonctionnement psychique²⁴ (Houzel, 2003). C'est notamment au sein de ces interrogations que vont se déployer les études théorico-cliniques autour des pathologies relationnelles précoces (Berger &

²⁴ On retrouve au sein de cette dernière les notions incontournables au sein des modèles de la transmission psychique comme les fantômes dans la chambre de l'enfant et les notions de crypte et de mandat intergénérationnelle que nous développerons au sein du troisième chapitre.

Bonneville, 2007 ; Bonneville, 2010 ; Berger, 2011) au centre de la psychopathologie du lien en placement familial.

4.3.2 Les traumatismes précoces

A l'instar des conséquences psychopathologiques des carences maternelles précoces, les traumatismes précoces recouvrent un domaine d'étude clinique varié et particulièrement étendu. Nous abordons ici brièvement les éléments cliniques les plus fondamentaux rencontrés dans les problématiques de placement familial, susceptibles d'éclairer cette forme de psychopathologie du lien. Nous développerons davantage certaines notions théorico-cliniques au sein des prochains chapitres, notamment en ce qui concerne les relations d'objet. Dans ce cadre, nous définissons brièvement le traumatisme psychique avant d'évoquer ces situations traumatiques précoces en deux temps, en abordant d'une part les dynamiques des pathologies relationnelles précoces et d'autre part, les principales approches compréhensives complémentaires à l'étude des pathologies relationnelles précoces.

4.3.2.1 *La définition générale du traumatisme psychique*

Avant d'aborder les situations traumatiques précoces, définissons brièvement la notion du traumatisme psychique, que Laplanche et Pontalis présente comme « un événement de vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche & Pontalis, 2007, 499).

Ainsi, pour les enfants qui subissent des traumatismes de type violence physique ou sexuelle, on retrouve les différentes désorganisations qui composent le traumatisme psychique. Face à l'effroi des violences vécues au dehors et qui ne peuvent être refoulées, l'enfant rencontre au-dedans un arrêt de la pensée, une désorganisation du langage et un profond état de sidération (Pellé, 2005). Ces violences subies font donc effraction dans l'appareil psychique de l'enfant, qui ne peut ni les lier, ni les organiser, ni les penser et donc leur donner un sens. Le travail psychique du doute, que permet (entre autres) la culpabilité de liaison, est inopérant ici, et laisse place à l'impitoyable certitude d'avoir fait l'expérience réelle que c'est l'adulte qui me séduit ou qui me bat (Pellé, 2005 ; Ciccone & Ferrant, 2008).

4.3.2.2 *Les pathologies relationnelles précoces*

L'étude des pathologies relationnelles précoces intervient après le développement des premières recherches autour des carences maternelles précoces, elles-mêmes successives aux multiples travaux sur les dynamiques des interactions précoces comme celles des interactions réelles, imaginaires et fantasmatiques (Cramer, 1999 ; Houzel, 2003 ; Lebovici, 2004c). Du côté des parents, les pathologies relationnelles précoces peuvent se définir dans un premier temps comme une tentative « d'objectalisation de la représentation de l'enfant » (Cramer, 2004b, 2006), c'est-à-dire, lorsque les parents investissent psychiquement leur enfant au service de leur propre conflictualité libidinale et infantile non résolue.

Du côté de l'enfant, ce sont les interactions chaotiques, douloureuses, imprévisibles que l'enfant a subi dès son plus jeune âge, avec parfois un surplus d'excitation libidinale trop précocement érogène pour être contenu (Berger, 2011 ; Gutton & Bagnulo & Jeanblanc 2011). La répétition de ces interactions pathogènes s'inscrit directement dans le langage non verbal à travers le registre corporel, via notamment les processus psychiques empruntés par les messages énigmatiques : l'enfant n'a pas pu mettre des mots sur sa souffrance (Laplanche, 1980 ; Gutton & Bagnulo & Jeanblanc 2011). Trois caractéristiques fondent la dynamique organisationnelle de ces pathologies. En premier lieu, les effets traumatiques des interactions pathogènes sont d'autant plus dommageables pour l'enfant lorsqu'ils sont précoces (Bonneville, 2010).

Dans un deuxième temps, ces traumatismes relationnels précoces répétitifs imprègnent le registre somato-sensoriel ou d'image à l'état brut : l'enfant ne fait plus la différence entre la perception de la réalité et ses pensées (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc 2011). Ces états ressurgissent par la suite sous forme de reviviscences hallucinatoires (Bonneville, 2010 ; Berger, 2011) et parfois dans l'après coup de la rencontre présenteielle du parent. La troisième caractéristique concerne le vide relationnel dans lequel l'enfant est plongé.

Sur le plan de la pratique clinique en placement familial, les reviviscences hallucinatoires sont particulièrement manifestes et observables dans le cadre des visites médiatisées²⁵. Lors de ces visites, il existe différentes formes de flash hallucinatoire en présence des parents. On assiste tout d'abord à des phénomènes de réactivation des expériences

²⁵ Celles-ci peuvent se définir rapidement par des espaces de rencontre fondés sur un dispositif clinique de médiation en présence de tiers (travailleur social et psychologue). Ces modalités de rencontres enfant-parent constituent des espaces de médiation aux effets thérapeutiques, à visée thérapeutique, ou encore pour certains auteurs des véritables lieux de travail thérapeutique sous contrainte (en raison du caractère judiciaire imposé à ces rencontres) (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc, 2011).

traumatiques angoissantes, entendues et vues qui ressurgissent en présence des parents ou encore des expériences de négligence subies lors des périodes de lâchages, de morcellements et « d'absence totale d'espoir de modifier son état » (Berger, 2011, 70). Le psychisme de l'enfant se retrouve ainsi multiclivé en trois parties : une identification à la violence de son parent (on retrouve ici ce qui pourrait être considéré comme étant les prémices du phénomène d'identification à l'agresseur), une partie semble adaptée en surface (que l'on pourrait rapprocher du faux ou du « trop vrai » self) et une partie du Moi est terrorisée et profondément angoissée (Houzel, 2003 ; Pariset, 2009 ; Rojas-Urrego, 2015).

4.3.2.3 *Approches complémentaires aux traumatismes précoces*

Certain auteur amène d'autres apports épistémologiques à la compréhension du psycho-traumatisme, principalement issus de la neurophysiologie médicale²⁶ (Salmona, 2018). Dans ce cadre, les phénomènes de dissociation traumatique entraînent (dans une certaine mesure) une nouvelle lecture de certains événements psychopathologiques et plus particulièrement des pathologies relationnelles précoces. L'enfant face à l'intensité du traumatisme précoce subi, notamment lors de situations de violence, imposerait alors à lui-même un processus de dissociation traumatique de survie psychique. La sidération psychique générée par l'impact de la violence paralyse l'enfant qui ne peut réagir de façon adéquate.

La violence empêche ainsi « le cortex cérébral de la personne de contrôler l'intensité de la réaction au stress, sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme de la victime et – parce qu'il représente un risque vital (pour le cœur et le cerveau, en raison de l'excès d'adrénaline et de cortisol) déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegardes qui ont pour effet « de faire disjoncter » le circuit émotionnel et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique, en produisant des drogues dures ayant le même effet qu'un cocktail morphine-kétamine. La disjonction de sauvegarde génère un état dissociatif accompagné d'un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation » (Salmona, 2018, 5).

Toujours dans le cas de violences subies par l'enfant, d'autres auteurs proposent le concept de trauma psychique interpersonnel des parents envers leurs enfants, en s'appuyant sur la théorie du traumatisme psychique en psychanalyse avec les recherches réalisées sur le

²⁶ Cette approche investie dans un cadre complémentariste n'est pas antinomique aux développements d'orientations psychanalytiques préalablement décrits, une fois la distinction établie sur les différences épistémologiques intrinsèques aux modèles en question (Golse, 2012).

syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte avec ses manifestations associées chez l'enfant (Lazaratou & Golse, 2016). Ici, les processus de transmission de l'expérience traumatique de l'adulte vers l'enfant s'organisent par la manifestation d'une symptomatologie post-traumatique de l'adulte qui la transmet voire en majeure considérablement l'expression symptomatologique chez l'enfant en tant que victime directe ou indirecte, notamment en accentuant le risque des passages à l'acte (Lazaratou & Golse, 2016). On remarque ainsi que toutes ces pathologies qu'elles soient d'ordre relationnelles précoces, de dissociations traumatiques ou de trauma psychique interpersonnel, interrogent la dimension traumatique présente au sein des processus projectifs des parents vers l'enfant, en soulignant la question de la continuité et la discontinuité pour ce dernier (Cramer, 2015).

4.3.3 Les projections parentales au sein des psychopathologies du lien

Laplanche et Pontalis définissent les notions de projection et d'introjection comme des opérations psychiques pour rendre compte de différentes expressions psychiques de la psychologie normale et pathologique. En ce qui concerne la projection, elle est une « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre personne ou chose, des qualités des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse de connaître en lui » (Laplanche & Pontalis, 2007, 344). Par rapport à l'introjection, les auteurs expliquent que c'est un processus par lequel « le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » ou « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets, en précisant que c'est une opération étroitement liée aux processus identificatoires (Laplanche & Pontalis, 2007, 209). Entre les enfants et les parents, les projections parentales peuvent constituer un véritable phénomène de subjectivation ou de dé-subjectivation (Pellé, 2005 ; Cramer, 2015). Elles peuvent alimenter des choix psychiques inconscients salvateurs portés par des idéalizations positives (comme le fait de vouloir réaliser le même travail que ses parents). En revanche certaines imprégnations projectives peuvent orienter négativement certains contenus psychiques inconscients des enfants au sein des processus de transmissions transgénérationnelles, par définition non résolues (Granjon, 1989 ; Houzel, 2003).

Ces formes de projections constituent une forte discontinuité pour les enfants, avec un haut niveau de toxicité lié à leur degré de « coercition, d'emprise et de pénétration » conduisant possiblement à des phénomènes de morcellement comme décrits précédemment (Cramer, 2015, 36). Ces projections parentales peuvent ainsi être enkystées à l'image d'un corps étranger maintenu hétérogène, grâce au mécanisme de défense du clivage dans une visée fonctionnelle (pathologique) ou transitoire (adaptatif) (Cramer, 2015). Ainsi, cet amour fou parental, parfois

porteur de haine passionnelle (Cramer, 2015 ; Chabert, 2006, 2016) précise certains fondements des pathologies lourdes d'indifférenciation, entraînant un vide et un blocage de l'évolution de l'enfant (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc, 2011 ; Berger & Bonneville, 2007 ; Bonneville, 2010 ; Berger, 2011, 2012 ; Cramer, 2015). Elle est à l'œuvre au sein des pathologies relationnelles précoces et peut se réactualiser plus tard en présence du parent ou à sa simple évocation : l'enfant se retrouve « aspiré par le gouffre maternel » (Pellé, 2005, 62) comme noyé au sein du prolongement narcissique parental.

4.3.4 Les psychopathologies du lien à l'œuvre au sein de la problématique de placement familial

Myriam David propose quatre organisations psychopathologiques du lien observées à travers le syndrome de mal de placement rendu cliniquement saillant par la spécificité de la problématique clinique de placement familial (David, 2004a). Selon l'auteure, la psychopathologie du lien en placement familial est liée à la « psychopathologie des processus primaires d'attachement et de séparation/individuation, que ceux-ci touchent la symbiose initiale ou les divers processus qui mènent à la distinction du « soi », en tant qu'entité et à la relation d'objet » (David, 2004a, 2751). Elle avance ainsi d'une part que cette psychopathologie du lien est régulièrement associée à des organisations psychopathologiques des parents, qu'elles soient diagnostiquées ou non. Cela peut recouvrir par exemple des troubles psychiatriques sévères et graves ou encore des organisations psychotiques et qui concernent soit la mère, soit le père (ou le couple parental), ces derniers ayant pour la plupart subis eux-mêmes des traumatismes précoces non résolus.

Dans un deuxième temps, la psychopathologie du lien à l'origine du placement peut s'exprimer à travers l'organisation psychopathologique grave de l'enfant, qu'elle soit en début d'expression organisatrice ou au contraire déjà très avancée et bruyante (comme par exemple le champ des psychoses infantiles). En effet, que cela soit du registre du dialogue tonique au comportement vide (Hochmann, 2009 ; Kreisler, 2004b), on observe que les sollicitations et les expressions interactives inhabituelles de l'enfant peuvent engendrer chez les parents des mouvements similaires « angoissants et incoercibles de la captation et de rejet » (David, 2004a, 2751), éprouvés notamment à travers la confrontation à l'objet agonisant (Matot, 2014). On retrouve ensuite des effets similaires à ces processus psychopathologiques du lien lors des événements de vie traumatique accidentels passés ou présents qui peuvent se refléter dans les interactions représentationnelles que l'un des parents (ou les deux) peut porter sur l'enfant. Enfin on note que la psychopathologie du lien observée en placement familial, peut aussi trouver son origine à travers la qualité de la séparation initiale de placement qui se transforme

en véritable rupture traumatique, si elle a été insuffisamment préparée et accompagnée.

Selon Myriam David (2004a), la difficulté permanente liée aux origines de ces formes de psychopathologie du lien réside à travers la souffrance vécue en double par le parent (que cela soit la mère, le père ou les deux) et par l'enfant. Cette souffrance s'enracine dans l'organisation des processus de séparation et d'individuation qui entravent son identification et sa symbolisation. Ce mal être se déchaîne alors dans une forme de passion libidinale destructrice en s'étayant sur les processus primaires de l'enfant : « par ces mouvements « agis » successifs compulsifs de captation, de violence et de rejet, mouvements redoutés et redoutables qui expliquent les fréquentes alternances entre le recours au départ, abandons, hospitalisations, placements, suivis de mouvements de reprises intempestives qui les interrompt, sans que cela soit le moins résolu les problèmes de fond, les intolérances mutuelles et la violence qui en résulte » (David, 2004a, 2751).

Ainsi, l'ensemble des phénomènes psychiques présentés pose très directement la question de la spécificité de la clinique rencontrée dans un cadre de placement familial. Tant au niveau des conséquences psychopathologiques des carences maternelles précoces, que des dysparentalités et des traumatismes précoces à travers les pathologies relationnelles précoces et les phénomènes de dissociation traumatique, ou bien des traumatismes psychiques interpersonnels, de l'intensité projective du parent à l'œuvre dans les pathologies d'indifférenciation, ou encore de la psychopathologie de l'individuation – séparation ; toutes ces situations cliniques conduisent à la formulation de la spécificité de la problématique clinique de placement familial élaborée par Myriam David (David, 2004a, 2004b).

5 DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE CLINIQUE DE PLACEMENT FAMILIAL

La quatrième partie de ce chapitre évoque la spécificité de la problématique clinique de placement familial comme point de départ à l'émergence de la thématique de la recherche. Pour cela nous présentons d'une part les différentes caractéristiques des demandes de placement. Ensuite, nous abordons la question des enjeux psychologiques corrélatifs à l'expression de cette problématique, pour définir en dernier lieu la notion du syndrome de mal de placement.

5.1 Les caractéristiques des demandes de placement familial

Les caractéristiques des demandes de placement familial sont multiples et complexes. Elles recouvrent un nombre de situations cliniques très élargies comme nous l'avons présenté au sein de la partie précédente. Sans prétendre à une exhaustivité, nous pouvons néanmoins les résumer à travers cinq séries de raisons principales qui conduisent les enfants à entrer dans un dispositif de séparation d'éloignement ou de protection en accueil familial (David, 2004a) à savoir :

- Un enfant délaissé, gravement négligé et/ou avec des sévices soupçonnés ou une violence avérée. Sont rencontrées ici toutes les situations de carences physiques ou affectives primaires et majeures, de nanisme psychogène, les situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques, les sévices et tortures, les psychoses blanches, les Münchhausen par procuration, les pathologies lourdes d'indifférenciation, les solutions de perversion, l'amour fou et la folie maternelle. (David, 2004a ; Roussillon, 2014 ; Chabert 2019 ; Brun 2019 ; André, 2019 ; Bydlowski, 2019).
- L'intensité et la gravité d'un handicap physique ou mental d'un enfant, ou encore son inscription dans un contexte d'organisation psychopathologique donné qui entraîne un vécu douloureux pour la famille qui ne supporte plus l'enfant (David, 2004a). Relevons ici par exemple toutes les pathologies somatiques et les conséquences psychopathologiques des infirmités (Beauchesne & Broussaud, 2004 ; Billette de Villemeur & *al.*, 2004 ; Rey, 2004 ; Scelles, 2011).
- La survenue d'une crise familiale majeure générée par exemple via le décès accidentel ou la tentative de suicide d'un membre de la famille (parent ou fratrie), l'hospitalisation médicale ou psychiatrique d'un des parents (parfois les deux parents), l'incarcération pénitentiaire d'un des responsables légaux (ou les deux) ou encore les situations de violences conjugales (Marchal & Derivois, 2014 ; Salmona, 2018). Sur le plan des organisations psychopathologiques, le signalement s'applique également aux situations de polytoxicomanie dans lesquelles sont empêchées les parents, associées parfois à des problématiques d'errance et d'isolement, à des attitudes de déviance sociale voire de délinquances rattachées à des solutions psychopathiques, des syndromes dépressifs majeurs, des syndromes de post-partum, des relations conjugales pathologiques de type addictive (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004d).

- Les situations de décès ou d'abandon de l'un des deux parents (voire des deux parents) qui peuvent quitter le domicile familial (David, 2004a). Relevons par exemple les décès accidentels de type accident de la route, les suicides, les décès faisant suite à des maladies somatiques chroniques graves ou encore les situations d'adultère voire de double vie d'un des parents précipitant de manière imprévisible et inattendue son départ (David, 2004a, 2004b).
- La psychopathologie lourde et sévère d'un ou des deux parents inférant des interactions pathogènes voire des pathologies interactives (David, 2004a ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004d). Sont essentiellement concernées ici les problématiques archaïques et narcissiques identitaires propres au champ de la psychose, des organisations limites ou encore névrotiques aiguës. Notons par exemple les psychopathologies psychotiques avec les registres de la schizophrénie, de la paranoïa, des syndromes maniaco-dépressifs, des psychoses puerpérales, mais aussi les problématiques limites de tyrannie soumission aux allures psychopathiques, les dépressions mélancoliques résistantes, les névroses obsessionnelles ou phobiques graves proches de la décompensation psychotique (Misès, 1999 ; David, 2004a ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c 2004d ; Roussillon, 2014).

L'expression paroxystique de ces psychopathologies peut conduire à des indications de placement d'éloignement et de protection. Cependant, le caractère particulièrement intense de ces situations ne peut réifier l'enfant à son seul motif de placement. Il témoigne d'une souffrance familiale chronique et profonde : l'histoire de vie de l'enfant ne peut ainsi se réduire à ses traumatismes passés autant qu'il ne peut être considéré comme vierge de toute histoire, comme si le placement représentait une forme de deuxième chance, une nouvelle vie voire une deuxième naissance. C'est en cela que la spécificité de la problématique de placement familial nous permet d'apprécier la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil.

5.2 La spécificité de la problématique clinique de placement familial

La spécificité de la problématique clinique de placement familial se définit par « l'ensemble des forces psychodynamiques conflictuelles et interactives qui se développent entre l'enfant, ses deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil) et l'équipe au cours du placement » (David, 2004a, 2750). Elle est fonction de trois ensembles de

considérations cliniques qui s'expriment chez tous les enfants confiés à l'A.S.E. et placés en famille d'accueil (David, 2004a).

D'une part, Myriam David (2004a, 2750) explique que « cette problématique est inhérente à toute situation de placement familial d'un enfant et cela sans exception ». Autrement dit, le placement d'un enfant ne peut être partagé à travers la confusion existante entre les critères manifestes de danger réel vis-à-vis de l'intégrité physique et psychologique de l'enfant avec les situations de précarité sociale. Dans cette configuration il n'existerait pas de placement dit « simple » de surveillance sociale contre des placements dits « pathologiques » d'enfants jugés « à problème », et qui mériteraient un dispositif particulier de soins spécialisés.

D'autre part, l'expression de cette problématique est d'une grande complexité, étant issue de trois facteurs intriqués les uns aux autres. On retrouve ainsi :

- L'intensité de la souffrance vécue par l'enfant dans le passé au sein de sa famille de naissance jusqu'à la séparation de placement, qui continue à perdurer tout au long de son histoire de placement.
- Les angoisses de séparation voire d'abandon parfois inscrites dans des organisations abandonniques aux tendances antisociales avec des comorbidités psychologiques sévères.
- Le conflit de loyauté possible par le partage entre la famille de naissance et la famille d'accueil, alimenté par les rivalités latentes voire manifestes chez chacune d'entre elles.

L'association de ces trois facteurs provoque une dynamique « de tensions interactives conflictuelles entre toutes les personnes concernées : enfants, parents, famille d'accueil, équipe. Ces tensions se manifestent tout au long du déroulement du placement, de façon permanente ou intermittente, mais toujours violentes, explosives : elles tendent à provoquer des ruptures de lien et de placement ; or la répétition de ces ruptures constitue une source de carence surajoutées gravement pathogène » (David, 2004a, 2750). Ainsi, la surexposition de ces conflictualités centrées sur les expériences de ruptures, majore considérablement le tableau clinique conduisant à ce que certains professionnels de l'enfance nomment les « incasables ».

5.3 Le syndrome de mal de placement

Les indications de placement peuvent être très variées et partagées schématiquement entre deux configurations : de l'éloignement pour des difficultés familiales passagères aux éléments cliniques décrits dans le cadre de la manifestation du syndrome de mal de placement, exigeant une séparation familiale de protection. Le premier ensemble peut être très concrètement soutenu par les services de prévention, que cela soit par des mesures d'aide éducative à domicile, que par l'intervention plus ponctuelle d'une T.I.S.F. par exemple, ou des solutions alternatives envisagées et proposées par les assistants sociaux de secteurs (accueil en hébergement séquentiel de journée, aide financière globale ou spécifique pour proposer un soutien d'assistante maternelle, d'hébergement comme l'internat). Si aucune de ces solutions n'est réalisable, il devient alors nécessaire d'envisager une séparation familiale d'éloignement.

En ce qui concerne le syndrome de mal de placement, la mesure de séparation familiale de protection comporte la plupart du temps des mesures de placement long et complexe. Le syndrome de mal de placement se définit selon Myriam David selon quatre séries de manifestations cliniques (David, 2004a) :

Dans un premier temps, nous relevons des manifestations « d'intolérance mutuelle entre enfants et parents » (David, 2004a, 2750). Celles-ci peuvent être tantôt très bruyantes et visibles, et d'autre fois plus masquées et latentes. Ces manifestations d'intolérance ne se traduisent pas de la même façon entre les parents et les enfants. Du côté des parents, on retrouve de la négligence grave, des soins invasives et/ou aberrants, des mouvements de rejets et des temps d'abandon et de délaissement, l'expression de violences physiques ou psychologiques parfois associées à des solutions dépressives diverses comme par exemple des tentatives de suicide ou encore des passages à l'acte en fuguant le domicile. Du côté de l'enfant chez les plus jeunes il est observé des retards importants voire des arrêts du développement somatopsychique global ainsi que des troubles psychosomatiques profonds. Pour les enfants les plus âgés, ils expriment majoritairement des agitations importantes, des troubles de l'attention et des troubles du comportement comme par exemple une intolérance majeure à la frustration.

Dans un deuxième temps, on observe « la coexistence constante de manifestations d'attachement mutuel intense, mais qui ont un caractère pervers » (David, 2004a, 2751). On rencontre ici toutes les situations cliniques d'interaction pathogène autour des tendances

antisociales avec des troubles de l'opposition et de proximité agressive pour tenter de survivre à la discontinuité d'une relation fusionnelle exclusive, avec des mouvements de rapprochés corporels, à la fois asphyxiants et surexcitants. On observe également des angoisses extrêmes de séparation voire d'abandon majeur qui peuvent être vécues comme un véritable déchirement, voire un effondrement et une annihilation à la moindre expérience de distanciation avec la figure parentale. On retrouve aussi ces manifestations de l'enfant dans toutes les relations duelles exclusives qu'il investit avec une personne tierce, que cela soit par exemple la grand-mère, le père, un intervenant éducatif ou encore un soignant.

Dans un troisième temps, il ressort que « l'intrication entre attachement et intolérance mutuelle rend aussi insupportable le maintien de l'enfant auprès de ses parents, si bien que parent et enfant se font dangereusement violence tout en redoutant et en refusant de se séparer, et oscillent constamment entre des attitudes captatives, des mouvements de violence et d'abandon » (David, 2004a, 2751). On assiste ici à la manifestation d'un véritable « attachement pathologique » selon Myriam David (2004a, 2751). Celui-ci s'exprimerait de manière tellement massive que la violence réciproque subie entre les enfants et les parents constituerait une forme de recherche désespérée d'aide auprès des intervenants, afin que ces derniers procèdent le plus rapidement possible à une séparation et un placement d'urgence.

La dernière série de manifestations inhérentes au syndrome de mal de placement se caractérise par « la violence des conflits entre intervenants selon qu'ils s'inscrivent « pour » ou « contre » le placement ». L'intensité conflictuelle de ces échanges prendrait racine à travers les différents mouvements identificatoires éprouvés par l'ensemble des professionnels intervenants. En effet, les familles traversées par de telles souffrances aux origines multiples et plurifactorielles, génèrent des identifications variables selon les professionnels et l'intensité de leurs interventions, qu'elles soient sporadiques (interventions ponctuelles parfois réalisées en urgence) ou palliatives (interventions compulsives et inquiètes au regard de l'urgence de la situation familiale).

Dans ce cas, chaque professionnel peut tenir des positions identificatoires sous-tendues par des motivations inconscientes qui dépassent parfois les professionnels aux expériences les plus aguerries. L'indication de placement peut devenir la scène d'un débat contradictoire en fonction des identifications et contre-identifications de chaque professionnel, avec en fond de toile la crainte de l'échec de l'accompagnement venant accentuer un sentiment d'impuissance

chez les professionnels.

Ces situations conflictuelles entre les différentes équipes intervenantes (par exemple au sein d'une même famille entre des mesures de prévention pour des enfants non placés contre des mesures de protection pour le reste de la fratrie déjà placée), observables parfois à l'intérieur d'une même équipe, comportent le risque de rester dans une inertie pluri-institutionnelle. Cette position passive, lorsqu'elle dure, encourage le passage à l'acte d'un seul professionnel dans une demande de placement d'urgence ou d'hospitalisation de l'enfant par exemple, face à la souffrance de l'enfant qui devient intolérable. Ce travail de séparation d'urgence sans préparation exacerbe considérablement les signes cliniques du syndrome de mal placement décrits précédemment (notamment au niveau de l'irascibilité de l'attachement mutuel, l'emprise de violence), les parents se mobilisant pour récupérer très rapidement l'enfant à leur domicile après cette première expérience de placement précipité.

Ainsi, l'ensemble des phénomènes psychiques présentés, ouvre directement la question de la transmission des traumatismes psychiques. Sur le plan clinique, celle-ci constitue une véritable « hémorragie psychique qui se transmet de génération en génération » (Clément, 1994, 35). En effet, tant du côté de la psychopathologie clinique rencontrée que de la spécificité clinique de la problématique de placement familial, ces situations soulignent l'importance de faire appel à un paradigme susceptible d'étudier ces interactions transgénérationnelles entre les enfants placés en famille d'accueil et leur parent de naissance.

C'est dans ce cadre que la théorie de l'attachement constitue une ouverture clinique aux modèles transgénérationnels (que nous présenterons au sein du chapitre 2), approche nécessairement couplée aux théorisations psychanalytiques qui étudient ces phénomènes de transmission psychique depuis plus d'un siècle (exposées dans le chapitre 3). Dans l'objectif d'appréhender le vécu psychologique de l'enfant placé, nous nous appliquons à investiguer la dynamique relationnelle et intersubjective entre les enfants et les professionnels, qui peuvent représenter une alternative à ce qui a été éprouvé avec la famille de naissance. Ainsi, nous pensons que l'exploration de l'attachement alternatif permet de rendre plus saillant les problématiques affectives présentes et passées de chacun des protagonistes (enfant, famille de naissance et professionnels assistants familiaux – référents).

L'objectif du premier chapitre de la partie théorique est de présenter la singularité du contexte clinique du placement familial judiciairisé dans lequel la recherche est inscrite. Pour cela, l'histoire des évolutions législatives et institutionnelles nous a permis de considérer le domaine de la protection de l'enfance comme un cadre clinique spécifique à la thématique de recherche. De même, la présentation de l'organisation actuelle des dispositifs intervenants situe précisément les caractéristiques institutionnelles du placement familial en France. Dans ce cadre, les relations institutionnelles manifestes entre les enfants et les professionnels en placement familial ont davantage été spécifiées tout comme la particularité de la psychopathologie clinique de l'enfant placé en famille d'accueil. Cet ensemble nous a permis d'aborder la singularité du paradigme clinique de la recherche à travers la présentation de la spécificité de la problématique clinique de placement familial.

CHAPITRE 2. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT EN PLACEMENT FAMILIAL

La phase du développement humain la moins étudiée reste la phase au cours de laquelle un enfant acquiert tout ce qui constituera ses caractéristiques d'être humain.

La conquête de ce continent n'est pas achevée.

(John Bowlby, 1978a, 473).

CHAPITRE 2. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT EN PLACEMENT FAMILIAL

Le deuxième chapitre concerne la théorie de l'attachement en placement familial. Dans une première partie, nous présentons ses fondements cliniques et théoriques généraux. La deuxième partie concerne la relation entre la théorie de l'attachement et la psychopathologie clinique rencontrée en contexte de protection de l'enfance. Dans une troisième partie, nous exposons les spécificités observées, dans un cadre de placement familial, au niveau de l'expression d'attachement à la fois du côté des enfants et des professionnels, dans l'objectif d'appréhender la dynamique interactive des relations institutionnelles qui nous intéresse ici.

1. FONDEMENTS CLINIQUES ET THEORIQUES DE LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT

1.1 Les influences à l'origine de la théorie de l'attachement

Les fondements de la construction de la théorie de l'attachement se sont établis par l'intermédiaire de différentes observations cliniques et conceptualisations théoriques spécifiques de l'époque concernée. Ainsi nous abordons brièvement les influences de la psychanalyse, de l'hospitalisme, de l'éthologie et de la cybernétique aux origines de la théorie de l'attachement.

1.1.1 Premières expériences cliniques de Bowlby

C'est en 1934 que Bowlby entame ses travaux sur l'attachement, lorsqu'il commence sa pratique clinique au sein d'un foyer pour jeunes garçons décrits comme « inadaptés » (Fonagy, 2004). De formation psychanalyste, Bowlby fut très marqué par les problématiques cliniques rencontrées (Guédeney & Guédeney, 2010), ce qui l'amena à réaliser dix ans plus tard une première recherche rétrospective célèbre qui porte sur « 44 jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale » (Bowlby, 1944). Quelques années plus tard, il continue ses recherches sur les problématiques de lien et les carences précoces en étudiant les conséquences des séparations de jeunes enfants placés en institution, en réponse à la commande d'un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans un contexte d'après-guerre très préoccupé sur le devenir des enfants

séparés (Bowlby, 1951)²⁷. De par son expérience clinique de praticien en institution, Bowlby ne trouve progressivement plus satisfaction avec la théorie psychanalytique prédominante durant la première moitié du XXème siècle, qui considérait que « le lien affectif au parent primaire est une pulsion secondaire, fondée sur la satisfaction des besoins oraux » (Fonagy, 2004, 28).

1.1.2 Les influences de l'hospitalisme

En parallèle à ces premières observations cliniques sur les effets de la séparation précoce de placement chez les jeunes enfants, se développèrent les travaux sur l'hospitalisme et la dépression anaclitique (Spitz, 1947). Ces travaux ont permis d'ouvrir la voie sur les recherches des carences maternelles précoces et de mettre considérablement en avant « l'ensemble des perturbations somatiques et psychiques provoquées sur des enfants (pendant les dix-huit premiers mois) par un séjour prolongé dans une institution hospitalière où ils sont complètement privés de leur mère » (Laplanche & Pontalis, 2007, 177). Ces observations cliniques ont contribué à souligner l'importance des facteurs de l'âge de l'enfant au moment de l'événement carenciel, de la durée de ces expériences, la notion d'investissement par hypostimulation ainsi que le danger de la « perte de l'objet d'amour » après l'avènement de la relation objectale (entre six et huit mois) (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004d, 2532).

1.1.3 Les influences de l'éthologie

Dans la même période, les premiers travaux sur l'éthologie se sont développés sur la première moitié du XXème siècle à la fois en milieu naturel et en laboratoire. Lorentz comme véritable spécialiste des méthodologies d'observations objectivistes des animaux en milieu naturel apporta les notions de « schème inné » (correspondant à l'organisation des actions qui se généralisent par l'expérience de la répétition) et « d'empreinte » (c'est-à-dire l'intégration acquise du pattern parental qui active l'instinct d'attachement lorsque les expériences d'attachement sont fortement convoquées comme le danger). En laboratoire, les recherches éthologiques menées par Harlow ont également fortement influencé Bowlby dans l'élaboration de la théorie de l'attachement, et notamment à travers « le caractère primaire des mouvements d'attachement vers la mère, ceux-ci formant un véritable système affectif ayant ses propres

²⁷ C'est lors de son voyage aux Etats-Unis en mission pour l'Organisation Mondiale de la Santé qu'il rencontra Myriam David et Geneviève Apple.

boucles de régulation, de renforcement et de maturation, relativement indépendantes des expériences d'allaitement proprement dites » (Miermont, 2004, 208).

Inspiré par ces travaux, Bowlby avance plusieurs arguments pour inscrire les fondements de ce qui deviendra plus tard la théorie de l'attachement. A ce stade de théorisation, Bowlby considère les développements de l'être humain enfant dans la continuité évolutionniste des mammifères, voire des oiseaux. En cela, il relie la notion d'empreinte chez l'homme à travers les observations indirectes suivantes : « la gamme des stimuli qui déclenchent les réponses sociales de l'enfant se restreint progressivement ; ces réponses sociales s'orientent préférentiellement vers des types de stimuli ; l'attachement à une personne est d'autant plus marqué que ses interactions sociales avec elles sont importantes ; il existe comme chez toutes les espèces soumises au processus de l'empreinte une structuration du comportement d'attachement, avec l'établissement d'une distinction entre les figures familières et les figures étrangères ; « la peur de l'étranger » qui en résulte vers huit-neuf mois rend plus difficile après un an l'établissement d'une nouvelle figure d'attachement ; une fois l'enfant attaché à une ou des figures définies, il s'en servira comme d'un référent non interchangeable » (Miermont, 2004, 206).

Ainsi, ces premières conceptualisations incitent Bowlby à se référer à un autre modèle théorique que celui de la psychanalyse (qui n'explique pas ses observations indirectes sur l'attachement), en se tournant vers le modèle théorique de la cybernétique (Bowlby, 1978a, 1979).

1.1.4 Le modèle cybernétique

En psychanalyse, la notion de pulsion fait appel au modèle scientifique prévalant à l'époque de Freud : la thermodynamique et l'hydraulique, correspondant « au modèle des réservoirs d'énergie » (Zazzo, 1979 ; Guédeney, 2002 ; Reynaud, 2011, 90). Ce modèle avance l'idée que lorsqu'une tension est trop importante, la soupape du réservoir d'énergie se libère pour que la réaction se décharge. Dans le cas de la première théorie des pulsions autour notamment de la notion du principe de plaisir, c'est l'énergie libidinale qui recherche à se décharger à la suite d'une tension-excitation s'accompagnant d'une expérience de déplaisir. Le processus même de cette décharge satisfait la pulsion par la procuration du plaisir, mettant ainsi un terme à l'activité libidinale. Selon Bowlby, les comportements d'attachement observables quant à eux ne

recherchent pas la réduction d'une tension interne pour se libérer autour des expériences de plaisir et de déplaisir. Ils s'organisent en fonction de désactivation et d'activation dans la recherche de maîtrise et de régulation du couple « distance - proximité » à la fois physique et affective avec la (ou les) figure parentale.

Dans ce cadre, Bowlby se réfère à la théorie cybernétique de régulation (ou théorie du contrôle) pour conceptualiser les comportements d'attachement (Bowlby, 1978a, 1979 ; Reynaud, 2011). Ces derniers sont présentés comme relevant d'un véritable système comportemental d'attachement rectifié quant au but. Ces systèmes répondent ainsi aux théories cybernétiques en combinant les données neurophysiologiques (qui régulent les comportements dont l'issue attendue ici est le lien d'attachement) avec les données qui proviennent des systèmes sociaux et familiaux (autrement dit l'environnement) (Miermont, 2004). Ainsi « le système d'attachement est composé d'un ensemble de systèmes innés qui cherchent à entrer en relation (recherche de la proximité physique avec la figure d'attachement et du sentiment de sécurité interne qui en résulte). D'autre part, par l'intermédiaire de rétroactions, le système d'attachement s'adapte et « se corrige » constamment vis-à-vis de l'environnement pour atteindre ou maintenir l'objectif initial de proximité » (Reynaud, 2011, 91).

1.1.5 L'opérationnalisation expérimentale de la situation étrange

C'est quelques années plus tard que la théorie de l'attachement rencontra une visibilité scientifique internationale considérable grâce à un approfondissement expérimental ingénieux et créatif que constitue celui du paradigme de la Situation Etrange créée par Mary Ainsworth en 1978. Cette situation expérimentale vise à évaluer le comportement d'attachement de l'enfant par un ensemble d'observations cliniques permettant d'apprécier différentes modalités comportementales de l'attachement.

C'est en amont et en parallèle de cette avancée expérimentale que Bowlby (et d'autres théoriciens par la suite) précise les principes d'organisation de la théorie de l'attachement comme un véritable modèle psychologique du développement chez l'enfant et plus tard chez l'adulte, qui s'enrichira à travers différentes perspectives théorico-cliniques : l'approche développementale et l'approche psychosociale. Ces approches ont contribué à l'élaboration d'un certain nombre d'instruments d'évaluation utilisés dans le cadre de cette recherche (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Pierrehumbert & *al.*, 1996 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999 ;

Miljkovitch & *al.*, 2003). Avant de développer les influences des différentes approches théoriques sur la manière de considérer les appréciations de l'attachement chez les enfants et les adultes, nous allons maintenant présenter les principaux concepts de l'attachement concernés par notre thématique de recherche.

1.2 L'attachement chez l'enfant

Cette partie introduit la question de l'attachement chez l'enfant en présentant les principaux concepts associés. Dans un premier temps, nous donnons une définition générale de l'attachement pour ensuite décrire les différentes notions qui illustrent la construction de l'attachement chez l'enfant en présentant respectivement la construction du développement temporel de la relation d'attachement à travers les systèmes et le lien d'attachement, les modalités comportementales d'attachement, la base de sécurité ainsi que les représentations d'attachement (ou Modèles Internes Opérants soit M.I.O.).

1.2.1 La définition générale de l'attachement

Selon Bowlby et ses partisans, l'enfant naît avec un besoin fondamental de recherche de proximité et de contact (Bowlby, 1978a). La relation d'attachement s'établit si la mère satisfait ce besoin fondamental par des caresses, par des soins, des bercements. La mère de naissance assure alors une fonction de protection. Dans ce sens la notion d'attachement désigne dans un premier temps un système de comportements du sujet dont l'objectif ultime serait la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique : la figure d'attachement (Bideaud & *al.*, 1993).

Ensuite, le lien d'attachement s'organiserait progressivement jusqu'à l'âge de quatre ans, âge marquant l'introduction d'un nouveau changement dans la relation grâce au développement des capacités cognitives et langagières de l'enfant (Guédénéy, 2011). Ainsi, l'attachement dit « « sécuritaire » chez l'individu est en partie fonction de la disponibilité et de l'apport en sécurité affective de la part de la figure d'attachement tandis que l'attachement dit « insécure » est lié au degré d'inadéquation en apport de sécurité affective de la part de la figure d'attachement » (Reynaud, 2011, 90). Afin de préciser les périodes constitutives de la construction du lien d'attachement, regardons maintenant les principales étapes participant à son organisation.

1.2.2 Le développement temporel du lien et de la relation d'attachement

1.2.2.1 *Les systèmes d'attachement*

Le développement temporel du lien et de la relation d'attachement s'organise selon la notion de système d'attachement présent dès la naissance de l'enfant. Comme nous l'avons présenté dans l'introduction de cette partie, le système comportemental d'expression d'attachement recherche l'équilibre à travers l'homéostasie en maintenant la distance souhaitée avec la figure parentale en rapport avec les événements de l'environnement (situation de danger, de stress, solitude) (Guédénéy, 2011). L'équilibre psychologique individuel manifesté à travers les comportements d'attachement ne peut ainsi se réaliser de manière indépendante du milieu (Lebovici, 2004a). Ainsi, le système d'attachement pourrait se décrire comme un « système motivationnel ou comportemental » dans le sens que cet ensemble complexe se définirait par plusieurs éléments. On retrouverait tout d'abord « un objectif à atteindre » et les moyens mis en œuvre pour parvenir à cet objectif (les comportements) (Guédénéy & Guédénéy, 2010,7). Les comportements seraient de plus en plus complexes et intériorisés au fil du temps et leurs fonctionnalités s'organiseraient selon un ensemble de représentations, appelé les modèles internes opérants (Guédénéy & Guédénéy, 2006).

Ainsi on peut dire que si le système d'attachement s'exprime dans un premier temps sur un versant comportemental, il reste néanmoins sous-tendu par les représentations d'expériences d'attachement ou modèles internes opérants. La capacité à se rendre disponible physiquement et affectivement de la part de la figure de soin (à un niveau comportemental) correspondra une attente confiante vis-à-vis de cette dernière (au niveau des représentations) (Reynaud, 2011). De son côté, Miljkovitch insistera plus tard sur l'idée prépondérante de l'homéostasie dans la théorie de l'attachement au sein du modèle de la cybernétique en précisant que l'harmonie du système d'attachement se réalise en fonction de trois facteurs que sont les stressseurs, l'état de stress provoqué par la situation en tant que telle et la détresse émotionnelle du sujet (Bowlby, 1984 ; Miljkovitch, 2009 ; Reynaud, 2011). C'est donc dans ce cadre que se construit le développement temporel du lien d'attachement.

1.2.2.2 *Le lien d'attachement*

Le lien d'attachement se construit selon un processus long et complexe. Nous présentons ici les caractéristiques principales de l'élaboration de ce lien concourant aux différentes relations d'attachement à venir pour l'enfant, et notamment à travers celle entretenue avec les professionnels. Le développement temporel du lien d'attachement s'organise autour de quatre périodes selon Bowlby.

De la naissance à douze semaines, le nourrisson manifeste de manière significative des mouvements d'orientation et des signaux sans qu'il soit à ce stade spécifiquement dirigés vers la figure d'attachement principal (en général la mère) (Miermont, 2004). Ainsi, les comportements innés d'attachement auraient ici pour objectif principal de se rapprocher des adultes (Guédeney & Guédeney, 2009).

Ensuite, de douze semaines à six mois, le nourrisson discrimine progressivement la figure d'attachement principale, en exprimant des mouvements d'orientation et signaux plus diversifiés (pleurs, regards, vocalises, etc.). Le nourrisson commence alors à maîtriser ses systèmes de comportements. L'apparition des premières représentations d'expériences intériorisées au niveau procédural se manifesterait ici (Miljkovitch, 2009). C'est aussi à cette période qu'apparaîtrait le sourire (Miermont, 2004).

De six mois à trois ans, le bébé puis l'enfant cherche à préserver la proximité avec la (ou les) figure d'attachement qu'il a cette fois-ci clairement identifiée comme telle (Guédeney & Guédeney, 2009). C'est à ce moment qu'on assiste aussi à l'émergence de l'angoisse de séparation. En parallèle, la recherche d'exploration progressivement encouragée par l'autonomie apportée par la locomotion psychomotrice favorise la construction de la base de sécurité. L'augmentation des capacités cognitives et la maturation générale du développement somatique et psychique amènent l'enfant à constituer les premières élaborations pré-mentalises par l'intériorisation de ces premières expériences d'attachement (Fonagy, 2004). La construction d'un partenariat avec la mère autour de la recherche de but commun dans l'ajustement relationnel et affective se réalise aussi pendant cette phase de développement temporel de l'attachement.

La consolidation de cette intériorisation quant aux objectifs que l'enfant souhaite atteindre se construit sensiblement. L'enfant est ainsi en meilleure possibilité pour mettre en place des stratégies permettant d'atteindre ce qu'il recherche, tout en faisant la différence entre ses comportements d'attachement et ceux des adultes (Miermont, 2004). L'enfant passe ainsi du besoin de réconfort primordial et de proximité physique à la recherche de la disponibilité affective de sa figure d'attachement. C'est aussi pendant cette période que se manifestent les modalités comportementales d'attachement étudiées au sein de la situation étrange (Guédeney & Guédeney, 2009).

Pendant la dernière phase de développement d'attachement de deux à quatre ans, l'enfant construit véritablement une relation de partenaire avec sa figure d'attachement principal en co-construisant un but commun. D'autres figures d'attachement alternatives sont investies et prennent le relais comme nouveau support relationnel (comme par exemple les institutrices ou instituteurs à l'école maternelle), ce qui permet à l'enfant d'explorer davantage le monde sans ressentir de sentiment d'insécurité en l'absence de la mère. La capacité de régulation et d'identification des affects se développent également.

Ces possibilités de partenariats constituent des bons indicateurs sur la qualité des relations d'attachement de l'enfant, notamment à travers sa possibilité d'aménager affectivement les situations qui suscitent les expériences de désaccords et de conflits (Guédeney & Guédeney, 2009). L'évolution de ces événements relatifs à l'attachement renvoie directement aux possibilités de soins que donne et éprouve la figure d'attachement face aux besoins et demandes d'attachement de l'enfant. On parle alors du système du « caregiving » de la figure d'attachement pour décrire sa réponse devant la vulnérabilité ou la détresse de l'enfant, étayée par le désir de le protéger, de le réconforter et de le consoler (Guédeney, 2008).

1.2.3 Les modalités comportementales de l'attachement

Nous allons maintenant présenter les différentes modalités comportementales d'attachement observées chez l'enfant (d'un à vingt-quatre mois) à travers le paradigme de la situation étrange créé par Ainsworth (1978). Ce dispositif permet ainsi d'étudier les interactions mère-enfant et plus particulièrement la réaction de l'enfant en situation de départ et de retrouvaille de la mère. Les variables principalement utilisées sont la résistance lors de la réunion mère-enfant, la proximité et l'évitement. Ces observations permettent de réaliser une

classification en trois groupes : le groupe A (attachement insécure-évitant), le groupe B (attachement sécure) et le groupe C (attachement insécure ambivalent-résistant) et plus tard le groupe D (attachement insécure désorganisé-désorienté) proposé par Mary Main (1991).

1.2.3.1 *Groupe A : Attachement insécure-évitant*

Ce sont des enfants qui ne sont pas attachés spécifiquement à leur mère dans la mesure où ils répondent de la même façon à leur mère qu'aux autres adultes (Ainsworth, 1978 ; Guédeney & Guédeney, 2006). Ces enfants sont considérés comme évitant car ils se détournent du contact avec la mère lors des retrouvailles et présentent peu de manifestations affectives ou de comportements liés à la notion de base de sécurité. Ici le bébé n'est pas dans une forme de sécurité et de confiance dans la disponibilité du *caregiver* (donneur de soins). L'enfant essaie d'ajuster son anxiété face à la situation en diminuant son niveau d'excitation émotionnelle et en évitant la mère (stratégie d'attachement secondaire de minimisation de Mary Main).

1.2.3.2 *Groupe B : Attachement sécure*

La modalité d'attachement rencontrée le plus fréquemment est l'attachement *sécure* « qui renvoie à l'hypothèse de normativité dans laquelle l'attachement *sécure* est considéré comme la norme » (Guédeney & Guédeney, 2006, 44). Ici les enfants ne crient pas systématiquement, semblent heureux d'être avec leur mère et explorent l'environnement en leur présence. Ils se montrent confiant dans la relation avec leur figure d'attachement, cette dernière leur apportant un sentiment de sécurité interne.

1.2.3.3 *Groupe C : Attachement insécure ambivalent-résistant :*

On retrouve dans ce groupe des enfants qui pleurent fréquemment même en situation de réconfort (quand la figure d'attachement prend l'enfant dans ses bras). Ils explorent peu l'environnement (Guédeney & Guédeney, 2006) et semblent attirer significativement l'attention de leur mère (Ainsworth, 1978 ; Reynaud, 2011).

1.2.3.4 *Groupe D : Attachement insécure désorganisé désorienté :*

Cette modalité d'attachement n'a pas été discriminé par Ainsworth mais a été reprise par Mary Main (1985), à partir de la catégorie dite « inclassable ». Mary Main, élève d'Ainsworth, fait le lien entre cette catégorie et les problématiques de violences et d'abus avec des parents qui ont vécu des traumatismes non résolus. Ainsi, elle caractérise cette catégorie par

un manque de cohérence globale dans l'observation de leurs intentions comportementales. Ces enfants « paraissent désorganisés simultanément ou dans leurs successions, interrompues ou bizarres, avec des stéréotypies lors des retrouvailles » (Reynaud, 2011, 94). Ces enfants peuvent s'immobiliser pendant la réunion avec le parent, avec des postures et des attitudes exprimant de la confusion, de l'appréhension voire des équivalents dépressifs (par une extrême agitation comportementale ou un repli sur soi) (Main, 1985).

- Ainsi ces modalités comportementales dans la population générale de culture différente se distribue selon la répartition suivante (ONED, 2010) :
 - 20% d'enfants exprimant un comportement d'attachement anxieux-évitant
 - 65% d'enfants manifestant un comportement d'attachement sécuritaire
 - 15% d'enfants exprimant un comportement d'attachement anxieux-résistant ou ambivalent ainsi que désorganisé-désorienté

- En ce qui concerne les enfants placés, la répartition est différente avec davantage de comportements d'attachement de type insécure (ONED, 2010) :
 - 4% d'enfants exprimant un comportement d'attachement anxieux-évitant
 - 46% d'enfants manifestant un comportement d'attachement sécuritaire
 - 8% d'enfants exprimant un comportement d'attachement anxieux-résistant
 - 42% d'enfants exprimant un comportement d'attachement désorganisé-désorienté

De plus, précisons que ce paradigme expérimental permet d'observer à un niveau comportemental les différentes modalités d'attachement chez l'enfant, mais il ne suffit pas à rendre compte des processus d'intériorisation des représentations d'attachement qui sont essentielles à considérer dans l'appréciation de l'attachement chez l'enfant (ici les enfants placés) et chez l'adulte (les professionnels).

1.2.4 Les représentations d'expériences d'attachement ou les Modèles Internes Opérants (M.I.O.)

Bowlby s'est inspiré des travaux du psychologue britannique Kenneth Craik (1943) en introduisant dans sa théorie la notion de modèle interne opérant (ou M.I.O.) (*Internal Working Model*) (Miljkovitch, 2009). Dans un premier temps, Bowlby utilise cette notion afin de désigner les modèles mentaux construits par l'enfant, lui permettant de le guider dans sa façon de percevoir et de se conduire dans ses relations interpersonnelles (Miljkovitch, 2009). Les M.I.O. seraient donc présents dès la naissance et se prolongeraient tout au long de la vie (Reynaud, 2011). Les M.I.O. se caractérisent par des constructions affectives cognitivo-émotionnelles, plus ou moins accessibles à la conscience, et qui s'activent dès que des événements liés à l'attachement surviennent (Guédeney, 2009). En cela, les M.I.O. correspondent à des représentations mentales d'attachement, (Fonagy, 2004 ; Golse, 2004, 2005, 2010, 2011), constituant ainsi l'aspect psychodynamique de l'attachement (Howes, 1999 ; Golse, 2004, 2005, 2010, 2011 ; Missonnier, 2007).

1.2.5 La notion de base de sécurité chez l'enfant

La notion de base de sécurité a été particulièrement approfondie au sein de la situation étrange. Elle signifie que pour le bébé, la figure d'attachement représente un support à travers lequel il lui serait possible d'explorer le monde avec confiance (Tereno & al., 2007) car il pourra y revenir en cas de besoin, constituant ainsi un havre de sécurité (Guédeney & Guédeney, 2009). La figure d'attachement est vécue comme prévisible, avec un lien fiable et stable. Elle est en capacité de comprendre les besoins et les préoccupations de l'enfant en les apaisant (Pillet, 2007).

Cette notion appelle donc l'activation de deux systèmes différents : un système d'exploration et un système d'attachement, qui s'équilibrent ou rentrent en compétition dans des situations particulières, comme l'exposition à des situations de séparations (Guédeney & Guédeney, 2010). Partant de ces deux systèmes et de leur sensibilité contextuelle (notamment le paradigme de la séparation), nous pouvons mesurer leur importance au regard du vécu de séparation et de placement pour un enfant. On devine l'intérêt du rôle de l'assistant familial et de l'éducateur référent dans la constitution de cette base de sécurité (Guédeney, 2008 ; Guédeney & Guédeney, 2010) qui, à travers la continuité de prendre soin et de référence, constitueraient des figures alternatives d'attachement de confiance sur lesquelles l'enfant pourrait s'appuyer pour explorer et se construire de manière épanouie sur le plan affectif.

1.3 L'attachement chez l'adulte

Cette partie évoque la question de l'attachement chez l'adulte en présentant les principaux concepts associés. Tout d'abord, nous décrivons brièvement les évolutions des représentations d'attachement à travers les différentes perspectives théoriques de l'attachement. Ensuite, nous abordons les relations d'attachement interpersonnelles à travers les styles d'attachement. Dans un troisième temps, nous développons la notion de la base de sécurité et du caregiving chez l'adulte.

1.3.1 La description des représentations d'attachement

Les études de l'attachement des M.I.O chez l'adulte constitue un tournant historique dans la théorie de l'attachement en recherchant les correspondances entre les modalités comportementales pendant l'enfance avec leur représentation à l'âge adulte, entraînant l'émergence de deux courants chez les théoriciens de l'attachement : l'approche développementale et l'approche psychosociale (Perdereau & al., 2006) comme modèles de compréhension sur la stabilité des modalités d'attachement. Ensuite, nous présentons dans quel cadre théorique se situe ce travail de recherche doctoral.

1.3.1.1 *La perspective développementale de l'attachement*

Dans l'approche développementale les M.I.O. construits pendant la première année reste influant tout au long de la vie (Guédénéy & Guédénéy, 2006). On parle de représentation d'attachement et le développement de stratégie d'attachement dans cette approche (Reynaud, 2011). Les M.I.O. sont appréciés dans leur stabilité entre l'enfance et l'âge adulte, ce qui constituerait une forme de continuité de l'attachement. La perspective développementale se concentre donc sur l'attachement parental et filial de l'adulte en prenant en compte son passé infantile.

En ce qui concerne les représentations d'attachement, les auteurs qui ont travaillé sur ces questions ont observé quatre correspondances d'attachement entre les modalités comportementales d'attachement de la situation étrange avec les représentations d'attachement des parents appréhendées par l'A.A.I.²⁸ (Main, 1991). Les enfants avec un comportement d'attachement de type évitant avaient des figures d'attachement à l'état d'esprit détaché, les

²⁸ Notons que nous présenterons l'A.A.I. dans la partie de la méthodologie de recherche.

enfants anxieux ambivalents avaient des figures parentales préoccupées et les enfants avec un comportement de type sécure avaient des figures d'attachement à l'état d'esprit autonome et libre. En ce qui concerne la modalité comportementale désorganisé-désorientée des enfants, les figures parentales manifestaient un état d'esprit désorganisé-non résolu en lien avec un traumatisme psychique ou un deuil non élaboré (Main & Hesse, 1990 ; Main & Salomon, 1990). Depuis ces travaux, la très bonne concordance entre les différents types de comportement d'attachement investigués au sein de la situation étrange avec les états d'esprit des figures d'attachement dans l'A.A.I. a été de multiples fois répliquées (Guédénéy & Guédénéy, 2006, 2009).

Vis-à-vis des stratégies d'attachement, elles s'apprécient en fonction de la place des émotions dans la vie de la personne adulte et ses représentations d'expériences d'attachement quant à ses besoins émotionnels (Pierrehumbert & *al.*, 1996). En reprenant les considérations de Main (1990) sur les stratégies d'attachement, Pierrehumbert (1996) distingue les stratégies d'attachement à l'âge adulte avec les stratégies primaires et les stratégies secondaires, en termes d'activation et de désactivation de l'attachement. De plus, les stratégies d'attachement peuvent aussi s'appréhender à travers deux caractéristiques qui lui sont propre : « un ensemble planifié de moyens afin d'atteindre un objectif précis » et « une procédure permettant d'opérer une sélection parmi les options disponibles ou d'en construire de nouvelles » (Reynaud, 2011, 100).

1.3.1.2 La perspective psychosociale de l'attachement

L'approche psychosociale est quant à elle non équivalente à l'approche développementale. Cette perspective critique la correspondance faite entre l'attachement chez l'adulte avec l'attachement parental et filial (Main & *al.*, 1985 ; Main, 1991 ; Bretherton, 1991 ; Shaver & Mikulincer, 2002 ; Reynaud, 2011). L'approche psychosociale se concentre ainsi sur l'émergence d'autres représentations d'attachement avec l'existence d'attachement spécifique comme l'attachement romantique (qui concerne l'attachement singulier exprimé au sein des relations conjugales) (Hazan & Shaver, 1987). Ici le modèle des M.I.O. se caractériserait par une révision permanente des représentations existantes (Guédénéy & Guédénéy, 2006). En plus de l'attachement romantique, cette approche a permis de faire émerger les concepts de style d'attachement chez l'adulte. La particularité de ces styles d'attachement se situe principalement dans la considération de plusieurs M.I.O., avec un M.I.O. de soi et un M.I.O. des autres.

Les M.I.O. de soi et des autres sont construits et intériorisés pendant l'enfance (Bretherton & *al.*, 1990 ; Bretherton, 1990, 1993 ; Bretherton & *al.*, 1998 ; Golse, 2004, 2005, 2006, 2010). Les M.I.O. sensibilisent les types d'attentes que peuvent avoir les sujets au sein de leurs relations interpersonnelles actuelles. Selon Bowlby, le modèle de soi correspondrait en quelque sorte à la construction de l'estime de soi, à la qualité de l'image (bonne ou mauvaise) renvoyée par la figure d'attachement. En revanche, le modèle d'autrui correspondrait à la qualité de la confiance ou à la défiance des autres quant à leurs disponibilités (Bowlby, 1984). En cela, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'ambivalence d'attachement se rattacheraient à l'expression de ces différents M.I.O. L'anxiété organiserait ainsi l'expression du modèle de soi à travers la crainte plus ou moins profonde de ne pas se sentir suffisamment aimé par les autres. En ce qui concerne le modèle d'autrui, il se manifesterait à travers un évitement plus ou moins significatif des relations interpersonnelles actuelles. Dans ce cadre, les styles d'attachement représentent les M.I.O. les plus conscients qui s'actualisent au sein de ces situations interpersonnelles actuelles pour le sujet (relations sociales avec les pairs, relations professionnelles, les partenaires amoureux, etc.).

1.3.1.3 La stabilité et l'évolution des représentations d'attachement

D'une manière générale, les recherches scientifiques vont dans le sens de la stabilité des M.I.O. avancée par Bowlby à travers des modalités d'attachement qui se renforcent dans le temps selon un cercle vertueux (Miljkovitch, 2009 ; Grossmann & Grossmann, 1998). Par exemple, les enfants avec des comportements d'attachement de type sécure auraient des relations équilibrées et harmonieuses à l'âge adulte avec leurs parents, leurs familles ainsi que dans leurs relations sociales, ce qui n'est pas forcément observé chez les enfants avec des comportements de type insécure pendant la petite enfance (Miljkovitch, 2001, 2009). Ainsi, les M.I.O. servent de « filtres au travers desquels on interprète de nouvelles expériences » (Miljkovitch, 2009, 45).

Cependant la stabilité appréciée dans la perspective développementale reste à relativiser et peut dépendre d'autres phénomènes d'attachement et ce particulièrement en fonction des soins que reçoit l'enfant au-delà de la construction de son attachement précoce de la première année. D'autres facteurs environnementaux peuvent aussi rentrer en compte comme la qualité du caregiving des figures d'attachement qui peut fluctuer en fonction des événements de vie familiaux (Miljkovitch, 2009). Les comportements d'attachement de l'enfant ne sont donc pas

les seules à influencer le développement de l'attachement, ce dernier subissant aussi les variabilités extérieures de l'attachement chez ses proches, et notamment à travers la qualité du caregiving des figures d'attachement.

1.3.1.4 La perspective choisie pour la réalisation de la recherche

Dans ce cadre général de l'évolution des modèles internes opérants appréhendée par les différentes perspectives théoriques de l'attachement, nous situons cette étude dans une visée essentiellement développementale pour les enfants et les professionnels, sans exclure la perspective psychosociale qui peut venir selon nous, considérablement enrichir l'analyse de notre thématique de recherche. En effet, l'approche développementale permet d'investiguer la qualité des liens familiaux des enfants et des professionnels au niveau de l'attachement filial et parental au regard des conflits infantiles de chacun des protagonistes.

En ce qui concerne l'approche psychosociale, elle ouvre des perspectives d'analyses dans l'étude de la dynamique des liens institutionnels entre l'enfant et les professionnels tout en soulignant les effets des facteurs environnementaux (par exemple au niveau de la famille de naissance et au niveau de la famille d'accueil) sur la qualité d'attachement des acteurs concernés ainsi que de ses possibles réaménagements (comme par exemple l'influence des styles d'attachement sur la personnalité des adolescents ou des professionnels).

1.3.2 Les relations d'attachement interpersonnelles à travers les styles d'attachement

Les relations d'attachement interpersonnelles s'apprécient à travers les styles d'attachement. L'ajustement des modèles de soi et des autres dans ses dimensions positives ou négatives conduit à la classification de l'attachement en quatre styles différents (Hazan & Shaver, 1987 ; Bartholomew & Horowitz, 1991). On retrouve ainsi le style d'attachement sécurisé, le style d'attachement de type préoccupé, le style d'attachement de type détaché évitant et le style d'attachement de type craintif (Guédénéy & Guédénéy, 2009).

- Le style interpersonnel sécurisé autonome : il s'agit des personnes qui ont un modèle de soi et des autres positifs. Sans crédulité, ils recherchent les relations proches tout en étant autonome. Ils ne manifestent pas d'anxiété particulière s'ils se retrouvent seuls. Ils sont lucides

et savent prendre du recul sur leurs ressources et tiennent compte de leurs limites et vulnérabilités. Ils peuvent faire preuve de souplesse face à un problème rencontré, sachant mobiliser leurs ressources et demander de l'aide à autrui si jamais ils ne sont pas en possibilité de gérer la situation par leurs seules compétences personnelles. Sur le plan professionnel, ils peuvent valoriser l'importance de leurs investissements au travail sans que leurs activités viennent s'imposer au détriment de leurs autres relations interpersonnelles.

- Le style interpersonnel insécure préoccupé : cela concerne des sujets qui expriment un M.I.O. d'autrui positif et un M.I.O. de soi négatif. Cette image négative de soi convoque un sentiment de doute à être aimé et peut entraîner une impression de dépendance vis à vis des autres, notamment dans la considération de leurs estimes de soi. Inquiets de l'avenir de leurs relations, ils redoutent l'abandon en permanence. En cela, ils peuvent manifester des attitudes de proximité agressive (passive) et contrôlante vis-à-vis de leur figure d'attachement. Ils ont une vision idéalisée et positive des autres, tout en ayant le sentiment d'être en permanence déçu et exclu par ces-derniers. Ils ont l'impression d'avoir peu de prises sur leurs vies ce qui les amènent à rechercher des relations d'intimité et de dépendance affective excessive avec les autres. Les situations de vie qui suscitent un sentiment de perte, d'abandon ou de conflits relationnels chroniques peuvent conduire à des ressentis excessifs de détresse voire de colère. Ils peuvent investir leurs activités professionnelles de façon à gagner la reconnaissance et le respect des autres.

- Le style interpersonnel insécure détaché évitant ou démissionnaire : il s'agit des personnes qui expriment un M.I.O. de soi positif défensif et un M.I.O. des autres négatifs. Ils ont des difficultés à exprimer des émotions négatives et les mettre à distance. Ils peuvent utiliser des mécanismes défensifs de rationalisation et de minimisation, avec des tendances fortes à se dévaloriser. Dans le même temps, ils montrent beaucoup de détachement dans leurs émotions et revendiquent l'indépendance vis-à-vis des autres. Ils peuvent exprimer de la méfiance et de la suspicion dans leurs relations avec les autres, les mettant émotionnellement à l'écart. Ils expriment plus de satisfaction dans leurs réussites personnelles que dans leurs relations. En cela, ils peuvent manifester une forte estime de soi apparente, ce qui leur permet de ne pas aborder leurs propres vulnérabilités. Ils préfèrent travailler seuls et ont tendances à utiliser leurs métiers pour éviter les relations proches.

- Le style interpersonnel insécure craintif : cela concerne des sujets qui ont un M.I.O. de soi et des autres négatifs. Ils ont des représentations de soi qui sont vécues comme non désirées et particulièrement solitaires. Particulièrement anxieux, ils peuvent manifester des sentiments de détresse permanents vis-à-vis des autres et lorsque les relations sont trop anxiogènes, ils peuvent exprimer un évitement excessif et particulièrement incongru à la situation. Très sensibles aux ressentis de menace et d'attaque qui viennent des autres, ils montrent un niveau élevé d'angoisse même si la situation suscite peu d'anxiété. Leurs recherches d'aide et de soutien se manifestent par des voies détournées, de manière indirecte, ou lors de débordement émotionnel intense, lorsqu'ils n'arrivent plus à maîtriser l'expression de leurs émotions. Peurs d'être rejetés, ils peuvent se montrer très méfiants vis-à-vis des autres, tout en exprimant le besoin de nouer des relations affectives. Ils désirent à la fois des relations constantes de soutien mais peuvent se montrer en permanence insatisfaits des autres. Ils ont une vision d'eux-mêmes négatives, s'estimant non désirable tout en aspirant à s'ouvrir aux autres, ce qui les rend très inquiets de ne jamais pouvoir trouver quelqu'un qui les aime et les désire authentiquement.

1.3.3 Le système du caregiving

Bowlby introduit l'idée de l'existence d'un système motivationnel particulier : le système de *caregiving*, qui se caractériserait par la « fonction de prendre soin » (Guédeney & Guédeney, 2009, 17) ou de « donner des soins » (Pinel-Jacquemin & Savard, 2010, 12) et organiserait les soins parentaux en répondant aux différents besoins d'attachement de l'enfant. La dynamique du processus du *caregiving* va habituellement du parent vers l'enfant, ne constituant qu'un aspect du lien d'attachement, considéré ainsi comme le versant parental de l'attachement. Dans ce cadre le parent est alors appelé le « *caregiver* » autrement dit « celui qui prend soin de » (Guédeney & Guédeney, 2009, 17). George et Solomon (1999, 2011) ont beaucoup étudié ce système motivationnel et le présentent comme « un ensemble organisé de comportements guidé par la représentation actuelle parent-enfant » (Guédeney & Guédeney, 2009, 17). Dans ce sens on peut dire que le système du *caregiving* est le système réciproque et complémentaire du système d'attachement de l'enfant (George & Solomon, 1999).

Comme tout système dans la théorie de l'attachement, le système de *caregiving* présente un certain nombre de caractéristiques spécifiques à son expression comme des objectifs, des comportements de *caregiving*, des conditions d'activation particulière et des représentations mentales (autrement dit des Modèles Internes Opérants) qui lui sont propre : comme une

flexibilité de ses M.I.O. (c'est-à-dire que le *caregiving* serait présent chez tout individu mais avec des comportements de soins différents) ou encore la rencontre d'un événement de vie potentiellement traumatique qui pourrait venir agresser voire traumatiser le système du *caregiving* (George & Solomon, 1999). Ainsi, l'expression de la qualité des *caregiving* des figures d'attachement aura des incidences directes sur les qualités de l'organisation des comportements d'attachement de l'enfant.

1.3.4 La base de sécurité chez l'adulte

D'une manière générale on peut dire que la notion de sécurité dans la théorie de l'attachement amène à la notion de base de sécurité. Très peu étudié dans l'étude de l'attachement adulte, ce concept suscite aujourd'hui un regain d'intérêt pour la recherche (Berger, 2006). Il signifie « la confiance dans l'idée qu'une figure de soin, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu en cas de besoin » (Guédeney & Guédeney, 2006, 19). Si l'enfant a constitué une base de sécurité suffisante il pourra alors activer son système d'exploration et découvrir le monde. L'expression de la base de sécurité chez l'adulte diffère donc de celle chez l'enfant. La base de sécurité se caractérise davantage par la réciprocité à travers laquelle chaque relation d'attachement répond à un processus de recherche de soutien et de *caregiving* réciproque, en plus des systèmes d'attachement chez l'adulte impliquant les couples anxiété et vigilance, attachement et exploration.

Certains auteurs mettent en avant qu'au fur et à mesure de l'entrée dans l'âge adulte le système d'exploration s'active de plus en plus alors que parallèlement le système d'attachement diminue fortement (dans des conditions normales) (Ainsworth, 1991 ; Grossmann & Grossmann, 1999). Ces activités exploratoires se caractérisent par le fait de voyager ou encore à travers l'idée de « travailler à la réalisation d'objectif personnel important » (Guédeney & Guédeney, 2006, 92). On retrouve ici l'enjeu du choix de ces métiers pour les professionnels (Vattier & Rochotte-Triboulot, 1991).

2. L'ATTACHEMENT ET LA PSYCHOPATHOLOGIE

La relation entre l'attachement et la psychopathologie ne répond pas à une causalité linéaire simple, qui pourrait par exemple s'établir entre un comportement d'attachement insécuré manifesté pendant la petite enfance comme facteur de prédiction prépondérant à l'avènement d'une organisation psychopathologique à l'âge adolescent ou adulte. Autrement dit, ces désordres psychopathologiques ne sont absolument pas directement liés aux modalités d'organisation comportementale d'attachement dans une logique de corrélation directe (sécure, évitant, préoccupé ou désorganisé), au risque d'une simplification dramatique qui pourrait conduire à la formulation d'un déterminisme psychiatrique dangereux comme modèle de prescriptions psychopathologiques (Granqvist & *al.*, 2017).

Ce type de considérations irait à l'inverse des postulats cliniques présentés sur les organisations psychopathologiques à travers lesquels se fondent notre démarche de recherche en psychologie clinique et en psychopathologie (Lagache, 1949 ; Roussillon, 2014 ; Ciccone, 2014). Dans ce sens, la compréhension de ces descriptions cliniques reste éminemment dépendante de modèle poly-factoriel, dans lequel l'attachement s'inscrit comme un facteur de risques parmi une pléiade d'autres facteurs de vulnérabilités (familiaux, environnementaux, individuels) qui s'intriquent les uns aux autres jusqu'à potentialiser par leur durée et leur massivité l'organisation possible de processus psychopathologiques.

De plus, précisons que cette partie présente la psychopathologie de manière descriptive, principalement selon les standards nosographiques internationaux (le DSM-IV, le DSM-V et la CIM10). Dans le même ordre d'idée, soulignons également que la synthèse des affections psychopathologiques présentée ici correspond aux problématiques psychologiques les plus fréquemment rencontrées dans le domaine de la protection de l'enfance en placement familial, conformément à ce qui a été présenté au sein du chapitre précédent. Dans cet objectif, nous présentons dans un premier temps la relation entre l'attachement et la psychopathologie du côté de l'enfant et de l'adolescent puis dans un deuxième temps nous évoquons plus brièvement cette relation du côté de l'adulte.

2.1 L'attachement et la psychopathologie du côté de l'enfant et de l'adolescent

Nous abordons l'attachement et la psychopathologie du côté de l'enfant et de l'adolescent en proposant d'une part une synthèse des trois grandes catégories de troubles de l'attachement, puis d'autre part en abordant la relation entre les troubles du comportement et l'attachement dans la compréhension des psychopathologies de l'enfant. Dans un troisième temps nous présentons la relation entre l'attachement chez les adolescents avec la psychopathologie.

2.1.1 Les troubles de l'attachement

Au sein de la littérature scientifique internationale, on retrouve une classification en trois grandes catégories de troubles de l'attachement : les troubles de la distorsion de la base de sécurité, les troubles réactionnels d'attachement et enfin les troubles de la rupture du lien d'attachement (Guédeney & Guédeney, 2010).

2.1.1.1 *Les troubles de la distorsion de la base de sécurité*

Ces troubles n'appartiennent pas à une classification psychiatrique de diagnostic, que cela soit au sein des différentes versions du DSM²⁹, de la CIM ou de la CFTMEA. Ces troubles concernent des relations d'attachement profondément perturbées entre l'enfant et les parents. Le différentiel clinique est difficile à établir avec les troubles réactionnels d'attachement et peut se déterminer à travers le caractère massif et continu de ces types de troubles envers la figure d'attachement principal. Les auteurs distinguent ainsi quatre catégories de troubles de la distorsion de la base de sécurité (Bowlby, 1977a, 1977b, 1978a, 1978b, 1984, 1988 ; Boris & Zeanah, 1999 ; Guédeney & Guédeney, 2010).

Les troubles de l'attachement avec renversement des rôles : cette catégorie de troubles concerne l'inversion des positions parentales avec une proximité agressive et des tendances au contrôle de la figure d'attachement, partagées entre le pôle punitif et le pôle de la sollicitation compulsive. Ces types de troubles sont difficiles à apprécier entre leur caractère adaptatif ou manifeste.

²⁹ D.S.M. : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (troisième, quatrième et cinquième version).
C.I.M.-10 : La Classification Internationale des Maladies (10^{ème} version).
C.F.T.M.E.A. : La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

Les troubles de l'attachement avec mise en danger : ce type de trouble intervient pendant la période de la construction de la base de sécurité au cours de la deuxième année de vie de l'enfant. Pendant la phase d'exploration, l'enfant peut ainsi se mettre très manifestement en danger sans vérifier la présence ni le maintien de la proximité physique de la figure parentale. Ces attitudes peuvent s'accompagner des tendances à l'opposition ou des comportements auto-agressif ou hétéro-agressif et sont particulièrement observés chez des enfants victimes de violences (physiques, sexuelles, psychologiques, directes ou indirectes) en recherchant désespérément une attention de l'adulte.

Les troubles de l'attachement avec vigilance et compliances excessives : ce style de trouble ressemble à la modalité comportementale de la désorganisation-désorientation de l'attachement sur certains aspects. En effet on retrouve une forme de « vigilance blanche » dans laquelle la relation se manifeste par l'effroi et l'abus. L'enfant est en hypervigilance et semble être pris entre un conformiste complaisant à ne surtout pas vouloir décevoir les parents, couplée par une restriction significative des affects.

Les troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée : cette catégorie de trouble intervient pendant la phase des premières d'exploration constitutive de la construction de la base de sécurité dans laquelle la recherche d'exploration est inhibée dans des situations particulières. Par exemple lorsque l'enfant est en présence de sa figure d'attachement et qu'un adulte inconnu arrive dans la situation relationnelle, l'enfant exprimera alors de l'inhibition, ce qui ne se retrouve pas dans les modalités comportementales habituelles de l'attachement sur des moments spécifiques.

2.1.1.2 Les troubles réactionnels de l'attachement

Les troubles réactionnels de l'attachement sont apparus dans la poursuite des recherches internationales étudiant les effets des carences précoces sur les enfants, à partir des années de la seconde moitié du XXème siècle (Spitz, 1947 ; Bowlby, 1951 ; Robertson & Bowlby, 1952). Ces recherches scientifiques ont notamment permis d'inclure ces troubles dans les nosographies internationales du DSM-IV, DSM-V et de la CIM-10. Dans la dernière version du DSM-V, les troubles réactionnels de l'attachement se retrouvent dans la catégorie des troubles liés à des facteurs de stress et aux traumatismes et sont distribués en deux ensembles distincts sur le plan du diagnostic psychiatrique : les troubles réactionnels de l'attachement et les troubles de

désinhibition du contact social (Guédeney & Guédeney, 2010).

Les troubles réactionnels de l'attachement sont observés jusqu'à l'âge de cinq ans pour des comportements d'attachement non conformes et inadaptés d'un point de vue développemental. L'enfant ne montre peu voire pas de préférence pour une figure d'attachement, en particulier que cela soit dans la recherche de protection, d'être nourri, aidé ou consolé. Ce trouble s'inscrit de manière stable et durable pour tout adulte susceptible de proposer une offre de soin, et s'exprime notamment par un retrait émotionnel important.

Les troubles de désinhibition du contact social se manifestent pour des enfants qui montrent une sociabilité excessive envers des adultes étrangers. Deux des critères suivants doivent être conditionnés avec « l'absence ou la réticence à l'approche et à l'échange avec un adulte non familial ; l'attitude ouvertement familière ; l'absence ou la diminution du comportement de la référence sociale ; la volonté de partir sans hésitation avec un adulte non familial » (Guédeney & Guédeney, 2010, 178). Le développement (de zéro à trois ans) de la symptomatologie peut se préciser en ajoutant les signes cliniques suivants : l'impossibilité de discriminer une figure d'attachement spécifique majore les attitudes auto-agressive ; l'échec de la recherche de réconfort lors de situations de détresse accentue la possibilité de prendre conscience du bien fait de la recherche de ce réconfort ; la peur domine de plus en plus le tableau clinique lorsqu'il n'y a pas de réponse apportée à la recherche de soutien et de réconfort ; la faible voire l'absence de réciprocité émotionnelle et sociale encourage les attitudes de fuite lorsqu'un adulte cherche à se rapprocher de l'enfant ; les perturbations de la régulation affective et émotionnelle alimente les fausses démonstrations d'affection ainsi que la familiarité disproportionnée et imprévisible.

Les recherches scientifiques internationales ont mis en évidence la prévalence de ces troubles pour les enfants rencontrés en contexte de protection de l'enfance, avec dans certaines études une primauté jusqu'à sept points supérieurs des troubles réactionnels de l'attachement comparativement à la population témoin (Guédeney & Guédeney, 2010).

2.1.1.3 *Les troubles de la rupture du lien d'attachement*

Les troubles de la rupture du lien d'attachement s'observent principalement pour les situations de pertes réelles de la figure d'attachement principale pour l'enfant. La difficulté de cette catégorie de troubles de l'attachement se situe dans la répartition clinique entre les événements circonstanciés liés à la perte elle-même avec les effets psychologiques provoqués par la perte en tant que telle. Pour distinguer ces deux événements psychiques, deux ensembles cliniques ont été avancés entre la réaction de deuil prolongé avec la réaction traumatique au stress (Robertson & Bowlby, 1952 ; Bowlby, 1977a, 1977b, 1978a, 1978b).

Dans le cas de la réaction au deuil prolongé, l'enfant présente des attitudes de protestation et de désespoir profond de ne pas être en possibilité de retrouver le parent décédé, de la tristesse, un défaut d'investissement des apprentissages et des activités extra-scolaires, un retrait émotionnel, des troubles du sommeil et des troubles des comportements alimentaires, ainsi que des réactivations d'angoisse de séparation voire d'abandon lors des situations qui suscitent l'attachement comme les séparations ou les retrouvailles ordinaires (Guédeney & Guédeney, 2010).

En ce qui concerne les réactions traumatiques au stress, l'enfant manifeste des scénarisations compulsives de l'événement de vie traumatique, des troubles sévères de l'endormissement avec la possibilité de cauchemars récurrents, des périodes dissociatives avec parfois l'apparition de nouvelles symptomatologies comme les attitudes hypersexualisées ou agressives (Guédeney & Guédeney, 2010).

Certains auteurs ont proposé des descriptions cliniques afin d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux types de catégories de troubles de l'attachement. Dans un premier temps en ce qui concerne les troubles liés à la rupture du lien d'attachement les auteurs rejoignent les considérations cliniques apportées par Bowlby et Robertson (1952) dans le syndrome triphasique en regroupant les signes cliniques suivants : la recherche continue et désespérée de la figure d'attachement, des dysrégulations physiologiques par des phénomènes de rupture (sur le plan du sommeil par exemple), un retrait émotionnel ou encore une insensibilité aux souvenirs (ou des situations) qui aborderaient la figure parentale disparue. A contrario, on note une sensibilité majeure liée aux situations suscitant les expériences de séparation ou de perte avec des perturbations fonctionnelles dans les relations sociales. Dans

un deuxième temps, les signes cliniques qui concernent le syndrome de stress post-traumatique se concentrent autour de la peur comme émotion prépondérante au tableau clinique avec une hypervigilance ainsi qu'une activité anxieuse intensive plutôt qu'une tendance à l'inhibition et au retrait émotionnel (Guédeney & Guédeney, 2010).

2.1.2 La relation entre les troubles du comportement et l'attachement comme indice de compréhension à la psychopathologie de l'enfant

La relation entre les troubles du comportement et l'attachement comme indice de compréhension à la psychopathologie de l'enfant a débuté par les premières recherches scientifiques longitudinales étudiant ce domaine (Bates & Maslin & Frankel, 1985 ; Sroufe, 2003 ; Sroufe & *al.*, 2009). Celles-ci relevaient une corrélation entre l'attachement évitant et les troubles externalisés (comme par exemple les troubles des conduites ou l'hyperactivité) et entre l'attachement ambivalent et les troubles internalisés (comme par exemple la dépression ou les troubles anxieux) (Carlson & *al.*, 1989 ; Carlson, 1998). L'arrivée de la modalité comportementale de la désorganisation relativisa ces types de corrélation en plus des résultats d'autres études qui n'aboutissaient pas forcément aux mêmes conclusions (Guédeney & Guédeney, 2010).

Afin de clarifier ce domaine de la recherche, nous résumons dans un premier temps les résultats de méta-analyse en ce qui concerne la relation entre l'attachement et les troubles émotionnels et de comportements (externalisés, internalisés et l'hyperactivité). Dans un deuxième temps, nous présentons les mécanismes principaux en œuvre au sein de cette relation. Rappelons que ces études établissent aux mieux des inférences de corrélations entre ces différentes variables et non des causalités strictes.

2.1.2.1 *La relation entre l'attachement et les troubles émotionnels et du comportement*

En ce qui concerne les troubles internalisés, plusieurs études avaient souligné qu'il y aurait une corrélation entre des enfants manifestant un attachement désorganisé et insécurité-ambivalent avec les troubles internalisés et plus particulièrement vis-à-vis des troubles anxieux (Sroufe, 2003 ; Carlson, 1998). Dans ce cadre, une méta-analyse de 4614 enfants répartis sur 42 recherches indépendantes mettent en avant cette corrélation (avec un niveau limite sur la significativité) entre ces variables, et ce indépendamment du genre et qui semble perdurer avec

l'avancée en âge des enfants (Groh & *al.*, 2012). En revanche, la correspondance entre les syndrome dépressifs et anxieux avec les comportements d'attachement de type insécures ambivalents et désorganisés n'est pas établie de manière significative, en dehors de la relation entre le comportement d'attachement évitant avec le retrait social (Groh & *al.*, 2012).

Vis-à-vis des troubles externalisés, de nombreuses études ont étudié les rapports entre les manifestations d'attachement insécure avec les comportements agressifs et antisociaux, montrant des résultats non suffisamment homogènes (Lyons-Ruth & *al.*, 1993 ; Van Ijzendoorn, 1999). Dans ce cadre, une méta-analyse portant sur 5947 enfants provenant de 69 études montrent d'une part, que le type d'attachement contribue à la manifestation de troubles de comportement que cela soit dans la population générale que dans les populations dites « cliniques » (Fearon & *al.*, 2010). D'autre part, les résultats montrent une corrélation entre l'insécurité de l'attachement et les troubles externalisés, et ce plus particulièrement chez les enfants avec un attachement de type désorganisé (et une prévalence relative en ce qui concerne les garçons par rapport aux filles).

En ce qui concerne la relation entre l'attachement et l'hyperactivité avec déficit attentionnel, plusieurs recherches avancent un lien entre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ou T.D.A.H.) avec l'attachement insécure (surtout de type désorganisé) (Guédénéy & Guédénéy, 2010). De plus, les résultats d'une recherche sur une cohorte importante d'adolescents adoptés montrent une relation entre l'intensité des carences affectives des sujets en fonction de l'âge de l'adoption avec l'intensité symptomatologique du T.D.H.A. Autrement dit une adoption tardive constitue un facteur de risque dans l'intensité de l'expression des symptômes. De plus, l'existence de négligence dans la petite enfance d'une durée d'un mois aurait des effets sur l'expression du T.D.H.A. Ainsi « le processus de l'attachement contribuerait aux compétences attentionnelles et aux régulations émotionnelles et comportementales » (Guédénéy & Guédénéy, 2010, 193). Le T.D.H.A. pourrait représenter dans ce sens une des évolutions possibles des carences précoces, avec une plus forte prévalence que les troubles externalisés et internalisés.

2.1.2.2 *Les mécanismes principaux en œuvre entre l'attachement et troubles émotionnels et du comportement*

Les mécanismes principaux en œuvre entre l'attachement et troubles émotionnels et du comportement peuvent s'appréhender selon trois types de mécanismes qui sont les mécanismes qui perturbent la régulation émotionnelle dans les interactions précoces, les mécanismes qui s'appuient sur la pérennité des comportements, et les mécanismes fondés sur les représentations de l'attachement (ou M.I.O.).

En ce qui concerne les mécanismes qui perturbent la régulation émotionnelle dans les interactions précoces, les enfants insécures ne montrent pas les mêmes capacités de régulation émotionnelle que les enfants sécures. En effet, les tentatives déployées pour essayer de résoudre leurs problématiques existentielles se révèlent moins satisfaisantes (Guédeney & Guédeney, 2010). En conséquence, les émotions négatives perdurent avec un risque d'accumulation qui peut conduire à des états d'anxiété difficiles à réguler (Guédeney, 2008 ; Miljkovitch, 2009). Ainsi ces enfants manifesteraient plus de contrainte à comprendre leur état affectif interne ainsi que ceux des autres. Leur mentalisation se retrouve ainsi perturbée ce qui peut accentuer le risque de passage à l'acte en transgressant les droits des autres envers qui, ils manifestent peu d'empathie (Fonagy, 2004).

Vis-à-vis des mécanismes qui s'appuient sur la pérennité des comportements, les enfants qui ont souffert d'interaction perturbatrices dans leurs vies précoces peuvent s'étayer sur des stratégies désordonnées d'autant plus si d'autres solutions adaptatives ont échoué. Ainsi les troubles des conduites (par exemple le fait de désobéir, de pleurer, de faire des colères à répétition, les intolérances à la frustration, etc.) peuvent constituer des stratégies relationnelles pour maintenir la disponibilité (voire la proximité) en recherchant l'attention de leur figure d'attachement (Guédeney & Guédeney, 2010).

En ce qui concerne les stratégies fondées sur les représentations d'attachement, les enfants insécures peuvent avoir le ressenti de ne pas être suffisamment méritant pour être aimé par leur figure d'attachement. En conséquence, les relations peuvent être vécues comme sources de frustration, ce qui les amènent à développer des attitudes de dépendance ou de méfiance à l'égard des autres, perturbant l'expérience d'acquisition de relation satisfaisante. Progressivement, les enfants ont des représentations de relation organisée autour de l'anxiété,

la colère, le manque d'estime de soi ou la peur (Fonagy, 2004). Ainsi, les enfants insécures auraient plus de difficultés à résoudre leur problématique existentielle et moins efficace à trouver des solutions de résolutions. On retrouve des troubles de la mentalisation comme il est observé pour les mécanismes qui perturbent la régulation émotionnelle dans les interactions précoces.

2.1.3 L'attachement et la psychopathologie chez les adolescents

A l'instar de la relation entre l'attachement des enfants et la psychopathologie, l'attachement constitue un facteur de risque (non prépondérant) parmi une constellation d'autres facteurs à la potentialisation de processus psychopathologiques chez les adolescents. Dans ce cadre, nous exposons rapidement les aspects principaux de l'expression d'attachement pendant cette période développementale de l'adolescence. Ensuite, nous présentons un modèle d'attachement de compréhension à l'expression psychopathologique. Dans un troisième temps, nous évoquons les principales applications de l'attachement autour de quatre catégories de troubles (les troubles du comportement alimentaire, la dépression, les troubles dissociatifs et les conduites addictives).

2.1.3.1 *Les expressions d'attachement à l'adolescence*

Les expressions d'attachement chez les adolescents s'organisent principalement autour d'une dynamique essentielle de développement : les processus d'autonomisation qui se traduisent à la fois du côté des figures parentales et se développent pour les adolescents eux-mêmes, afin qu'ils puissent se représenter comme futures figures d'attachement, tant pour leur enfant à venir que dans la relation avec leurs pairs (Allen, 2008). Les systèmes d'attachement comportementaux et de représentation continuent d'interagir avec les facteurs environnementaux dans un développement adaptatif et dynamique, tout en étant intriqués à l'émergence d'autres systèmes interrelationnels et motivationnels (par exemple le systèmes affiliatif ou d'exploration).

Dans ce cadre, le système d'attachement se désactive lorsque la recherche d'exploration est à son comble, supposant une bonne intégration des représentations d'attachement, que cela soit les M.I.O. de soi ou celui des autres. Durant cette période, les figures d'attachement peuvent (si besoin) soutenir l'adolescent dans le réconfort, tout en encourageant ses désirs d'exploration et

en s'adaptant à ses nouveaux besoins. Afin de pouvoir engager ses processus d'autonomisation concourant à l'individuation, l'adolescent prend de plus en plus de recul avec ses figures parentales en passant moins de temps auprès d'eux. Cette évolution de l'émancipation symbolique accentue le passage entre l'attachement relationnel à l'attachement individuel. L'attachement se retrouve particulièrement sollicité pour gérer les états émotionnels et affectifs tourmentés et changeant que peut traverser l'adolescent, constituant ainsi un facteur de vulnérabilité à l'émergence de troubles émotionnels et du comportement pour les adolescents insécures (Guédeney & Guédeney, 2010).

2.1.3.2 *Modèle d'attachement de compréhension à l'expression psychopathologique*

Un modèle d'attachement de compréhension à l'expression psychopathologique a été proposé par Hibern-Cobb (2004). Ce modèle aborde à la fois la continuité nécessaire du ressenti de la sécurité par l'importance de la recherche de la régulation des états affectifs internes de l'adolescent ainsi que le rôle de la qualité de la sécurité dans l'avènement d'expression psychopathologique.

En ce qui concerne la continuité nécessaire du ressenti de la sécurité, l'auteur met en avant la notion de hiérarchisation des systèmes en interaction pendant cette période développementale, que cela soit chez les adolescents tout venant que les adolescents manifestant des désordres psychopathologiques. Autrement dit, l'adolescent tend à rechercher la continuité d'existence de la sécurité interne en s'efforçant de trouver des solutions adaptatives différentes que celles des relations d'attachement qui ont fait défaut pour intégrer cette sécurité. L'interaction hiérarchique des systèmes s'exprime à travers les systèmes d'attachement, puis d'autres systèmes motivationnels comme le système affiliatif (l'attachement entre les amis). Cette situation amène l'adolescent à rechercher une régulation de ses états affectifs internes par des moyens externes nommés « sécurité instrumentale » (par exemple en recherchant de l'apaisement à l'anxiété par l'intermédiaire de la prise d'alcool ou de drogue).

Vis-à-vis de l'importance de la qualité de la sécurité dans l'avènement plurifactoriel d'une perturbation psychopathologique, l'auteur précise que l'adolescent peut majorer ce risque à travers deux facteurs. Le premier facteur est la conséquence de la rigidité des systèmes hiérarchisés, laissant de moins en moins d'espace à d'autres solutions adaptatives. Le deuxième

facteur est le renforcement des solutions dites « instrumentales » de sécurité par compensation et au détriment de la recherche de sécurité d'attachement. Dans ce cadre, les processus d'autonomisation s'organisent de manières immatures en s'éloignant prématurément de la recherche d'attachement par les tentatives de réaménagement par d'autres systèmes motivationnels (comme l'affiliatif) eux-mêmes immatures.

2.1.3.3 Les principales applications de l'attachement en fonction des catégories de troubles

Nous abordons les principales applications de l'attachement en fonction de quatre catégories de troubles en présentant respectivement les troubles addictifs, les troubles dépressifs, les troubles dissociatifs pour terminer par les troubles des conduites alimentaires.

En ce qui concerne les troubles addictifs, l'excès des substances toxiques peut être analysé comme une « automédication vis-à-vis de la détresse émotionnelle et une tentative pour gérer l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle associés à un pattern général de dysrégulation comportementale, cognitive et affective » (Guédeney & Guédeney, 2010, 228). La recherche dans ce domaine met ainsi en avant que les adolescents avec des modèles d'attachement de type évitant et détaché peuvent manifester des troubles addictifs et dans une moindre mesure, les adolescents exprimant des styles évitant-craintif autour de la consommation de drogue sévère comme la prise d'héroïne (Guédeney & Guédeney, 2010).

Ces attitudes renforcent les tendances à montrer de l'autonomie avec une mise à distance de la relation tout en rejetant les émotions ressenties, induisant une majoration des résultats de ces études, les adolescents au style évitant détaché ayant des tendances à la minimisation des attitudes de dysrégulations et dans l'estimation de leur problématique personnelle. En ce concerne les expériences dites « récréatives » ou « d'expérimentation » (Guédeney & Guédeney, 2010, 228), on observe qu'il y aurait une tendance positive chez les adolescents exprimant une sécurité d'attachement dans le cadre des recherches d'exploration, sans qu'il n'y ait plus tard une incidence véritable sur une chronicité des conduites dépendantes.

Vis-à-vis des troubles dépressifs, la théorie de l'attachement aborde ces problématiques par rapport à la non-résolution du conflit entre les désirs d'autonomisation de l'adolescent avec la recherche de disponibilité de la figure parentale. Les adolescents exprimant de l'insécurité

pourraient protéger leur figure d'attachement de l'expression de leur conflictualité affective propre à la labilité émotionnelle de l'adolescence (comme la colère ou la tristesse), de peur que les figures parentales soient perturbées et qu'elles puissent ainsi les rejeter. Cette situation amène les adolescents à avoir une image négative d'eux-mêmes, ce qui peut faciliter la venue de manifestations dépressives. De plus, ces adolescents ont vécu des expériences répétées d'abus, de négligence et de perte ce qui influencent des représentations méfiantes des autres et méprisables d'eux-mêmes.

Dans ce cadre, les conduites autodestructrices, l'irritabilité et les conflits relationnels vécus au quotidien peuvent se comprendre comme l'expression d'une profonde colère de leur blessure d'attachement. De cette façon, on retrouverait majoritairement des adolescents exprimant un attachement de type anxieux et évitant en termes de passage à l'acte suicidaire. De plus, les études qui analysent les adolescents en groupe clinique ayant déjà connu des antécédents de passage à l'acte suicidaire, mettent en avant une série de dysfonctionnement au niveau de l'attachement qui pourraient constituer des facteurs de risque avec : un faible attachement parental (maternel et paternel), une faible adaptabilité et cohésion familiale, des capacités parentales de caregiving altérées avec une confusion des places et des rôles, des troubles des interactions précoces, un ressenti de rupture avec l'environnement social associé à peu de relai relationnel existant en dehors de la sphère familiale (Guédeney & Guédeney, 2010).

En ce qui concerne les troubles dissociatifs, il est observé que le rôle de la précocité de la construction de M.I.O. multiples dans une expression désorganisée de l'attachement favoriserait l'apparition de ces troubles (Liotti, 1999). Les troubles fonctionnels dissociatifs se regroupent en syndrome mettant en lien les difficultés interpersonnelles, l'impulsivité avec des expériences dissociatives (ressenti d'un vide intérieur débordant, amnésie traumatique et anesthésie affective, dépersonnalisation avec attaque de panique ou non). Dans ce cadre, la compréhension de l'attachement peut constituer un point de vue complémentaire que celui des seuls effets du traumatisme dans la survenue des troubles dissociatifs. Cette situation souligne l'importance de la capacité des figures d'attachement à médialiser les émotions de crainte dans une démarche constructive de dialogue ouvert avec l'adolescent, comme facteur de protection contre les troubles dissociatifs (Liotti, 1999).

Vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire, l'ensemble des études scientifiques mettent en avant que les adolescents manifestant ces troubles expriment un attachement

insécure (Fonagy & *al.*, 1996). Cependant, la littérature ne discrimine pas de corrélation positive entre une modalité d'attachement parmi d'autres, probablement en raison de l'étendue du tableau clinique des troubles des conduites alimentaires (forme simple ou mixte de l'anorexie et de la boulimie) ainsi que différents biais méthodologiques (notamment par l'utilisation d'outils variés appartenant plutôt au champ psychosocial).

2.2 L'attachement et la psychopathologie du côté de l'adulte

La relation entre l'attachement et la psychopathologie de l'adulte est présentée en fonction de cinq catégories de troubles psychiatriques : les troubles des conduites, les troubles psychotiques, les troubles anxiodépressifs, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité. Dans une dernière partie est exposée les conséquences psychopathologiques de l'atteinte psychiatrique du caregiving maternel. Précisons que pour l'ensemble des entités psychopathologiques développées, l'attachement est une nouvelle fois prédominant dans son expression d'insécurité.

2.2.1 L'attachement et les troubles des conduites

Les troubles des conduites regroupent les troubles délinquants et psychopathiques. La théorie de l'attachement a été précurseur dans ce domaine de la recherche, avec l'étude de Bowlby sur les comportements délinquants des jeunes inadaptés placés en institution (Bowlby, 1944, 1951). Bowlby met en avant que les expériences prolongées et répétées de séparation (associées à des vécus de douleurs et de frustrations) avec les parents de naissance des enfants peuvent amener ces-derniers à exprimer une perte de confiance et une agressivité envers leur figure parentale ainsi qu'un manque d'empathie à l'égard d'autrui. Dans ce cadre, l'hostilité vis-à-vis des parents se déplacerait sur les autres à travers l'autorité, l'institution, la société. Par la suite, de nombreuses études ont investigués ces phénomènes cliniques avec des résultats peu homogènes, partagés entre la comorbidité de la désorganisation, de l'évitement avec le style craintif (Ein-Dor & Doron, 2015 ; Fonagy & *al.*, 1996).

2.2.2 L'attachement et les troubles psychotiques

La relation entre l'attachement et les troubles psychotiques n'a pas fait l'objet de beaucoup de travaux scientifiques. Retenons principalement la prédominance de l'attachement insécuré avec un niveau plus important de détachement pour les personnes souffrant de troubles affectifs (Dozier & *al.*, 2001). De plus, il est observé que l'attachement anxieux évitant est plus facilement corrélé avec les délires interprétatifs et de persécution. En outre, notons l'existence d'un modèle de développement intégratif des psychoses qui s'appuie notamment sur l'attachement. Ce modèle avance l'idée que « la désorganisation de l'attachement dans l'enfance constitue un risque précoce de formation de M.I.O. fragmentés et ségrégués et de dérégulation des affects. Les réponses dissociatives au trauma produisent des représentations multiples, dramatiques, fragmentées et aliénées de soi et des autres » (Guédénéy & Guédénéy, 2010, 249). On retrouve ainsi une nouvelle fois les influences de la désorganisation de l'attachement et des M.I.O. multiples.

2.2.3 L'attachement et les troubles anxiodépressifs

La relation entre l'attachement et les troubles anxiodépressifs est présentée en évoquant les données disponibles vis-à-vis des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles dissociatifs, du syndrome de stress post-traumatique ainsi que des personnalités borderline.

2.2.3.1 *L'attachement et les troubles dépressifs*

Selon Bowlby, la survenue d'un état dépressif peut être lié à trois facteurs : des figures parentales présentes mais indisponibles, l'impossibilité de construire avec ses figures d'attachement une relation sécurisante (et donc de développer une représentation de soi positive) ainsi que la perte réelle d'un des parents pendant l'enfance (Bowlby, 1977a, 1977b, 1978a, 1978b, 1988). De nos jours, les études évoquant la relation entre l'attachement et les troubles dépressifs rejoignent la prévalence de l'insécurité d'attachement (Guédénéy & Guédénéy, 2010). Cependant, la symptomatologie polymorphe des troubles dépressifs ne permet pas de trouver des corrélations homogènes sur une modalité particulière d'attachement.

2.2.3.2 *L'attachement et les troubles anxieux*

Selon Bowlby, toutes les formes d'anxiété seraient liées à l'attente que la figure d'attachement soit disponible. Dans ce cadre, la relation entre l'attachement résistant de l'enfant avec la survenue de troubles anxieux à l'adolescence a été mise en avant (Guédeney & Guédeney, 2010). De plus, l'agoraphobie est un désordre anxieux qui a été particulièrement bien étudié par la théorie de l'attachement, en mettant en avant certains événements d'attachement singuliers. Par exemple, cela concerne des personnes qui ont connu des expériences de pertes et de séparation pendant leur enfance conduisant à un changement dans les relations de l'individu, le tout associé à une exclusion défensive (autrement dit une faible voire une absence de capacité de traitement des émotions rattachées à ces dites expériences de séparation ou de perte) (Bowlby, 1988 ; Guédeney & Guédeney, 2010).

Dans ce cadre, Bowlby (1978b, 1984) a souligné trois processus d'attachement pour décrire cette évolution. D'une part le sujet est inscrit dans une inversion des positions parentales pour soulager l'angoisse de séparation du parent. En conséquence, le sujet a peur qu'il arrive quelque chose au parent en question s'il s'éloigne de ce-dernier ou si ce dernier s'éloigne de l'individu. Ainsi, l'exclusion défensive semble ici particulièrement centrale au sein du tableau clinique des troubles anxieux, tout comme celui de la phobie sociale (Cassidy & *al.*, 2009).

2.2.3.3 *L'attachement et les troubles dissociatifs*

La relation entre l'attachement et les troubles dissociatifs s'observe particulièrement à travers les évolutions de la désorganisation de l'attachement, et ce notamment au sein des interactions précoces effrayantes-effrayées du parent. Ainsi, la désorganisation est issue de ces traumatismes relationnels précoces répétés qui concourent à l'expression des troubles dissociatifs (Liotti, 2004, 2006). Les enfants ayant vécus ces expériences traumatiques « de peur sans solution » (Main & Hesse, 1990) développent des représentations de soi et des autres non intégrables en raison de leur éclatement et immaturité. En conséquence, ces expériences traumatiques perturbent gravement la théorie de l'esprit et la mentalisation de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra (Fonagy, 2004). Cette situation encourage l'avènement de personnalité borderline et l'apparition de troubles dissociatifs. L'évolution clinique de cette description dynamique autour des conséquences des traumatismes des interactions précoces de la désorganisation de l'attachement engage ainsi tout un champ de la clinique psycho-traumatique

avec les incidences possibles des troubles dissociatifs, les personnalités borderline ainsi que les syndromes de stress post-traumatique (Liotti, 2004).

En dehors de l'importance de ces expériences traumatiques précoces, toutes les personnes déclarant des troubles dissociatifs ne remplissent pas formellement cette anamnèse clinique. En effet, un ensemble de facteurs environnementaux intrafamiliaux peuvent encourager l'expression dissociative avec : les comportements d'incohérence globaux des figures parentales, les mesures disciplinaires excessives, les expériences de pertes ou de séparations passées ou annoncées (comme les maladies somatiques graves), les expériences de caregiving compulsif, etc. (Lyons-Ruth, 2006 ; Liotti, 2006).

2.2.4 L'attachement et les personnalités borderline

La relation entre l'attachement et les personnalités limites s'observent tout d'abord à travers l'anamnèse des personnes en termes d'expériences traumatiques : la séparation prolongée avec la figure d'attachement, les abus sexuels précoces ainsi que les situations de négligence émotionnelle (Guédeney & Guédeney, 2010). D'autre part, les recherches investiguant du côté des représentations d'attachement relèvent plus régulièrement des états d'esprits non résolu et préoccupés (Fonagy, 2004). Cette association de ces deux types d'état d'esprit amène à formuler l'hypothèse que l'attachement au sein de ces personnalités serait caractérisé autour de la crainte couplée à des intenses besoins d'attachement, le tout associé à des fortes perturbations des représentations de soi et d'autrui. D'autres études avancent l'idée que la manifestation de ce type de personnalité se traduit par un « ensemble de stratégies de maximisation du système d'attachement associé à l'expérience irrésolue d'abus » (Guédeney & Guédeney, 2010, 244).

2.2.5 L'attachement et les troubles addictifs

La relation entre l'attachement et les troubles addictifs s'apprécie à travers les travaux qui ont étudié les styles d'attachement. On retrouve ainsi dans la littérature scientifique une prépondérance du style craintif évitant (Hazan & Shaver, 1987 ; Main & Kaplan & Cassidy, 1985 ; Collins, & Read, 1990 ; Simpson & Rholes & Nelligan, 1992). Les personnes exprimant un style d'attachement de type craintif évitant recherchaient la disponibilité de leur figure d'attachement autant qu'ils la craignent et ne leurs font pas confiance. Cette situation

d'attachement rendrait difficile la gestion de détresse émotionnelle et encouragerait la prise de toxique pour apaiser cette détresse de façon attractive.

2.2.6 L'attachement et les troubles de la personnalité

La relation entre l'attachement et les troubles de la personnalité peut se décrire à travers les types de styles d'attachement qui s'intègrent progressivement à la personnalité. Ainsi, on observe une corrélation entre l'attachement évitant et les personnes qui développent un point de vue négatif des autres dans le cas des personnalités évitantes ou paranoïdes (Fonagy & *al.*, 1996 ; Fonagy, 2004). A l'inverse, les personnalités marquées par une restriction des interactions sociales concerneraient des personnalités schizoïdes ou schizotypiques et évitantes (Guédeney & Guédeney, 2010). En ce qui concerne les caractéristiques de l'anxiété de l'attachement, elles se retrouveraient à travers des personnalités dépendantes ou histrioniques, marquées par des besoins compulsifs de soutien de la part d'autrui et de recherche d'attention excessive associée à un vécu intolérable à la solitude (Fonagy, 2004 ; Guédeney & Guédeney, 2010).

En outre, d'autres auteurs ont relevé des similitudes entre le développement de différentes modalités d'attachement insécure avec certaines pathologies de la personnalité nommées « pathologie narcissique » et « pathologie introjective » (Fonagy, 2004, 57). En ce qui concerne la « pathologie narcissique », elle se retrouverait chez des personnalités limites, dépendantes ou histrioniques, à travers lesquelles les personnes exprimeraient un besoin excessif d'être en relation. Vis-à-vis de la « pathologie introspective », elle se manifesterait à travers des personnalités antisociales, évitantes, narcissiques, schizoïdes ou schizotypiques : les individus manifesteraient une recherche identitaire exacerbée et une distanciation affective des relations exagérée (Fonagy, 2004).

2.2.7 Les conséquences psychopathologiques de l'atteinte psychiatrique du caregiving maternel

Les conséquences psychopathologiques de l'atteinte psychiatrique du caregiving parental aborde les problématiques maternelles, celles-ci étant les plus étudiées dans la littérature scientifique et montrent particulièrement les effets sur l'enfant notamment en ce qui concerne par exemple les carences précoces maternelles (Soulé & Lauzanne & Leblanc, 2004).

Au niveau de l'attachement, la psychopathologie adulte perturbe profondément la qualité du caregiving du parent notamment en termes de sensibilité maternelle (Fonagy, 2004 ; Guédénéy & Guédénéy, 2010 ; Reynaud, 2011). Afin de présenter brièvement les effets des maladies mentales sur l'expression du caregiving maternel, nous décrivons brièvement ces influences vis-à-vis de la schizophrénie, des personnalités limites et de la dépression.

2.2.7.1 Le caregiving maternel et la schizophrénie

D'une façon générale, les études scientifiques mettent en avant que les mères schizophrènes montrent un haut niveau d'insécurité d'attachement et de désorganisation (Guédénéy & Guédénéy, 2010). Sur le plan du caregiving, les mères manifesteraient davantage de difficultés à repérer les signaux non verbaux exprimés par leurs enfants. De plus, elles seraient plus en retrait émotionnellement avec des perturbations dans l'accordage affectif (Stern, 1989), tout en montrant des difficultés à encourager des interactions (avec une difficulté à échanger, mettre des mots sur les émotions du bébé ou de l'enfant, très peu de régression dans un jeu partagé ainsi que des tendances globales à l'hypostimulation) (Guédénéy & Guédénéy, 2010). De même, il est précisé que certaines mères peuvent avoir des attitudes particulièrement imprévisibles voire agressives envers leurs enfants, en fonction de l'instabilité de la symptomatologie psychotique.

2.2.7.2 Le caregiving maternel et les personnalités borderline

En ce qui concerne la perturbation du caregiving maternel des personnes souffrant de processus limites, les difficultés à contrôler leur colère, l'instabilité thymique et l'impulsivité rend difficile une représentation de soi comme parent protecteur capable de répondre aux besoins d'attachement de leurs enfants (Guédénéy & Guédénéy, 2010). Aussi, la dimension de l'anxiété de l'attachement chez les personnalités borderline envahie en permanence toutes les relations, marquée à la fois par la crainte des autres, tout en manifestant un besoin excessif des relations. Par rapport à la population générale, les mères se montrent davantage stressées, moins satisfaites de leur rôle de mère, et moins disponibles (Guédénéy & Guédénéy, 2010).

2.2.7.3 *Le caregiving maternel et la dépression*

D'une façon générale, les mères déprimées mettent en place un cadre éducatif plutôt incohérent avec des tendances à la punition disproportionnée et à l'intrusion affective. Aussi, elles manifestent moins de tendresse en montrant plus de détachement avec leurs enfants avec des tendances au rejet tout en montrant des difficultés à investir des activités de partage avec leurs enfants (par exemple comme parler, jouer, lire) (Guédeney & Guédeney, 2010). De plus, la symptomatologie dépressive (comme par exemple l'irritabilité, le ralentissement psychomoteur ou la tristesse) a des conséquences générales sur la qualité des interactions vécues avec leurs enfants (Miljkovitch, 2001 ; Fonagy, 2004 ; Reynaud, 2011). Dans ce cadre, le caractère chronique et grave d'une dépression est particulièrement préjudiciable pour l'enfant. Aussi, précisons que leur représentation de soi est marquée par des thématiques critiques (comme par exemple la dévalorisation, l'impuissance ou l'échec) qui ont des effets sur la manière qu'elles ont de percevoir leurs enfants et de les investir avec des tendances à exprimer plus facilement leurs souffrances affectives dans leurs relations avec leurs enfants.

Ainsi, à l'instar de ce qui a été souligné précédemment, la variété des formes cliniques rencontrées dans le domaine de la protection de l'enfance est particulièrement étendue sur différents désordres psychopathologiques, éclairées ici par l'apport du modèle de la théorie de l'attachement. Regardons maintenant s'il existe des spécificités au niveau de l'attachement dans la problématique du placement familial, tant du côté de l'enfant que de celui des professionnels.

3. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT EN PLACEMENT FAMILIAL

La théorie de l'attachement en placement familial est ici abordée à travers d'une part, ses spécificités d'expressions du côté de l'enfant et d'autre part, ce qui est caractéristique du côté des professionnels intervenants.

3.1 La théorie de l'attachement en placement familial du côté de l'enfant

En plus des problématiques traumatiques et psychopathologiques exposées tout au long de cette revue théorique de littérature, les enfants rencontrés dans le cadre de la protection de

l'enfance dans un contexte de placement familial, connaissent un passé et une histoire véritablement traumatique au niveau de l'attachement (Guédénéy & Guédénéy, 2009). Dans ce sens, la théorie de l'attachement met en perspective différentes particularités d'expression liées au contexte même de séparation familiale de placement et notamment à travers les effets de l'attachement désorganisé et la manifestation multiple des modèles internes opérants (Dozier & *al.*, 2002, 2005 ; Bernier & *al.*, 2004 ; Schofield & Beeck, 2006).

3.1.1 La désorganisation de l'attachement chez l'enfant en placement familial

Dans un contexte de placement familial en protection de l'enfance, on retrouve une surreprésentation très significative d'enfants exprimant un attachement désorganisé-désorienté, contrôlant et non résolu (Bernier & *al.*, 2004 ; Bernier & Dozier, 2003 ; Dozier & *al.*, 2001 ; Stovall & Dozier, 2000). Ce modèle d'attachement s'exprime principalement par la coexistence de manifestations d'éléments de sécurité et d'insécurité d'attachement. Les enfants dits désorganisés ont en général vécu l'expérience difficile de rechercher du réconfort auprès de leurs figures principales d'attachement en situation d'angoisse, mais se sont confrontés à des personnes effrayantes ou effrayées, sources de forte anxiété. « La peur sans solution » est ainsi l'élément fondamental des modèles d'attachement désorganisé (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991). Ici, l'enfant possède des modèles multiples pour une seule et même figure d'attachement, en général ses parents de naissance, ce qui complexifie l'étude de ce type d'attachement (Dozier & *al.*, 2002, 2005 ; Bernier & *al.*, 2004 ; Schofield & Beeck, 2006). Développons maintenant plus en détails les processus qui sous-tendent l'expression de la désorganisation.

3.1.1.1 *Les modèles de compréhension de la désorganisation de l'attachement*

Beaucoup d'études scientifiques ont travaillé sur les étiologies de la désorganisation de l'attachement comme nous l'avons présenté au sein de la partie précédente, en situant un contexte particulièrement traumatique et psychopathologique. Au sein de la littérature, trois modèles théoriques complémentaires précisent les manifestations de la désorganisation de l'attachement : le modèle de conceptualisation d'origine et les modèles portant sur le caregiving du parent (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991 ; Lyons-Ruth, 1999, 2006 ; George & Salomon, 1999).

3.1.1.1.1 Le modèle théorico-clinique à l'origine de la conceptualisation de l'attachement désorganisé

C'est Main et Messé qui ont théorisé l'attachement désorganisé au sein de la situation étrange (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991). Quelques années plus tard, Main et Messé ont approfondi cette modalité d'attachement en développant la situation clinique du parent effrayant et du parent effrayé, inspiré du « fantôme dans la chambre de l'enfant » (Fraiberg & *al.*, 1975). Les auteurs avancent que les parents qui ont subi dans le passé des traumatismes graves non résolus, expriment involontairement dans les interactions ordinaires avec leur enfant, des effondrements inattendus et des changements imprévisibles dans les réponses aux besoins d'attachement de l'enfant, ce qui entraînent de véritables ruptures relationnelles et affectives dans la dynamique des interactions.

Dans ce cadre, les auteurs développent trois catégories d'attitudes effrayantes du parent (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991). D'une part, elles s'expriment à travers des interactions anormales, imprévisibles avec des mouvements qui peuvent être menaçants ou qui génèrent un surplus d'excitation chez l'enfant. D'autre part, les attitudes effrayantes peuvent trouver leur origine dans le sentiment de peur que le parent ressent vis-à-vis de son propre enfant. Enfin, les attitudes peuvent apparaître dissociées lorsque le parent prend par exemple un ton anormal avec des comportements d'excitation semblables à des états de transe. Le caractère profondément imprévisible et insécurisant de ces attitudes a pour effet d'effrayer l'enfant qui n'a plus aucun repère pour mettre du sens et réagir adéquatement à la situation relationnelle. Aussi, précisons que le parent n'a pas conscience du caractère incohérent et instable de ses attitudes ce qui l'empêche de les rectifier, en rassurant par exemple l'enfant (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991).

De plus, les auteurs énoncent trois modalités de comportements désorganisateurs : les comportements déférentiels, désorganisés et sexualisés. Les comportements déférentiels se traduisent par une timidité excessive à l'égard de l'enfant, tandis que les comportements désorganisés se manifestent par une agitation inhabituelle de la part du parent. Les comportements sexualisés, quant à eux, s'expriment à travers une intrusion disproportionnée sur le plan de l'intimité (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991).

L'altération de ces comportements, inscrits dans le registre de la dissociation, participe à la construction d'une représentation d'un parent perçu à la fois comme une source de réconfort et en même temps une source de danger. Cette situation paradoxale au niveau de l'attachement conduit l'enfant à ressentir profondément une « peur sans solution », l'empêchant de développer d'autres solutions d'attachement adaptatives sécurisantes (Main & Hesse, 1990 ; Main, 1991 ; Schofield & Beeck, 2006).

3.1.1.2 *L'attachement désorganisé et le caregiving parental*

Deux autres apports théoriques décrivent la désorganisation de l'attachement de l'enfant en se référant à la notion de caregiving parental : le modèle de George et Solomon (1999) et le modèle de Lyons-Ruth (1999, 2006).

Le modèle proposé par George et Salomon (1999) analyse les conséquences des attitudes imprévisibles et insécurisantes des parents sur les émotions de l'enfant, en soulignant l'importance de l'aider à réguler cette peur. En effet, si la figure d'attachement est par exemple complètement accaparée par son état affectif interne, elle se montre alors insensible aux besoins d'attachement et de sécurité de l'enfant, engendrant une rupture du système de caregiving. De plus, la répétition de ces interactions traumatogènes amène l'enfant à considérablement activer son système d'attachement en restant figé dans une peur profonde, celle-ci pouvant s'intensifier avec la répétition des expériences d'échec des attitudes de soins.

Le modèle de Lyon-Ruth (1999), quant à lui, ajoute deux désorganisations correspondant à deux comportements de soins parentaux. D'une part, l'enfant désorganisé manifeste un comportement d'évitement et de résistance face à une figure parentale qui exprime des attitudes négatives et intrusives avec des tendances au rejet tout en hyper-stimulant en permanence son attention. D'autre part, l'enfant désorganisé qui exprime des comportements de recherche de relation, fait face à une figure affective qui manifeste des attitudes de soins tendres mais fragiles et effrayées en exprimant une inhibition, un retrait ou encore en se montrant très craintive.

Ces modèles de caregiving de la figure parentale traduisent l'intériorisation d'un modèle d'attachement infantile marquée du sceau de l'impuissance et de l'hostilité, au regard des traumatismes précoces non résolus vécus par la figure d'attachement. Pour survivre à ces

expériences précoces, le parent a intégré des mécanismes de défense de régulation des émotions traumatiques en adoptant des solutions de fuite (par la dissociation ou le retrait par exemple) et d'attaques imprévisibles (tournées vers l'agression et la colère par exemple). L'intégration chronique de ces processus incohérents d'attachement amène la figure parentale à manifester un caregiving contradictoire qui peut à son tour être intériorisé par l'enfant, la peur devenant alors la réponse émotionnelle principale à ses besoins fondamentaux de sécurité d'attachement lorsque l'enfant se retrouve en présence du parent (Miljkovitch, 2001, 2009). De plus, les auteurs précisent que la désorganisation ne se développe pas en fonction du seul aspect pathogène de ces caractéristiques interactives, mais elle se fonde sur l'expérience durable et répétée de ruptures et d'absence de réponse aux besoins d'attachement de l'enfant (Miljkovitch, 2001, 2009 ; Lyons-Ruth, 1999, 2006).

A la suite de ces descriptions, les auteurs développent la désorganisation de l'attachement à travers la tendance de l'enfant à se positionner comme un parent face à ses propres parents, à l'instar de ce que Bowlby a nommé les attitudes « contrôlantes de l'enfant avec inversion du rôle parental » (Bowlby, 1984 ; Guédeney & Guédeney, 2009, 205). Ces tendances à contrôler la figure parentale permettent à l'enfant de retrouver une forme de prévisibilité dans les interactions, en s'efforçant de s'ajuster aux problématiques d'attachement du parent au détriment de ses propres besoins d'attachement. Trois types de comportements contrôlant sont identifiés par les auteurs avec d'une part les comportements de sexualisation précoce, les comportements contrôlant de protection (avec l'inversion des positions parentales) et les comportements contrôlant punitifs. Dans ces derniers, l'enfant manifeste soit une attitude agressive de domination, ou bien recherche désespérément de l'attention de la part de sa figure d'attachement en transgressant les règles ou en la provoquant directement. Les représentations d'attachement de l'enfant se retrouvent par conséquence limitées car très peu sollicitées : l'enfant évite d'aborder affectivement toute situation suscitant l'attachement. Ainsi, ces attitudes contrôlantes résonnent comme une solution défensive pour faire face au « sentiment intolérable de désorientation et de désorganisation lié à la peur sans solution. Cependant, lorsque l'activation du système d'attachement est trop intense, ces stratégies peuvent s'effondrer et la désorganisation réapparaître sous forme d'états émotionnels (détresse et/ou rage) incontrôlables » (Guédeney & Guédeney, 2009, 205).

3.1.2 Les modèles internes opérants multiples de l'enfant en placement familial

Nous introduisons les modèles internes opérants multiples de l'enfant en placement familial en donnant tout d'abord une définition concise sur leur organisation pour ensuite en présenter les expressions cliniques chez les enfants placés en famille d'accueil.

3.1.2.1 *Définition des modèles internes opérants multiples*

Les représentations d'attachement multiples trouvent leur origine dans l'expression de la désorganisation de l'attachement. Les enfants se retrouvent face à l'impossibilité douloureuse d'échapper à la situation fortement anxiogène liée aux attitudes effrayantes et effrayées du parent qui produit des réponses incohérentes et paradoxales. Ne parvenant pas à symboliser cette expérience d'attachement, l'enfant élabore ainsi différents modèles pour une seule et même figure d'attachement (en général son parent de naissance) dans l'objectif de s'ajuster au mieux aux attitudes parentales contradictoires et irrationnelles.

3.1.2.2 *Particularités de l'attachement en placement familial*

Dans un premier temps, les recherches qui investiguent l'expression des processus d'attachement de l'enfant confié, montrent que le placement familial sollicite intensément les systèmes d'attachement des enfants placés et contribue considérablement à leurs activations lorsque l'enfant se retrouve par exemple dans un environnement qu'il ne connaît pas, en dehors de la présence de sa figure d'attachement principale. Cette situation risque de profondément perturber l'établissement de ses repères ordinaires et d'entraîner une mobilisation excessive de ses solutions défensives habituelles (Liotti, 2006 ; Guédeney & Guédeney, 2009, 2010).

Dans un deuxième temps, ces auteurs ont isolé trois éléments spécifiques aux M.I.O. des enfants en situation de placement. Tout d'abord, il s'agit de M.I.O. multiples qui se traduisent notamment par un état de confusion important rendant difficile l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnels intervenants (Dozier & al., 2002, 2005 ; Bernier & al., 2004 ; Schofield & Beeck, 2006). De plus, ce manque de confiance envers les professionnels peut mener à un sentiment de méfiance important à leurs égards les conduisant à sélectionner dans l'environnement les moins bonnes informations qui, malgré leurs mauvaises qualités sont néanmoins congruentes avec les situations d'insécurité dans lesquelles ils ont eu l'habitude d'évoluer (Dozier & al., 2002, 2005 ; Bernier & al., 2004 ; Schofield & Beeck, 2006).

Ainsi, la troisième particularité de ces M.I.O. réside au sein de cette situation paradoxale dans laquelle la qualité de l'accueil du professionnel et de son système d'attachement (en général celui de l'assistante familiale) risque d'être perçue par l'enfant comme une menace potentielle. Autrement dit, plus l'assistant familial aura un attachement de bonne qualité envers l'enfant et se montrera en quelque sorte *sécuré* et bienveillant, plus l'enfant évaluera ce comportement comme anormal voire menaçant (Dozier & al., 2002, 2005 ; Bernier & al., 2004 ; Schofield & Beeck, 2006). Cette situation de placement familial renforce donc les représentations d'attachement de l'enfant et les rend plus résistantes aux changements, avec des tendances à l'agression voire au rejet de l'assistant familial, ce qui est davantage observé chez les enfants qui ont été victimes de violences graves (Schofield & Beeck, 2006). Cette situation met en évidence la profonde souffrance de l'enfant placé en famille d'accueil et toute l'importance de la relation institutionnelle pour lui à travers la qualité d'attachement et de caregiving déployée par les professionnels pour répondre à ses besoins d'attachement.

3.2 La théorie de l'attachement en placement familial du côté des professionnels

Nous abordons les éléments principaux de la dynamique interactive de la relation institutionnelle du côté des professionnels en présentant d'une part, l'importance des représentations d'attachement dans la relation avec l'enfant placé et d'autre part, les caractéristiques principales de la figure d'attachement alternative que peut constituer le professionnel pour l'enfant. Ensuite, nous abordons la question de la qualité de caregiving des professionnels vis-à-vis de la base de sécurité de l'enfant, avant d'évoquer la question de la dimension compulsive du caregiving.

3.2.1 L'importance des représentations d'expériences d'attachement des professionnels dans la relation avec les enfants

Le cadre institutionnel du placement familial et les enjeux de l'exercice professionnel (famille d'accueil et éducateur référent) offre un paradigme relationnel et affectif dans lequel le système d'attachement des intervenants est très régulièrement convoqué. En effet, ces derniers se retrouvent en permanence confrontés à des situations de placement dans lesquelles la séparation avec la famille de naissance se réalise dans des conditions graves et sévères (comme la multiplicité des processus traumatiques et expériences psychopathologiques évoqués précédemment). Dans ce cadre, nous nous demandons ici dans quelle mesure les professionnels peuvent représenter une figure d'attachement alternative pour l'enfant à travers la construction

d'une relation d'attachement.

A l'instar de la perspective psychosociale de l'attachement, les recherches montrent que d'autres modes de relations sont possibles à l'âge adulte et permettraient de constituer d'autres sources de sécurité (comme les relations sociales). James (1890) repris par Bretherton (1990, 1993, 1998) estime qu'il serait possible qu'une personne possède autant de « soi sociaux » que de relations. Pour Sroufe (2003), la qualité de l'attachement est susceptible de se modifier en fonction des expériences de vie.

Ces études avancent l'idée que s'il est possible de considérer un comportement d'attachement comme reflétant un M.I.O. construit lors d'une relation spécifique avec un donneur de soin (comme les professionnels en placement familial), alors ces M.I.O. peuvent se diversifier ou se modifier en fonction des relations que le milieu permet à l'enfant de tisser, même si selon beaucoup de recherches, les représentations d'attachement ont vocation à se stabiliser en dehors de tout événement de vie critique, comme nous l'avons indiqué précédemment (Main & Kaplan & Cassidy, 1985 ; Grossmann & Grossmann, 1998 ; Tereno & *al.*, 2007).

Les études analysant la relation entre l'enfant et certains professionnels de l'enfance comme la puéricultrice de crèche (Euillet, 2010b) ou les assistants familiaux (Schofield & Beeck, 2006), soulignent que l'enfant peut développer plusieurs relations d'attachements avec plusieurs adultes différents, de la même manière que dans la relation père/enfant (Tereno & *al.*, 2007 ; Euillet, 2010b).

Dans une visée développementale on parlera alors de hiérarchie des figures d'attachement qui se multiplient dans l'environnement affectif de l'enfant et deviennent périphériques à la figure d'attachement principal. Cependant pour les défenseurs de l'existence de plusieurs représentations d'attachement dans une perspective psychosociale, la hiérarchisation des figures d'attachement pour l'enfant, n'est pas conforme au phénomène des compensations mutuelles des figures d'attachements face à la survenue d'une expérience de vie potentiellement traumatique (Grossmann & Grossmann & Zimmerman, 1999). C'est ainsi que nous considérons les professionnels en placement familial comme des véritables figures d'attachement alternatives, en s'appuyant notamment sur la définition qu'Howes (1999) prête au *caregiver*.

3.2.2 Les professionnels comme donneurs de soin de premier ordre pour l'enfant placé

Pour Howes (1999), trois éléments permettent à l'adulte d'avoir une fonction de *caregiver*. Il s'agirait d'une personne prenant soin émotionnellement et physiquement de l'enfant, l'investissant affectivement et qui serait présente de manière importante et régulière dans sa vie. On peut considérer que les professionnels intervenants en placement familial prennent soin émotionnellement de l'enfant et ont une présence régulière et importante dans leur vie, de par leurs spécificités professionnelles. Dans ce sens, ils sont susceptibles de représenter des figures d'attachement potentielles et alternatives pour l'enfant (Howes, 1999 ; Guédeney & Guédeney, 2009, 2010).

De plus, Howes (1999) confirme cette dimension en distinguant deux catégories de *caregiver* ou figure d'attachement alternative : il y aurait d'un côté les grands-parents, les pères, les auxiliaires de crèches, les enseignants et les nourrices ; et de l'autre côté on retrouverait les parents adoptifs et famille d'accueil, les personnels des foyers et des pouponnières ainsi que les éducateurs. Dans ce cadre, existerait-il des singularités dans la manière que les professionnels ont de « prendre soin » de l'enfant placé à travers ce que l'on nomme « caretaking » (Schofield & Beeck, 2006 ; Guédeney & Guédeney, 2006, 2009, 2010).

3.2.3 Le modèle de la base de sécurité

Schofield et Beeck (2006) ont élaboré un modèle de la base de sécurité qui s'observe particulièrement pour les enfants adoptés ou pour les enfants en situation de placement familial. Dans ce modèle, la base de sécurité de l'enfant peut être renforcée à partir de cinq qualités de caregiving des professionnels à travers leur disponibilité, leur sensibilité, leur liberté d'accueil, leur coopération et le sentiment d'appartenance. La disponibilité du professionnel se manifeste à travers l'aide que le professionnel apporte à l'enfant, et notamment en montrant sa confiance en lui tout en valorisant ses ressources. La sensibilité du professionnel s'exprime en encourageant l'enfant à contrôler ses sentiments et ses attitudes par ses qualités de mentalisation. En ce qui concerne la liberté d'accueil du professionnel, elle consiste à considérer l'enfant en fonction de sa problématique de placement en l'aidant à se construire en valorisant son estime de soi sans l'associer à son histoire familiale et sa situation de placement. Autrement dit, cette liberté d'accueil implique pour le professionnel de ne pas restreindre l'enfant par sa condition même de placement, de ne pas le réduire par les motifs de dangers qui ont conduit à la mesure d'éloignement ni de nier l'existence mêmes de ces motifs. En ce qui concerne la coopération du professionnel, elle consiste à aider l'enfant à se sentir efficace et

coopératif. Ensuite, le sentiment d'appartenance au sein de la famille d'accueil (tout en respectant la famille de naissance) semble également être une fonction essentielle du caregiving du professionnel qui consolide profondément le sentiment interne de sécurité affective de l'enfant. On remarque ainsi que la question du caregiving est essentielle à poser pour les professionnels intervenants dans la vie de l'enfant placé en famille d'accueil, ce qui nous amène à aborder la dimension compulsive du caregiving parfois observée chez certains professionnels de la relation d'aide.

3.2.4 La question du caregiving compulsif

Selon Bowlby, la notion du caregiving compulsif concerne des adultes qui s'occuperaient toujours des autres notamment au travers d'activités associatives ou professionnelles mais ne s'occuperaient paradoxalement jamais d'eux-mêmes dans le sens qu'ils ne seraient pas dans une recherche de soutien et d'aide de la part des autres, voire qu'ils n'exprimeraient jamais de détresse personnelle (Bowlby, 1988). Cette définition peut renvoyer à la même dynamique rencontrée dans l'inversion du rôle parental.

En effet, certains auteurs mettent en avant que les enfants inscrits au sein de processus de parentification auraient joués un rôle de confident, de soignant ou de médiateur auprès de leur parent (et sans que cela soit reconnu comme tel). Ces enfants apprennent que leurs besoins sont moins importants que ceux des autres et deviennent « experts » dans l'anticipation des états mentaux d'autrui par compensation à l'incapacité parentale (Guédeney & Guédeney, 2010). A l'âge adulte, ils s'orienteraient donc vers une profession soignante ou de relation d'aide par extension au rôle endossé pendant l'enfance. Dans ce cadre, nous nous demanderons dans quelle mesure les professionnels ne manifesteraient pas un type de caregiving compulsif à l'égard de l'enfant placé en famille d'accueil ?

Abordons maintenant dans le chapitre suivant la question du lien et de la séparation en contexte de placement familial selon une approche psychodynamique dont la complémentarité avec la théorie de l'attachement présentée ici, nous permettra d'approfondir davantage cette question autour de la qualité des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil.

L'objectif de ce deuxième chapitre de la revue de littérature est de présenter l'apport incontournable de la théorie de l'attachement dans le domaine du placement familial afin de mieux préciser la dynamique relationnelle et interactive qui nous intéresse ici. Pour cela, nous avons présenté les fondements théoriques et cliniques généraux utilisés dans le cadre de cette étude, tant du côté des enfants que celui des adultes. Ensuite, nous avons précisé le rapport (essentiellement descriptif) entre l'attachement et la psychopathologie clinique (chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte) en dehors d'un point de vue causal, linéaire, et direct. Enfin, nous avons exploré la spécificité des processus psychiques observés au niveau de l'attachement à travers la relation entre les enfants placés et les professionnels (les assistants familiaux et les référents) dans un cadre de placement familial.

CHAPITRE 3. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DU LIEN ET DE LA SEPARATION EN PLACEMENT FAMILIAL

Tous les plaisirs que le bébé ressent dans ses rapports avec sa mère sont pour lui autant de preuves que l'objet aimé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, n'a pas subi de blessures et ne s'est pas changé en être vengeur.

(Mélanie Klein, 1968, 344)

CHAPITRE 3. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DU LIEN ET DE LA SEPARATION EN PLACEMENT FAMILIAL

Ce chapitre présente en trois parties l'approche psychodynamique du lien et de la séparation en placement familial. La première partie analyse les liens institutionnels et familiaux selon une approche psychodynamique. La deuxième partie présente les principales théorisations psychanalytiques qui apprécient ces notions dans l'objectif d'introduire les points communs entre les deux modèles théoriques utilisés dans l'étude de la thématique de la recherche. La troisième partie évoque l'angle d'analyse complémentariste de la recherche qui se réfère à la fois à la théorie de l'attachement et selon une perspective psychodynamique. Dans une dernière partie, nous présentons la problématique théorique générale de la recherche ainsi que les hypothèses théoriques et les objectifs principaux associés.

1. ANALYSE DES LIENS INSTITUTIONNELS ET FAMILIAUX

1.1 Les liens institutionnels et familiaux du côté de l'enfant

Les liens institutionnels et familiaux du côté de l'enfant sont évoqués ici en présentant tout d'abord les caractéristiques principales du conflit de loyauté rencontré en placement familial. Dans un deuxième temps, nous abordons la période dite « d'idylle » (ou lune de miel) qui nous permettra ensuite de préciser la question des mécanismes de défenses mobilisés par l'enfant (David, 2004a, 2004b). Nous terminons cette partie en présentant la notion de transfert de l'enfant, qui constitue un des concepts que nous avons choisi d'utiliser pour apprécier la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil.

1.1.1 Le conflit de loyauté

Dans les familles dites « ordinaires », Freud mettait déjà en avant l'importance du rôle des conflits familiaux en soulignant le sens « dramatiques aux conflits exemplaires et aux fantasmes primaires » de ces conflits (Lebovici, 2004a, 17). Dans ce sens, on comprend mieux l'intensité des conflits psychiques que peut rencontrer un enfant séparé de sa famille de naissance et placé

au sein d'une famille d'accueil, ce qui est communément nommé le conflit de loyauté en protection de l'enfance. Afin de saisir les conditions d'expression de ce dernier, présentons le conflit de loyauté qui peut être relié à celui du syndrome d'aliénation parentale, lui-même s'illustrant particulièrement dans les situations de séparations dont les motifs ont été particulièrement violents pour l'enfant, comme ceux rencontrés en placement familial. Dans cette situation, l'enfant se trouve alors avec l'un des parents qui « a perverti le contrat narcissique à son avantage pour créer un pacte avec l'enfant » (Govindama & De Maximy 2012, 46). Les fondements aliénants de ce pacte peuvent pervertir les liens institutionnels et familiaux de l'enfant placés et sont fonction des trois caractéristiques suivantes.

Tout d'abord, lorsque les motifs de séparation font suites aux révélations de l'enfant (par exemple autour des violences physiques, sexuelles ou psychologiques), ce dernier peut être terrifié des conséquences du poids de la trahison de la divulgation de ce secret à des tiers, et ce particulièrement dans les situations d'inceste (Govindama & De Maximy, 2012). La honte rattachée alors au traumatisme (Ciccone & Ferrant, 2008) ajoutée aux processus d'identification à l'agresseur (Freud, 1936 ; Pariset, 2009) peuvent amener l'enfant à revenir sur ses déclarations initiales, en les modifiant voire en les annulant. Cette forme de réaménagement reflète la violence du travail psychique de l'enfant à tenter de mettre désespérément du sens sur cet impensable du réel : considérer que ce soient ses propres parents qui l'ont battu et abusé (Pellé, 2005). Ensuite, le parent de naissance peut entretenir une complicité aliénante en mettant l'enfant dans la situation impossible de choisir entre la famille d'accueil et la famille de naissance. La troisième caractéristique peut s'exprimer à travers le désaveu de l'une ou de l'autre famille conduisant aux manichéismes de la bonne famille contre la mauvaise famille, rentrant ainsi sous la dénomination du « pacte dénégatif » proposé par Kaës (1989). Face à cette situation, l'enfant peut dénier profondément cette réalité. La culpabilité du parent intériorisé par l'enfant dans l'après-coup du placement (Govindama & De Maximy 2012) peut majorer alors cette situation de conflit de loyauté, mettant considérablement en péril la mesure de protection d'éloignement, et ce, dès l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil, dans ce qui est couramment nommé la « période de lune de miel ».

1.1.2 La lune de miel

Dans un premier temps, la lune de miel ou période d'idylle (Govindama & De Maximy 2012 ; David 2004a, 2004b) peut se définir de manière schématique par une forme de sur-

adaptation de l'enfant dès son arrivée en famille d'accueil. D'apparence sage et parfait, il exprimerait un hyper-conformisme relationnel et social en répondant parfaitement aux désirs et aux attentes des professionnels, comme ceux de la famille d'accueil par exemple.

Au bout d'une certaine période variant de quelques semaines à quelques mois, l'enfant change radicalement de comportements, sans causalités externes apparentes pour les professionnels. Il se désorganise alors profondément par la manifestation de troubles du comportement principalement d'opposition ou d'ordre régressif : l'enfant exprime alors une forme de destructivité dirigée à l'égard de l'assistant familial en empruntant des voies de résolution psychique courtes, inscrites dans le registre de l'agir (Deleuze, 1967 ; David, 2004a). Face à cette désorganisation affective parfois intense, le professionnel se retrouve alors désemparé et dans l'incompréhension, malgré la bienveillance déployée par ses qualités d'ajustement relationnel personnel de professionnel d'accueil au sein de sa famille (David, 2004b). Ces épisodes viendraient marquer la fin de cette période de lune de miel. Quels mécanismes de défenses seraient ainsi à l'œuvre pour expliquer cette situation de basculement relationnel ?

1.1.3 Les mécanismes de défense prévalent chez l'enfant en placement familial

L'apparente incohérence des attitudes de l'enfant peut s'apprécier à travers ses mécanismes de défenses qui le protègent contre une profonde angoisse de perte. L'enfant met ainsi en place la solution du clivage (en général adaptatif et transitoire) qui lui donne la possibilité de projeter le fantasme d'une mère idéale sur l'assistant familial et d'en faire le bon objet tant espéré. En revanche, l'objet de la « mauvaise mère » est quant à lui désinvestit et doit s'oublier, mouvement qui se retrouve parfois encouragé par la famille d'accueil. Ce moment heureux d'idylle est nécessaire afin que l'enfant puisse marquer une pause et reprendre narcissiquement un second élan (David, 2004b). De plus, cette période de lune de miel participe à l'établissement de la rencontre avec l'assistant familial, favorisant les premiers phénomènes d'ajustement relationnel et affectif tout en permettant à l'enfant de s'éloigner progressivement (et sans trop en souffrir) de ses parents de naissance.

Cependant, cette période d'une durée variable cache une conflictualité latente dans la relation entre l'enfant et l'assistant familial. Progressivement, cet engagement affectif mutuel devient de plus en plus exclusif et coercitif jusqu'à ce que la dépendance affective soit si

pesante, qu'elle prenne des allures tyranniques (David, 2004a). L'assistant familial continue d'être animé par son désir de demeurer le bon objet en représentation de cette mère idéale, et se laisse peu à peu absorber par la massivité des besoins affectifs de l'enfant. Sans en prendre véritablement conscience, le professionnel se détourne progressivement des enjeux affectifs propres à sa sphère familiale en délaissant ses enfants, son conjoint, avec l'apparition des premiers signes cliniques d'intolérance : expression psychosomatique, mouvements dépressifs, fatigue, manifestations agressives à l'encontre de l'enfant voire situation de maltraitance. Cette période marque l'entrée dans le « temps de la désillusion et de la violence » (David, 2004b, 207).

Cette situation encourage l'enfant à investir de nouveau ses liens familiaux par l'intermédiaire de la sécurité affective qui a été apportée pendant ce temps de la période de lune de miel. Cependant, cette recherche réactive les origines de sa problématique familiale (par la relation avec sa mère et/ou avec son père) qui se trouve considérablement accentuée par la condition de placement et de partage de l'enfant entre les deux familles. L'enfant extériorise alors l'intensité des conflits psychiques familiaux non résolus (par exemple via des équivalents dépressifs, du syndrome abandonnique, des troubles d'opposition, de régression voire des mouvements de violence) au sein de la scène affective de la famille d'accueil. Ainsi, Myriam David précise que « le caractère intolérable de ces manifestations de l'enfant répète le caractère non aménageable de l'intolérance entre enfant et parent qui a provoqué la séparation. Elles contiennent la même menace de rupture. Car la famille d'accueil qui cherche à « corriger » ou « réparer » l'enfant, ou à résister à son excessive emprise, ou à se défendre inconsciemment du déséquilibre qu'il provoque au sein de la famille, cesse d'être toute bonne aux yeux de l'enfant » (David, 2004a, 2756). Selon nous, cette situation souligne singulièrement la dimension transférentielle de l'enfant envers le professionnel, que nous allons maintenant présenter.

1.1.4 Le transfert des enfants

Nous avons choisi d'aborder ici la dimension transférentielle que l'enfant peut avoir à l'égard des professionnels. En effet, que cela soit dans la problématique de placement familial que nous avons précédemment décrite, dans le temps de désillusion et de violence qui met fin à la période d'idylle ou encore dans les problématiques abandonniques, nous estimons que cette forme d'investissement de l'enfant à l'égard des professionnels peut traduire une manifestation

de type transférentiel³⁰. En effet on remarque que dans ces situations, l'enfant tente de résoudre ses traumatismes familiaux en répétant l'événement traumatique (passé) dans l'actualisation de la relation avec l'assistant familial. En ce qui concerne le référent, on peut trouver cette dimension par exemple pendant les rencontres avec les parents. Afin de préciser dans quelles conditions il est possible de se référer à cette notion, nous définissons dans un premier temps le concept d'investissement, ce qui nous permettra dans un deuxième temps de mieux distinguer ce que nous entendons par manifestation de type transférentiel de l'enfant à l'égard des professionnels.

L'investissement est un concept économique pour lequel « une certaine énergie psychique se trouve attachée à une représentation ou un groupe de représentations, une partie du corps, un objet. » (Laplanche & Pontalis, 2007, 211). Dans ce cadre, l'investissement libidinal peut se développer sous deux aspects que nous résumons brièvement. D'une part, cette notion n'est pas définie de manière rigoureuse sur le plan de son élaboration théorique et notamment dans ce qu'elle peut être reliée à l'appareil psychique comme Freud souhaitait le définir (Laplanche & Pontalis, 2007). Dans ce sens, c'est une notion qui porte une certaine ambiguïté (Laplanche & Pontalis, 2007) que, par exemple, la notion d'introversio³¹. D'autre part, il semble difficile de limiter la portée de l'investissement libidinale à sa seule dimension économique (Laplanche & Pontalis, 2007). De cette manière, le concept d'investissement peut recouvrir un sens beaucoup plus large et notamment si on le situe à un niveau clinique et descriptif (et selon le point de vue dynamique).

C'est pourquoi la notion de transfert semble particulièrement adéquate au phénomène étudié dans la recherche car elle donne la possibilité d'apprécier spécifiquement les relations que nous appréhendons sur différents niveaux à travers des protagonistes singuliers (l'enfant et les professionnels). De cette manière, certains auteurs considèrent que l'ubiquité du transfert ouvre cette notion à la psychologie générale (Rouchon, 2007). Le transfert peut être ainsi défini comme l'expérimentation des émotions, « des pulsions, des attitudes, des fantasmes et des défenses envers une personne dans le présent, à laquelle ces mouvements ne s'adressent pas dans la mesure où il s'agit d'une répétition de réactions qui ont leur origine dans des personnes

³⁰ Nous insistons ici sur l'expression « de type » transférentiel et de « mouvement » transférentiel tout au long de ce travail de la recherche, afin de souligner que c'est une vision extensive de la situation transférentielle qui peut se manifester en dehors d'un cadre thérapeutique stricto sensu au sens d'une psychologie clinique psychanalytique.

³¹ La notion d'introversio est entendue ici comme le « passage de l'investissement d'un objet réel à l'investissement d'un objet imaginaire intrapsychique » (Laplanche & Pontalis, 2007, 214).

significatives de la petite enfance, [autrement dit] inconsciemment déplacées sur des figures du présent. On pourrait donc dire que les caractéristiques saillantes du transfert sont : ubiquité, la répétition et l'inadéquation » (Velotti, 2006, 98).

Dans ce cadre, il est admis aujourd'hui que le transfert constitue un phénomène psychologique général qui peut se déployer dans toutes les situations de vie, mêmes celles qui ne sont pas inscrites dans un cadre thérapeutique. De la même façon, Laplanche et Pontalis précise que « c'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse, phénomène dont Freud n'a jamais cessé de souligner à quel point sa survenue est étrange, qui a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert, soit que celui-ci se trouve au fondement même de la relation en jeu (hypnose, suggestion), soit qu'il s'y joue, dans des limites à apprécier, un rôle important (médecin-malade, mais aussi professeur-élève, directeur de conscience-pénitent) » (Laplanche & Pontalis, 2007, 493). Ayant ainsi précédemment apprécié les limites de la relation entre l'enfant et les professionnels à travers la relation institutionnelle à un niveau manifeste (chapitre 1), au niveau de l'attachement (chapitre 2) et sur un plan psychodynamique (chapitre 3), nous envisageons l'existence d'une manifestation transférentielle de l'enfant envers les professionnels.

1.2 Les liens institutionnels du côté des professionnels

Nous présentons les liens institutionnels du côté des professionnels selon une approche psychodynamique, en évoquant en premier lieu le phénomène d'idéologie du lien. En deuxième lieu, nous abordons la question des motivations des professionnels pour enfin préciser les types de mouvements contre-transférentiels que ces derniers peuvent exprimer à l'égard de l'enfant.

1.2.1 L'idéologie du lien

Les enfants en situation de placement peuvent incarner et symboliser « la question la plus archaïque et la plus dramatique, celle qui a inspiré les mythes fondamentaux de l'humanité, la question de l'origine, du père, de la rivalité entre le père et le fils, question contre l'angoisse de quoi se sont édifiées les cultures, les religions, les institutions. Question infiltrée des pulsions les plus érotiques et les plus destructrices » (Noël & Soulé, 2004, 2341-2342). Être au contact de ces réalités conduirait donc les professionnels à se retrouver « au cœur du problème fondamental de l'humanité et de ses angoisses » (Noël & Soulé, 2004, 2342).

Dans ce cadre, les professionnels intervenants en placement familial dans un contexte de séparation peuvent dans un premier temps rencontrer des difficultés à « penser » cette séparation, en partant du postulat que « toute situation de séparation renvoie chacun aux imagos parentales qu'il s'est constituées, à sa capacité d'accepter de représenter un mauvais objet pour autrui. Elle éveille une des craintes les plus profondes : celle de n'être situé dans aucune filiation, de n'avoir aucune origine représentable, aucun lieu fantasmatique et aucune relation imaginaire de repli pour panser les blessures narcissiques de l'existence » (Berger, 2004, 152-153).

A l'image de l'enfant qui est l'activateur des fantômes de l'inconscient de l'adulte et, par sa seule présence, peut être un provocateur de l'après-coup des traces inconscientes potentiellement traumatiques résultant de l'amnésie infantile du parent, le professionnel peut (dans cette situation) lui aussi éprouver les résurgences d'un passé douloureux potentiellement traumatique (Fraiberg & al, 1975 ; David, 2004a, 2004b). De cette manière, l'enfant peut être considéré comme une « machine à projection » (Berger, 2004). De plus, la confrontation aux problématiques de séparation peut amener le professionnel à construire une forme de clivage de ses processus identificatoires à l'égard du parent et envers l'enfant, témoignant de toute sa difficulté à se former une représentation de la séparation (avec un risque de confusion entre la séparation et la rupture liée à la crainte de l'abandon) (Berger, 2004). D'un côté de ce clivage on retrouverait une identification à la souffrance des parents et de l'autre une identification à la souffrance des enfants (Berger, 2004).

Cette situation mène au constat que tout au long du suivi de la situation des enfants, le professionnel est préoccupé par le rétablissement d'un lien et souhaite la mise en place d'une relation future saine, stable, cohérente et pérenne entre l'enfant et ses parents. Selon Berger, cette préoccupation personnelle des problématiques de séparation doit avant tout se réaliser par un « travail de désillusion » qui permettra de faire un « travail psychique », condition nécessaire à une meilleure élaboration de cette séparation (Berger, 2004, 140).

Cette entreprise de désillusionnement se rencontre dans beaucoup de situation entravée par ce que l'auteur nomme « l'idéologie du lien familial » (Berger, 2004, 140). Celle-ci se traduit par un « système d'idées que s'est forgé l'intervenant extérieur et qu'il considère comme généralisable, applicable à un certain nombre de situations auxquelles il trouve des caractéristiques communes » (Berger, 2004, 140). Cette idéologie tente de supprimer l'ambivalence que chacun porte en soi, ambivalence manifestée dans la lutte interne entre

l'identification à la souffrance du parent contre celle de l'enfant (Bass & Pelle, 2002). La question des motivations qui dirigent la personne vers un choix de métiers autour de la relation d'aide semble, dans ce sens, particulièrement essentielle à investiguer.

1.2.2 Les motivations des professionnels

Nous présentons les motivations des professionnels en développant d'une part, celles relevées dans la littérature en ce qui concerne les assistants familiaux, pour d'autre part exposer celles des référents.

A propos des assistants familiaux, Myriam David souligne que les motivations qui conduisent les professionnels à choisir le métier de famille d'accueil se confrontent aux positions de l'enfant ainsi qu'à la dysparentalité de ses parents (David, 2004a ; Clément, 1993). Dans un premier temps, elle précise qu'une des difficultés majeures pour les professionnels est de réussir à accueillir les manifestations d'attachement de l'enfant ainsi que celles exprimées indirectement (ou directement) par la famille de naissance. Cette situation suggère la capacité à dépasser « l'horreur que lui inspirent les défaillances parentales responsables de la souffrance de l'enfant » (David, 2004a, 2757). Dans un deuxième temps, Myriam David met en perspective les contre-attitudes possibles du professionnel face à la souffrance et aux troubles variés de l'enfant. Ces contre-attitudes peuvent conduire le professionnel à enfermer malgré lui l'enfant dans une relation frontale, associée parfois à de l'exaspération, du rejet, de la violence voire de la maltraitance.

Du côté des référents, Vattier & Rochotte-Triboulot (1991) soulignent les huit motivations suivantes qui seraient à l'origine du choix de cette profession : la volonté de promotion sociale (en accédant à un statut plus valorisant socialement, humainement et matériellement) ; le déplacement de l'objet du désir initial en contournant ou en sublimant un échec passé ; la volonté de trouver un « idéal » et de se dépasser ; le souhait de vivre au milieu de jeunes et de revivre par procuration des moments agréables (Bass et Pellé, 2002) ; le désir de se réfugier dans une institution qui peut alors protéger le professionnel en l'aidant à se sentir en sécurité ; le désir de compréhension et d'annulation (d'un enfant en difficulté dans sa famille) ou d'identification à un éducateur qui a été idéalisé pendant l'enfance du professionnel en question ; le souhait de continuer à tenir un rôle jusque-là occupé dans sa propre famille ; la volonté d'annuler ou de soulager une souffrance liée à une carence familiale par le « bien » que l'on pourrait faire au public rencontré (Vattier & Rochotte-Triboulot, 1991). Ainsi, la liste de ces profondes motivations pour la plupart inconscientes (David, 2004a, 2004b) nous amène à

questionner directement la dimension contre-transférentielle que les professionnels peuvent exprimer à l'égard de l'enfant.

1.2.3 Le contre-transfert des professionnels

Depuis ses rares allusions de la part de Freud (Denis, 2006), le contre-transfert a été développé par Ferenczi (1928) puis a fait l'objet de nombreux débats de l'ensemble des courants analytiques, faisant varier de manière plus ou moins importante les délimitations de ce concept (Laplanche & Pontalis, 2007). Du chimiste au chirurgien chez Freud au non-agir positif puis au désir de l'analyste chez Lacan (Guyomard & *al.*, 2011) à son élargissement à un niveau culturel chez Devereux (Rouchon, 2007) puis Derivois et Kim (2012) on remarque que le contre-transfert a fait l'objet de considérations théoriques très étendues. Son lien avec le transfert est incontournable et poussé à son paroxysme, pourrait en faire perdre le sens à savoir qui précède quoi (Guyomard & *al.*, 2011) : le contre-transfert du clinicien à la résistance du transfert du patient ? Le contre-transfert du patient au transfert du psychologue ? Le pré-contre-transfert ou contre-transfert d'accueil au transfert du patient avant d'aller vers une analyse transféro-contre-transférentielle chez le clinicien (Denis, 2006 ; Rouchon, 2007) ? Ces remarques amènent certains auteurs à considérer que « la question du contre-transfert pose par excellence la question que la pratique impose à la théorie » (Guyomard & *al.*, 2011, 177). Partant de ce constat, quelle différence pourrait-on faire avec la notion de contres-attitudes, qui est celle majoritairement avancée au sein de la littérature scientifique pour décrire cette dynamique du côté des professionnels ?

Laplanche et Pontalis définissent le contre-transfert comme « un ensemble de réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 2007, 103). Ici, le contre-transfert s'applique uniquement au sein de la rencontre thérapeutique dans un cadre spécifique qui s'y prête (avec une supervision et un contrôle de la pratique), là où les contres-attitudes iraient par exemple chez l'assistant familial ou le référent. Cependant, la distinction entre contre-transfert et contre-attitude ne semble aujourd'hui pas encore suffisamment clarifiée (Rouchon, 2007).

Les contres-attitudes peuvent être considérées comme tout ce qui n'est pas inconscient et indépendant des réactions transférentielles tandis que le contre-transfert peut être appréhendé comme tout ce qui est inconscient chez l'analyste et lié à la relation transférentielle (Rouchon, 2007). Toutefois, certains auteurs proposent une vision très élargie du contre-transfert. En effet,

depuis les ouvertures opérées par Bion dans le dispositif analytique³², le transfert et le contre-transfert sont de plus en plus considérés comme une « situation totale » (Quinodoz, 2004). De la même manière, citons également Dumont qui identifie la « latitude éducative » pour le travailleur social comme l'ensemble des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels (Dumont 2010) ou encore Balint qui considère que l'on peut parler de contre-transfert pour l'ensemble des relations humaines (Moreau-Ricaud, 2007).

Dans ce cadre, la définition de l'un semble dépendre fortement de la définition de l'autre (Rouchon, 2007) et est ici limité dans la dynamique relationnelle étudiée dans le cadre de la recherche. En effet, évoquer uniquement la question des contre-attitudes chez les professionnels peut conduire à considérer leurs seules émotions sur le registre conscient-préconscient (en évacuant la question au sens large des affects et de l'inconscient), excluant les investigations que nous souhaitons pourtant mener dans l'approfondissement des compréhensions de leurs motivations inconscientes, conjuguées au caractère quasi-péjoratif du passage à l'acte dans l'attitudinal (comme contre-attitude). Dans ce sens, la notion de contre-investissement pourrait davantage étayer cette question.

Laplanche et Pontalis désignent la notion de contre-investissement comme « le processus économique postulé par Freud comme support de nombreuses activités défensives du moi. Il consiste en l'investissement par le moi de représentations, systèmes de représentations, attitudes, etc., susceptibles de faire obstacles à l'accès des représentations et désirs inconscients à la conscience et à la mobilité » (Laplanche & Pontalis, 2007, 101). Cependant, les auteurs situent la notion de contre-investissement également dans le système du conscient-préconscient, d'abord comme un des opérateurs du mécanisme du refoulement, puis comme un des facteurs participant à certaines organisations défensives (par exemple l'isolation ou la défense par l'agir).

Ainsi, nous retrouvons la même difficulté qu'avec la notion de contre-attitude dans la recherche d'exploration des motivations des professionnels appartenant au registre de l'inconscient et sans avoir la possibilité d'apprécier la dimension libidinale des pouvoirs réparateurs. A l'exemple du postulat émis sur l'existence de mouvements de type transférentiel du côté de l'enfant, nous choisissons également de mentionner les mouvements de type contre-transférentiel dans un souci de symétrie et de réciprocité clinique. Ainsi, la justification de ces

³² Bion propose en effet une distinction entre le contre-transfert et les processus d'identification projective en discernant ceux relevant du normal et ceux relevant du pathologique, permettant de nouvelles considérations sur la relation patient-analyste par l'intermédiaire du niveau de la « relation contenant-contenu » (Bion, 1962 ; Quinodoz, 2004).

choix nous permet d'appréhender la dynamique de type transféro-contre-transférentielle entre les enfants et les professionnels, à un niveau interpersonnel, intersubjectif et intrapsychique. Cependant, précisons que nous situons ce type de dynamique comme un point de repère théorico-clinique spécifique au champ interactif étudié ici dans le cadre de cette recherche. Ne souhaitant pas participer à une vision extensive et élargie de certains concepts et notions de la psychologie clinique psychanalytique au domaine des sciences de l'éducation, nous proposerons au sein de la partie discussion une autre notion qui pourrait davantage aider à apprécier les frontières entre les contre-attitudes (appartenant plutôt au registre de la conscience) et les contre-investissements (appartenant davantage au registre du système conscient-préconscient) tout en essayant d'aborder le domaine inconscient des motivations des professionnels.

2. LES THEORISATIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA SEPARATION ET DU LIEN

Cette partie est consacrée en trois points à l'étude de la séparation et du lien selon les principales théorisations psychanalytiques. Tout d'abord, nous présentons sous l'angle psychanalytique les notions de séparation, puis celle du lien. Ensuite, nous évoquons les principaux points de complémentarité entre la psychanalyse et la théorie de l'attachement autour du lien et de la séparation, sans cesse en mouvement dans la clinique du placement familial.

2.1 La séparation et la psychanalyse

La séparation fait partie des questions qui se retrouve au cœur des théorisations psychanalytiques (Freud, 1915, 1920, 1926 ; Winnicott, 1945, 1957, 1971, 1973 ; Spitz, 1947 ; Milner, 1950 ; Bion, 1962, 1963 ; Klein, 1968 ; Aulagnier, 1975 ; Mahler, & Pine & Bergman, 1975 ; Bleger, 1981 ; Anzieu & *al.*, 1987 ; Stern, 1989 ; Anzieu, 1990 ; Cramer, 1999, 2004a, 2004b, 2015 ; Widlöcher, 2000 ; Golse, 2001, 2006a, 2010, 2011, 2019 ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Brusset, 2006 ; Chabert, 2006, 2009 ; Kaës, 2008 ; Golse & Roussillon, 2010 ; Green, 2012, 2013 ; Roussillon, 2014). Dans ce cadre, nous présentons les principales contributions dans ce domaine en résumant très brièvement et de manière linéaire les modèles théoriques qui ont étudié cette question, avant d'exposer le point de vue de Bowlby.

2.1.1 Les évolutions de la perte, de la séparation et de l'angoisse chez Freud

Pendant une trentaine d'année, Freud insiste sur l'hypothèse d'un développement biologique qui serait à l'origine de l'apparition de l'angoisse. Il s'appuie sur la clinique des adultes et des rêves pour souligner que les manifestations de la sexualité infantile sont auto-érotiques (Freud, 1905). Avec le cas du petit Hans (Freud, 1909a), Freud apporte une première nuance en avançant que toutes les excitations sexuelles ne sont pas forcément d'origine corporelle (Widlöcher, 2000). Cependant, la psychanalyse reste dans la lignée au sein de laquelle la pulsion est insatisfaite de la situation de séparation et recherche comme voie de décharge possible, la solution de l'angoisse en se transformant comme telle.

Par la suite, Freud approfondie son exploration psychanalytique sur l'angoisse dans les névroses obsessionnelles et phobiques et c'est dans ce cadre qu'en 1926, il propose dans son article inhibition, symptôme et angoisse, une nouvelle considération de l'angoisse autour de la question de la séparation, amorçant ainsi un tournant historique dans les théorisations psychanalytiques. L'angoisse est davantage tournée vers le psychisme comme un affect éprouvé par le moi face à un danger qui a la caractéristique de la crainte de la séparation et la perte d'objet (Freud, 1926). C'est l'avènement du narcissisme : la pulsion se tourne vers les objets externes mais aussi vers le moi (Widlöcher, 2000). De là, Freud distingue différentes formes d'angoisse avec l'angoisse face à un danger réel, l'angoisse automatique (activée par un événement traumatique qui fait déborder le moi impuissant) et l'angoisse signal (qui est provoquée par un événement de danger dans lequel le moi se retrouve en impossibilité de prévoir son arrivée) (Freud, 1926). Cette évolution théorique constitue le point de départ principal de nouveaux développements conceptuels à propos de la question de la séparation, et notamment chez les psychanalystes qui s'intéressent de plus en plus aux événements précoces de la vie psychique (Freud, 1927 ; Klein, 1932).

2.1.2 La séparation et les positions kleiniennes

Pour Mélanie Klein, l'expérience de séparation et ses angoisses associées s'inscrivent au cœur de sa théorie des relations objectales (Klein, 1932, 1935, 1968). Ici, l'enfant vit comme première angoisse la crainte d'être détruit par la pulsion de mort, conduisant à projeter vers l'extérieur cette pulsion tout en construisant dans le même temps le fantasme du mauvais objet au-dehors qui vient menacer le Moi au-dedans. Dans ce cadre, tous les enfants sont amenés à

vivre des expériences de séparation et de perte qui renvoient à deux types d'angoisses fondatrices au développement libidinal et prégénital : l'angoisse persécutrice et l'angoisse dépressive. L'angoisse persécutrice correspond à la peur d'être détruit par le mauvais objet et relève de la position schizo-paranoïde. L'angoisse dépressive est la crainte d'altérer l'objet en l'abîmant et relève de la position dépressive (Klein, 1968).

Progressivement, ces angoisses persécutrices s'amenuisent pour être vécues davantage sur un registre dépressif, sachant que tout au long de la vie, chaque nouvelle expérience de séparation vient mettre de nouveau à l'épreuve la solidité des objets internes issus de l'élaboration des premières angoisses archaïques des relations objectales (Reynaud, 2011). S'en sont suivis en parallèle les travaux d'Anna Freud qui, dans une autre perspective, étaye différentes formes d'angoisse de séparation sur les stades de la conflictualité infantile en insistant sur les processus de régression chez l'enfant (Freud, 1927). Citons également les travaux de Spitz sur les effets des séparations précoces de l'hospitalisme avec l'angoisse de la peur de l'étranger du huitième mois, ainsi que les dépressions anaclitiques (Spitz, 1947).

2.1.3 La séparation chez Winnicott

Du côté de Winnicott, l'expérience de rupture des interactions précoces a pour conséquence l'émergence d'une angoisse de séparation majeure, notamment à travers ce qu'il nomme l'agonie primitive (état de détresse extrême) et la crainte de l'effondrement (une expérience d'anéantissement de la subjectivation) (Winnicott, 1973). Dans ce sens, il décrit l'importance des soins du maternage dans le développement affectif du bébé avec la notion de holding, qu'il définit comme étant les processus de maturation psychique qui amènent l'enfant à développer au fur et à mesure la capacité du Moi à être seul. Ensuite, l'environnement qui sert de soutien au Moi est progressivement introjecté, aidant l'enfant à acquérir la capacité d'être séparé, bien que la mère et les soins qu'elle a prodigués soient toujours présents dans l'intériorité (inconsciente) de l'enfant (Winnicott, 1945, 1958, 1960, 1971, 1973).

2.1.4 Individuation et séparation chez Mahler

Quant à Mahler, l'expression des angoisses des premières expériences de séparation se distingue entre la naissance biologique et la naissance psychologique. Selon elle, la lutte des processus d'individuation-séparation commence tardivement entre douze et dix-huit mois à la

fin de la période symbiotique (la relation totale entre la mère et l'enfant). Pour Mahler, ce processus est sans arrêt en activité et particulièrement en fonction des événements de vie rencontrés, comme nous l'avons décrit dans les psychopathologies du lien en placement familial (Mahler & Pine & Bergman, 1975 ; David, 2004a).

2.1.5 La séparation selon Bowlby

De son côté, Bowlby remet en question ce primat psychanalytique de la théorie des pulsions et de l'étayage et notamment sur la manière que le psychisme a de former ses premières représentations, à travers l'idée que « la satisfaction hallucinatoire du désir s'appuie sur la réactivation des traces mémorisées d'expériences de plaisir » (Bowlby, 1997a ; Missonnier, 2007, 9). Selon lui, l'attachement est un besoin primaire biologique déterminé et nécessaire à la survie de l'espèce en s'appuyant sur une conduite instinctive.

Rappelons que c'est notamment par l'étude des expériences de séparations précoces et de ruptures dans le cadre de placement institutionnel que Bowlby élaborait progressivement sa théorie de l'attachement, selon un postulat radicalement différent de la psychanalyse dans sa manière de considérer l'être humain. Très schématiquement : le sentiment d'entraide, de coopération et de réparation serait plus important que la conflictualité, la violence et la haine, accentuant davantage les points de désaccord avec la psychanalyse (et notamment avec Mélanie Klein) en se tournant comme nous l'avons vu, vers d'autres influences épistémologiques (les théories cognitivistes du traitement de l'information, l'éthologie, la cybernétique) (Guédény & Guédény, 2010). Ainsi, la revue rapide de ces travaux psychanalytiques sur la manière de considérer la séparation à travers l'angoisse, amène à poser irrémédiablement la question du lien, posant à son tour celle de l'objet³³ et de son statut.

2.2 Le lien et la psychanalyse

La notion de lien en psychanalyse appelle la notion du statut de l'objet, que nous abordons brièvement ici sous trois aspects. Tout d'abord, nous développons la notion du lien dans les relations objectales à travers la question de la réparation normale et pathologique. Puis nous présentons le statut de l'objet dans la théorie de Winnicott avant de présenter brièvement

³³ En psychanalyse le mot « objet » signifie « une personne ou un aspect d'une personne investie d'énergie psychique » (Houzel, 2003, 6).

la théorie des relations d'objet.

2.2.1 Le lien et l'objet dans les dynamiques de réparation

En introduisant la notion de position, l'œuvre de Mélanie Klein n'aborde pas directement le point de vue métapsychologique car elle n'appelle pas les stades chronologiques du développement libidinal de la sexualité infantile (Klein, 1968). Dans cette configuration, le premier stade (le stade oral) survient au moment du passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, notamment par l'intermédiaire des dynamiques de réparation. Le lien et la séparation sont alors abordés par l'introduction d'une nouvelle notion dans la compréhension de l'objet en psychanalyse : la création (Green, 2012).

En effet, lorsque Mélanie Klein étudie les organisations maniaco-dépressives en s'appuyant sur l'œuvre de Freud qu'il développe notamment dans *Deuil et mélancolie*, elle prolonge son analyse du conflit entre l'agressivité et la libido chez les personnes dépressives en avançant que le point de fixation qui émerge de cette conflictualité se produit dans l'histoire précoce des premiers liens du sujet (Freud, 1915 ; Klein, 1935). Dans ce cadre, elle relie le rôle de l'agressivité et du sentiment de culpabilité à travers la dynamique de réparation du sujet dans son désir de restaurer l'objet qui a été abîmé par ses fantasmes destructeurs et agressifs (Klein, 1935). De là, Klein envisage deux dynamiques de réparation : une réparation normale et une réparation pathologique (Klein, 1935). La réparation normale émane de la position dépressive dans une visée profondément créatrice (Green, 2012). Elle se retrouve liée au respect et à l'amour de l'objet (Quinodoz, 2004). En ce qui concerne la réparation pathologique, elle peut s'organiser sous différentes formes comme la réparation obsessionnelle ou maniaque. La réparation obsessionnelle s'appuie sur une dynamique compulsive selon laquelle le sujet cherche à éteindre de manière magique l'angoisse dépressive (Klein, 1935). La réparation maniaque, quant à elle, s'étaye sur un « déni triomphal des sentiments dépressifs » (Quinodoz, 2004, 177).

2.2.2 Le lien et l'objet chez Winnicott

Winnicott appréhende la dimension de l'objet sous différents aspects. Il considère que l'identification primaire à l'objet est présente dès le début de la vie. L'enfant ne fait qu'un avec sa mère tout comme la mère ne fait qu'un avec son enfant (Winnicott, 1945, 1960). Ainsi, le

nourrisson « a l'illusion qu'il a créé son objet et la fonction de la mère est de maintenir cette illusion jusqu'à ce que l'enfant devienne capable d'y renoncer » (Quinodoz, 2004, 253). Cette conception implique la situation problématique du « trouver-crée » dans laquelle le conflit réside entre ce qui existe dans le réel (le trouver) en opposition à ce qui a été créé par l'enfant (Green, 2012).

Ainsi, Winnicott accentue la dimension créative de l'objet en lui conférant un statut psychique particulier (Green, 2012). On le retrouve à la fois entre le dedans et le dehors dans le champ de l'aire intermédiaire, mais aussi dans la réunion potentielle à l'endroit même de la séparation dans le champ de la symbolisation, ou encore à travers l'objet transitionnel qui se désigne par le sein (tout en n'étant pas le sein) dans le champ du paradoxe. Il y a un véritable « sauvetage de l'objet à la périphérie, à la limite où il pourrait disparaître » (Green, 2012, 317). Winnicott apporte alors une dimension novatrice en créant une nouvelle catégorie d'objets, qui apparaît encore différente des objets externes et internes. C'est dans ce contexte que quelques années plus tard Fairbairn propose la théorie des relations d'objet.

2.2.3 La théorie des relations d'objets

La conception de la théorie des relations d'objets de Fairbairn (1940) s'appuie sur une clinique réalisée auprès de personnes présentant une personnalité schizoïde. Selon lui, les personnalités schizoïdes s'organisent selon quatre caractéristiques principales (Fairbairn, 1940 ; Vuailat, 2003, 2004). Tout d'abord, il y a une fixation au stade oral à travers laquelle le sujet régresserait dans sa relation au sein comme objet partiel, le sujet n'ayant pas connu la satisfaction affective d'une relation précoce avec sa mère. Dans un deuxième temps, il y aurait une tendance chez le sujet à prendre davantage qu'il ne donne sur le plan libidinal : donner ses émotions comporte alors le risque de perdre un contenu et d'appauvrir le Moi. Dans un troisième temps, la tendance à régresser au niveau de l'objet partiel associée à la tendance de « vouloir prendre », conduisent à une incorporation de l'objet en soi, le sujet se dégageant d'une relation dans laquelle il recevrait une émotion de l'autre. La dernière caractéristique est le « vide de l'objet » (Vuailat, 2004, 270).

Dans son expérience d'indifférenciation, le bébé imagine que son amour est particulièrement destructeur car une fois que le sein est vidé de son lait, le bébé pense avoir détruit le sein, rendant par la suite toute relation extrêmement menaçante par la dangerosité de

ses propres émotions (Vuailat, 2003, 2004). C'est dans ce cadre que l'auteur conceptualise progressivement la théorie de relation d'objet dans laquelle « la pulsion n'est pas forcément à la recherche de la satisfaction (pleasure-seeking) que de l'objet (object-seeking) » (Vuailat, 2004, 270). Ainsi pour Fairbairn (1940), deux tendances sont opérantes sur le plan libidinal, l'auto-érotisme et l'amour de l'autre (Fairbairn, 1998). Il critique la théorie des pulsions comme étant une théorie hédoniste dans laquelle la pulsion serait uniquement dirigée vers la recherche de plaisir (Widlöcher, 2000).

Selon Widlöcher (2000), l'opposition décrite entre plaisir et objet par Fairbairn est confondue avec l'opposition entre l'objet et le soma. En effet, la source de la recherche de plaisir (pleasure-seeking) est en fait corporelle à travers la satisfaction liée à l'extinction de la stimulation. L'objet est ici « interchangeable » (Widlöcher, 2000, 16). En ce qui concerne la source de la recherche de l'objet (object-seeking) elle se situe dans l'objet-même. Le plaisir est donc lié à l'absence de l'objet, ce qui pourrait correspondre à la notion de proximité physique chez Bowlby, selon Widlöcher (2000). Ainsi, c'est pour sortir de cette « boursoufflure de la pensée » (Golse, 2004, 4) du dialogue entre la théorie des pulsions et la théorie des relations d'objet, que plusieurs auteurs vont proposer d'autres conceptualisations de l'objet que nous allons maintenant très brièvement présenter.

2.3 La psychanalyse et l'attachement autour du lien et de la séparation

Progressivement, les théorisations psychanalytiques vont intensifier le débat autour du statut de l'objet (Fairbairn, 1998 ; Vuailat, 2003, 2004) que la théorie de l'attachement vient considérablement bousculer (Widlöcher, 2000 ; Golse, 2004 ; Fonagy, 2004 ; Missonnier, 2007). Les discussions se relèvent riches et partagées entre deux points de vue : « le point de vue perceptif » recherchant la reconnaissance de l'objet qui serait opposé au « point de vue libidinal à travers le désir tourné vers l'objet » (Widlöcher, 2000, 7). Autrement dit, nous retrouvons l'opposition caricaturale entre l'attachement décrit comme une théorie de la présence tandis que la psychanalyse s'érige comme une théorie de l'absence.

Dans ce cadre, nous présentons la relation que Bowlby avait avec la psychanalyse, avant de proposer plusieurs considérations théoriques qui rechercheront des axes de complémentarités possibles entre les théorisations psychanalytiques et la théorie de l'attachement. De cette manière, nous développons d'une part le rapport de Bowlby à la

psychanalyse, puis nous présentons la notion de pulsion d'attachement. Ensuite, nous abordons rapidement certaines approches complémentaires actuelles avant de terminer par la présentation du concept de mentalisation, devenu progressivement incontournable au sein de la théorie de l'attachement (Fonagy, 2004 ; Guédeney & Guédeney, 2006, 2009, 2010).

2.3.1 Bowlby et la psychanalyse

Contrairement à certains auteurs qui avançaient que la théorie de l'attachement évacuait sans concession la question du pulsionnel et de l'inconscient, Bowlby n'a en réalité jamais totalement réfuté la conflictualité libidinale et infantile (Widlöcher, 2000 ; Fonagy, 2004 ; Golse, 2004 ; Quinodoz, 2004 ; Golse & Missonnier, 2005 ; Guédeney & Guédeney, 2006, 2009, 2010). Se revendiquant comme psychanalyste jusqu'à la fin de sa vie, Bowlby considère ces aspects comme secondaires à l'échec de la construction de la sécurité d'attachement (Guédeney & Guédeney, 2006, 2009). Ainsi, il ne rejette pas la notion d'inconscient et accorde de l'importance à la signification des fantasmes et des rêves (Guédeney & Guédeney, 2006, 2009). Le sens de la théorie de l'attachement réside avant tout dans l'exploration de la dimension psychosociale du développement de l'enfant, en mettant en avant les problématiques externes des désordres névrotiques, insuffisamment abordés par la psychanalyse selon Bowlby (Guédeney & Guédeney, 2009). De même, la notion de modèle interne opérant intériorisé pendant l'enfance souligne la dimension psychodynamique et inconsciente de l'attachement, ce qui va à l'encontre de l'argumentaire selon lequel la théorie de l'attachement est un modèle psychologique du développement descriptif qui serait centré uniquement sur la question du visible et de la présence (Widlöcher, 2000 ; Fonagy, 2004 ; Golse, 2004 ; Missonnier, 2007).

L'étude de cette dialectique entre théorie de l'attachement et psychanalyse n'aura jamais eu lieu en présence de Bowlby. C'est ainsi que plusieurs « colloques imaginaires » sont organisés en 1972, 1979 (notamment par Zazzo) et 1990 (Bowlby devait y présider mais il est malheureusement décédé quelques mois avant), afin de briser la « conspiration du silence » des psychanalystes français au sujet de l'attachement (Guédeney & Guédeney, 2009). Widlöcher (2000) sera l'un des premiers à soutenir l'intérêt de la théorie de l'attachement qui selon lui, est une des voies possibles à l'introduction du corps en psychanalyse. Il détaille en 2000 cette « histoire d'un débat qui n'a pas eu lieu » (Widlöcher, 2000, 1) entre la théorie de l'attachement et la psychanalyse, dans son ouvrage qui étudie la relation entre sexualité infantile et attachement.

Pour Widlöcher, Bowlby n'a pas suffisamment pris en compte les considérations fluctuantes de la psychanalyse et de Freud sur le rôle de l'objet dans la pulsion. Il en retient essentiellement que « la pulsion libidinale tire son origine d'une excitation endogène et sa satisfaction tient à la suppression de l'excitation » (Widlöcher, 2000, 5). Bowlby remet ainsi en question « la théorie de la tendance secondaire » (Widlöcher, 2000, 7) selon laquelle l'attachement à la mère renverrait de manière secondaire à la satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant. Dans cette perspective, Lebovici (2004) et Anzieu (1990) soulignent cette différence de point de vue à travers un véritable écart épistémologique entre l'observation directe de l'enfant avec la démarche d'exploration de la psychanalyse de l'histoire infantile des sujets adultes (Widlöcher, 2000 ; Bénony, 2010). C'est ainsi que plusieurs propositions théoriques cherchent à aménager et assouplir cet écart, notamment à travers la pulsion d'attachement (Anzieu, 1990) ainsi que d'autres approches complémentaires (Golse, 2004 ; Brusset, 2006 ; Laplanche, 2007 ; Bénony, 2010).

2.3.2 La pulsion d'attachement et approches complémentaires

Anzieu (1990) introduira la notion de pulsion d'attachement, qui peut, aux premiers abords, constituer une véritable antinomie si l'on considère la teneur des débats épistémologiques sur l'apparente incompatibilité et le caractère prétendument inconciliable de la théorie des pulsions avec la théorie de l'attachement (Golse, 2004). Anzieu empreinte cette notion dans un intermédiaire entre la pulsion sexuelle et la pulsion d'autoconservation (Anzieu, 1990). Dans cette lignée, Golse reconsidère la pulsion d'attachement en faisant appel au concept de la motion pulsionnelle, comme « élément inhérent à toute pulsion, selon Freud, à côté de la source, du but et de l'objet pulsionnel, et qui pour certains représenterait en quelque sorte la pulsion de la pulsion ou, pour dire les choses encore autrement, sa pulsionnalité » (Golse, 2004, 7)³⁴.

³⁴ La difficulté attribuée à la définition de la motion pulsionnelle peut être aujourd'hui reliée avec les contributions de plusieurs auteurs autour de cette dialectique entre la pulsion et l'objet. Citons très rapidement l'exemple de la notion de pictogramme d'Aulagnier, qui se situe en quelque sorte en-deçà de la pulsion (Brusset, 2014). Le « double retournement » dans le modèle introjectif-projectif de Green (comme circuit pulsionnel « oscillant dans le lien primaire à la mère » (Green, 2012 ; Brusset, 2014, 559) ou encore dans sa définition de la sublimation comme travail du négatif (Green, 1993, 2012). Citons également les notions de symbolisation primaire et secondaire de Roussillon, à travers les huit principes généraux qu'il propose pour définir les processus de symbolisation, avec notamment le sixième principe qui caractérise l'auto-symbolisation de la symbolisation (Golse & Roussillon, 2010).

De la motion pulsionnelle, Golse propose la notion de pulsion de destinée (en référence à la névrose de destinée chez Freud³⁵) pour appréhender notre potentialité d'attachement dans le caractère inéluctable de notre destin à rencontrer tel ou tel objet d'attachement (Laplanche & Pontalis, 2007). Ainsi, Golse (2004) remet en cause cette fracture (Missonnier, 2007) entre la théorie des pulsions et la théorie de l'attachement par l'intermédiaire des conceptions que Freud porte aux représentations qu'il a lui-même largement surmontées au cours de son œuvre, comme nous l'avons présenté précédemment dans la seconde théorie des pulsions (Widlöcher, 2000). En effet dès 1915, Freud développe son analyse des représentations mentales qu'il intrique avec les représentations du sujet, celles de l'objet et les représentations du lien qui les unit (Freud, 1915). Dans le même ordre d'idée, Golse (2004) précise que l'on retrouve cette ouverture sur l'objet également dans la perspective kleinienne, qui n'a pas totalement séparé les relations objectales avec la question de la source subjectale (Quinodoz, 2004).

Ainsi en reprenant les modèles internes opérants comme représentation mentale et la notion de base de sécurité qui illustre le caractère profondément conflictuel de la théorie de l'attachement³⁶, Golse propose trois temps au circuit pulsionnel. Le premier, défendu par Freud, est le temps consacré à « la recherche de l'objet pulsionnel dans la réalité externe (le sein ou le biberon par exemple) » (Golse, 2004, 16). Le deuxième temps du circuit pulsionnel renvoie « à l'absence de l'objet de satisfaction ou de gratification pulsionnel dans l'environnement du bébé et donc, dans ces conditions, au retournement sur le corps propre de la pulsion, retournement commandant l'accès aux auto-érotismes compensatoires (suction du pouce en particulier) » (Golse, 2004, 16). Le troisième temps s'exprime à travers la pensée de Lacan repris par Lasnik-Perrot qui se déroulerait au moment de l'accès à l'enfant de l'intersubjectivité où il « devient désormais capable de s'offrir lui-même comme objet de la pulsion de l'autre » (Golse, 2004, 16).

Ainsi, ce résumé (rapide) illustre la foisonnante fertilité qui peut découler du dialogue entre la théorie de l'attachement et la théorie des pulsions (Widlöcher, 2000 ; Fonagy, 2004 ; Golse, 2004 ; Missonnier, 2007), amenant Golse (2004) à proposer la théorie de l'attachement

³⁵ Selon Freud, la névrose de destinée se définit par une « forme d'existence caractérisée par le retour périodique d'enchaînements identiques d'événements, généralement malheureux, enchaînements auxquels le sujet paraît être soumis comme à une fatalité extérieure » (Laplanche & Pontalis, 2007, 279).

³⁶ La conflictualité libidinale de la base de sécurité (Golse, 2004) pourrait s'exercer dans la compétition entre les systèmes d'attachement avec les systèmes d'exploration que nous pourrions étendre ici dans la conflictualité entre les investissements libidinaux (l'attachement) et les investissements objectaux (l'exploration).

comme un véritable pont entre la théorie des pulsions et la théorie des relations d'objet. De la même manière, on pourrait compléter cet apport avec l'exemple des théorisations de René Kaës (2008) sur le lien et l'intersubjectivité (en faisant la distinction entre le lien et la relation entre ce qui est commun, partagé et « différenciel »), la troisième topique du lien proposée par Brusset (2006) avec l'articulation entre l'oralité et l'attachement ou encore les conceptualisations de Jean Laplanche (2007).

Pour ne citer ici que ce dernier, Laplanche (2007) illustre de son côté les relations possibles entre attachement et sexualité à travers la situation anthropologique fondamentale. Selon lui, il existerait des similitudes entre la pulsion de tendresse³⁷ (l'amour tendre) et l'attachement (Bénony, 2010). Laplanche (2007) souligne ainsi l'importance de la réponse de l'objet dans la constitution du psychisme de l'enfant par le modèle de l'émission des messages avec le modèle des représentations : c'est « l'objet-source de la pulsion qui dialectise les relations de la source et de l'objet pulsionnel via le détour par l'autre qui im-planté chez l'enfant les fameux signifiants énigmatiques » (Golse, 2019, 16).

Pour conclure sur cette revue non exhaustive des points de complémentarités développés entre attachement et psychanalyse, évoquons le point de vue de Fonagy (2004) qui complète l'analyse de Laplanche en considérant « que l'expérience du monde objectal externe est réinterprétée dans le langage du plaisir pulsionnel » (Golse, 2019, 16). C'est dans ce cadre que nous présentons maintenant la mentalisation, notion devenue incontournable au sein de la théorie de l'attachement et qui illustre particulièrement la richesse de cette complémentarité (Widlöcher, 2000 ; Golse, 2004 ; Fonagy, 2004 ; Brusset, 2006 ; Missonnier, 2007 ; Golse, 2019).

2.3.3 La mentalisation autour du lien et de la séparation

Fonagy développe la notion de mentalisation chez l'enfant en la mettant étroitement en perspective avec la qualité des interactions précoces vécues avec ses figures d'attachement (Fonagy, 2004). De là, l'auteur décrit cinq stades du développement normal de la capacité de mentalisation chez l'enfant.

³⁷ Freud désigne la tendresse comme « une attitude envers autrui qui perpétue ou reproduit le premier mode de la relation amoureuse de l'enfant, où le plaisir sexuel n'est pas trouvé indépendamment, mais toujours en s'étayant sur la satisfaction des pulsions d'autoconservation » (Laplanche & Pontalis, 2007, 483).

Le premier stade concerne le stade de la différenciation (aux alentours de trois mois) dans lequel le nourrisson commence à s'apercevoir que lui et l'autre sont indépendants. Le deuxième stade (qui se développe en parallèle) permet à l'enfant d'élaborer progressivement un sens de soi et des autres par l'action de la socialisation, tout en se rendant progressivement compte qu'il est possible d'influencer les interactions par l'essor de la communication verbale et non verbale. La troisième étape (aux alentours des neuf mois du bébé) concerne le stade téléologique (Fonagy, 2004) qui pourrait s'apparenter au système du partenariat émergent corrigé quant au but dans la théorie de l'attachement (Guédénéy & Guédénéy, 2009).

Autrement dit, le bébé commence à élaborer les situations relationnelles en comprenant que les actions des autres peuvent avoir des effets sur lui, sans imaginer précisément les processus d'intentionnalité des adultes qui sous-tendent la manifestation de ces actions (Fonagy, 2004). Pendant le quatrième stade (aux alentours de deux ans), l'enfant élabore progressivement la causalité des interactions, ce qui l'aide à mettre du sens sur les comportements des autres. L'enfant arrive alors à élaborer ses premières interprétations sur les actions et le monde en dehors de la centration de ces actions sur leurs seuls résultats. C'est de cette manière qu'il comprendra qu'il est également possible d'interpréter les états mentaux erronés d'autrui. Lorsque l'enfant arrive à ce dernier stade, il commencera à développer deux modes pré-mentalisateur en période successive : « le mode d'équivalent psychique » et « le mode fictif » (Fonagy, 2004), constituant ainsi le terreau du développement de la capacité de mentalisation de l'enfant, comme opérateur principal de l'organisation des modèles internes opérants (Chabot & Achim & Terradas, 2015).

Le mode pré-mentalisateur de l'équivalent psychique peut se définir par l'expérience subjective de l'enfant qui est vécue par ce dernier comme étant la seule et unique réalité. Autrement dit, l'enfant a l'illusion que les autres connaissent tout de ces états mentaux et que lui connaît tout des états mentaux de l'autre. Concernant le mode pré-mentalisateur fictif, l'enfant élabore progressivement sa réalité interne comme étant séparée du reste du monde. Cette réalité imaginaire personnelle le conduit vers ses premières expériences fantasmatisques de jeux du « comme si ». En revanche, l'enfant doit maintenir ces deux réalités (interne et externe) sans équivalence. Autrement dit, « l'enfant ne pourra pas maintenir la réalité imaginaire personnelle qu'il s'est créé s'il est confronté à sa correspondance à la réalité externe » (Chabot & Achim & Terradas, 2015, 212).

Ainsi, la capacité de mentalisation par l'intégration de ces deux modes pré-mentalisateur, permet à l'enfant d'élaborer ses propres états mentaux et ceux d'autrui en représentations de réalités externes et internes. Ce processus d'intégration se produit lorsque l'enfant arrive à percevoir et commence à tolérer qu'il existe une similitude suffisamment différenciée entre son expérience subjective et la réalité externe, avec des possibilités d'écart et d'ajustement entre les deux (Fonagy, 2004). C'est quelques temps plus tard (aux alentours de six ans) que l'enfant atteint le dernier stade qui correspond au stade autobiographique (Fonagy, 2004). Le développement de ses processus narratifs lui permet de progressivement se raconter lui-même à travers ses propres expériences subjectives (ses souvenirs, etc.) sur des repères temporels et causals, l'aidant à préciser davantage la représentation des états mentaux d'autrui ainsi que ses propres états internes affectifs. Le développement normal de cette capacité de mentalisation ne peut se réaliser qu'à travers des relations d'attachement sécurisantes par l'expression de bonnes qualités de caregiving du côté de la figure d'attachement et d'une fonction réflexive parentale adéquate.

En effet, ce travail psychique de mentalisation chez l'enfant suggère la présence d'une figure d'attachement qui aura elle-même développée de bonnes qualités de mentalisation en exprimant une « reconnaissance cohérente, contingente, et marquée de l'émotion vécue par ce dernier » (Chabot & Achim & Terradas, 2015, 215). La reconnaissance cohérente demande à la figure d'attachement de détecter, d'identifier et d'interpréter de manière adéquate les besoins et les émotions de l'enfant. En ce qui concerne la contingence, l'adulte doit montrer un ajustement adapté aux besoins de l'enfant afin de l'aider à lier ce qui provient de la réalité externe avec ce qui vient de lui. La reconnaissance marquée signifie que la figure d'attachement accentue sa réponse affective face au besoin de l'enfant. Cette exagération affective permet à l'enfant de métaboliser ses affects grâce à l'ajustement émotionnel du parent. En revanche, l'enfant peut aussi rencontrer un développement pathologique de ses capacités de mentalisation s'il a subi des traumatismes relationnels précoces, comme évoqué au chapitre précédent.

Ainsi, cette présentation de la revue théorique dessine les contours de notre cadre de travail doctoral du côté de l'attachement et du côté de l'analyse psychodynamique. Nous allons maintenant nous arrêter sur le choix d'une analyse complémentariste au regard de la thématique de recherche.

3. LE CHOIX D'UNE APPROCHE COMPLEMENTARISTE

3.1 Définition de l'approche complémentariste

Les origines de l'approche complémentariste sont habituellement situées du côté de Freud (1913) et de Roheim (1978) mais ce ne sont que quelques décennies plus tard que Devereux (1972) précise concrètement ses fondements théoriques, qu'il tira des sciences dites « dures » (notamment de la physique quantique) en identifiant deux principes scientifiques généraux (Ghil, 2007) : l'effet de l'observateur sur l'observé et la complémentarité. Le principe scientifique de complémentarité qui a participé à la définition de l'approche complémentariste reprend la description des objets physiques à un niveau atomique, de type particule et onde.

La pensée de Devereux (1972) peut alors se traduire ainsi : « cette complémentarité rend compte du comportement de ces objets en des circonstances diverses, qui favorisent leur étude par l'approche « particulière » ou « ondulatoire », respectivement. Evidemment, la physique quantique parle de l'infiniment petit et les sciences de l'Homme et de la société d'objets macroscopiques et bien plus complexes que des particules élémentaires, atomes ou cristaux. Le génie de Georges a été de voir les analogies possibles entre les approches et les démarches de ces domaines si différents en apparence de la pensée » (Ghil, 2007, 190).

Ainsi, on peut résumer cette démarche complémentariste par l'utilisation de différents modèles théoriques dans lesquels toutes les approches sont mobilisées de manière obligatoire mais non simultanée, afin d'apporter une analyse plus précise du phénomène observé (Moïse-Durand & Von Münchow & Simon & Rizzi & Moro, 2013). Cette approche a contribué à la naissance de nouvelles élaborations épistémologiques comme par exemple l'ethnopsychanalyse (puis plus tard l'ethnopsychiatrie), en se référant au modèle psychanalytique et au modèle anthropologique (Devereux, 1972 ; Roheim, 1978 ; Moro & Nathan, 2004). Notons également la psychologie interculturelle ou transculturelle, la neuropsychanalyse et plus récemment dans la relation entre les processus de transmissions géniques (l'épigénome dans l'épigénèse) et la psychanalyse (Golse, 2012 ; Canestri, 2013). Citons encore Roussillon qui insiste sur l'importance de la démarche complémentariste dans l'étude des phénomènes psychiques : « la complexité du vivant est telle que dans chaque discipline scientifique des spécialistes doivent un jour se déspecialiser et aller voir ce que font les autres » (Boulanger, 2018, 789).

3.2 Justification du choix de l'approche complémentariste

La présentation de la revue de la littérature présentée en trois chapitres vise à souligner l'exigence du choix d'une démarche complémentariste, avec la nécessité de se référer à plusieurs modèles théoriques pour appréhender la complexité du phénomène étudié (Houzel, 2003 ; Rottman & Richard, 2009). Autrement dit, l'appréhension de la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil est réalisée en considérant la spécificité clinique et psychopathologique du placement familial (chapitre 1) sous l'angle d'une analyse complémentariste en se référant à la fois à théorie de l'attachement (chapitre 2) et une approche psychodynamique (chapitre 3).

Ainsi, cette démarche complémentariste adoptée permet de valoriser les points de ressemblances qui existent entre ces deux modèles sans nier les différences épistémologiques intrinsèques à chacun de ces modèles, dans l'objectif de saisir au mieux le vécu psychologique de l'enfant placé en famille d'accueil.

4. PROBLEMATIQUE GENERALE, HYPOTHESES THEORIQUES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Nous présentons ici la problématique générale de la recherche, les objectifs principaux ainsi que les hypothèses théoriques de la recherche.

4.1 Problématique théorique générale

A l'instar des travaux scientifiques que nous venons de présenter, nous estimons que la protection de l'enfance constitue un cadre clinique particulier dans lequel les questions du traumatisme psychique et des processus psychopathologiques viennent considérablement exacerber les problématiques rencontrées autour du lien et de la séparation pour les enfants placés. Dans ce cadre, nous considérons la problématique théorique générale suivante, avant de la développer plus précisément du côté de l'enfant, puis du côté des professionnels.

4.1.1 La problématique théorique générale de recherche

Dans quelle mesure la dynamique des liens institutionnels et familiaux étudiée au sein d'une démarche complémentariste (théorie de l'attachement et théories psychodynamiques), peut apporter des éléments de compréhension sur le fonctionnement psychologique de l'enfant placé en famille d'accueil, en considérant la problématique familiale, personnelle et infantile de l'enfant au regard de la problématique familiale, personnelle et infantile des professionnels (l'assistant familial et le référent).

4.1.2 Le développement de la problématique de recherche du côté de l'enfant

Conformément aux travaux présentés, la théorie de l'attachement est aujourd'hui incontournable en protection de l'enfance. Elle constitue un modèle psychologique de référence dans la compréhension du fonctionnement psychologique de l'enfant placé. Ainsi dans le cadre de cette recherche, la perspective développementale de l'attachement permet d'investiguer dans le présent et dans le passé l'attachement filial et parental de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de ses conflits infantiles, que cela soit au niveau des modalités comportementales d'attachement qu'au niveau des représentations d'expériences d'attachement. De plus, nous pensons que la perspective psychosociale permet d'étudier les relations institutionnelles comme étant des relations interpersonnelles spécifiques et alternatives aux relations d'attachement parentales. Aussi, nous souhaitons étudier la correspondance entre les différentes modalités d'attachement de l'enfant au regard de celles des professionnels en considération des problématiques familiales des enfants. En cela, les liens institutionnels et familiaux seront investigués sur le plan interpersonnel (style d'attachement), intersubjectif (stratégies d'attachement) et intrapsychique (représentation d'attachement).

Concernant le modèle psychodynamique, nous estimons qu'il est tout autant fondamental de se référer aux théorisations psychanalytiques qui ont étudié depuis plus d'un siècle la question du lien et de la séparation. Dans ce cadre, nous pensons que l'approche psychodynamique permet d'appréhender la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil sur différents niveaux, en investiguant le fonctionnement psychologique de l'enfant, la question des traumatismes psychiques, les organisations défensives ainsi que les processus psychopathologiques. En cela, nous pensons que l'analyse psychodynamique des mouvements transférentiels des enfants à l'égard des professionnels

permet d'investiguer les liens institutionnels et familiaux sur le plan interpersonnel (les interactions manifestes), intersubjectif (la dynamique interactive de la rencontre dans le registre conscient-préconscient) et intrapsychique (les représentations de l'enfant au niveau inconscient).

4.1.3 Le développement de la problématique de recherche du côté des professionnels

En ce qui concerne les professionnels au niveau de l'attachement, nous pensons que la perspective développementale de l'attachement permet d'investiguer dans le présent et dans le passé l'attachement filial, parental et les conflits infantiles du professionnel, avec les représentations d'expériences d'attachement et les stratégies d'attachement. De plus, nous pensons que la perspective psychosociale permet d'étudier les relations institutionnelles comme étant des relations interpersonnelles spécifiques en considérant les professionnels comme figure d'attachement alternative (styles et stratégies d'attachement). Aussi, nous souhaitons étudier la correspondance entre les différentes modalités d'attachement des professionnels au regard de celles des enfants en considération des problématiques familiales des professionnelles. En cela, les liens institutionnels et familiaux seront investigués sur le plan interpersonnel (style d'attachement), intersubjectif (stratégies d'attachement) et intrapsychique (représentation d'attachement).

Concernant le modèle psychodynamique, il nous permet d'appréhender également la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil sur différents niveaux, en investiguant le fonctionnement psychologique du professionnel, la question des traumatismes psychiques passées éventuelles, les organisations défensives ainsi que les processus psychopathologiques possibles. En cela, nous pensons que l'analyse métapsychologique des mouvements contre-transférentiels des professionnels à l'égard des enfants permet d'investiguer les liens institutionnels et familiaux sur le plan interpersonnel (les interactions manifestes), intersubjectif (la dynamique interactive de la rencontre dans le système conscient-préconscient) et intrapsychique (les représentations du professionnel au niveau de ses motivations inconscientes en termes de réparation).

4.2 Les objectifs généraux de la recherche

Les objectifs principaux de la recherche sont répartis sur trois axes : clinique, théorique et de recherche-action.

- Au niveau de l'axe clinique, l'objectif est d'approfondir les connaissances psychologiques sur le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil.
- L'objectif théorique se réalise autour de l'approche complémentariste, en se référant à la fois à la théorie de l'attachement et selon une perspective psychodynamique, dans l'objectif d'articuler ces deux modèles de compréhension en soulignant leurs correspondances possibles. Le regard théorique croisé sur un même objet de recherche vise ainsi à donner un éclairage théorique plus approfondi et global sur la réalité clinique observée vers laquelle nous souhaitons tendre au plus près.
- L'objectif de recherche-action est de proposer une analyse des pratiques professionnelles et interprofessionnelles (entre l'assistant familial et le référent) afin d'analyser les spécificités d'interventions des professionnels qui pourraient contribuer à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant. Cet objectif donnera lieu à l'élaboration de propositions concrètes qui seront formulées à l'institution.

Ces trois axes généraux conduisent à investiguer cliniquement les liens institutionnels et familiaux de trois manières : du côté des enfants confiés, du côté des professionnels et du côté de la relation que les enfants ont avec ces mêmes professionnels.

4.2.1 Axe 1 : du côté des enfants

- Investiguer l'expression des types de modèle d'attachement des enfants confiés de manière longitudinale sur une année, que cela soit par rapport à l'organisation de leurs modèles d'attachement (sécure, préoccupé, détaché, désorganisé), leurs relations d'attachement filiale et parentale et leur conflit infantile (famille de naissance), leurs relations d'attachement alternatives (avec les professionnels), leurs modèles internes opérants (simple ou multiple), et leurs bases de sécurité.

- Ces objectifs peuvent être étudiés à partir des différents niveaux d'attachement chez l'enfant en fonction de son âge :
 - Pour les enfants les plus jeunes (âgés de 3,5 ans à 11,5 ans) :
 - L'appréciation de la construction des narratifs de l'attachement.
 - Pour les enfants les plus âgés (à partir de 14,5 ans) :
 - Les relations d'attachement interpersonnel par les styles d'attachement.
 - Les stratégies d'attachement et les M.I.O. de soi et d'autrui.
 - Les représentations d'expériences d'attachement.

4.2.2 Axe 2 : du côté des professionnels

- Etudier l'expression des types de modèle d'attachement des professionnels, que cela soit par rapport à l'organisation de leurs modèles (sécure, préoccupé, détaché, désorganisé), la possibilité de représenter des figures d'attachement alternative pour les enfants, leurs modèles internes opérants, leurs caregiving (« ordinaire » ou compulsif) et leurs bases de sécurité.
- Ces objectifs peuvent être étudiés à partir des différents niveaux d'attachement chez l'adulte :
 - Les relations d'attachement interpersonnel par les styles d'attachement.
 - Les stratégies d'attachement et les M.I.O. de soi et d'autrui.
 - Les représentations d'expériences d'attachement.

4.2.3 Axe 3 : du côté de la relation enfants-professionnels

- Investiguer l'étendue de la dynamique relationnelle interactive entre les enfants et les professionnels, que cela soit à des niveaux interrelationnels (manifeste et latent par l'étude de la relation d'attachement), intersubjectifs (par la dynamique transféro-contre-transférentielle) et intrapsychiques (par l'étude des relations d'objet pour l'enfant et la question de la réparation pour les professionnels). L'étude de cette dynamique nous permet d'approfondir ce que peut représenter sur le plan psychodynamique chacun des

protagonistes de la rencontre, en fonction de leur problématique familiale, personnelle et infantile, tant du côté des enfants que de celui des professionnels.

- Ces objectifs peuvent être étudiés cliniquement de manière quantitative par l'analyse des relations d'attachement, et de manière qualitative par la réalisation d'entretiens cliniques de recherche semi-structurés portant sur l'appréhension de la dynamique transféro-contre-transférentielle et par l'utilisation d'épreuves projectives (les dessins pour les enfants).
- Au niveau de l'analyse quantitative :
 - L'appréciation de la construction des narratifs de l'attachement (pour les enfants les plus jeunes).
 - Les relations interpersonnelles d'attachement par les styles d'attachement (pour les adolescents et les professionnels).
 - Les stratégies d'attachement et les M.I.O de soi et d'autrui (pour les adolescents et les professionnels).
 - Les représentations d'expériences d'attachement (pour les adolescents et les professionnels).
- Au niveau de l'analyse qualitative :
 - Les épreuves projectives du dessin (pour les enfants les plus jeunes).
 - Les entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur l'analyse des mouvements transférentiels (pour les adolescents).
 - Les entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur l'analyse des mouvements contre-transférentiels (pour les professionnels).

4.3 Les hypothèses théoriques de la recherche

Les objectifs énoncés nous permettent d'établir trois hypothèses théoriques générales suivant les mêmes axes que ceux des objectifs cliniques préalablement énoncés : du côté des enfants, du côté des professionnels et du côté de la relation.

- Première hypothèse théorique générale (du côté de l'enfant) :

Nous nous attendons à observer une évolution positive de l'attachement des enfants qui serait plus sécurisé (indépendamment de l'âge des enfants) entre le début de placement et un an après leur arrivée en famille d'accueil, que cela soit en termes de constructions des narratifs d'attachement, de relations interpersonnelles d'attachement, de stratégies d'attachement et de représentations d'expériences d'attachement.

- Deuxième hypothèse théorique générale (du côté des professionnels) :

Nous nous attendons à ce que l'évolution positive de la sécurité de l'attachement de l'enfant s'explique par l'expression de la qualité du modèle d'attachement sécuritaire des professionnels (les familles d'accueil et les référents des enfants), que cela soit en termes de relations interpersonnelles d'attachement, de stratégies d'attachement et de représentations d'expériences d'attachement.

- Troisième hypothèse théorique générale (du côté de la relation) :

Nous nous attendons à observer des manifestations de type transféro-contre-transférentiel entre les enfants (indépendamment de leurs âges) et les professionnels (familles d'accueil et référents) plus importantes un an après l'arrivée des enfants en famille d'accueil qu'au début du placement, que cela soit en termes de mouvements transférentiels du côté des enfants que des mouvements contre-transférentiels du côté des professionnels.

Nous allons maintenant aborder le chapitre concernant la méthodologie de la recherche, qui s'organise selon un dispositif longitudinal et mixte pour répondre aux objectifs ainsi qu'aux hypothèses théoriques générales de la recherche.

Le dernier chapitre de la revue de littérature a pour objectif de présenter l'approche psychodynamique du lien et de la séparation en placement familial afin de mieux préciser les enjeux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques des relations étudiées dans le cadre de la thématique de recherche entre les enfants et les professionnels au regard des problématiques familiales et affectives de chacun des protagonistes. En premier lieu, nous avons exposé l'analyse psychodynamique des liens institutionnels et familiaux avant de résumer les principales théorisations psychanalytiques qui étudient ces interactions. Ce dernier chapitre permet ainsi de formuler la démarche complémentariste de l'étude, en se référant à la théorie de l'attachement (chapitre deux) et aux approches psychodynamiques (chapitre trois) en prenant en compte la spécificité clinique du placement familial (chapitre un). Dans ce cadre, la construction de la revue de littérature nous a conduit à préciser, in fine, la problématique théorique générale de la recherche, les hypothèses théoriques et les objectifs principaux associés.

CHAPITRE 4. METHODOLOGIE

Pour maintenir ouverte la question de l'homme close ou clôturée par une pathologie infantile toujours inquiétante, nous n'avons qu'un seul moyen : nous pencher sur la particularité de l'histoire d'un sujet humain.

(Denis Vasse, 2004).

CHAPITRE 4. METHODOLOGIE

Ce chapitre aborde la méthodologie de la recherche et présente les points suivants : l'organisation préalable à la mise en place du dispositif méthodologique, les caractéristiques des populations étudiées (enfants confiés en famille d'accueil et professionnels), le dispositif de notre étude (identification des variables et protocole de la recherche), la présentation des outils de la recherche et leurs justifications (les entretiens cliniques de recherche semi-structuré sur la dynamique transféro-contre-transférentielle et sur l'attachement, les auto-questionnaires sur l'attachement et les épreuves projectives du dessin), la procédure de passation, les hypothèses opérationnelles et la méthode d'analyse et de traitement des données de la recherche (perspective longitudinale en analyse mixte, à la fois qualitative et quantitative).

1. ORGANISATION PREALABLE AU DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Travaillant comme psychologue clinicien à temps plein au sein de la mission Aide Sociale à l'Enfance d'un Conseil Départemental, nous avons fait le choix de réaliser cette recherche avec des enfants et des professionnels avec lesquels nous n'avons pas de pratique clinique directe ou indirecte. Les missions Aide Sociale à l'Enfance étant territorialisées sur l'ensemble du Département, nous avons rencontré notre population en dehors de notre secteur d'intervention qui recouvre cinq antennes de l'Aide Sociale à l'Enfance sur le nord du Département, dans un territoire plutôt rural.

Ce choix déontologique nous a donc amené à rencontrer les vingt-sept personnes participantes sur quatorze accueils différents répartis sur une superficie de 8 763 km², dans des zones urbaines, péri-urbaines et rurales. Ce principe déontologique répond à la rigueur exigée par notre cadre de recherche clinique adapté aux problématiques cliniques de placement familial, tant pour les enfants, les professionnels que pour nous.

Les situations des enfants et des familles rencontrées étant toutes sous contraintes d'éloignement et de protection judiciaire, les transferts latéraux et croisés rencontrés en protection de l'enfance entre les enfants, les familles de naissance et les professionnels sont multiples et complexes (Duparc, 2009). Cette séparation entre pratique clinique et pratique de

recherche a pour objectif de prévenir au mieux le risque de confusion des places de chacun, sans cesse mise au travail à l'Aide Sociale à l'Enfance. D'autre part, notre expérience de praticien relevant de la psychologie clinique psychanalytique, nous ne souhaitons pas intégrer le dispositif de la recherche au sein de notre dispositif praticien, en utilisant par exemple une approche centrée autour de l'évaluation thérapeutique (Chudzyk, 2014). Nous estimons ainsi appréhender au mieux les enjeux intersubjectifs à travers l'étude de la dynamique transféro-contre-transférentielle émanant spécifiquement de notre cadre d'entretien clinique de recherche (Kim & Derivois, 2012). Les processus contre-transférentiels entre pratique clinique et pratique de recherche se retrouvent ainsi mieux délimités donc plus appréciables. Nous développerons plus précisément cette dimension au sein de notre discussion dans la partie concernant l'analyse théorico-clinique de notre rapport à l'objet de cette recherche (Bachelard, 1938 ; Devereux, 1980 ; Widlöcher, 1981 ; Deleuze, 1993).

2. DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES

Les populations de cette étude se concentrent sur la rencontre de dix enfants placés en famille d'accueil, dix familles d'accueil et sept éducateurs qui accueillent ou sont référents de ces mêmes-enfants. Afin d'apprécier au mieux les populations rencontrées, un tableau récapitulatif est proposé pour présenter les enfants et adultes professionnels participants à cette recherche (tableau 3).

Tableau 3 : Tableau Récapitulatif des populations rencontrées³⁸.

ENFANTS (S)	ASSISTANTS FAMILIAUX (AF)	REFERENTS (R)
S1	AF 1	R1
S2	AF 2	R2
S3	AF 3	R3
S4	AF 4	R4
S5	AF 5	R5
S6	AF 6	R6
S7	AF 7	R7
S8	AF 8	
S9	AF 9	
S10	AF 10	

³⁸ Précisons que les populations sont présentées au sein de ce tableau de manière isolée les unes des autres. Autrement dit, les enfants ne sont pas ceux accueillis par les assistants familiaux et n'ont pas les référents au sein des colonnes correspondantes. Un développement plus détaillé est proposé à la fin de la description de chaque population pour présenter les correspondances entre chaque enfant et chaque professionnel.

2.1 Description du groupe d'enfants placés en famille d'accueil

Sur les dix enfants participants, il y a six filles et quatre garçons, âgés de deux ans et demi à quinze ans au moment des premiers entretiens cliniques de recherche. Le groupe a une moyenne d'âge de huit ans et onze mois. Sur les dix enfants, il y a une fratrie de trois enfants et deux fratries de deux enfants, soit dix enfants provenant de six familles de naissance différente. Pour des raisons de méthodologies cliniques, nous n'avons pas utilisé les mêmes outils en fonction de l'âge des enfants, ce qui nous amène à distinguer deux groupes :

- « Groupe 1 enfants » : sept enfants âgés de 2,5 ans à 12 ans, au moment du premier entretien.
- « Groupe 2 enfants » : trois adolescents âgés de 14,5 ans à 15 ans, au moment du premier entretien.

Au total, quarante-quatre entretiens cliniques de recherche ont été réalisés pour les enfants, dont onze entretiens de présentations et un abandon (confère la partie passation), entre février 2016 et décembre 2017. Les enfants du groupe un ont été rencontrés à trois reprises en moyenne, et les enfants du groupe deux l'ont été à cinq reprises. Les entretiens se sont déroulés sur les Accueils Solidarité Famille (A.S.F.) du Conseil Départemental de la Côte d'Or les plus proches du lieu de domiciliation des assistants familiaux. Précisons que sur les dix enfants rencontrés, il y a eu un abandon (après deux entretiens) et une fratrie de deux enfants de la même famille de naissance sont retournés aux domiciles des parents au cours de l'année des mesures de recherche. Ces deux enfants (S2 et S5) ont donc passé les mesures d'évaluation uniquement au temps « T1 » (soit les épreuves de dessins et le CCH). Des contacts ont été réalisés auprès de la famille de naissance afin de rencontrer les enfants et de procéder aux entretiens de restitution avec les parents, mais ces derniers n'ont pas répondu aux sollicitations données.

Durant la première année de placement, trois enfants ont bénéficié ou continué à bénéficier d'une prise en charge globale de soins en centre d'action médico-social précoce et quatre enfants à hôpital de jour en pédopsychiatrie (six suivis psychologiques dont quatre couples par des suivis pédopsychiatriques avec deux prescriptions de traitements chimiothérapeutiques et deux prises en charge en psychomotricité). Sur le plan de la scolarité, sept enfants suivent actuellement une scolarité en milieu ordinaire, trois enfants bénéficient d'une notification

M.D.P.H. (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) dont deux accompagnements spécialisés avec une auxiliaire de vie scolaire et un parcours en U.L.I.S. (Unités Localisés pour l'Inclusion Scolaire).

2.1.1 Critères d'inclusion

Nous avons établi nos critères d'inclusion afin d'appréhender au mieux l'expression de la problématique de placement familial (David, 2004) et ses effets sur les dynamiques relationnelles et interactives entre les enfants et les professionnels, que cela soit à des niveaux d'appréciations interpersonnelles, intersubjectives et intrapsychiques. L'étude de cette problématique constitue ainsi le cadre de notre paradigme clinique. Ainsi, nous n'avons pas discriminé les situations en fonction du type de mesure judiciaire concerné (assistance éducative, délégation d'autorité parentale, déchéance d'autorité parentale, tutelle aux personnes, délaissement partiel ou total, pupille, enfant adopté), des motifs de placement, de l'âge des enfants ou encore en excluant les fratries. Dans ce cadre, nous avons uniquement inclus les enfants qui bénéficient d'une première mesure judiciaire d'éloignement et de protection en placement au sein d'une famille d'accueil. Nous avons fait le choix de ce critère d'inclusion afin de ne pas rencontrer les enfants en fonction des motifs de placement, mais d'étudier spécifiquement la problématique de placement familial en termes de relation interactive complexe au niveau multiple avec les professionnels.

Ainsi, les enfants ne devaient n'avoir jamais connu d'expériences de placement auparavant, que cela soit en établissement type Maison De l'Enfance (M.D.E.), Maison d'enfance à Caractère Social (M.E.C.S.) ou en famille d'accueil. Nous avons inclus tous les âges, dans la limite de la méthodologie de la recherche, soit de deux ans et demi jusqu'à dix-huit ans. Cette inclusion volontairement étendue de la variable « âge » nous permet une nouvelle fois de mieux apprécier les spécificités interrelationnelles exprimées entre les enfants et les professionnels, quel que soit l'âge des enfants. Nous avons choisi de les rencontrer trois mois après leur arrivée en accueil familial, en se référant au cadre institutionnel de la programmation de la synthèse initiale³⁹, qui a lieu trois mois après l'arrivée de chaque enfant placé en famille d'accueil ou en

³⁹ Pour les placements en famille d'accueil, les synthèses initiales sont des réunions interdisciplinaires, dans lesquelles sont réunis l'assistant familial de l'enfant, le référent de l'enfant, le cadre technique du territoire, le délégué Aide Sociale à l'Enfance du territoire, le psychologue du territoire et les partenaires associés (C.A.M.S.P., C.M.P., C.M.P.P., C.A.T.T.P., M.E.C.S., I.M.E., I.T.E.P., S.E.S.S.A.D., A.E.M.O.J., M.J.I.E., les travailleurs sociaux du secteur de l'insertion sociale et professionnelle, etc.). Elles ont pour objet de réaliser une première synthèse des évaluations sociales, éducatives, psychologiques, psychiatriques et administratives de la situation de

établissement. Nous avons fait le choix d'inclure les fratries, à condition que les deux parents de naissance soient les mêmes pour chaque enfant, et que les fratries soient placées en famille d'accueil, que cela soit au sein de la même famille d'accueil, ou dans une famille d'accueil différente. En effet, l'inclusion des fratries tout comme l'inclusion étendue du facteur « âge » pourraient apporter des éléments approfondis d'étude sur l'analyse de la problématique de placement familial et sur l'appréciation de la qualité des relations institutionnelles entre plusieurs enfants issus de la même famille de naissance, à l'égard d'un seul et même professionnel.

2.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure dans notre étude les mesures de placement judiciaire à domicile, celles-ci ne répondant pas à la problématique de placement familial et à notre thématique de recherche. Dans la même logique d'analyse, nous avons également exclu les mesures d'accueil provisoire qui sont des mesures contractualisées avec les parents de placement administratif. Notre étude s'appuyant sur une approche longitudinale, nous avons exclu les enfants qui seraient placés en famille d'accueil depuis plusieurs années, afin de voir sur une année de placement les effets des liens institutionnels sur le vécu de l'enfant confié, partant du principe général qu'un lien d'attachement pourrait se constituer au bout d'une période de neuf mois (Guédeney, 2011).

Nous avons exclu les enfants dont l'accueil familial aurait été rattaché au secteur d'intervention où nous pratiquons comme psychologue clinicien. Aussi, nous n'avons exclu les enfants qui auraient connu plusieurs expériences de placement afin de mieux répondre à notre thématique de recherche et notamment d'apprécier la relation que l'enfant a avec l'assistant familial qui l'accueille. Nous avons exclu les fratries de famille composée afin de nous centrer essentiellement sur l'histoire familiale de la famille de naissance de l'enfant. Enfin, nous avons exclu toutes les situations de placement hors A.S.E., c'est-à-dire tous les services d'accueil familial provenant des associations privées de placement⁴⁰ à but lucratif, afin de préserver une

l'enfant, ainsi que celle de la famille de naissance, en préparation aux futures échéances judiciaires. Leurs rythmes sont déterminés en fonction de l'âge des enfants et du type de mesure judiciaire concernée (durée de l'assistance éducative, délégation d'autorité parentale, enfant sous tutelle d'état, enfant pupille de la nation, etc.).

⁴⁰ Les services d'accueil familial ou S.A.F. provenant des associations privées, interviennent sous délégation de l'Aide Sociale à l'Enfance, leurs cadres réglementaires étant imposés par le Conseil Départemental. Dans certains départements, nous assistons à une recrudescence d'intervention de ces associations privées au profit d'un désengagement sensible des collectivités territoriales. Ayant beaucoup de disparités dans l'organisation de la

homogénéité dans l'analyse des pratiques interprofessionnelles entre l'assistant familial et le référent.

2.1.3 Caractéristiques socio-démographiques principales de la situation familiale et des motifs de placement

Sur les six familles de naissance, la moyenne d'âge des parents est de trente-sept ans et quatre mois. Deux couples vivent en concubinage, deux sont séparés, et deux pères sont de nouveau en concubinage après les décès de leurs anciennes compagnes et mère de naissance des enfants. Tous les parents ont l'exercice de leur autorité parentale. Sur les dix parents et les deux belles-mères, sept ont une activité professionnelle dont un en secteur protégé, cinq sont sans emploi.

Par rapport aux motifs de placement, il y a quatre situations de violences physiques répétées et avérées sur les enfants, ajoutées à des carences éducatives et négligences graves ; deux décès brutaux d'un des parents (une mère décédée à la suite d'un accident de la route brutale et une mère décédée à la suite d'une maladie grave et incurable en l'espace d'un an) avec un syndrome dépressif majeur chez l'un des pères sans possibilité de relai familial et des violences physiques chez l'autre père sur les trois enfants (une fratrie de trois) ; deux situations de carences éducatives et de négligences graves, compromettant la sécurité physique et psychologique des enfants.

2.1.4 Synthèse de la description de la population enfant

Afin d'appréhender au mieux la description de la population enfant, un tableau récapitulatif présente ses caractéristiques principales en fonction du nombre des sujets, des groupes, de l'âge des enfants accueillis, de l'inclusion des fratries, des lieux d'accueils et des référents ajoutés aux différents motifs de placement (tableau 4).

politique publique de protection de l'enfance entre les départements (ONPE, 2018), l'augmentation des mesures réalisées par ces acteurs accentuent les disparités à l'intérieur d'un même département, ces structures obéissant à leurs propres modalités de fonctionnement et d'organisation du travail.

Tableau 4 : Récapitulatif de la description de la population des enfants en fonction du nombre de sujet (S), des groupes (G), des âges, des fratries (F), de la famille d'accueil (FA), des référents (R) et des motifs de placement.

SUJETS	GROUPE (G)	AGE	FRATRIE (F)	FAMILLE D'ACCUEIL (FA)	REFERENTS (R)	MOTIFS DE PLACEMENT
S 1	G1	2,5		FA 1	R1	Carences éducatives et négligences graves
S 2		4	F1	FA 2	R2	Violences physiques avérées
S 3		4,5		FA 3	R3	Carences éducatives et négligences graves
S 4		5,5	F2	FA 4	R4	Violences physiques avérées
S 5		7	F1	FA 2	R2	Violences physiques avérées
S 6		9,5	F3	FA 5	R5	Décès mère, négligence grave et violence physique
S 7		12	F3	FA 5	R5	Décès mère, négligence grave et violence physique
S 8	G2	14,5	F2	FA 6	R4	Violences physiques avérées
S 9		15	F3	FA 7	R5	Décès mère, négligence grave et violence physique
S 10		15		FA 8	R6	Décès mère et syndrome dépressif père

2.2 Description du groupe des professionnels

Au sein du Conseil Départemental dans lequel la recherche a été effectuée, les assistants familiaux sont rattachés à la Cellule d'Accueil Familial (C.A.F.), service employeur qui a aussi la mission complexe de proposer des accompagnements de soutien professionnel par l'intervention de deux travailleurs sociaux pour les plus de deux cent quatre-vingt assistants familiaux présents sur le territoire, avec une psychologue clinicienne rattachée et une chef de service. Les référents des enfants sont quant à eux rattachés à la Direction des Affaires Médico-Sociales Territorialisées (D.A.M.S.T.), qui est une direction encore différente de celle de l'Aide Sociale à l'Enfance, qui elle, est centralisée. Ces trois services sont rattachés à la direction du Pôle Solidarités du Conseil Départemental. Même si tous ces professionnels interviennent dans un cadre de mission Aide Sociale à l'Enfance, le lien hiérarchique avec l'Aide Sociale à l'Enfance n'est plus direct, mais uniquement fonctionnel. Au total, nous avons réalisé pour l'ensemble des professionnels 81 entretiens cliniques de recherche dont 22 entretiens cliniques de présentation.

2.2.1 Description du groupe des assistants familiaux

Dans cette étude, nous avons rencontré dix assistants familiaux qui ont tous obtenus leurs agréments. Sept ont leurs diplômes d'états, et trois sont encore en fin de formation. Les assistants familiaux sont âgés de 43 à 60 ans. Notons que les assistants familiaux qui exercent au sein du département suivent une évolution démographique excédentaire au niveau du recrutement, avec plus de la moitié des assistants familiaux qui ont plus de 55 ans. L'analyse démographique met davantage en tension les possibilités de placement pour les enfants au sein de ce dispositif de protection (ONED, 2015), et avec parfois des séparations annoncées pour les enfants de bas-âge lorsqu'ils se retrouvent accueillis chez une assistante familiale âgée dans le cas d'un placement au long cours (de type D.A.P. ou délaissement total en statut de pupille sans adoption). La moyenne d'âge du groupe d'assistants familiaux est de 54 ans et 6 mois. Sur les dix professionnels, il y a huit femmes et deux hommes, les deux hommes étant devenus assistants familiaux plusieurs années après leurs épouses. Notons qu'initialement onze professionnels étaient inclus, mais une assistante familiale a abandonné après une première rencontre.

2.2.1.1 *Critères d'inclusion*

Nous avons inclus uniquement des assistants familiaux recrutés par le Conseil Départemental de la Côte d'Or, avec qui nous ne travaillons pas directement sur notre secteur d'intervention. Tous les assistants familiaux accueillent au minimum au sein de leur famille un enfant qui participe à cette recherche. Nous avons choisi d'introduire les couples lorsque les deux partenaires étaient assistants familiaux. En effet, lorsque les deux membres du couple sont tous deux agréés, la question de qui est le responsable d'accueil de l'enfant n'est pas la même que lorsqu'il y a qu'une personne dans le couple qui est assistant familial. Le couple s'organise en quelque sorte en double référence. La famille d'accueil fonctionnant avant tout comme une famille, il nous a semblé essentiel de prendre en considération cette réalité du fonctionnement familial dans l'étude du phénomène qui nous intéresse ici.

Aussi, nous avons inclus les fratries lorsqu'elles étaient accueillies au sein de la même famille d'accueil. Comme cela l'a été décrit du côté des enfants, cette inclusion permet d'observer du côté des professionnels, s'il existe des différences dans la relation psycho-affective et dans la relation d'attachement entre un même professionnel pour deux enfants

différents appartenant à la même fratrie au sein d'une même famille d'accueil. Nous n'avons pas situé non plus de limite d'expérience professionnelle pour mieux apprécier les effets de la pratique professionnelle à travers différents niveaux d'expériences, ces niveaux d'expériences étant susceptibles de venir aménager l'expression des mouvements de type contre-transférentiel (comme jeune professionnel en formation par rapport à un professionnel qui se retrouve en fin de formation).

2.2.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu toutes les familles d'accueils engagées par des organismes privés de protection de l'enfance, afin d'avoir un cadre institutionnel homogène d'organisation du travail qui nous permet de mieux apprécier l'analyse des pratiques interprofessionnelles entre les assistants familiaux et les référents. Nous avons aussi exclu les familles d'accueil avec lesquelles nous travaillons directement au quotidien sur le même territoire.

2.2.1.3 Caractéristiques socio-démographiques

Sur les dix assistants familiaux, quatre sont mariés, un couple s'est remarié, deux assistantes familiales sont divorcées et célibataires depuis, et une assistante familiale est veuve depuis un an. En dehors des enfants qu'ils accueillent, les assistants familiaux ont entre un et trois enfants pour une moyenne d'enfant par famille d'accueil de 2,2 enfants. Notons que sur l'échantillon, trois assistant familiaux ont adopté un enfant ou sont en cours d'adoption. L'expérience professionnelle en tant qu'assistant familial est de 10 ans et 5 mois, avec trois jeunes professionnelles qui ont entre un et cinq ans d'expériences, et cinq professionnels qui ont plus de quinze ans d'expérience. Tous les professionnels ont exercé une activité professionnelle sur une période plus ou moins longue avant de devenir assistant familial. Quatre étaient ouvriers et travaillaient à l'usine, deux étaient salariés, deux travaillaient en restauration collective, une dans une administration régaliennne d'état et une comme psychologue dans le milieu de la réinsertion professionnelle.

2.2.1.4 Synthèse de la description de la population des professionnels du groupe assistants familiaux

Afin d'appréhender au mieux la description de la population des professionnels du groupe des assistants familiaux, un tableau récapitulatif vous présente cette description en fonction du nombre d'assistants familiaux, du nombre de famille d'accueil, des différents enfants accueillis et des référents (tableau 5).

Tableau 5 : Récapitulatif de la description de la population des professionnels du groupe des assistants familiaux en fonction du nombre de sujets (AF), du nombre de familles d'accueil (FA), des enfants accueillis (S) et des référents (R)

ASSISTANTS FAMILIAUX (AF)	AF1	AF2	AF3	AF4	AF5	AF6	AF7	AF8	AF9	AF10
FAMILLES D'ACCUEIL (FA)	FA 1 (1)	FA 1 (2)	FA 2	FA 3	FA 4	FA 5	FA 6 (1)	FA 6 (2)	FA 7	FA 8
COUPLE (C)	C1	C1					C2	C2		
ENFANTS ACCUEILLIS (S)	S1	S1	S2 + S5	S3	S4	S6 + S7	S8	S8	S9	S10
REFERENTS (R)	R1	R1	R2	R3	R4	R5	R4	R4	R5	R6

2.2.2 Description du groupe des travailleurs médico-sociaux référents

Au 1^{er} janvier 2016 au sein du Conseil Départemental de la Côte d'Or, il y avait cinquante-huit référents répartis sur six agences différentes qui chapotent seize antennes territorialisées (les Accueils Solidarité Famille) sur l'ensemble du territoire. L'ensemble des professionnels sont des travailleurs médico-sociaux qui peuvent être issus de formation éducateur spécialisé ou assistant social. L'organisation des missions en protection de l'enfance est ici différenciée entre le secteur de la prévention d'Aide Educative à Domicile ou A.E.D. et le secteur de la protection des enfants admis, c'est-à-dire les enfants placés en famille d'accueil et établissement. Autrement dit, les professionnels qui interviennent dans le champ de la prévention réalisent des mesures administratives d'aide éducative à domicile en milieu ouvert, contractualisées avec les parents ou avec la famille. Comme nous l'avons vu, les professionnels intervenants en mission protection pour les enfants placés en famille d'accueil exercent des mesures qui sont aux minimas judiciaires pour la quasi-totalité.

Dans cette étude, nous avons rencontré sept travailleurs médico-sociaux référents des enfants admis en famille d'accueil. Six étaient de formation éducateur spécialisé et une était de formation assistante sociale. Les référents sont âgés de 31 à 64 ans. La moyenne d'âge du groupe est de 40 ans et 2 mois. Sur les sept professionnels, il y a un homme et six femmes. En dehors de notre secteur d'intervention qui recouvrent une agence chapotant cinq A.S.F. (Accueil Solidarité Famille), les professionnels rencontrés étaient rattachés au neuf A.S.F. affiliés aux cinq autres agences du département. Un professionnel a été rencontré seul, dans la mesure où les évaluations avaient déjà débuté. En effet, malgré un entretien de présentation avec l'enfant et avec l'assistante familiale pour un premier accord oral de principe de consentement à la participation de cette étude, l'assistante familiale refusa de participer à la recherche. Après ce refus, c'est l'adolescente qui décida à son tour de ne plus participer. Dans ce cadre, nous avons fait tout de même le choix de continuer les mesures avec la référente que nous avons déjà rencontré en parallèle et confirmer son intégration au dispositif de la recherche. De plus, une autre référente n'a pas eu la possibilité de réaliser les mesures au temps « T2 » (n'ayant pas répondu aux sollicitations).

2.2.2.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus uniquement les travailleurs médico-sociaux référents des enfants admis en famille d'accueil selon des mesures judiciaires de placement par délégation au conseil départemental. Tous les professionnels devaient avoir obtenus leurs concours de la fonction publique territoriale et être titulaire de la fonction publique. Nous avons inclus les professionnels qui pouvaient être référents des fratries de la même famille de naissance, si la fratrie a été placée en famille d'accueil au même moment que cela soit dans la même famille d'accueil ou dans une famille d'accueil différente. C'est le cas pour trois référents, dont une était référente de trois enfants accueillis dans deux familles d'accueil différente, une référente de deux enfants accueillis au sein de la même famille d'accueil et un référent de deux enfants accueillis au sein de deux familles d'accueil différente. Tous comme les assistants familiaux, nous n'avons pas situé non plus de limite d'expérience professionnelle pour mieux apprécier les effets de la pratique professionnelle à travers différents niveaux d'expériences.

2.2.2.2 *Critères d'exclusion*

Nous avons exclu les référents rattachés aux organismes privés de placement. Nous avons également exclu les référents non diplômés et non titulaires afin de garantir une continuité d'appréciation dans l'évolution longitudinale du parcours de l'enfant. Si un professionnel était référent d'une fratrie dans laquelle au moins un des enfants étaient placés en établissement ou au sein d'une famille d'accueil appartenant à une association privée, nous avons exclu de rencontrer les enfants ou les référents établissement ou de famille d'accueil de ces mêmes enfants.

2.2.2.3 *Caractéristiques socio-démographiques*

Sur les sept référents, cinq sont mariés, pacsé ou en concubinage avec des enfants, et deux sont célibataires sans enfant. Les référents qui ont des enfants ont entre un et quatre enfants, soit 1,4 enfants par couple. Contrairement aux assistants familiaux qui ont choisi de faire ce métier à la suite d'une reconversion professionnelle, tous les travailleurs sociaux ont travaillé en tant qu'éducateur ou assistante sociale depuis la sortie de leur formation initiale diplômante. L'expérience professionnelle en tant que référent d'enfant placé en famille d'accueil est de neuf ans et six mois, avec trois professionnelles qui ont entre quatre et sept ans d'ancienneté et deux professionnels qui ont plus de dix-sept ans d'expériences en placement familial.

2.2.2.4 Synthèse de la description de la population des professionnels du groupe des référents

Afin d'appréhender au mieux les caractéristiques générales de la population des professionnels du groupe des référents, un tableau récapitulatif vous présente cette description en fonction des enfants dont les professionnels sont référents avec les familles d'accueils qui accueillent ces mêmes enfants (tableau 6).

Tableau 6 : Récapitulatif de la description de la population des professionnels du groupe des référents en fonction du nombre de sujets (R), du nombre d'enfants (S) et des familles d'accueil (FA).

REFERENTS (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
ENFANTS (S)	S1	S2 + S5	S3	S4 + S8	S6 + S7 + S9	S10	Rétractation
FAMILLES D'ACCUEIL (FA)	FA 1	FA 2	FA 3	FA 4 + FA 6	FA 5 + FA 7	FA 8	Rétractation

3. DISPOSITIF DE LA RECHERCHE

Nous présentons dans cette partie le dispositif méthodologique de notre étude longitudinale et mixte (à la fois qualitatif et quantitatif). Les variables que nous utilisons sont étudiés à travers deux temps de mesure : l'arrivée en famille d'accueil (« T1 ») et un an après (« T2 »). Cette perspective de mesure longitudinale nous donne la possibilité d'apprécier l'évolution des fonctionnements psychologiques des enfants et des professionnels qui les entourent à travers l'étude de leur relation (au niveau de l'attachement et au niveau de la dynamique relationnelle sur l'analyse des mouvements de type transféro-contre-transférentiel). Cette partie aborde les deux principaux points du dispositif : l'identification des variables et la présentation du protocole de recherche.

3.1 Identification des variables

3.1.1 Les variables indépendantes

3.1.1.1 *Première variable : le type de population (P)*

- Cette variable comporte deux modalités :
 - Les enfants placés en famille d'accueil (P1)
 - Les professionnels qui accueillent en famille d'accueil ou sont référents de ces mêmes enfants (P2)

Cette variable a été choisie pour étudier le fonctionnement psychologique de chaque population à la fois au niveau de l'attachement (attachement interpersonnel en termes de style d'attachement et de stratégies d'attachement, représentation d'expérience d'attachement, construction du narratif de l'expérience d'attachement) et au niveau de la relation transféro-contre-transférentielle (entretiens cliniques semi-structurés sur le transfert et le contre-transfert et épreuve projective du dessin).

3.1.1.2 *Deuxième variable : l'âge des enfants placés en famille d'accueil (A)*

- Cette variable comprend deux modalités en fonction de l'âge des enfants accueillis en famille d'accueil :
 - « Groupe 1 – enfant » : les enfants âgés de 2,5 ans à 12 ans (A1).
 - « Groupe 2 – enfant » : les enfants âgés de 14,5 ans à 15 ans (A2).

Cette variable a été identifiée pour répondre aux contraintes de l'évaluation méthodologique de l'attachement et de la dynamique transféro-contre-transférentielle en fonction de l'âge des enfants. En effet, les variables mesurées au sein du « groupe 1 enfant » au niveau de l'attachement (représentation d'expérience d'attachement) et de la dynamique transférentielle (épreuves projectives du dessin et version simplifiée de l'entretien sur le transfert pour les enfants à partir de sept ans) ne sont pas les mêmes que celles utilisées pour le « groupe 2 enfant » au niveau de l'attachement (attachement interpersonnel en termes de style d'attachement et de stratégies d'attachement, représentation d'expérience d'attachement) et de la dynamique transférentielle (entretien semi-structuré sur le transfert).

3.1.1.3 Troisième variable : **le type de métiers des professionnels (M)**

- Cette variable comprend deux modalités en fonction du type de métier des professionnels :
 - « Groupe 1 – professionnel » : les assistants familiaux (M1)
 - « Groupe 2 – professionnel » : les travailleurs médico-sociaux référents (M2)

Cette variable a été étudiée pour différencier les deux types de profession entre les assistants familiaux et les travailleurs médico-sociaux référents des enfants. La délimitation de cette variable sur la modalité des métiers des professionnels permet d'apprécier les différences relationnelles susceptibles d'être appréciées entre un enfant et deux professionnels différents. Ils permettront de comparer les résultats entre les enfants et les professionnels que cela soit en termes d'attachement (attachement interpersonnel en termes de style d'attachement et de stratégies d'attachement, représentation d'expérience d'attachement) que d'étudier les différences de mouvements contre-transférentiel possibles entre chaque professionnel exprimés pour le même enfant. Aussi, cette variable permet d'introduire un cadre d'analyse des pratiques interprofessionnelles entre les assistants familiaux et les référents que constitue une partie de la dimension recherche-action de cette étude par la formulation de propositions concrètes à l'institution.

3.1.1.4 Quatrième variable : **le moment du placement (T)**

- Cette variable comporte deux modalités en fonction du moment du placement :
 - Rencontre des deux types de populations (enfants et professionnels) **dans les trois** mois après l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (« T1 »)
 - Rencontre des deux types de populations (enfants et professionnels) **un an** après l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (« T2 »)

Cette variable permet d'apprécier l'évolution de l'attachement et de la dynamique de la relation de type transféro-contre-transférentiel pour le groupe enfant et le groupe professionnel entre l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (« T1 ») et un an après (« T2 »). Elle permettra ainsi d'investiguer les phénomènes de sécurité de l'attachement du côté de l'enfant et d'appréhender la qualité des relations institutionnelles entre l'enfant et les professionnels d'un point de vue psychodynamique.

3.1.1.5 Cinquième variable : présence ou absence d'expression de sécurité d'attachement chez le groupe enfant au moment du placement

- Cette variable présente deux modalités en fonction du type d'attachement exprimé au moment du placement (« T1 ») :
 - Expression de sécurité d'attachement
 - Expression d'insécurité d'attachement (qu'il soit détaché, préoccupé ou désorganisé)

Cette variable a été choisie afin de vérifier que l'attachement exprimé par les enfants au moment du placement est bien de type insécure et non sécure. Cette variable constitue ainsi la base de référence à l'analyse longitudinale de l'attachement sur l'année de placement qui suit ce premier temps de mesure.

3.1.1.6 Sixième variable : présence ou absence d'expression de sécurité d'attachement chez le groupe professionnel au moment du placement

- Cette variable présente deux modalités en fonction du type d'attachement exprimé au moment du placement (« T1 ») :
 - Expression de sécurité d'attachement
 - Expression d'insécurité d'attachement (qu'il soit détaché, préoccupé ou désorganisé)

Cette variable a été identifiée afin de vérifier que l'attachement exprimé par les professionnels au moment du placement de l'enfant est bien de type sécure et non insécure. Dans ce cadre, précisons que nous n'avons pas réalisé de mesure de l'attachement pour le groupe des professionnels au temps « T2 », partant du principe que l'attachement adulte serait plus stable que celui des enfants sur une période si courte (Miljkovitch, 2001 ; Pierrehumbert & al., 1999). Tous comme les enfants, cette mesure constitue une valeur de base de référence à l'analyse longitudinale de la relation sur l'année de placement qui suit ce premier temps de mesure.

3.1.2 Les variables dépendantes

3.1.2.1 *Première variable : les relations d'attachement interpersonnel par les styles d'attachement (SA)*

Les styles d'attachement interpersonnel s'inscrivent plutôt dans le courant psychosocial de l'attachement. Ils s'expriment par rapport aux expériences relationnelles d'attachement actuel en termes de pensées et d'attitudes pour la personne.

- Cette variable est composée de quatre modalités :
 - Style d'attachement sécure-autonome
 - Style d'attachement insécure détaché ou démissionnaire
 - Style d'attachement insécure préoccupé
 - Style d'attachement insécure craintif

3.1.2.2 *Deuxième variable : les relations d'attachement interpersonnel par les stratégies d'attachement (STA)*

Les stratégies d'attachement se rattache à la perspective psycho-sociale de l'attachement. Elles s'expriment au sein des relations interpersonnelles en prenant en compte les modalités relationnelles d'attachement familiales et leurs processus d'expression en fonction de trois temporalités différentes (passé, présente et futur).

- Cette variable comporte quatre modalités :
 - Stratégie d'attachement sécure-autonome
 - Stratégie d'attachement insécure préoccupée
 - Stratégie d'attachement insécure détachée
 - Stratégie d'attachement insécure désorganisée (si les deux niveaux d'expression des stratégies d'attachement insécure préoccupée et détachée sont significativement mobilisées sur le plan de l'analyse quantitative et qualitative ou si on note une

désorganisation générale avec des hauts niveaux de sécurité couplés à des niveaux majorés d'insécurité, le tout apprécié en fonction des expériences traumatiques vécues et des problématiques affectives non résolues).

3.1.2.3 Troisième variable : les représentations d'expériences d'attachement (RA)

Les représentations d'expériences d'attachement s'inscrivent au sein d'une vision développementale de l'attachement. Ces représentations d'attachement se construisent sur l'analyse du discours de la personne en fonction de la dynamique de son travail de narration du présent vis-à-vis de ses expériences passées d'attachement.

- Cette variable contient quatre modalités :
 - Représentation d'attachement sécuritaire-autonome
 - Représentation d'attachement insécure préoccupée
 - Représentation d'attachement insécure détachée
 - Représentation d'attachement insécure désorganisées non-résolue (si les deux niveaux d'expression des stratégies d'attachement insécure préoccupée et détachée sont significativement mobilisées sur le plan de l'analyse quantitative et qualitative ou s'il est noté une désorganisation générale avec des hauts niveaux de facteurs de discours sécurisés couplés à des niveaux majorés d'insécurité, le tout apprécié en fonction des expériences traumatiques vécues et des problématiques affectives non résolues).

3.1.2.4 Quatrième variable : les représentations narratives d'expériences d'attachement chez l'enfant (NA)

Les représentations narratives d'expériences d'attachement chez l'enfant s'expriment au sein d'une vision développementale de l'attachement. La construction de ces narratifs d'attachement se construisent sur l'analyse de la narration du discours verbal et scénique de l'enfant à travers six histoires qui sollicitent fortement les expériences d'attachement.

- Cette variable comprend quatre modalités :
 - Le narratif d'attachement sécure-autonome
 - Le narratif d'attachement insécure-désactivé (soit de type détaché)
 - Le narratif d'attachement insécure-hyperactivé (soit de type préoccupé)
 - Le narratif d'attachement insécure désorganisé

3.1.2.5 Cinquième variable : les épreuves projectives du dessin pour les enfants (D)

Les épreuves projectives du dessin s'inspirent du test de dessin libre (Vinay, 2007) et du test de dessin de famille (Corman, 1961). Sur le plan clinique, ils apprécient qualitativement l'expression de la problématique familiale du moment de l'enfant et visent à appréhender les mouvements de type transférentiel de l'enfant envers les professionnels en introduisant deux personnages nouveaux au sein de la scène projective : l'assistant familial et le référent.

- Cette variable comprend deux modalités :
 - L'expression de mouvement de type transférentiel envers un professionnel donné
 - L'absence d'expression de mouvement de type transférentiel envers un professionnel donné

3.1.2.6 Sixième variable : l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert pour les enfants (ECT)

L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert pour les enfants est inspiré de deux auto-questionnaires sur l'étude de la relation thérapeutique, du caregiving et du contre-transfert (Westen, & Chang, 2000 ; Betan & al., 2005 ; George & Salomon, 2011). Sur le plan clinique, ils visent à appréhender qualitativement les mouvements de type transférentiel que l'enfant pourrait exprimer à l'égard des professionnels.

- Cette variable comprend deux modalités :
 - L'expression de mouvement de type transférentiel envers un professionnel donné
 - L'absence d'expression de mouvement de type transférentiel envers un professionnel donné

3.1.2.7 Septième variable : l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert pour les professionnels (ECCT)

L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert pour les professionnels est inspiré de deux auto-questionnaires sur l'étude de la relation thérapeutique, du contre-transfert et de l'entretien sur le caregiving (Westen, & Chang, 2000 ; Betan & al., 2005 ; George & Salomon, 2011). Sur le plan clinique, ils visent à appréhender qualitativement les mouvements de type contre-transférentiel que les professionnels (assistants familiaux et référents) pourraient manifester à l'égard de l'enfant qu'ils accueillent ou sont référents.

- Cette variable comprend deux modalités :
 - L'expression de mouvement de type contre-transférentiel envers l'enfant
 - L'absence d'expression de mouvement de type contre-transférentiel envers l'enfant

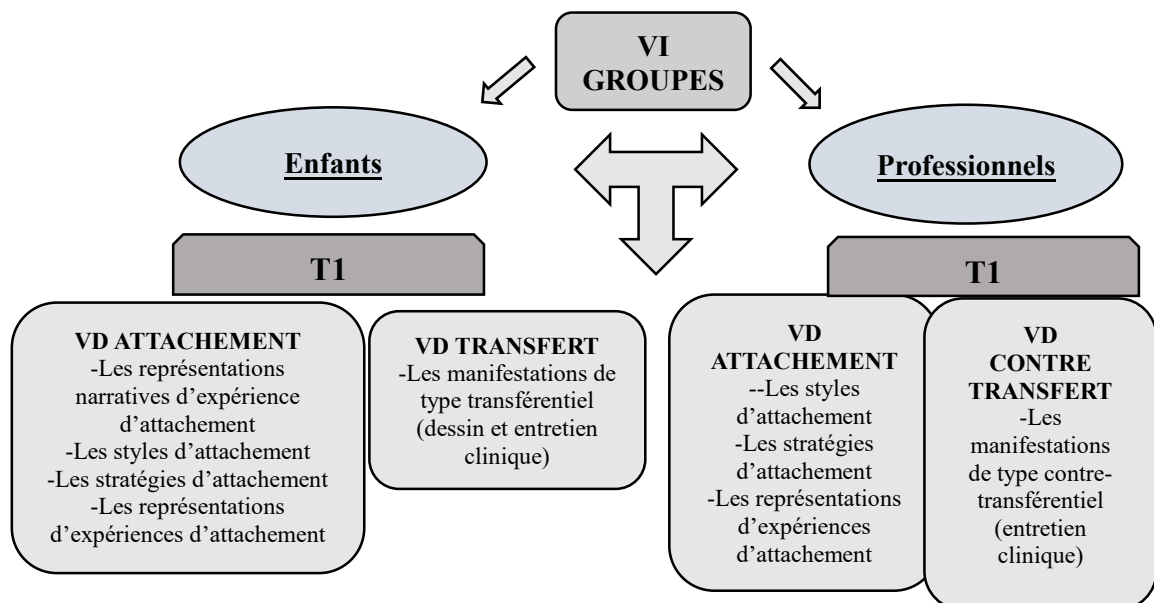
3.1.3 Protocole de la recherche

Le protocole de la recherche a pour objectif d'appréhender le vécu psychologique de l'enfant placé en famille d'accueil sur un an du point de vue de l'attachement et du point de vue psychodynamique, au regard de son histoire familiale et des relations institutionnelles qu'il est susceptible de construire avec les professionnels qui l'entourent au quotidien. Ce protocole se construit autour de deux axes principaux.

3.1.3.1 *L'axe 1 : Le vécu de l'enfant venant d'être placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels*

Le premier axe consiste à réaliser une appréciation du modèle d'attachement de l'enfant et l'expression de mouvements de type transférentiel qu'il exprimerait à l'égard des professionnels (assistants familiaux et référents) avec l'appréhension du modèle d'attachement des professionnels et l'expression de leurs mouvements de type contre-transférentiel que ces derniers manifesteraient vis-à-vis de l'enfant (figure 1). Ainsi, cet axe vise à étudier en début de placement (« T1 ») les liens possibles existants entre les « VI Population » (le groupe des enfants avec le groupe des professionnels) avec les VD qui mesurent l'attachement (SA : les styles d'attachement ; STA : les stratégies d'attachement ; RA : les représentations narratives d'expériences d'attachement pour les adolescents et les adultes ; NA ; les représentations narratives d'expériences d'attachement chez les enfants) ajoutés aux VD qui étudient la relation transféro-contre-transférentielle entre les groupes (D : l'épreuve projective du dessin pour les enfants ; ECT : les entretiens cliniques de recherche semi-structuré sur le transfert pour les enfants ; l'ECCT : les entretiens cliniques de recherche semi-structuré sur le contre-transfert pour les professionnels).

Figure 1 : *Représentation schématique de l'axe 1 au temps T1 sur l'appréhension du vécu de l'enfant venant d'être placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels.*

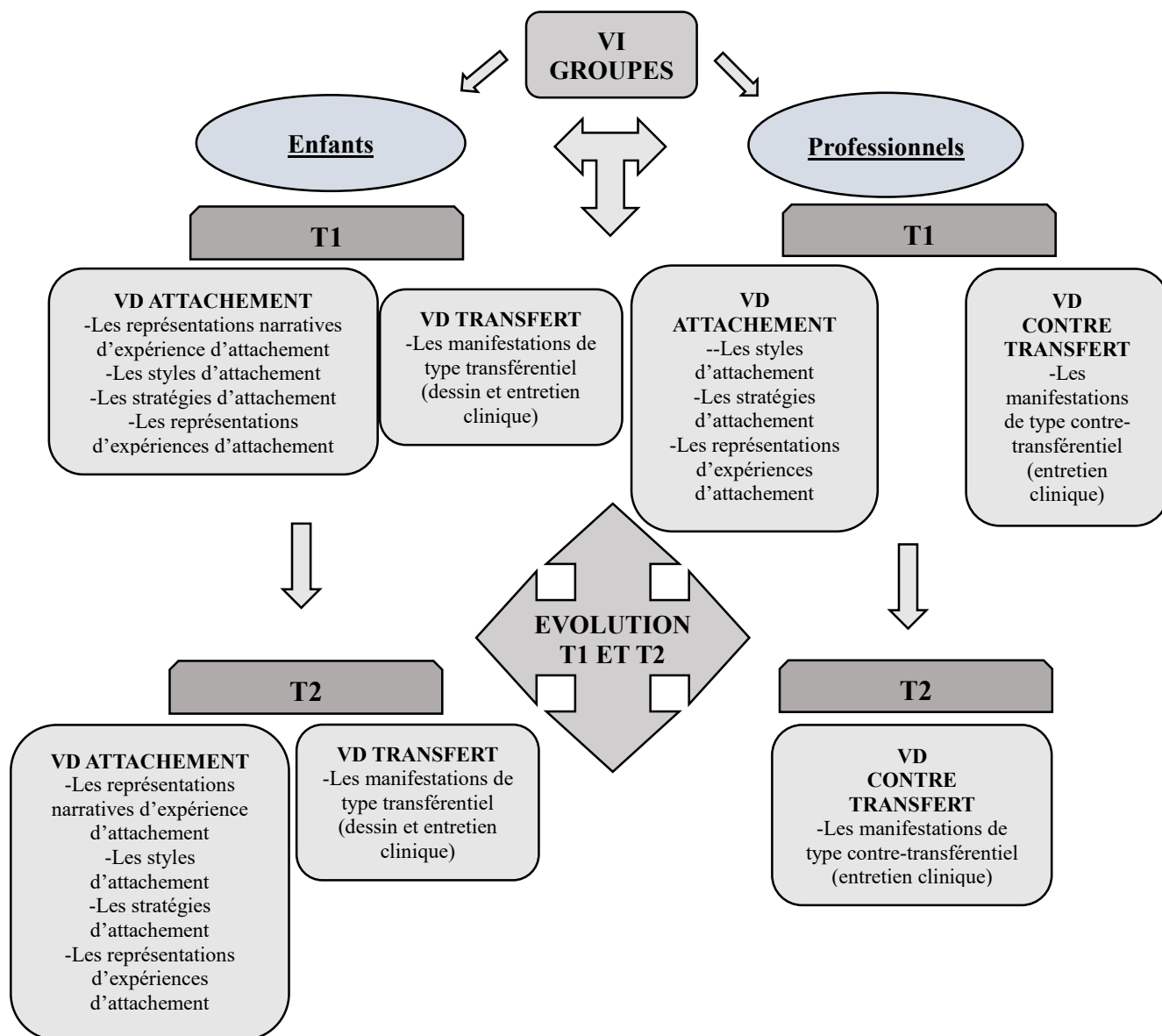


3.1.3.2 L'axe 2 : Le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement

Après un an de placement en famille d'accueil, le deuxième axe étudie la question de l'évolution de la relation au niveau de l'attachement et au niveau de la dynamique de type transféro-contre-transférentielle entre l'enfant et les professionnels (figure 2). Il analyse l'évolution des variables dépendantes au niveau de l'attachement chez les enfants (SA : les styles d'attachement ; STA : les stratégies d'attachement ; RA : les représentations narratives d'expériences d'attachement pour les adolescents ; NA ; les représentations narratives d'expériences d'attachement chez les enfants) et les variables dépendantes sur la dynamique transféro-contre-transférentielle (D : l'épreuve projective du dessin pour les enfants ; ECT : les entretiens cliniques de recherche semi-structuré sur le transfert pour les enfants ; l'ECCT : les entretiens cliniques de recherche semi-structuré sur le contre-transfert pour les professionnels) entre le début du placement (« T1 ») et après un an de placement en famille d'accueil (« T2 »).

Il vise à préciser si nous pouvons considérer que l'enfant développe une relation d'attachement alternative avec les professionnels. Il a aussi pour objectif d'apprécier l'évolution de la dynamique transféro-contre-transférentielle. Au sein d'une approche complémentariste, il analysera les rapports entre l'évolution de l'expression de l'attachement et l'évolution de la dynamique transféro-contre-transférentielle de chacun des protagonistes, ce qui permettra de préciser la dynamique relationnelle interactive du lien institutionnel entre l'enfant et les professionnels à des niveaux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques.

Figure 2 : Représentation schématique de l'axe 2 appréhendant le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement.



4. PRESENTATION DES OUTILS DE LA RECHERCHE

4.1 L'entretien clinique de recherche

4.1.1 Présentation de l'entretien clinique

4.1.1.1 Description générale de l'entretien clinique

L'entretien clinique appartient à la méthodologie spécifique de la psychologie clinique (Pédinielli & Bénony, 2001). Il s'inscrit au sein de la méthode clinique pour les psychologues cliniciens et possède un objet d'étude qui lui est propre : l'être humain.

Au sein de cette méthode, nous retrouvons la clinique dite à « main nues » (l'entretien clinique) et la clinique « armée » ou « instrumentale » (les instruments de mesure type tests, épreuves, échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation) (Pédinielli & Bénony, 2001 ; Bénony & Chahraoui, 2003). L'entretien clinique possède un objet spécifique à la psychologie clinique en se fondant sur l'appréhension de l'homme en situation, dans sa totalité inachevée, en évolution permanente au sein de sa singularité (Lagache, 1949 ; Pédinielli & Bénony, 2001). Ici, l'être humain est considéré en dehors de toute déviation objectiviste (Kristeva, 2000) et s'inscrit comme un être unique et total.

Dans ce cadre, l'homme ne peut être réifié à une de ses particularités comme peuvent s'engager « la biologie, la sociologie, la psychologie cognitive et sociale » (Reynaud, 2011, 181). La démarche de la méthode clinique étant profondément fondée sur le sensible et le doute (Dejours & Gernet, 2012), l'homme reste nécessairement insaisissable, faillible et appréhendé dans son incomplétude (Lagache, 1949 ; Kristeva, 1993, 1997, 2000, 2005 ; Ricœur, 2008). Dans ce cadre, l'entretien clinique se concentre particulièrement sur l'intersubjectivité de la rencontre clinique (Kim & Derivois, 2012) à travers le vécu subjectif de la personne et sur la question du sens psychique que le patient apporte, relatif aux situations diverses qu'il rencontre et qu'il éprouve (Bénony & Chahraoui, 1999 ; Fernandez & Pédinielli, 2007).

L'entretien clinique comporte trois visées : thérapeutique (d'aide, de soutien, d'accompagnement thérapeutique ou de psychothérapies structurées), d'évaluation psychologique et la formulation d'hypothèses diagnostics, et la recherche clinique (Bénony & Chahraoui, 1999). L'utilisation de l'entretien clinique dans une perspective de recherche se

précise avec la distinction qu'opère Kim & Derivois (2012) en contexte interculturel entre un entretien clinique dans sa dimension strictement thérapeutique avec un entretien clinique de recherche dans ses dimensions intrapsychique (par la réorganisation de la conception du Moi), intersubjective (par les processus de co-pensée réflexive), projective (par la relation entre le chercheur clinicien et son objet de recherche) et groupale (par l'analyse du transfert et contre-transfert institutionnel et groupal).

4.1.1.2 L'entretien clinique avec l'enfant

L'entretien clinique de recherche avec l'enfant possède un certain nombre de spécificités par rapport à l'adulte. Tout d'abord, il prend en considération la dynamique de l'évolution développementale de l'enfant ainsi que son niveau de plasticité psychique (Chouvier & Attigui, 2012). Il ne sera évidemment pas du même type en fonction de l'âge de l'enfant, qu'il soit de la petite enfance (nourrisson, bébé) de la moyenne enfance ou de la période de latence (Brun & Chouvier, 2010). Du fait que le matériel verbal langagier n'est pas le mode d'échange prioritaire chez l'enfant, l'entretien clinique se réalise par l'introduction d'objets tiers médiateurs à la rencontre clinique, que cela soit les jeux comme ceux de familles imaginaires avec des figurines à représentations animales ou humaines, les jeux de rôles, les psychodrames, les dessins, la pâte à modeler et parfois la communication directe par la parole. Ce qui est vrai pour l'adulte, l'est d'autant plus dans l'entretien clinique avec l'enfant : il s'inscrit dans la considération éthique de l'être humain appréhendé comme particulièrement sensible, en construction permanente, au sein d'une totalité inachevée et unique, en dehors de toute analyse adulto-morphiste.

En plus de traverser les traumatismes structuraux et développementaux inhérents aux évolutions universelles de la conflictualité libidinale et infantile propre à la psyché, l'enfant est un être humain particulièrement vulnérable aux contraintes et menaces de l'environnement, n'ayant pas les ressources et défenses mobilisables nécessaires pour faire face aux éventuels dangers. Dans ce sens, plus l'enfant est jeune, plus il sera dépendant de l'adulte et donc sensible aux facteurs de risques présents dans son environnement. Par exemple, les situations d'exposition directe ou indirecte aux traumatismes psychiques, aux dysparentalités et pathologies interactives peuvent avoir des conséquences potentiellement très graves sur son développement somato-psychique, psychosomatique et psychologique global, comme nous l'avons précisé tout au long de la revue de littérature (Clément, 1993 ; Diatkine & Lebovici & Soulé 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Roussillon, 2014 ; Salmona, 2018).

Dans ce sens, l'entretien clinique avec l'enfant se concentre sur la compréhension de l'enfant qui souffre, comme un cas individuel unique. Pour les enfants rencontrés dans le cadre de cette recherche, des entretiens de type semi-directif ont été réalisés, en utilisant les dessins comme support principal à la médiation, la parole n'ayant qu'une valeur principalement fonctionnelle et pragmatique. Il est effectivement difficile pour un enfant de parler de soi, sur ce qu'il pourrait ressentir et éprouver. Cette difficulté pour aborder par des mots des représentations est d'autant plus accentuée si l'enfant a vécu des événements difficiles par le passé. Les significations pourront se faire indirectement par les expressions graphiques projectives du dessin ou les manifestations ludiques diverses en respectant les processus de la temporalité psychique des enfants, qui sont différents de ceux des adultes (Klein, 1932, 1968 ; Chouvier & Attigui, 2012 ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d ; Roussillon, 2014).

4.1.1.3 L'entretien clinique avec l'adolescent

L'entretien clinique avec l'adolescent dans un cadre de recherche est davantage soumis aux enjeux de l'entre-deux de la rencontre clinique (Chouvier & Attigui, 2012), générant à la fois l'instabilité et l'incertitude. Plus que dans un entretien à visée essentiellement thérapeutique, les premiers entretiens cliniques avec l'adolescent dans un cadre de recherche s'avèrent déterminant pour la suite des rencontres. La surprise, la confiance et la créativité sont des aspects incontournables dans la rencontre clinique avec l'adolescent. Le cadre de l'entretien s'impose comme étant dynamique, accueillant, ouvert et souple. L'authenticité est primordiale dans la relation, et ce d'autant plus que la dynamique transféro-contre-transférentielle est parfois massivement exprimée sur des extrémités alternant l'amour et la haine. La rencontre intersubjective s'opère nécessairement sur l'authenticité de la rencontre et de la relation, comme une dynamique psychique réelle et naturelle (Brun & Chouvier, 2010). D'apparence semblable aux entretiens avec les adultes, l'adolescent reste néanmoins dépendant de ses parents, qui ont pu donner leurs autorisations consenties orales et écrites pour la participation à cette recherche. Le contexte de la protection de l'enfance, du fait des situations de séparations familiales, majore les enjeux intersubjectifs et éthiques rencontrés au sein de l'entretien clinique avec les adolescents. C'est dans ce cadre que le format de l'entretien clinique de recherche semi-structuré a donc été privilégié pour les adolescents du groupe 2 dans l'appréhension des mouvements de type transférentiel.

4.1.1.4 Présentation de l'entretien clinique de recherche semi-structuré

Il existe trois formes d'entretien clinique : libre (ou non directif), structuré (ou directif) et semi-structuré (ou semi-directif) (Pédinielli & Bénony, 2001 ; Bénony & Chahraoui, 2003). L'entretien structuré s'organise selon des questions précises préparées au préalable par le clinicien, selon une méthodologie proche du questionnaire. L'entretien libre se déploie essentiellement autour de reformulation ou d'interprétation sans qu'aucune question ne soit posée par le clinicien, la personne associant librement sur son vécu actuel et sur tout ce qui peut être porteur de sens quant aux problèmes qui l'assaillent. L'entretien semi-structuré laisse une part significative à la narrativité et à l'associativité de la personne, les questions ou les thèmes préparés en amont ne sont pas soumis à un ordre spécifique ou hiérarchisé mais s'engagent sur proposition du clinicien dans l'objectif de recueillir les contenus nécessaires à la réalisation de la recherche.

Le guide d'entretien est ainsi réalisé au préalable avec des thèmes ou des questions que le clinicien chercheur détermine comme pertinent à l'étude du phénomène psychique étudié. En général, les thèmes sont amenés au moment adéquat, comme par exemple à la fin des processus associatifs de la personne (Bénony & Chahraoui, 2003). L'intervention du clinicien se présente comme un fil conducteur et organisateur des thématiques à aborder par le sujet, et s'efface dès que la question est posée afin de laisser la personne associer. Le clinicien chercheur reste garant du cadre du discours, tout en étant vigilant à adopter une attitude non-directive sans interrompre le sujet et le laisser associer librement sur le thème abordé. Dans cette recherche, nous avons choisi pour les adolescents et les adultes professionnels, des entretiens cliniques de recherche semi-directif pour appréhender les mouvements de type transféro-contre-transférentiel.

4.1.2 L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert avec les adolescents

L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert a été utilisé pour les adolescents du groupe 2 (cf. annexes 7 et 8). La construction des thématiques abordées au sein du guide d'entretien initial a été réalisé dans le cadre d'une étude effectuée en master 2 de recherche en psychologie clinique et psychopathologie, préparatoire à ce travail de recherche doctorale (Mayaux & Viodé & Derivois, 2018). Il s'appuie sur les spécificités de la population clinique des enfants et des adolescents rencontrés en contexte de placement familial en

protection de l'enfance. Il s'inspire également d'un certain nombre d'items repérés par l'auto-questionnaire sur le contre-transfert de Betan et collaborateurs (Betan & *al.*, 2005), sur l'auto-questionnaire appréhendant la relation thérapeutique de Westen et Chang (2000) ainsi que sur le questionnaire abordant le caregiving (George & Salomon, 2011). Les thèmes abordés sont adaptés en fonction de chaque situation individuelle et n'ont évidemment pas été tous évoqués de manière exhaustive. Les entretiens étaient séparés et se sont réalisés sur des temps différents entre les thèmes abordés sur la relation de l'adolescent avec l'assistante familiale, et sur la relation de l'adolescent avec le référent, afin de diminuer un certain effet de redondance qui pourrait amoindrir la qualité clinique des entretiens.

Même si les professionnels n'ont pas le même impact dans la vie de l'adolescent au quotidien, les thèmes sélectionnés sont semblables. Dans un premier temps, il est demandé à l'adolescent de présenter sa situation personnelle et familiale : son âge, sa classe, ce qu'il aime faire à l'école, ce qu'il aime moins faire à l'école, ce qu'il aime faire comme loisirs (sports, musiques, jeux-vidéos, films) en dehors de l'école, s'il a des frères et sœurs, leurs âges, où est-ce qu'ils habitent (famille de naissance ou famille d'accueil), ce qu'ils font dans la vie et s'ils sont majeurs. Ensuite, il est demandé au sujet de décrire dans quelle circonstance il est arrivé en famille d'accueil, et les souvenirs associés à la première rencontre avec l'assistant familial (ou le référent). Après, des questions portent sur ce qu'il aime faire en famille d'accueil (ou avec le référent) et ce qu'il aime moins faire. Ensuite, il est demandé au sujet de définir selon ses propres mots, en quoi consiste le travail de l'assistant familial (ou du référent). Après, des thèmes portent sur les moments principaux où l'adolescent est avec l'assistant familial (ou le référent), ce qu'il préfère faire avec, ou moins faire avec. De plus, il est demandé au sujet l'évocation d'un souvenir agréable partagé avec la famille d'accueil (ou le référent), et un souvenir désagréable.

Ensuite, des questions portent sur des activités oniriques éventuels de l'adolescent (rêve ou cauchemar), puis s'il a déjà ressenti de la colère par rapport à l'assistant familial (ou le référent). De plus, des questions renvoient sur ce que peut faire l'adolescent lorsqu'il est inquiet, préoccupé, pour ensuite décrire les attitudes de l'assistant familial (ou le référent) lorsqu'il peut éprouver ces sentiments d'inquiétude. Après, des questions portent sur des événements particuliers, c'est à dire s'il est déjà arrivé que l'assistant familial (ou le référent) soit dans une impossibilité de l'aider, pour aller vers l'énonciation de trois mots qui pourraient décrire la relation qu'il a avec le professionnel concerné. De plus, le sujet aborde quelle personne de sa

famille de naissance pourrait représenter le professionnel en question, pour ensuite évoquer ce que pourrait lui apporter ce professionnel. Enfin, l'adolescent est invité à s'exprimer sur son ressenti par rapport à son devenir dans dix ans, et notamment de formuler trois « vœux » s'il était doté de « supers pouvoirs magiques », dans l'objectif de proposer une ouverture constructive sur l'ici et maintenant et d'apprécier ses représentations quant à son devenir. L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert de l'adolescent a été utilisé au moment « T1 » et au moment « T2 » de la recherche.

4.1.3 Justification de l'entretien clinique de recherche sur le transfert avec les adolescents

Nous utilisons l'entretien clinique de recherche semi-structuré pour aborder l'analyse des mouvements de type transféro-contre-transférentiel entre les adolescents et les professionnels. La dimension qualitative de cette forme d'entretien clinique apporte une analyse complémentaire aux limitations méthodologiques inhérentes au dispositif de la recherche dans sa dimension quantitative. En cela, l'entretien clinique permet d'approfondir l'analyse clinique en développant notamment des questions qui ne pourraient être abordées par la méthodologie de recherche dans ses dimensions quantitatives (Reynaud, 2011), et particulièrement ici en termes d'appréhension transférentielle de l'adolescent au sein de ces relations institutionnelles avec les professionnels. L'entretien ouvre ainsi des perspectives fondamentales sur le phénomène psychologique étudié. Il met en avant la dimension clinique et humaine des hypothèses de recherche plus standardisée, ouvrant ainsi d'autres champs d'investigation à la thématique initiale de recherche (Reynaud, 2011). Du point de vue de l'intersubjectivité, l'entretien clinique de recherche semi-structuré apporte un niveau de compréhension indispensable sur le sens des événements psychologiques observés. Il se fonde sur une démarche d'éthique dans l'appréhension du sujet en souffrance, en le réinscrivant dans sa globalité, sa complexité et sa singularité (Bénony & Chahraoui, 1999 ; Chahraoui & Bénony, 2003 ; Reynaud, 2011).

Au-delà de cet apport qualitatif, l'entretien clinique de recherche semi-structuré avec les adolescents nous permet d'apporter une analyse clinique approfondie essentielle sur la dynamique relationnelle interactive qui nous intéresse ici entre les adolescents placés en famille d'accueil avec différents professionnels (assistants familiaux et référents). Il permet d'apporter des éléments cliniques sur la situation intersubjective étudiée en termes d'investissement transférentiel au regard de la problématique familiale de placement des adolescents. L'entretien

clinique de recherche semi-structuré sur le transfert avec les adolescents a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 2 « enfants », soit pour tous les enfants âgés de 14,5 ans au minimum afin d'apprécier l'évolution de leur dynamique transférentielle et d'observer son évolution d'expression.

Couplé aux mesures des représentations d'attachement (Edicode), des styles (RQ), aux processus et stratégies d'attachement (Ca-mir) pour les enfants de ce groupe avec la construction des représentations des narratifs d'attachement (CCH) et des projectifs des dessins pour les enfants les plus jeunes du groupe 1, il a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques rencontrées sur la complexité de l'appréciation de l'étude de la dynamique relationnelle entre les adolescents et les professionnels. L'utilisation d'outils variés fondés sur une analyse complémentariste en faisant appel à différents modèles de compréhension psychologique sur l'étude des relations institutionnelles à des niveaux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques, nous apparaît indispensable pour appréhender au mieux la complexité du phénomène étudié.

4.1.4 L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert avec les adultes professionnels

L'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert a été utilisé pour les adultes professionnels (cf. annexes 9 et 10). Tout comme le support d'entretien sur le transfert, la construction des thématiques abordées au sein du guide d'entretien initial a été réalisé dans le cadre d'une étude effectuée en master 2 de recherche en psychologie clinique et psychopathologie, préparatoire à ce travail de recherche doctorale. Il s'inspire également d'un certain nombre d'items repérés par l'auto-questionnaire sur le contre transfert de Betan et collaborateurs (Betan & *al.*, 2005), sur l'auto-questionnaire appréhendant la relation thérapeutique de Westen et Chang (2000) ainsi que sur le questionnaire abordant le caregiving (George & Salomon, 2011). Les thèmes abordés sont adaptés en fonction de chaque situation individuelle et n'ont évidemment pas tous été évoqués de manière exhaustive. En fonction du professionnel rencontré (assistant familial ou référent), le guide d'entretien diffère très légèrement.

Trois thématiques et un auto-questionnaire composent cet entretien. La première thématique concerne la pratique du professionnel en tant que telle. Cette partie permet

d'introduire l'entretien sur des généralités de points de vue, et constituera notamment une des bases d'analyse de la pratique professionnelle et interprofessionnelle entre l'assistant familial et le référent. Elle aborde vingt-sept questions comme : le parcours professionnel ; la définition de la profession ; les motivations à faire ce métier ; le rapport entre le travail et la vie personnelle ; le premier souvenir d'être en relation d'aide avec quelqu'un ; l'exemple d'une situation de ne pas être en possibilité d'aider un enfant accueilli ; ce que le professionnel aimerait plus ou moins faire dans le cadre de son travail ; ses ressentis sur la manière dont est considéré son point de vue de professionnel (si par exemple il estime qu'il est suffisamment reconnu, soutenu) ; s'il a des regrets ; ce qu'il aurait aimé changer ; s'il lui est déjà arrivé de ramener avec lui des situations une fois le travail terminé et enfin sur les représentations de son entourage et de sa famille sur l'exercice de cette profession.

La deuxième partie aborde la relation que le professionnel entretient avec le service ainsi que les autres professionnels qui interviennent également dans la vie de l'enfant. Cette partie permettra de construire des propositions en termes d'analyse des pratiques interprofessionnelle entre l'assistant familial et le référent. Quatorze questions composent cette thématique, avec par exemple : le rapport avec les différents services existants (les services centralisés de l'Aide Sociale à l'Enfance, les agences et accueils des territoire, la Cellule Accueil Familial) ; la définition de son rôle de professionnel avec l'enfant, la famille, le référent, le service ; trois mots qui caractériseraient la relation que le professionnel (assistant familial ou référent) aurait avec l'autre professionnel de cette recherche (assistant familial ou référent) ; les différences possibles entre une famille d'accueil et un établissement ; l'importance de connaître l'histoire familiale de l'enfant ; quelle place serait attribuée aux parents et aux enfants au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette partie se termine par la formulation d'un auto-questionnaire en sept propositions que le professionnel doit classer (de 1 à 7) du plus important au moins important (1 étant le plus important).

Notons les points successifs pour l'assistant familial : une présence plus importante du travailleur social référent de l'enfant, une présence plus importante du travailleur social de la cellule d'accueil familial, un temps individuel de supervision de la pratique, un temps collectif de supervision de la pratique, un temps de formation continue plus conséquent, des temps institutionnels plus régulier avec l'équipe ASE (référent, cadre) en ce qui concerne les prises de décision sur le projet de l'enfant. Une dernière possibilité en « autre » est laissée pour le professionnel afin qu'il puisse lui-même émettre des propositions. En ce qui concerne le référent, cela concerne respectivement : des temps de travail en équipe plus important, un temps

présent en famille d'accueil plus conséquent, un temps présent avec l'enfant plus significatif, une présence de la cellule accueil familial dans la famille d'accueil plus importante, un temps collectif d'analyse de la pratique plus conséquent, un temps individuel d'analyse de la pratique plus significatif et un temps de formation continue plus important. Une dernière possibilité en « autre » est aussi laissée pour le référent afin qu'il puisse lui-même émettre des propositions.

La troisième et dernière partie de cet entretien aborde la relation que le professionnel a avec l'enfant, partie composée de vingt-trois questions, comme : la description des circonstances de la première rencontre avec l'enfant ; des souvenirs de la première fois que le professionnel a vu l'enfant ; les principaux moments dans lesquels le professionnel est avec l'enfant ; la situation que le professionnel préfère être avec l'enfant (et celle qui préfère être le moins avec) ; la situation qui semble être la plus difficile pour l'enfant selon le professionnel ; la situation (de par la présence du professionnel) qui lui semble être la plus importante pour l'enfant ; si certaines situations d'enfant accueillis renvoient à des moments personnels, issus de la propre histoire du professionnel ; trois mots pour illustrer la relation que le professionnel a avec l'enfant de la recherche ; quelles seraient les attentes de l'enfant à l'égard du professionnel ; qu'est-ce qui ferait que l'enfant soit déçu par lui ; s'il a déjà vu l'enfant en situation de détresse ; sur la manière dont il perçoit l'évolution de l'enfant ; si le professionnel a déjà ressenti de la colère contre les parents de naissance de l'enfant ; sur ce qu'il pense pouvoir apporter à l'enfant ; si le professionnel peut imaginer représenter une figure affective particulière pour l'enfant ; s'il est déjà arrivé au professionnel de faire part de sa propre histoire personnelle ou familiale pour aider l'enfant dans ses difficultés ; s'il lui est déjà arrivé de rêver de certaines situations ; s'il a déjà vécu un lien impossible avec un enfant et enfin s'il pense que ce métier a pu contribuer à faire changer sa personnalité.

4.1.5 Justification de l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert avec les adultes professionnels

Nous utilisons l'entretien clinique de recherche semi-structuré pour aborder l'analyse des mouvements de type transféro-contre-transférentiel entre les adolescents et les professionnels. Tout comme l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le transfert avec les adolescents, l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert des adultes

professionnels permet d'apporter une analyse clinique qualitative complémentaire aux limitations méthodologiques inhérentes au dispositif de la recherche dans son aspect quantitatif. En cela, cet entretien clinique permet d'approfondir l'analyse clinique en développant notamment des questions qui ne pourraient être abordées par la méthodologie de recherche, et particulièrement ici en termes d'appréhension des dynamiques contre-transférentielles.

L'entretien clinique de recherche semi-structuré avec les professionnels nous permet d'apporter une analyse clinique approfondie essentielle sur la dynamique relationnelle interactive entre les adolescents placés en famille d'accueil avec différents professionnels (assistants familiaux et référents). En cela, il permet d'apporter des éléments cliniques sur la situation intersubjective analysée en termes de mouvements contre-transférentiels par rapport à l'enfant. Contrairement à l'ensemble des outils d'évaluation de l'attachement, l'entretien clinique de recherche semi-structuré sur le contre-transfert avec les professionnels a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour tous les professionnels, afin d'apprécier l'évolution de leur dynamique contre-transférentielle dans la réciprocité des investissements transférentiels des enfants et d'observer son évolution d'expression.

Couplé aux mesures des représentations d'attachement (Edicode), des styles (RQ), aux processus et stratégies d'attachement (Ca-mir), il a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques rencontrées sur la complexité de l'appréciation d'une relation entre les deux protagonistes de cette rencontre (enfants et professionnels). Tous comme les enfants et les adolescents, l'utilisation d'outils variés fondés sur une analyse complémentariste en faisant appel à différents modèles de compréhension psychologique sur l'étude des relations institutionnelles à des niveaux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques semble primordiale pour appréhender au mieux la complexité du phénomène recherché.

4.2 Les Représentations Narratifs d'Attachement ou l'Edicode

4.2.1 Présentation de l'Edicode

4.2.1.1 *Description générale de l'Edicode*

4.2.1.1.1 L'Edicode : une variante de l'Adult Attachment Interview (A.A.I.)

C'est en Californie à Berkeley que Marie Main, élève de Ainsworth sera frappée par la correspondance étroite existante entre la manière dont les parents évoquaient les situations d'attachement (évaluées à l'époque par le *Berkeley Attachment Adult Interview*, lancé par Main en 1982 ; notamment lorsqu'elle retranscrivait les entretiens avec les parents) et les comportements d'attachement observé dans la *Strange Situation* de Ainsworth (Ainsworth, 1978). Cette première étude conduira à la construction de l'*Adult Attachment Interview* (Main, 1981, 1990, 1991) permettant l'ouverture d'une nouvelle dimension de la recherche sur l'attachement par l'étude des représentations d'attachement. L'A.A.I. et ses variantes (comme l'Edicode) s'inscrivent dans une approche développementale de l'attachement (Guédeney & Guédeney, 2009). La construction des différentes échelles de l'A.A.I. est issue de l'analyse des processus narratifs des parents dont l'attachement de leurs enfants a été investigués d'un point de vue comportemental au niveau de la situation étrange (Ainsworth & Wittig, 1969 ; Ainsworth & Bell, 1970 ; Ainsworth & Blehar & Waters & Wall, 1978 ; Main, & Salomon, 1990).

Les auteurs ont ainsi élaboré trois catégories d'attachement correspondantes à celles de la situation étrange. Les enfants avec un comportement d'attachement de type évitant avaient des figures d'attachement à l'état d'esprit détaché, les enfants anxieux ambivalents avaient des figures parentales préoccupées et les enfants avec un comportement de type sécure avaient des figures d'attachement à l'état d'esprit autonome et libre. Dans un deuxième temps, les auteurs ont introduit un quatrième comportement d'attachement de type désorganisé pour les enfants qui avaient alors des figures parentales avec un état d'esprit désorganisé-non résolu en lien avec un traumatisme psychique ou un deuil non élaboré (Main & Hesse, 1990 ; Main & Salomon, 1990).

Depuis ces travaux, la très bonne concordance entre les différents types de comportement d'attachement investigués au sein de la situation étrange avec les états d'esprit des figures d'attachement dans l'AAI a été de multiples fois répliquées (Guédeney & Guédeney,

2009). L'AAI et ses variantes sont des entretiens semi-structurés destinés aux adultes et aux adolescents. Ces entretiens portent sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement du sujet interrogé. Ces outils ne visent pas à apprécier l'attachement de la personne lorsqu'elle était enfant même celle-ci est amenée à parler de son enfance.

La méthode de cotation d'entretien de Marie Main (Main, 1981, 1990, 1991 ; Main & Kaplan & Cassidy, 1985 ; George & Kaplan & Main, 1996), est de permettre l'analyse de la discordance ou la congruence des différents degrés d'organisation de l'expérience subjective (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Ces niveaux s'apprécient à travers le contenu sémantique (le niveau correspondant aux représentations généralisées d'attachement) qui rentre en rupture avec l'encodage de type « épisodique » de l'expérience. En cela, les entretiens semi-structurés recherchent les particularités exprimées dans l'organisation du discours de l'expérience qui se manifesterait à travers des ruptures des règles implicites au sein des théories de la communication, abordées selon une perspective linguistique et notamment celle de la théorie de la conversation (Grice, 1975). Ici, l'énoncé n'est pas interprété en fonction du contexte ou du sens. L'interprétation se réalise selon « un principe de coopération » (Pierrehumbert & *al.*, 1999), lui-même sous-tendu par des « maximes conversationnelles » spécifiques. Cette théorie relève quatre types de règles implicites formulant ces principes de communication, règles auxquelles tout locuteur est censé se confronter et se conformer : la règle de la « modalité » (en fonction de la clarté et l'ordre du discours), la règle de la « relation » (de parler de façon pertinente quant au sujet de conversation donnée), la règle de la « quantité » (discours concis mais relativement exhaustif) et la règle de la « qualité » (en rapport avec la pertinence et la vraisemblance du discours).

Dans l'A.A.I., la rupture de ces règles implicites engendrerait des formes de « décollements » ou des « discordances » entre les niveaux épisodique et sémantique de l'expérience subjective (Pierrehumbert & *al.*, 1999). L'Edicode s'inspire ainsi largement de ce paradigme (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Cet instrument d'évaluation de l'attachement se centre sur l'expérience subjective en essayant d'appréhender, par la méthodologie de l'entretien clinique semi-structuré de recherche, l'organisation de cette expérience subjective autant que son contenu sémantique (explicite). Les auteurs souhaitent ainsi systématiser la démarche entreprise dans les travaux de Grice (Grice, 1975 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999) en utilisant des entretiens semi-structurés différents que l'A.A.I. proposé par Marie Main (1991) (cf. annexe 5).

4.2.1.1.2 Développement de l'Edicode

Pour les auteurs, un des premiers objectifs de cet instrument d'évaluation de l'attachement est de répondre à certaines contraintes méthodologiques rencontrées fréquemment par le chercheur en psychologie clinique entre l'approche qualitative et l'approche quantitative, autrement dit entre le choix de l'entretien clinique et le questionnaire (Pierrehumbert & *al.*, 1999 ; Bénony & Chahraoui, 2003). En cela, les auteurs souhaitent atteindre un niveau d'analyse procédurale (implicite), c'est à dire moins déclaratif donc moins conscient de l'expérience subjective. Pour illustrer cet enjeu, les auteurs situent leurs orientations théoriques autour des recherches portant sur l'analyse des représentations parentales dans une dynamique transgénérationnelle.

Dans un premier temps, ils se réfèrent à l'article sur les « fantômes dans la chambre d'enfants » (Fraiberg & Adelson & Shapiro, 1975), qui a ouvert de nouvelles perspectives de recherche dans l'analyse des expériences subjectives des parents, notamment à travers l'étude des transmissions des processus psychiques. Cet article a contribué à l'émergence de notions psychologiques fondamentales comme celles de l'enfant « réel », « imaginaire » et « fantasmatique » (Kreiser, 1987 ; Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a) ou encore la notion de « représentations » (Fonagy, 1994, 2004). Ici, les représentations ne sont pas considérées comme le simple miroir mental de la représentation parentale de l'enfant par le parent. Elles s'expriment en fonction des fantasmes inconscients émanant de la conflictualité infantile et libidinale de ces mêmes parents. Ces représentations parentales ne seraient pas gelées mais soumises à un ensemble de processus de transformations et d'élaborations (Zeanah & Anders, 1987 ; Zeanah & *al.*, 1994 ; Ammaniti & *al.*, 1992). Partant de ce postulat clinique, les auteurs de l'Edicode (Pierrehumbert & *al.*, 1999) ont ainsi recherché le type de vecteur susceptible de provoquer l'influence entre les processus de représentations des parents sur le développement psychique de l'enfant. C'est dans ce cadre que la théorie de l'attachement offre un paradigme privilégié pour appréhender de quelle manière les représentations des parents vis-à-vis de leurs propres enfances pourraient venir impacter l'expression de leurs modèles d'attachement (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

Dans cette continuité, Pierrehumbert et ses collaborateurs (1999) abordent cette question des représentations d'attachement selon les modèles internes opérants proposés par Bowlby (Craik, 1943 ; Bowlby, 1978a, 1978b, 1984 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999). Ces modèles s'intériorisent progressivement en fonction des expériences affectives et relationnelles que le bébé éprouverait avec ses parents, manifestant un ensemble d'attente à leurs égards (comme leurs sensibilités, leurs disponibilités, leurs possibilités à percevoir les signaux et répondre aux besoins affectifs

et émotionnels formulés par le bébé, à répondre à la recherche et aux demandes de réconfort et à encourager les désirs d'exploration au monde). Cet ensemble d'attente s'organise sous la forme des M.I.O. Par ces modèles, l'enfant développe une capacité d'élaboration sur ses attitudes et de compréhension sur les motivations de ses figures parentales et de son entourage. Ces M.I.O. construits pendant l'enfance continuent à s'exprimer à l'âge adulte, permettant au sujet d'interpréter et d'anticiper les comportements de ses pairs au sein des interrelations, d'influencer ses attitudes et notamment lorsque le sujet deviendra à son tour parent.

Pour illustrer la manière dont le modèle d'attachement du parent peut venir influencer les modèles relationnels de l'enfant, certains auteurs (Haft & Slade, 1989 ; Fonagy, 1995) ont mis en avant le fait que les parents exprimant un modèle d'attachement relationnel sécure arrivent à gérer les émotions, aussi bien positives que négatives, sans les mettre à distance (ou au contraire débordantes), manifestant un sentiment de sécurité pour l'enfant. Cela permettrait au parent de répondre et de s'ajuster aux besoins des enfants en s'identifiant mieux à ses ressentis et émotions. Cette sécurité d'attachement illustrerait ainsi la notion « d'accordage affectif » (Stern, 1989). Ces interactions permettent à l'enfant de se construire une connaissance des affects du parent par l'expression d'un modèle d'attachement de l'enfant qui s'organiserait alors de manière sécure (Isabella & Belsky, 1991).

Pour apprécier l'expression consciente de ces modèles, Bowlby s'inspire des théories des systèmes de mémoire de Tulving en reprenant l'idée que le sujet mémoriserait les expériences affectives relationnelles de deux manières (Tulving & Donaldson, 1972 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999). Tout d'abord, le sujet encoderait de manière « épisodique » (ou autobiographique) : cela concerne tous les souvenirs spécifiques liés à l'histoire personnelle. Ensuite, le sujet encoderait de manière « sémantique » : cela correspond aux contenus émotionnels relativement accessible à la conscience, autrement dit le niveau des représentations généralisées de ces expériences (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

Notons que des perturbations peuvent évidemment se produire entre ses deux systèmes, entre la remémoration d'épisodes de vie spécifique et leurs généralisations, et ce notamment sous l'impulsion des mécanismes de défense. Le travail psychique engagé autour de ces dissonances peut alors constituer une des approches thérapeutiques privilégiées au sein de la théorie de l'attachement (Pierrehumbert & *al.*, 1999 ; Holmes, 1993)⁴¹. C'est dans ce cadre que l'Edicode souhaite investiguer les représentations narratives des expériences d'attachement en

⁴¹ Les processus thérapeutiques se concentrent essentiellement sur la tentative de réorganisation entre ces deux types de mémoire épisodique et sémantique par un travail associatif et narratif cohérent, permettant au sujet d'élaborer une histoire intérieure et d'explorer sans contrainte son environnement et ses relations.

essayant de capter l'expression des M.I.O. des adultes. Selon les auteurs, ce contexte de transmission intergénérationnelle de l'attachement vient ici constituer la voie privilégiée pour appréhender les « revenants » des fantômes de la chambre des enfants (Fraiberg & *al.*, 1975) à travers la question de la transmission transgénérationnelle de la vie psychique parentale aux modèles de représentations de l'enfant (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

4.2.1.2 Les mesures d'évaluation de l'Edicode : les représentations narratives d'expériences d'attachement

L'Edicode est un instrument destiné au recueil et à l'analyse quantitative de l'appréciation subjective dans une approche de recherche clinique (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Cette appréciation se réalise sur l'étude de la mise en forme du discours de l'expérience subjective du sujet, soit par la personne qui conduit l'entretien, soit par un expérimentateur externe. Après la passation et le travail de cotation, les auteurs identifient trois types de représentations narratives d'expériences d'attachement ou état d'esprit d'attachement.

- Les personnes qui expriment des représentations narratives d'expériences d'attachement sécure-autonome ou (état d'esprit d'attachement sécure-autonome) ont un discours cohérent sur leurs expériences d'attachement passées vécues pendant l'enfance, que ces expériences aient été sources de souffrance ou non. Elles peuvent aborder sans contraintes leurs émotions et leurs pensées en ce qui concerne leurs figures d'attachement sans être mises à mal et débordées par les émotions associées à certains de leurs souvenirs. Les relations familiales, affectives et sociales sont librement évoquées sans que le sujet soit contraint dans ses processus d'autonomisation. Ces personnes semblent manifester une personnalité ressentie comme authentique (Guédeney & Guédeney, 2009).

- Les personnes qui expriment des représentations narratives d'expériences d'attachement insécure- préoccupé (ou état d'esprit d'attachement insécure préoccupé) ont un récit très développé et dense sur leurs histoires passées sans arriver à se focaliser sur les questions de l'entretien, leurs discours étant facilement digressifs. Leurs émotions et leurs pensées semblent complètement accaparées par leurs histoires passées et dans les relations avec leurs figures d'attachement. Les émotions rattachées aux souvenirs peuvent être débordantes. Ils peuvent manifester de la colère encore très actuelle sur leurs passés et ne pas être en possibilité de faire preuve d'auto-contenance sur les émotions exprimées. Leurs récits peuvent apparaître certaine fois comme très contradictoire, en manifestant des points de vue, des

ressentis et des positions successivement opposées dans leurs relations avec leurs figures d'attachement (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

- Les personnes qui manifestent des représentations narratives d'expériences d'attachement inséure détaché (ou état d'esprit d'attachement inséure détaché) évitent les expériences relationnelles et affectives qui suscitent l'expression d'attachement. Les sujets expliquent leurs impossibilités à exprimer des souvenirs de leurs histoires personnelles et leurs expériences passées. L'entretien révèle des contradictions et des incohérences significatives du discours à travers l'utilisation de qualificatif très positif sur les figures d'attachement sans associer sur des souvenirs précis. Au fur et à mesure de l'entretien, certains événements de vie peuvent rentrer en contradiction avec leurs visions générales positivées de leurs histoires d'enfance. Enfin, ces personnes peuvent exprimer des difficultés à caractériser quels effets pourraient avoir les expériences qu'elles ont vécu sur leurs personnalités actuelles (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

- En ce qui concerne la désorganisation de l'attachement, l'Edicode n'a pas clairement opérationnalisé la désorganisation et la non-résolution. Il est cependant possible d'observer des expressions d'attachement de type désorganisé lorsque deux expressions d'attachement inséure (ou état d'esprit inséure) se trouvent fortement sollicitées. Autrement dit, les personnes qui manifestent des représentations narratives d'expériences d'attachement inséure désorganisé ou état d'esprit d'attachement inséure désorganisé expriment un niveau significatif d'expression en termes d'attachement préoccupé et détaché (supérieur à 50% selon les indices de l'outil). Cette catégorie désorganisée non-résolue recouvre aussi des personnes qui expriment un discours incohérent, dont la forme et/ou le fond se retrouve particulièrement désorganisé lorsque des événements traumatiques sont abordés (maltraitance, abus, expériences traumatiques de séparation ou de perte). L'expérimentateur devra donc déterminer l'existence d'une situation d'abus ou non et d'expérience potentiellement traumatique qui comporte des effets désorganisateurs dans l'expression du discours du sujet (que cela soit des violences psychologiques, physiques ou sexuelles) (Guédeney & Guédeney, 2009).

4.2.1.3 Le mode de passation et le recueil des données de l'Edicode

L'Edicode est un entretien semi-structuré de l'appréciation des représentations narratives d'expériences d'attachement ou état d'esprit d'attachement. Il s'organise selon la progression thématique suivante. Tout d'abord il est demandé au sujet de décrire sa relation avec chacun de ses parents. Ensuite la personne donne cinq adjectifs qualifiant la relation avec

ses parents illustrés par des souvenirs précis pour chacun de ces qualitatifs. La deuxième et troisième partie de l'entretien abordent les expériences de séparation, d'abandon, de rejets éventuellement subis par les figures parentales, d'abus et de maltraitance, de problématique de perte et deuil. La durée de passation est variable en fonction de chaque personne, pour une moyenne allant de quarante-cinq minutes à une heure trente environ.

L'Edicode est considéré par ses auteurs comme étant un instrument polyvalent (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Il prend en compte quatre aspects : l'entretien semi-structuré en tant que tel (avec la possibilité de répliquer le codage sur tout type d'entretien répondant à cette forme) ; les sujets (que cela soit des adolescents, des femmes enceintes qui associent sur leurs représentations de leurs enfants à naître par exemple) ; le mode de recueil de l'information (la qualité du codage ne devait pas subir de variation en fonction du support au recueil d'informations choisies que cela soit un enregistrement audio, vidéo ou une transcription directe dactylographiée) ; et un avantage d'utilisation (un codage possible juste après l'entretien) (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

Ensuite, les auteurs ont déterminé les différentes dimensions que l'Edicode devait aborder. Pour cela, un ensemble d'items a été constitué à partir d'une revue de littérature, d'outils d'évaluations déjà existants sur l'attachement et la réalisation d'entretiens cliniques (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Le choix des auteurs a été porté sur les éléments constitutifs des aspects formels du discours du sujet plutôt que l'analyse unique de son contenu. Pour étudier les organisations formelles du discours, les auteurs se sont inspirés de deux notions de la subjectivité empruntées à la théorie de l'esprit (Perner & Howes, 1992) : la fonction réflexive (Fonagy & *al.*, 1991) et la métacognition (Flavell, 1979 ; Main, 1991). La fonction réflexive concerne le niveau de subjectivité d'autrui et la métacognition correspond à une forme de réflexivité (la conscience de sa subjectivité propre) (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

Dans un premier temps, treize dimensions ont été identifiées sur un ensemble d'items : la fluidité de l'expression, l'attribution des états subjectifs de ressentis et d'émotions (aux autres et à soi), la cohérence du discours, la distance vis-à-vis de l'expression des émotions, la vraisemblance du discours, la valorisation des relations, le degré d'associativité, l'ajustement de la relation avec le chercheur, le niveau d'implication émotionnelle dans la relation aux autres, la spontanéité, la manière dont la pensée s'organise, l'accès aux souvenirs et la focalisation du discours (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Avant la validation scientifique de cet instrument, les auteurs ont procédé à deux niveaux de sélection des items, en passant à 46 puis 21 items pour aller de 13 à 5 dimensions. Le recueil des données s'établit donc sur cinq facteurs formulés par ces 21 items ou thèmes abordés, chacun étant coté selon une échelle de type Likert (de 1 à 9).

La construction de ces échelles et leurs validations s'est appuyée sur une analyse de données en codage Edicode de quatre études scientifiques spécifiques utilisant différents outils sur l'attachement (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

4.2.1.4 Les qualités psychométriques de l'Edicode

Pour renforcer la consistance interne de l'instrument, les auteurs sont passés de 46 items sélectionnés à 21 items. Ensuite, une analyse factorielle a été réalisée par la méthode en rotation oblique de Varimax, qui a permis d'isoler cinq facteurs indépendants des uns des autres en sélectionnant ces variables par un système de sélection en regroupement (chaque facteur comporte un nombre d'items suffisamment sensibles et non redondants) (Pierrehumbert & *al.*, 1999). Ces cinq facteurs constitués comme des échelles (score moyen du sujet) couvrent les dimensions suivantes d'analyse du discours du sujet :

- La fluidité du récit (items 1, 6, 10, 12, 17) : cela concerne les sujets qui expriment une forte associativité, un accès facilité aux souvenirs et qui participe à l'entretien.
- La cohérence du discours (items 2, 7, 9, 11, 13, 18) : il s'agit de personnes qui présentent un récit structuré et focalisé.
- L'adéquation du récit (items 3, 14, 19) : cela correspond à des sujets qui expriment une distance de la relation appropriée, une confiance aux autres, et une capacité de régulation des émotions.
- Une réflexivité du discours (items 4, 8, 15, 20) : il s'agit de personnes qui sont en possibilité de prendre en compte leurs propres états émotionnels internes, ceux de leurs enfances ainsi que leurs influences sur ces derniers.
- L'authenticité du récit (items 5, 16, 21) : cela concerne des sujets qui expriment un discours vivant et spontané.

Les cinq facteurs permettent de présenter un profil d'attachement (ou état d'esprit d'attachement) selon 3 catégories : le profil sécure (avec une fluidité pour une moyenne ajustée des items par facteurs à 5,9 ; la cohérence à 7,1 ; l'adéquation à 6,6 ; la réflexivité à 5,5 et l'authenticité à 6,7), le profil préoccupé (la fluidité à 6,5 ; la cohérence à 3,1 ; l'adéquation à 3,25 ; la réflexivité à 4,2 et l'authenticité à 6,4) et le profil détaché (la fluidité à 3,5 ; la cohérence à 6,3 ; l'adéquation à 7 ; la réflexivité à 3 et l'authenticité à 3).

Ces différents facteurs (ou échelles) présentent une corrélation positive significative montrant un niveau de cohérence interne très satisfaisant, avec successivement pour la fluidité du récit ($r = .89$; $N = 156$), la cohérence ($r = .91$; $N = 156$), l'adéquation ($r = .80$; $N = 156$), la réflexivité ($r = .83$; $N = 156$) et l'authenticité ($r = .88$; $N = 156$). Ces données montrent l'appréciation par l'expérimentateur de l'expérience subjective du sujet, tout comme le fait qu'elles indiquent la part de subjectivité de l'expérimentateur sur ce même sujet par sa cotation. Ce rassemblement d'items formulés en facteurs conforte les notions de la fonction réflexive et de la métacognition (autrement dit l'attribution d'une subjectivité aux autres et à soi). En effet, les auteurs soulignent que l'authenticité, la cohérence et la fluidité se réfèrent bien à la théorie de la communication de Grice (1979), tout comme le fait que l'adéquation se réfère à la régulation émotionnelle dans son rapport à la sécurité relationnelle décrite par la théorie de l'attachement (Kobak & *al.*, 1993 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999).

Aussi, un calcul de coefficient de moyenne ajustée (correspondant à l'alpha de Cronbach) indique une mesure de fidélité inter-juges satisfaisante, avec successivement pour la fluidité du discours ($r = .87$; $N = 53$), la cohérence ($r = .71$; $N = 53$), l'adéquation ($r = .77$; $N = 53$), la réflexivité ($r = .70$; $N = 53$) et l'authenticité ($r = .69$; $N = 53$). De plus, on note une fidélité inter-juges en fonction de la source d'information satisfaisante (par exemple deux cotations réalisées pour un même sujet à deux moments différents par deux chercheurs différents avec des supports non identiques comme le verbatim et l'audio) avec pour la fluidité ($r = .88$; $N = 36$), la cohérence ($r = .89$; $N = 36$) l'adéquation ($r = .83$; $N = 36$), la réflexivité ($r = .71$; $N = 36$) et l'authenticité ($r = .76$; $N = 36$).

En termes de fidélité test-retest, les données traduisent modérément (notamment pour la réflexivité et l'authenticité) la stabilité à travers le temps. Les auteurs expliquent cette modération en soulignant l'impact du choix de la problématique clinique des sujets sélectionnés pour réaliser ces mesures longitudinales. En effet, les évaluations ont été réalisées chez des femmes enceintes à six mois de grossesse puis huit mois après l'accouchement. Du fait du travail psychique opérer à cette période sensible, ces données doivent être mises en perspectives par cet évènement de vie majeur du temps de la naissance pour ces femmes, qui influent directement sur le contenu des représentations (Ammaniti & *al.*, 1992 ; Pierrehumbert & *al.*, 1999). Relevons successivement pour la fluidité ($r = .59$; $N = 29$) : la cohérence ($r = .51$; $N = 29$) l'adéquation ($r = .58$; $N = 29$), la réflexivité ($r = .18$; $N = 29$) et l'authenticité ($r = .09$; $N = 29$).

En ce qui concerne le Ca-mir, la corrélation reste modérée voire négative entre ces deux outils d'évaluation. Ces absences de corrélation tiennent principalement au format même de l'outil, le Ca-mir étant un auto-questionnaire contrairement à l'entretien clinique semi-structuré de l'Edicode. En ce qui concerne l'Edicode et l'A.A.I., les trois catégories d'attachement évalués par l'A.A.I. rejoignent des corrélations significatives aux états d'esprits mesurés par les différents facteurs appréhendés via l'Edicode. Les différences de chaque catégorie d'attachement (entre détachée, sécurée et préoccupée) sont toutes significatives et se différencient sur les cinq facteurs (ou échelles) de l'Edicode (Manova : $F(2, 57)$ compris entre 17.2 et 35.0; $P \leq .000$) (Pierrehumbert & *al.*, 1999).

4.2.2 Justification de l'Edicode

L'Edicode nous permet d'appréhender les représentations narratives d'expérience d'attachement (ou état d'esprit d'attachement) pour les enfants âgés de 14,5 ans au minimum (groupe 2 enfants) et pour les adultes professionnels. Dans un premier temps, il permet de capter à un niveau procédural (implicite) les M.I.O. par l'appréciation des représentations d'attachement. L'étude de ces représentations permettront d'apporter une analyse clinique approfondie essentielle sur la dynamique relationnelle interactive qui nous intéresse ici entre les enfants et les professionnels. Cette analyse qualitative précisera le type d'état d'esprit d'attachement (ou profil d'attachement) sur la relation entre les enfants et les professionnels. Elle pourra permettre de récolter des éléments d'étude complémentaire à l'analyse de la relation d'attachement alternative et sur l'expression des M.I.O. multiples du côté des enfants. L'Edicode a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 2 enfants, soit pour tous les enfants âgés de 14,5 ans au minimum afin d'apprécier l'évolution de leur état d'esprit d'attachement une fois arrivé en famille d'accueil et d'observer son évolution d'expression un an après. L'étude de l'évolution des cinq facteurs de l'état d'esprit d'attachement de l'enfant au regard de l'état d'esprit d'attachement des professionnels pourra préciser lesquels des cinq facteurs auront possiblement évolué. Couplé aux mesures des styles (RQ) et aux processus et stratégies d'attachement (Ca-mir) pour les enfants de ce groupe avec la construction des représentations des narratifs d'attachement pour les enfants du groupe 1 (CCH), l'Edicode a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques rencontrées sur la complexité de l'appréciation de l'attachement, en fonction des différents niveaux d'analyse de l'attachement (styles, stratégies, représentations), des âges, des populations et des outils d'évaluation. L'utilisation d'outils variés sur l'attachement sous-tendu par des sensibilités théoriques elles-mêmes différentes en fonction des perspectives privilégiées (l'approche

psychosociale ou développementale de l'attachement) nous apparaît indispensable pour appréhender au mieux la complexité du phénomène étudié en termes de relation d'attachement entre les enfants et les professionnels. De plus, l'Edicode fournira des éléments cliniques sur l'histoire familiale de naissance des enfants confiés essentielles à l'analyse des liens institutionnels susceptibles d'être développés avec les professionnels. Ils constitueront ainsi un arrière-plan anamnestique et clinique sur l'expression de l'analyse transférentielle.

Par rapport au professionnel, l'étude clinique sur l'histoire familiale permettra de mieux apprécier les conflictualités infantiles des professionnels qui pourront venir éclairer l'existence et l'intensité de leurs contre-investissements et mouvements contre-transférentiels. Il permettra d'apprécier le degré de correspondance avec l'expression d'attachement des enfants et comme pour les enfants, il apportera une richesse de données supplémentaires pour mesurer la complexité de l'expression d'attachement chez l'adulte, ajouté aux styles d'attachement (RQ) et aux processus et stratégies d'attachement (Ca-mir). Nous avons fait le choix d'introduire ces différents outils évaluant l'attachement uniquement au temps « T1 » de la recherche pour les professionnels. Nous considérons que les états d'esprits d'attachement mesurés par l'Edicode évolueront très faiblement sur une période aussi courte chez des adultes. D'une manière générale en ce qui concerne l'attachement, cette recherche se concentre sur les modifications éventuelles de l'expression d'attachement chez l'enfant entre son arrivé en famille d'accueil (« T1 ») et un après (« T2 »).

4.3 Les cartes pour le complètement d'histoire ou CCH

4.3.1 Présentation des cartes pour le complètement d'histoire (CCH)

4.3.1.1 Description générale des CCH

L'instrument des cartes pour le complètement d'histoire s'inscrit au sein de l'approche développementale de l'attachement (Guédeney & Guédeney, 2009). C'est Bretherton et ses collaborateurs (Bretherton & al., 1990 ; Bretherton, 1990, 1993 ; Bretherton & al., 1998) qui ont été les premiers à introduire ce type d'instrument d'évaluation de l'attachement chez l'enfant. L'objectif de ces cartes est de provoquer des situations qui suscitent significativement les comportements d'attachement des enfants reflétant la dynamique de construction de leur M.I.O. par l'analyse des narratifs d'attachement. Ces types d'outils sont majoritairement utilisés pour les enfants âgés de trois ans à sept ans. Le principe général est de mettre en scène une

narration verbale ou scénique en fonction de différentes thématiques d'histoire à l'aide de figurines et de laisser l'enfant poursuivre l'histoire. Les histoires introduisent des situations potentiellement sensibles au niveau de l'attachement, dans lesquelles la relation avec les figures parentales est mise à l'épreuve (les parents se séparent de l'enfant et partent en voyage) ou qui convoquent plus généralement l'expression du comportement d'attachement de l'enfant (l'enfant découvre un monstre sous son lit ou se blesse en tombant par exemple).

Il existe plusieurs systèmes de codage pour analyser la construction du narratif d'attachement de l'enfant. Dans la version initiale, Bretherton et ses collaborateurs (1990) se sont inspirés de trois études sur les représentations d'attachement et ont estimé que l'enfant manifeste une représentation d'attachement sécure lorsqu'il est en possibilité de reconnaître les aspects négatifs des histoires à compléter, sans être envahi par ces dernières ou mis à mal par la situation, et peut en dégager des solutions de résolution. Le discours (verbal et scénique) se présente comme facile, plutôt fluide et cohérent. En revanche, les réponses qui traduisent de l'insécurité d'attachement se caractérisent par l'évitement (l'enfant se détourne de la scène, ne traite pas ou ne reconnaît pas la situation insécure) ou la désorganisation (l'enfant peut poursuivre les histoires sans résolution ou selon des scénarii de mis en échec ou de type catastrophe, il peut manifester des ruptures dans les narrations verbales ou scéniques, donne des réponses inappropriées de type hors sujet au thème évoqué ou peut jeter les figurines ou jouets en dehors de la scène projective du jeu par exemple). L'évaluation de l'attachement de l'enfant est réalisée en fonction des réponses données sur l'ensemble des histoires du test. En dehors de l'étude de la narration verbale et scénique, les auteurs ont déterminé d'autres facteurs susceptibles d'influencer l'expression de l'attachement de l'enfant en fonction de l'intelligence de l'enfant, la timidité, la sociabilité ou le niveau de vocabulaire (Bretherton & *al.*, 1990 ; Bretherton, 1990, 1993 ; Bretherton & *al.*, 1998). Le système de codage proposé ici par les auteurs (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003) investigate plus particulièrement les stratégies d'attachement de l'enfant en analysant les processus d'attachement sans s'arrêter à une analyse catégorielle unique par classifications.

4.3.1.2 Les mesures d'évaluation du CCH : les stratégies d'attachement et les représentations narratives d'attachement

Le codage du CCH utilisé au sein de cette recherche mesure les stratégies d'attachement et les représentations narratives d'attachement de l'enfant en prenant en compte l'aspect processuel des dimensions identifiées d'attachement (ou prototypes selon les auteurs), plus que

les catégories d'attachement. Le passage de l'analyse des indices catégoriels aux dimensionnels, autrement dit du quantitatif au qualitatif, se réalise selon la mesure des stratégies d'attachement (Bowlby, 1978a, 1978b, 1994 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). La stratégie primaire correspond à un attachement narratif de représentation d'attachement de type sécure alors que la stratégie secondaire est considérée comme insécure en fonction de sa dynamique d'activation (désactivation ou hyperactivation). L'enfant se voit donc attribué un score à quatre échelles : la sécurité (stratégie primaire), la désactivation (stratégie secondaire insécure de type détachement), l'hyperactivation (stratégie secondaire insécure de type anxieux-ambivalent ou préoccupé) et la désorganisation. Nous considérons donc les prototypes d'attachement (rassemblés en fonction des différents niveaux des échelles) comme des indicateurs généraux. Ils permettront dans un deuxième temps de mieux préciser le type de stratégie et de processus d'attachement à l'œuvre dans la construction des représentations narratives d'attachement pour les enfants (cf. annexe 6).

Pour repérer les items sous-tendant la construction des échelles, des stratégies et prototypes d'attachement, les auteurs se sont inspirés à la fois des manuels de cotation des narratifs d'enfant (Robinson & Mantz-Simmons & Macfie & *al.*, 1995 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003) et en visionnant des vidéos d'enfants qui passent l'épreuve (Bretherton & *al.*, 1990), tout en relevant les comportements des enfants et situations susceptibles de réactiver ces stratégies d'attachement pendant le jeu. Au total, 325 items ont été repérés. Après deux étapes de tri (passant successivement de 325 à 136 pour finir à 65) qui ont consisté à supprimer les items pas suffisamment explicites ou redondants (ou par un manque d'homogénéité dans les accords d'appréciation inter-juges), 65 items ont été sélectionnés pour la version Q-sort définitive. Chaque item concerne une description d'un narratif ou d'attitude de l'enfant et doit se caractériser en fonction du degré de correspondance avec le sujet selon une distribution statistique gaussienne. La possibilité de coder des items non spécifiques aux attitudes de l'enfant permet de discriminer l'absence de certaines attitudes susceptibles de fournir des indications sur la présence de contraintes dans l'expression des représentations d'attachement des enfants. Pour apprécier les représentations d'attachement des enfants en fonction des stratégies utilisées, les auteurs ont donc défini quatre prototypes d'attachement (représentations ou narratifs d'attachement). Ceux-ci ont été développés en fonction des observations réalisées par les recherches précédentes à l'étude de ces questions (Robinson & Mantz-Simmons & Macfie & *al.*, 1995 ; Solomon & George & De Jong, 1995 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

- Le prototype sécure concerne des enfants qui ne se sentent pas menacés par les thèmes abordés dans les différentes histoires. Ces enfants sont à l'aise dans le jeu, ils n'expriment pas de détresse et sont investis dans les récits. Ils manifestent une liberté d'accès aux représentations sans subir des contraintes de traitement de l'information propre à l'attachement. Ils expriment donc des processus narratifs (verbaux et scéniques) faciles et spontanés. Ils ne semblent pas exprimer de crainte à s'impliquer dans le jeu. Ils racontent des histoires vivantes, n'expriment pas des relations vides d'émotions entre les personnages avec des relations stéréotypées. L'acceptation de leurs défauts ainsi que ceux des autres leurs permettent de raconter les histoires des personnages en prenant en compte leurs multiples facettes plutôt que d'être contraint à une description uniquement positive. Ils sont en possibilité d'exprimer des émotions variées, comme la tristesse ou la colère. Ils semblent s'inscrire dans un travail psychologique constructif dans leurs rapports à leurs représentations. Ils peuvent décrire des relations sensibles avec un partage des émotions. Ils ne semblent pas désespérer face à un problème rencontré et trouvent des solutions de résolution constructive à ce problème. En ce qui concerne le moment de séparation et de retrouvaille, ils activent significativement leurs expressions d'attachement dans l'objectif de rétablir la relation.

- Le prototype insécure d'inhibition de l'attachement (ou représentation narrative évitant-détachée) concerne des enfants qui peuvent rapidement détourner leur attention sur toutes les situations qui suscitent l'attachement pour ne pas être confrontés à un sentiment accru de détresse. Ils montrent ainsi de l'anxiété, semblent très mal à l'aise et sont donc évitant. Ils ne s'engagent pas dans les histoires, et sont réticents à la complétion de ces dernières. Si les enfants montrent un investissement dans le jeu, celui-ci apparaît comme superficiel. Ils décrivent des relations stéréotypées au fonctionnement familial, sans évocation d'émotion ainsi qu'une absence de véritable interaction entre les personnages de l'histoire. En difficulté dans l'appréciation de leurs émotions négatives ou celles exprimées au sein des relations, ils sont mal à l'aise pour aborder des situations empruntées d'émotions négatives ou d'événements négatifs. Ils demandent très peu d'aide, de soutien et de réconfort et ce notamment dans les situations de retrouvailles ou de séparations. Lorsque les narrations décrivent une menace sur la relation d'attachement, les enfants ne proposent pas de solution pour rétablir le contact ou la sécurité. Lors des retrouvailles des parents, plutôt que de manifester de la joie, les enfants évitent la scène voire empêchent les retrouvailles.

- Le prototype insécuré d'hyperactivation de l'attachement (ou représentation narrative anxieux-ambivalent ou préoccupée) s'exprime pour des enfants qui manifestent de l'ambivalence. Cette ambivalence relevant de l'hyperactivation de l'attachement amène les enfants à être très inquiets sur l'expression des émotions négatives et semblent en difficulté de retrouver de l'apaisement et un sentiment de sécurité. Au niveau représentationnel, les enfants ne sont pas en capacité de proposer de solutions constructives aux situations qui suscitent fortement l'expression d'attachement, au risque d'engendrer un sentiment de colère. Les enfants n'évitent pas les jeux, mais peuvent facilement être envahis par les débuts d'histoires sans être en possibilité de gérer les émotions provoquées par la situation. Confrontés aux problématiques d'attachement au sein des différents récits, les enfants peuvent très rapidement exprimer de la détresse qui les freinent dans le jeu. Les narratifs sont difficiles à construire. Cette difficulté s'expliquerait par une implication émotionnelle trop élevée plutôt qu'un refus de se prêter au jeu. Si les enfants essaient de construire la suite des histoires, ils n'arrivent pas à organiser les scènes et à proposer un déroulement de fin de récit positif. Les enfants semblent accaparés par les émotions négatives exprimées au sein des situations présentées. Pendant les moments de séparation et de retrouvaille, ils réagissent de manière excessive à la séparation et souhaitent arrêter l'éloignement, sans proposer des retrouvailles heureuses. Au contraire, les retrouvailles sont plutôt vécues par l'expression d'un sentiment de colère.

- Le prototype de désorganisation de l'attachement (ou représentation narrative désorganisée) concerne des enfants qui racontent des histoires avec une perte de contrôle dans le jeu. Les enfants peuvent proposer des fins d'histoires aux scénarii négatifs, voire catastrophiques. Les enfants peuvent exprimer de la destructivité dans leurs processus narratifs, voire du démantèlement ou de la désintégration (des événements ou des personnages). Les aspects disciplinaires des parents sont souvent exacerbés ou marqués par de la violence. Une inversion des positions parentales peut s'exprimer entre les enfants et les parents avec un contrôle agressif de la proximité aux figures d'attachement. Les narratifs sont incohérents et donc désorganisés. Les enfants peuvent aussi être mutiques, anxieux et très inhibés.

4.3.1.3 Le mode de passation et le recueil des données du CCH

4.3.1.3.1 Le mode de passation du CCH

L'objectif de la procédure du CCH est d'encourager la construction du narratif d'attachement de l'enfant. La situation clinique introduit des figurines qui représentent une famille imaginaire, composée de la mère, du père, la grand-mère, deux enfants du même sexe

que celui interrogé. Pour cette recherche, nous avons choisi aussi d'introduire un chien (Médor) appartenant à la famille imaginaire⁴². Ces figurines sont dans un premier temps toutes présentées à l'enfant et nommées clairement (avec pour l'enfant du même sexe, « Jeanne » si le sujet est une fille et « Pierre » si c'est un garçon »). Ensuite, chaque thème est introduit par un commencement d'histoire sur la famille imaginaire. Le chercheur demande après à l'enfant de raconter la suite de l'histoire en l'encourageant à jouer avec les personnages s'il le souhaite (afin d'avoir des éléments de narration verbale et scénique). L'expérimentateur est invité à jouer avec l'enfant, en soulignant les jeux de mises en scène des personnages (avec un ton expressif de la voix, en manipulant la figurine qui parle, en soulignant les composantes émotionnelles de chaque situation familiale). Il est possible qu'un parent de naissance ou adulte référent soit présent dans la pièce mais la consigne doit lui être donnée de ne pas intervenir. Selon les auteurs, cet instrument convient aux enfants de trois ans, sans qu'il y ait de limites supérieures (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

Le chercheur doit adopter un ton vivant et entraînant dans les situations par des relances verbales stimulantes à l'exercice de narration (verbale et scénique) pour l'enfant. Par exemple il peut exprimer : « Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'on peut dire d'autres ? Que peut-il arriver à Jeanne (Pierre) ? Que pense Jeanne (Pierre) ? Que fait Jeanne (Pierre) ? Que pense les parents de Jeanne (Pierre) ? » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Si l'enfant manipule les figurines aux actions non suffisamment explicites, il est possible de relancer : « Qu'est-ce qui se passe d'autre ? Qu'est-ce qui va arriver à Jeanne (Pierre) ? Qu'est-ce que la maman (ou papa) de Jeanne (Pierre) fait ? Qu'est-ce que la maman (ou papa) de Jeanne (Pierre) pense ? » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Chaque histoire dure environ trois minutes. Le CCH comporte cinq histoires à compléter. Dans cette recherche, précisons que nous avons introduit une sixième histoire qui convoque l'expérience de séparation voire d'abandon autour de la disparition inattendue du chien.

- La première histoire a une fonction d'introduction ou « d'échauffement » qui concerne l'anniversaire de Jeanne (Pierre), qui ne compte pas de manière essentielle dans les codages (Zaouche-Gaudron & Pierrehumbert, 2008). Le matériel utilisé comprend une table, des chaises, un gâteau, des assiettes des figurines présentant la maman, le papa, les deux enfants, la grand-mère. Ensuite, le chercheur raconte le début de la première histoire : « C'est

⁴² Formation initiale en Master de Psychologie Clinique et Psychopathologie dans le cadre de cours magistraux et de travaux dirigés enseignés par Madame Aubeline Vinay (2014, 2015).

l'anniversaire de Jeanne (Pierre). La maman a préparé un magnifique gâteau. Elle dit : Venez, grand-maman et papa, venez les enfants, c'est le moment de fêter l'anniversaire ». Le chercheur propose ensuite à l'enfant de disposer tous les membres de la famille autour de la table : « Montre-moi qu'est-ce qui se passe maintenant ». Tout le monde chante : « Joyeux anniversaire ! ... Montre-moi comment ils mangent le gâteau ? Qu'est-ce que dit Jeanne (Pierre) de son gâteau d'anniversaire ? etc. ». Ensuite, le sirop est renversé. On reprend le même matériel plus des gobelets miniatures, avec les mêmes personnages, sauf la grand-mère : « La famille est à table pour manger... Tu peux placer la famille autour de la table pour qu'ils puissent manger... Ils boivent du sirop. Jeanne (Pierre) se lève pour prendre quelque chose et... Oh ! elle renverse son sirop sur le sol... ». Le clinicien fait tomber le gobelet de Jeanne (Pierre) : « Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite ! » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003). Pour cette recherche, nous avons choisi d'introduire une variation de cette histoire⁴³. Plutôt que le sirop, c'est la grand-mère qui revient avec le gâteau. Au moment où toute la famille chante « Joyeux anniversaire ! Tout d'un coup, patatrac ! Le gâteau tombe par terre ! Montre-moi qu'est-ce qui se passe maintenant ? ».

- La deuxième histoire raconte la ballade dans le parc. La grand-mère reste à la maison avec Médor. Ici, des jouets représentant la végétation du parc (plantes, feuilles, fleurs, arbuste) sont introduits ainsi qu'un « rocher » (un gros caillou) et d'un jouet vert plat sous forme de tapis pour représenter l'herbe du parc. La mère, le père et l'enfant font une sortie dans ce parc. Ils se baladent, et Jeanne (Pierre) voit le rocher. L'enfant monte sur le rocher. La maman dit « Tu ne grimpe pas sur ce rocher ! ». Puis l'expérimentateur poursuit : « Montre-moi qu'est-ce qui se passe ensuite ? » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003). En fonction de la narration de l'enfant, il est aussi possible de relancer la scène : « Jeanne (Pierre) monte sur le rocher, et tombe. Montre-moi qu'est-ce qui se passe ensuite ? ». Cette situation permet de susciter l'activation de l'attachement de l'enfant en termes de besoins et d'attentes des réponses de la figure d'attachement. Elle indique les représentations que l'enfant possède sur l'expression des aspects disciplinaires des figures parentales et de leur manière de manifester le « prendre soin » (le caregiving).

⁴³ Formation initiale en Master de Psychologie Clinique et Psychopathologie dans le cadre de cours magistraux et de travaux dirigés enseignés par Madame Aubeline Vinay (2014, 2015).

- La troisième histoire concerne le monstre dans la chambre. Le matériel est composé d'un lit dans la chambre de l'enfant. « C'est le soir. Toute la famille est dans le salon. La sœur (le frère) va d'abord se coucher. Jeanne (Pierre) joue seule dans sa chambre. Tout d'un coup, la lumière s'éteint et Jeanne (Pierre) entend un bruit. » L'expérimentateur gratte sous la table. « Jeanne (Pierre) dit : Oh il y a un monstre ! (Le chercheur prend une voix inquiète). Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite ! » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

- La quatrième histoire raconte la scène de départ, de la séparation de l'enfant avec ses figures d'attachement. Le matériel est composé d'une voiture dans laquelle les personnages peuvent s'installer. « Les enfants vont jouer dehors. Sais-tu ce qui se passe ? La maman et le papa vont partir en voyage. » Le chercheur pose la voiture sur le tapis. « La maman dit : Les enfants, papa et moi, nous allons partir en voyage. Nous revenons demain. Grand-maman va rester avec vous ! » Le clinicien chercheur fait parler un des enfants : « Non non, je ne veux pas que vous partiez ! La maman dit : Nous devons partir ! » On demande à l'enfant de faire partir la voiture avec les figurines représentant les parents ; s'il veut aussi y placer les figurines enfants, le chercheur précisera : « Non, seulement la maman et le papa sont en train de partir... Montre-moi et dis-moi ce qui passe ensuite... Qu'est-ce que les enfants font pendant que les parents sont loin ? » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

- La cinquième histoire concerne le retour, la situation de retrouvailles. Le matériel est toujours le même tous comme les personnages. L'expérimentateur fait revenir la voiture avec les figurines représentant les parents et l'arrête à une certaine distance des enfants et de la grand-mère : « C'est le jour suivant. La grand-maman regarde par la fenêtre et dit : Regardez, les enfants, je crois que votre maman et votre papa reviennent. Ils rentrent de voyage. Je peux voir leur voiture... Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite ! » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

- La sixième histoire (facultative) raconte l'histoire du chien perdu. Tous les personnages sont à la maison et sont rassemblés ensemble. L'expérimentateur prend le chien (Médor) et le cache derrière la table. La grand-mère déclare : « Mais où est Médor ? On a perdu Médor, on a perdu Médor ! Montre-moi qu'est-ce qui se passe ensuite ? ».

4.3.1.3.2 Le recueil des données du CCH

Pendant la passation, les histoires racontées avec l'enfant sont filmées par un enregistrement vidéo avec une prise audio. La procédure de codage porte sur l'ensemble des histoires, elle est globale. Elle consiste en un auto-questionnaire pour l'expérimentateur. Le matériel est constitué de 65 cartes. Chaque carte comporte une affirmation. Après avoir visionné une première fois l'enregistrement de la passation, on procède au codage en trois étapes de tri :

- Etape 1 : on répartit les 65 cartes selon trois piles : « vrai », « intermédiaire » (je ne sais pas ou non pertinent) et « faux ». Une fois ce premier tri effectué, on visionne l'enregistrement une deuxième fois avant de passer à la seconde étape de cotation.

- Etape 2 : on dispose 7 étiquettes indiquant les piles d'A à G (selon une échelle de type Likert de 1 à 7, de « très très vrai » à « très très faux »). On reprend les cartes qui se trouvent sous l'étiquette « vrai » et on les redistribue en 3 nouvelles piles d'A à C (la pile A concerne les affirmations « très très vrai », la pile B « très vrai » et la pile C « vrai »). On conserve à l'extrémité A (« très très vrai ») les phrases les plus caractéristiques. On fait de même avec le tas « faux » que l'on répartit dans les piles E à G (G étant « très très faux », F étant « très faux » et E étant « faux »). A la fin de cette étape, on peut inscrire les points pour chaque item allant de 7 (pile A) à 1 (pile G). Ce score correspond au 7 échelles au format de calcul de type Likert. Ensuite, on visionne l'enregistrement vidéo une troisième fois avant de passer à la dernière étape de cotation.

- Etape 3 : On place les 7 étiquettes (pile d'A à G, chacune portant l'indication du nombre de cartes correspondantes). On commence par la pile de gauche A. On reprend toutes les cartes de cette pile et on garde les 5 cartes les plus caractéristiques. Les cartes en trop sont placées dans la pile B. S'il y a moins de 5 cartes dans la pile A, on mélange les cartes de la pile A avec la pile B et on sélectionne les 5 cartes qu'on place dans la pile A. On suit la même procédure pour la pile B mais cette fois en gardant 8 cartes, puis la pile C avec 12 cartes. On passe ensuite à la pile G pour laquelle on ne conserve que 5 cartes, puis dans la même logique de tri la pile F avec 8 cartes et la pile E avec 12 cartes. Il doit rester obligatoirement 15 cartes dans la pile D. On inscrit alors les notes obtenues pour chaque item au cours de la troisième étape. Ces scores seront corrélés aux prototypes et ils nous fourniront un coefficient de « corrélation Q ».

4.3.1.4 Les formats de calculs statistiques du CCH : Echelle de type Likert et le Q-sort

Les deux dernières étapes de la passation de cet auto-questionnaire concernent deux formats de calculs statistiques différents. Dans la première étape, les scores de l'étape 1 permettent de transformer les réponses en format Likert. Cette méthode de calcul au format Likert permet d'obtenir les scores moyens du sujet pour chaque échelle en fonction des scores des items composant chaque échelle. Ces échelles sont des indices traditionnels et sont donc calculés à partir des premières étapes de tri dit « tri libre » (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

Dans la troisième étape de passation, l'étape dit de « tri-forcé » permet d'obtenir les stratégies d'attachement grâce à la procédure « Q-sort ». Cette procédure a été créée par Stephenson (1935) et approfondie par la suite par les travaux de nombreux auteurs (Kerlinger, 1964 ; Block, 1978 ; McKeown, & Thomas, 1976 ; Pierrehumbert & al., 1996 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

Elle permet de réaliser un traitement statistique selon une distribution gaussienne. Elle a l'avantage de contourner le biais de désirabilité sociale, inhérent à tout auto-questionnaire et prend en compte le point de vue subjectif de cotation de l'expérimentateur. La procédure Q-sort au sein du CCH permet de comparer chaque enfant sur les 65 items en fonction des quatre prototypes définis par les auteurs (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003). Ensuite, un coefficient de corrélation est calculé pour évaluer le degré de ressemblance entre les réponses en fonction de chaque prototype. Ces indices « Q » de tri de cartes (ou Q-sort en anglais) sont donc au nombre de quatre. Ils concernent à la fois les coefficients de corrélation (entre les 65 items pour un sujet) et le calcul des prototypes de scores qui constituent des indices en coefficients « Q », avec la sécurité, la désactivation, l'hyperactivation et la désorganisation. (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & al., 2003).

Ce traitement statistique correspond à deux formules de calculs, soit en 7 échelles (ancienne formule) soit en 3 échelles (nouvelles formule). La formule en 7 échelles est étalonnée respectivement sur la collaboration (échelle 1), la représentation de soutien parental (échelle 2), le narratif positif (échelle 3), l'expression d'affects appropriés (échelle 4), la réaction à la séparation (échelle 5), la distance symbolique (échelle 6) et la faible compétence narrative (échelle 7). En ce qui concerne la nouvelle formule en trois échelles elle s'appuie sur

la mentalisation (échelle 1), la résolution (échelle 2) et la parentalité (échelle 3). Le calcul de l'indice s'effectue sur la moyenne des items composant chaque échelle (distribuée entre 1 et 7) (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

Il est possible de se référer à ces indices bruts afin de réaliser différents traitements statistiques (comme par exemple les comparaisons intergroupes). Lorsque l'échantillon présente une particularité spécifique ou qu'il est de taille faible, il est possible d'utiliser des indices en format « T » (ce format permet de rassembler tous les indices selon une même moyenne et selon un écart type commun). La transformation de ces indices bruts en format « T » permet de comparer de manière instantanée l'indice du sujet rencontré en fonction d'une population virtuelle de référence (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). De plus, il apporte une présentation visuelle des données du sujet sur une base commune à tous les indices. Méthode statistique de calcul de base, le format « T » comporte la spécificité de dégager une moyenne de 50 pour un écart type de 10 (sur la population donnée en référence).

Ainsi selon les lois de la distribution gaussienne, un sujet avec un indice « T » de 60 sur une échelle se situe sur les 15% des sujets ayant les indices les plus élevés de cette même échelle (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). La logique de calcul des indices au format « T » est de soustraire l'indice brut de la personne à l'indice moyen issu de la population de référence en divisant le résultat par l'écart type de cette population de référence pour après multiplier le résultat par 10, en ajoutant 50, selon la formule suivante : $((a - b) / c) * 10 + 50$. Un tableau calcul automatiquement ces traitements (confère le dossier de retranscriptions) pour les échelles sur une population de référence de 187 enfants francophones (sans difficultés particulières) pour les sept échelles de l'ancienne formule (l'échelle de la collaboration, la représentation de soutien parental, le narratif positif, l'expression d'affects appropriés, la réaction à la séparation, la distance symbolique et la faible compétence narrative) et sur 544 enfants pour la nouvelle formule (l'échelle de la mentalisation, la résolution, la parentalité) (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5 Les qualités psychométriques du CCH

4.3.1.5.1 Les qualités psychométriques du CCH au niveau des prototypes d'attachement

L'élaboration des prototypes (ou représentations) a été réalisée selon une cohorte d'experts dans une démarche de cotations inter-juges. Les experts devaient coder chaque prototype et si les scores différaient d'un point, la moyenne s'effectuait sur les deux scores. Si jamais l'écart était supérieur à un point, les experts devaient se concerter avant de donner un score final. Sur le plan du niveau de corrélation des prototypes en fonction des accords inter-juges (six codeurs différents sur 68 situations), on relève des corrélations très satisfaisantes en ce qui concerne le prototype de sécurité ($r = .94$; $N = 68$), de désactivation ($r = .94$; $N = 68$), d'hyperactivation ($r = .85$; $N = 68$) et de désorganisation ($r = .90$; $N = 68$). (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5.2 Les qualités psychométriques du CCH au niveau des échelles

En dehors de la construction des prototypes d'attachement pour les enfants (ou représentation de la construction des narratifs d'attachement), l'objectif de l'utilisation du « Q-sort » est aussi de faire ressortir des éléments significatifs du jeu des enfants. Une analyse en composante principale sur les codages de vidéo de 142 narratifs d'enfants tout venants (73 filles et 69 garçons), âgés de 37,58 mois en moyenne a donc été effectué par les auteurs. Dix échelles ressortent de ces analyses (après avoir trié certaines échelles du fait d'un manque d'accord inter-juges, d'un faible coefficient de consistance interne de l'échelle ou d'un nombre insuffisant d'items composant ces échelles). Comme indiqué précédemment, on relève ainsi la collaboration (échelle 1), la représentation de soutien parental (échelle 2), le narratif positif (échelle 3), l'expression d'affects appropriés (échelle 4), la réaction à la séparation (échelle 5), la distance symbolique (échelle 6) et la faible compétence narrative (échelle 7). Ces échelles investiguent les représentations de l'attachement de l'enfant. (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

- La collaboration (échelle 1 ou A) : cette échelle renseigne sur les attitudes de l'enfant pendant le jeu, et plus particulièrement sur sa motivation à y participer et à y jouer facilement. Cette échelle mesure donc l'intérêt de l'enfant pour l'exercice de jeu et sa disponibilité à focaliser son attention sur les thèmes introduits par le chercheur. Un enfant qui va avoir un bon niveau de collaboration pourra continuer aisément les histoires proposées avec une narration

vivante (verbale et/ou scénique). Un enfant qui collabore peu montra des signes d'évitement, d'inhibition ou d'anxiété. Cette échelle permet ainsi d'investiguer les restrictions d'accès aux représentations d'attachement de l'enfant. Autrement dit, si l'enfant n'exprime pas de collaboration, cela induit une impossibilité de porter son attention sur des situations exprimant de l'attachement voire à un refus d'accès à ces représentations.

- Les représentations parentales (échelle 2 ou B) : cette échelle concerne les contenus de représentations d'attachement de l'enfant. Cette échelle indique l'importance de l'intériorisation d'un modèle d'attachement des relations par l'enfant. Ici, le modèle traduirait des parents vécus comme sécurisants et sensibles par l'enfant. Les figures d'attachement se montrent comme protectrices, disponibles et source de soutien. Un score faible à cette échelle renvoie à une absence de soutien de la part des parents. Ils sont vécus comme contrôlant, indisponibles, qui rejettent ou attendent que cela soit les enfants qui s'occupent d'eux (inversion des positions parentales).

- Le narratif positif (échelle 3 ou C) : cette échelle apprécie la possibilité pour l'enfant de raconter des histoires dans leurs valences positives. Le ton de la narration (verbal et/ou scénique) est positif, les parents de naissance sont vécus comme affectueux et les enfants comme heureux. Dans cette échelle, on relève peu (voire pas du tout) d'élément négatif dans les narrations de l'enfant.

- Les expressions d'affects appropriés (échelle 4 ou D) : cette échelle investigate les capacités de l'enfant à exprimer ou à contenir ses affects. Elle apprécie la spontanéité de l'enfant à aborder des états émotionnels appropriés aux situations du jeu, que l'enfant arrive à médiatiser. Un faible score à cette échelle montre une difficulté à exprimer les émotions directement, les enfants n'arrivent pas à médiatiser les émotions par le jeu. Si l'enfant déborde émotionnellement cela peut montrer que les situations qui suscitent l'attachement mobilisent trop intensément les émotions, voire déstabilisent l'enfant.

- La réaction à la séparation (échelle 5 ou E) : cette échelle mesure la possibilité de l'enfant à refuser la séparation des figures parentales et à exprimer des stratégies pour empêcher ce départ. Les personnages ne souhaitent pas se confronter à l'expérience de séparation, les retrouvailles se retrouvent ainsi précipiter. Si l'enfant est en mesure d'accepter la séparation en s'y exposant, il montre un score faible à cette échelle.

- La distance symbolique (échelle 6 ou F) : cette échelle évalue la tendance de l'enfant à laisser une distance par rapport aux actions du jeu et aux émotions suscitées par les expériences d'attachement abordées dans le jeu. L'enfant ne montre pas de confusion dans le jeu avec les personnages en se prenant lui-même pour un des personnages.

- La faible compétence narrative (échelle 7 ou G) : cette échelle consiste à apprécier la difficulté à proposer et construire une narration structurée et cohérente. L'enfant est dans l'incapacité de proposer des solutions à poursuivre les histoires et les personnages manifestent des attitudes passives. La narration est difficile à suivre, par l'expression d'une mauvaise verbalisation ou d'incohérence dans le récit. Les enfants qui présentent un score faible montrent une capacité à compléter les histoires avec aisance et facilité. Ils expriment un narratif intelligible et cohérent et sont aisés à suivre. Ils réagissent significativement au thème négatif introduit dans les histoires.

Pour calculer un score pour chaque échelle, on calcule la moyenne des scores des items constituant l'échelle. Les coefficients de fidélité inter-juges calculés pour ces échelles sont très satisfaisants, avec des résultats successivement de : .91 ; .84 ; .88 ; .79 ; .87 ; .84 ; .89. La consistance interne de l'instrument par les échelles indique aussi des coefficients de corrélation positifs (coefficients alpha de Cronbach) avec respectivement : .93 ; .92 ; .82 ; .81 ; .70 ; .80. (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5.3 Les qualités psychométriques du CCH au niveau de l'influence de l'âge

L'effet de l'âge sur les narratifs des enfants a été réalisé en contrôlant l'effet du sexe. Ainsi, 116 enfants âgés de 36 mois, 26 enfants de 42 mois, 14 enfants de 45 mois et 31 enfants de 5 ans ont été contrôlés sur l'influence de cette variable. L'étude de ces données ont permis de réaliser une analyse de variance à deux facteurs croisés (âge et sexe) sur les scores des échelles de l'outil. Les analyses statistiques indiquent ainsi un effet de l'âge pour la distance symbolique [$F(3, 179) = 4,51 ; p = .004$], la réaction à la séparation [$F(3, 179) = 15.15 ; p = .000$], le narratif positif [$F(3, 179) = 2.97 ; p = .033$] et les représentations de soutien parental [$F(3, 179) = 2.79 ; p = .042$]. L'analyse montre que l'évolution des autres échelles n'est pas linéaire avec une légère baisse non significative jusqu'à 45 mois, pour après observer une augmentation nette. Autrement dit, les scores des enfants de 45 mois sont significativement différents que les scores obtenus pour les enfants de 5 ans (selon le test de Duncan à $p < .05$)

(Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

Pour expliquer ces différences de scores en fonction de l'effet de l'âge, les auteurs observent que les réactions à la séparation sont moins significatives en fonction de l'avancée des âges des enfants. Ils expliquent cette évolution en raison des processus cognitifs d'autonomisation (les enfants seraient plus en possibilité d'appréhender les relations d'un point de vue psychologique que la recherche physiologique simple de la proximité sécurisante d'attachement) et somatiques (avec une évolution sur le plan moteur qui leur permettrait d'être moins dépendant de l'adulte dans l'exploration de leur environnement). En cela, les enfants rechercheraient moins la présence immédiate des figures parentales d'attachement. Cet effet de la maturation cognitive pourrait s'apprécier par l'augmentation de l'échelle de la distance symbolique dans l'épreuve entre les enfants de 45 mois et ceux de 5 ans, pour lesquels il est plus facile de s'impliquer émotionnellement dans le jeu à travers la considération de ces aspects symboliques (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

Aussi, les auteurs observent que les enfants âgés jusqu'à 45 mois expriment des relations avec leurs figures d'attachement moins positivement que les enfants âgés de 5 ans. Les chercheurs notent que c'est entre 4 et 5 ans que les capacités de l'enfant se manifestent entre l'expression de son point de vue avec celui de ses parents (Marvin, 1977 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Le partenariat rectifié quant au but devient ici possible (Bowlby, 1984 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). L'enfant est capable de mieux comprendre les états mentaux et les motivations de ses parents lui donnant la possibilité de mieux s'ajuster entre ses propres attentes et celles de ses parents. De plus, les auteurs observent que même si les parents sont absents physiquement, ils peuvent souhaiter tout de même le maintien de la relation qu'ils ont avec l'enfant (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Cette situation expliquerait la narration des histoires plus positives pour les enfants âgés de 5 ans. De même, l'intériorisation progressive des normes et conventions sociales par l'enfant pourrait venir expliquer le fait que les relations familiales seraient racontées de manière plus conformiste donc positive. Les auteurs soulignent l'importance de répliquer ces travaux sur un échantillon plus important afin d'infirmier plus concrètement cet ensemble d'hypothèses (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5.4 Les qualités psychométriques du CCH au niveau de l'influence du sexe

Les chercheurs ont observé un effet du sexe sur la dimension de la désorganisation, ainsi que sur les échelles de la distance symbolique, les expressions d'affects appropriés et aux représentations de soutien parental. On retrouve ainsi pour les filles des moyennes plus élevées aux échelles des expressions d'affects appropriés [$F(1, 179) = 11.15$; $p = .001$], des narratifs positifs [$F(1, 179) = 17.49$; $p = .000$] et des représentations de soutien parental [$F(1, 179) = 4.24$; $p = .041$], rejoignant les résultats de différents auteurs (Bretherton & Page & Golby, 1998 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Ces résultats montrent que les filles ont plus facilement tendance à proposer des interactions positives avec les parents que les garçons. Les résultats sur l'influence du sexe confirment ainsi les recherches anglo-saxonnes dans ce domaine, et notamment sur la sensibilité des filles à exprimer des thèmes tournés vers les relations sociales, à la résolution de conflits et à l'expérience des émotions (Oppenheim & Nir & Warren & Emde, 1997 ; Von Klitzing & Kelsay & Emde & Robinson & Schmitz, 2000 ; Zahn-Waxler & Cole & Barrett, 1991 ; Zahn-Waxler & Schmitz & Fulker & Robinson & Emde, 1996 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). De plus, les auteurs relèvent que les filles ont des résultats significativement plus élevés que les garçons sur l'échelle de la distance symbolique [$F(1, 179) = 4.91$; $p = .028$].

Au niveau de la relation soulignée par certaines études entre l'effet du sexe et la désorganisation de l'attachement (Carlson & Cicchetti & Barnett & Braunwald, 1989 ; Cohn, 1990), les auteurs questionnent dans quelle mesure on observerait réellement une relation claire entre les garçons et l'expression de stratégie de désorganisation d'attachement. En effet, les auteurs remarquent dans leur étude une corrélation positive sur cette variable [$F(1, 179) = 7.79$; $p = .006$]. Selon certaines recherches, cette corrélation pourrait s'expliquer par le fait que les garçons seraient plus sensibles à l'influences des facteurs de risques environnementaux que les filles (Lyons-Ruth & Eastbrooks & Cibelli, 1997 ; Benenson, 1996). Néanmoins, une méta-analyse réalisée sur 1858 sujets par Van Ijzendoorn exclue un lien significatif entre la désorganisation de l'attachement et le sexe (Van Ijzendoorn & Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Les auteurs proposent donc de réaliser des études complémentaires pour préciser la significativité de corrélation pour cette variable (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5.5 Les qualités psychométriques du CCH au niveau de l'influence du Quotient Intellectuel (QI) des enfants

Les chercheurs n'observent pas d'effet de l'intelligence appréhendée par le quotient intellectuel avec les différents niveaux d'expression de l'attachement (échelles et stratégies). 74 enfants âgés de 3 ans ont passé les échelles d'aptitudes de McCarthy (1972) pour contrôler cette variable. Hormis l'échelle de la distance symbolique qui constitue la seule échelle positive à la corrélation de l'intelligence par le quotient intellectuel global ($r = .27$; $p = 0.18$) et par le quotient intellectuel de performance ($r = .32$; $p = .005$), les résultats montrent une absence de relation significative sur l'influence de cette variable dans l'expression de l'attachement au CCH. En outre, les auteurs estiment qu'il n'est pas étonnant que la capacité de symbolisation (pour l'échelle de la distance symbolique) soit en lien avec l'intelligence (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

4.3.1.5.6 Les qualités psychométriques du CCH au niveau des représentations des parents

Les chercheurs ont mesuré les relations entre l'A.A.I. des parents avec leurs enfants au CCH (Miljkovitch *et al.*, 2002a). Les résultats montrent des liens significatifs entre les stratégies des parents et celles des enfants, avec des corrélations positives pour la sécurité ($r = .46$, $p < .05$), le détachement ($r = .48$, $p < .01$) et la préoccupation ($r = .51$, $p < .01$). Ces résultats suggèrent l'existence de transmission intergénérationnelle des stratégies d'attachement entre la mère et l'enfant. Cependant, les auteurs n'observent pas de corrélation entre la désorganisation de la mère et celle de l'enfant. Selon eux, cette absence de corrélation pourrait s'expliquer par l'état de l'expression de la désorganisation des enfants (trop faible dans l'échantillon), et par rapport au fait que la désorganisation n'a pas pu être suffisamment identifiée par le CCH, en raison des spécificités d'expression pour les enfants âgés de 3 ans (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). En effet, la désorganisation de l'attachement de l'enfant à 3 ans a des modalités d'expression différentes qu'un enfant âgé de 5 à 7 ans (Crittenden, 1992). Les auteurs soulignent l'importance de détecter plus précisément les critères d'expression de la désorganisation des enfants de 3 ans et de les évaluer de manière longitudinale afin de confirmer ceux identifiés dans l'Edicode pour les enfants âgés de 5 ans, étant moins soumis à l'effet spécifique de l'âge dans leurs modalités d'expression (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

En ce qui concerne les relations avec les représentations d'attachement du père, les auteurs n'observent pas de corrélation significative, comme le suggère plusieurs recherches étudiant les correspondances entre l'A.A.I. et la situation étrange (Main & *al.*, 1985 ; Van Ijzendoorn & Kranenburg & Zwart-Woudstra & Van Busschbach & Lambermon, 1991 ; Van Ijzendoorn, 1995). Cette absence de corrélation pourrait s'expliquer par rapport au principe méthodologique du paradigme même de la situation étrange, qui analyse essentiellement les relations des mères avec leurs enfants (Van Ijzendoorn, 1995). Dans le même prolongement, étant donné que les caractéristiques d'étude du CCH sont établies sur les travaux étudiant la dyade mère-enfant, le CCH n'aurait pas les qualités de mesures suffisantes pour apprécier les interactions d'attachement du côté du père. La relation d'attachement étant qualitativement différente entre la mère et le père vis-à-vis de l'enfant, il est possible que le rôle du père ne soit pas le même que celui de la mère dans le développement affectif de l'enfant (Lamb, 1996 ; Grossmann & Grossmann & Zimmermann, 1999 ; Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003 ; Berger & Ciccone & Guédeney & Rottman, 2004).

4.3.1.5.7 Les qualités psychométriques du CCH au niveau des troubles du comportement des enfants

Les auteurs ont étudié les variables existantes entre les mesures du CCH et les troubles du comportement, sur un échantillon de 72 enfants (31 garçons et 41 filles) âgés de 3 ans (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Pour évaluer les troubles du comportement des enfants, les mères ont passé un questionnaire (Child Behavior Checklist de Fombonne, 1989) qui donne des échelles de troubles d'externalisation (hyperactivité, opposition, agressivité) et d'internalisation (symptômes dépressifs, troubles somatoformes et anxieux) avec un score global sur les troubles du comportement. L'échelle des représentations de soutien parental du CCH a été identifiée comme variable prédictive des troubles d'internalisation, et l'échelle de la collaboration en ce qui concerne les troubles d'externalisation.

L'analyse des corrélations des troubles d'internalisation soulignent des données négatives par rapport aux représentations de soutien parental. Autrement dit, les enfants présentent leurs figures d'attachement comme peu protectrices et sensibles. Ils ne décrivent pas des figures parentales réconfortantes et sécurisantes. Comme le stipulait Bowlby (1984), les enfants souffrant d'équivalents dépressives ou des troubles anxieux ont intériorisé un modèle de représentation des relations dans lequel les parents ne sont pas compris comme étant des

figures de soutien, ce qui entraînerait une faible estime de soi et un manque de confiance en eux, majorant le sentiment d'insécurité à des niveaux élevés d'anxiété. Les ressentis liés à l'impossibilité de trouver une figure protectrice et réconfortante engendrerait un sentiment « d'impuissance apprise », élément fondamental de la dépression selon Bowlby (1984). Ainsi, les auteurs émettent l'hypothèse que des représentations intériorisées de parents peu disponibles et soutenant viennent alimenter les craintes et le sentiment de tristesse des enfants, entretenant le maintien d'expression des troubles d'internalisation (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003).

En ce qui concerne l'analyse des corrélations des troubles d'externalisation, les auteurs observent qu'il s'agit d'enfants qui montrent des difficultés (voire un refus) à construire et à se représenter une narration autour de l'attachement. Ces sujets expriment de l'évitement pendant le jeu, sont inhibés et anxieux. Les auteurs font l'hypothèse que les enfants qui souffrent de troubles d'externalisation auraient recours à l'agir du fait d'un défaut de mentalisation (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Cette solution permettrait d'apaiser l'anxiété et le sentiment de détresse. A l'inverse, les auteurs émettent aussi l'hypothèse que ce recours à l'agir serait à l'origine d'un défaut de mentalisation et non consécutif du défaut de ce dernier (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). L'enfant serait dans l'action en permanence, ce qui l'empêcherait d'élaborer un travail psychique sur ses représentations, alors qu'il en aurait la possibilité. Dans ce cadre, ce type de trouble permettrait à l'enfant de ne pas symboliser et se représenter les choses, dans l'objectif de ne pas se confronter aux ressentis d'insécurité et d'angoisse. L'enfant refuserait ainsi de participer aux jeux afin d'éviter les situations qui convoquent des représentations difficiles d'attachement.

4.3.1.5.8 Les qualités psychométriques du CCH au niveau de l'expression psychosomatique des enfants

Avec le CCH, les auteurs ont aussi étudié les corrélations entre les troubles somatoformes et les narratifs d'attachement des enfants âgés de 5 ans. Ils ont utilisé le même protocole que celui utilisé dans l'étude des variables entre trouble du comportement et représentation d'attachement des enfants (Miljkovitch & Pierrehumbert & Karmaniola, & *al.*, 2003). Les chercheurs ont rencontré 31 familles (13 garçons et 18 filles) en procédant à un calcul statistique à régression multiple. Ils ont inclus les scores Q du CCH, ainsi que le niveau socio-économique et le sexe comme variables prédictives de l'échelle de souffrances somatiques. Dans ce cadre, la désorganisation a été repérée pour expliquer la partie significative

de la variance ($\eta^2 = .41$, $r = .36$, $p < .05$). Les auteurs ont ainsi pu souligner une relation entre les plaintes somatiques et la désorganisation. Ces résultats pourraient s'expliquer en fonction des narratifs d'attachement des enfants désorganisés qui rejoindraient les étiologies des souffrances psychosomatiques, et notamment celles qui se déplacent sur des contenus physiques de l'insuffisance d'expression des conflits psychiques en raison d'un défaut d'élaboration et de régulation émotionnelle (MacDougall, 1985 ; Kreisler, 1987 ; Miljkovitch & *al.*, 2003).

4.3.2 Justification des cartes pour le complètement d'histoire

L'utilisation du CCH au sein de cette recherche permet de mesurer les stratégies d'attachement et les représentations narratives d'attachement des enfants du groupe 1 en prenant en compte l'aspect processuel des dimensions d'attachement identifiées (ou prototypes selon les auteurs). Dans un premier temps, il permet de capter la construction des représentations de l'attachement de l'enfant. Il apportera ainsi un axe d'analyse essentiel sur la compréhension de l'attachement de l'enfant avec sa famille de naissance, sur ce qui pourrait potentiellement se sécuriser dans le temps. Cette attente au niveau de la sécurité des représentations d'attachement des narratifs de l'enfant nous permettra d'identifier quelles variables seraient les plus à même de contribuer à cette sécurité (prototypes, stratégies et échelles). L'étude de ces représentations constitue donc un apport considérable sur l'analyse clinique de la dynamique relationnelle interactive entre les enfants les plus jeunes et les professionnels.

Le CCH a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 1 enfants, soit pour tous les enfants âgés de 2,5 ans au minimum (jusqu'à 12 ans) afin d'apprécier l'évolution de leur représentation d'attachement une fois arrivé en famille d'accueil et d'observer son évolution d'expression un an après. L'étude de l'évolution des dix échelles des narratifs d'attachement de l'enfant au regard de la relation d'attachement des professionnels pourra préciser lesquels des dix facteurs auront évolué. Couplé aux représentations d'attachement (Edicode), aux mesures des styles (RQ) et aux processus et stratégies d'attachement (Ca-mir) pour les enfants du groupe 2, le CCH a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques rencontrées sur la complexité de l'appréciation de l'attachement, en fonction des âges, des populations et des outils d'évaluation.

L'utilisation d'outils variés sur l'attachement sous-tendu par des sensibilités théoriques elles-mêmes différentes en fonction des perspectives privilégiées (l'approche psychosociale ou développementale de l'attachement) nous apparaît indispensable pour appréhender au mieux la complexité du phénomène étudié en termes de relation d'attachement entre les enfants et les professionnels. De plus, le CCH est susceptible de fournir des éléments cliniques sur l'histoire familiale de naissance des enfants confiés essentiels à l'analyse des liens institutionnels susceptibles d'être développés avec les professionnels. Ils constitueront ainsi un arrière-plan clinique à l'expression de l'analyse transférentielle, en complément de celle des dessins.

4.4 Le Ca-Mir (Cartes des Modèles Individuels de Relations)

4.4.1 Présentation du Ca-mir

4.4.1.1 Description générale du Ca-mir

Le questionnaire des Cartes des Modèles Individuels des Relations s'inscrit dans une perspective développementale de l'attachement (Guédénéy & Guédénéy, 2009). Cet outil évalue les processus et les stratégies d'attachement (cf. annexe 4). Il permet d'une part d'investiguer la structuration des relations interpersonnelles en fonction de l'histoire individuelle du sujet et d'autre part d'apprécier pour un individu donné quels sont les stratégies d'attachement privilégiées actuelles. Le questionnaire apprécie ces stratégies selon différents aspects. Dans un premier temps, rappelons que l'objectif initial de ce questionnaire était de pouvoir appréhender les modèles internes opérants (Bowlby, 1984).

Cependant, les auteurs parlent de représentation généralisée de l'attachement (Pierrehumbert & *al.*, 1996) plutôt que des M.I.O., car le niveau sémantique du questionnaire (niveau explicite) ne peut explorer les M.I.O. qu'à un niveau conscient. Afin d'opérationnaliser méthodologiquement une approche d'investigation des M.I.O., les auteurs se réfèrent aux concepts de stratégies d'attachements (Main, 1991 ; Kobak & *al.*, 1993) qui permettent d'évaluer de façon sémantique et consciente des modèles d'attachement. L'utilisation des notions de stratégies d'attachement permet ainsi de répondre aux contraintes méthodologiques d'évaluation de l'attachement à des niveaux épisodique, sémantique (niveaux explicite) et procédural (niveau implicite) (Reynaud, 2011). Les M.I.O. étant issus des stratégies d'attachement acquise en interaction avec les M.I.O. des parents, le Ca-mir permet donc d'étudier les M.I.O. des adultes de manière indirecte en analysant les stratégies d'attachement

de ces derniers (Pierrehumbert & al., 1996).

4.4.1.2 Les mesure d'évaluation du Ca-mir : processus et stratégies sur les représentations d'expériences d'attachement

Selon Pierrehumbert (2000), les stratégies d'attachement correspondent aux stratégies relationnelles des personnes. Ces stratégies répondent à une qualité de traitement de l'information et de régulation émotionnelle relatives aux expériences d'attachement (Pierrehumbert, 2000 ; Reynaud, 2011). Dans un premier temps, elles se réfèrent aux M.I.O. de soi et aux M.I.O. des autres en fonction des expériences familiales d'attachement vécues et intériorisés pendant l'enfance. Ensuite, ces stratégies répondent aux besoins émotionnels des personnes dans leurs relations avec autrui (Reynaud, 2011). De plus, ces stratégies sont évaluées selon trois dynamiques de temporalités différentes qui correspondent à trois niveaux de réalité de représentation d'attachement.

Elle concerne à la fois les expériences relationnelles passées (pendant l'enfance), présentes (les relations familiales actuelles) et sur l'état d'esprit actuel des personnes interrogées sur leurs expériences d'attachement (l'élaboration actuelle des expériences relationnelles familiales passées et vécues pendant l'enfance). Autrement dit, le niveau temporel du passé appréhende les événements d'attachement de l'enfance avec les figures d'attachement. Le niveau temporel du présent saisit les expériences actuelles d'attachement au sein des relations familiales. Le niveau temporel de l'état d'esprit (ou généralisation) de la personne questionne l'élaboration actuelle des expériences d'attachement passées tout en prenant en compte l'importance des réponses affectives sur les besoins émotionnels exprimés au sein des relations d'attachement (Reynaud, 2011).

Le questionnaire est composé de 72 items en abordant deux dimensions : la dimension temporelle et la dimension d'élaboration. La dimension temporelle se concentre donc sur le passé et le présent par rapport aux représentations des relations d'attachement. La dimension d'élaboration s'apprécie sur le niveau d'élaboration des représentations des événements d'attachement (contenu spécifique ou généralisation). Etant donné que le niveau d'élaboration généralisée des expériences d'attachement n'investigue que les expériences d'attachement du passé vécues pendant l'enfance, les items recouvrent trois niveaux différents de réalité des représentations d'attachement : le passé, le présent et l'état d'esprit (Reynaud, 2011). Ainsi, on

retrouve trois stratégies d'attachement abordées selon trois niveaux de réalité des représentations des expériences d'attachement (état d'esprit, présent, passé) qui forment trois modèles d'attachement différents, formulés comme étant des prototypes relationnels par les auteurs (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996).

- La stratégie primaire ou stratégie sécuritaire est exprimée par les personnes qui ressentent de la confiance et du soutien par rapport aux figures parentales que cela soit dans le passé que par rapport au présent, traduisant un état d'esprit général de reconnaissance de soutien. Ces sujets investissent le soutien social et la sécurité dans les relations. Les autres sont perçus comme des ressources possibles d'aide et de réconfort. Ils ont la possibilité de contrôler et de réguler leurs émotions en fonction des situations fortement suscitées par les expériences d'attachement et possèdent une certaine liberté de traitement de l'information relative à ces mêmes expériences.

- La stratégie secondaire ou stratégie insécure détachée est activée pour les personnes qui ressentent une indisponibilité de leurs parents dans le passé, prennent leurs distances familiales par rapport au présent, et ont un état d'esprit général de rancune et de rejet. Ils soutiennent l'importance de l'autonomie et l'indépendance plutôt que de développer des relations proches qui sous-entendraient une forte implication émotionnelle. En cela, ils mettent à l'écart les relations en s'appuyant essentiellement sur leurs compétences et ressources propres. Ils peuvent s'éloigner du traitement de leurs émotions dans les situations qui suscitent l'attachement.

- La stratégie secondaire ou stratégie insécure préoccupée est privilégiée pour les sujets qui ressentent une forme d'intrusion constante des parents dans leur vie. Ils sont très préoccupés dans le présent par la vie familiale et ont une rancune d'infantilisation en reprochant à leur parent d'avoir été maintenu dans une position d'enfant trop longtemps. Ils recherchent peu l'indépendance et investissent constamment la relation en pouvant se montrer très inquiets de l'impact émotionnel des autres dans leurs relations. En cela, ils sont constamment envahis par l'implication émotionnelle exprimée au sein des relations. Ils peuvent manifester des attentes excessives en termes de réponses affectives des autres à leurs besoins émotionnels. Ils peuvent se retrouver très facilement débordés par leurs émotions et sont constamment envahis par les informations relatives aux situations qui convoquent l'attachement.

- Précisons que selon les auteurs une personne peut activer plusieurs stratégies à des degrés différents. Elle peut ainsi exprimer une stratégie insécure préoccupée et détachée comme elle peut privilégier l'utilisation d'une stratégie sécurisée couplée à une stratégie insécure qu'elle soit détachée ou préoccupée. Selon Vinay, l'utilisation significative des deux prototypes relationnels des stratégies insécures détachés et préoccupés pourrait induire l'expression d'une quatrième stratégie insécure désorganisée, tout comme l'expression d'une sécurité importante corrélée à d'autres stratégies insécurisées⁴⁴. On retrouve dans cette solution stratégique l'expression d'une forte désorganisation familiale en termes de non-résolution et des expériences d'attachement traumatique avec un fonctionnement familial pathologique, mesuré par les différentes échelles sur l'attachement.

En plus de l'étude de ces trois prototypes relationnels appréhendés selon l'utilisation des trois stratégies d'attachement, le Ca-mir détermine treize échelles d'attachement réparties en fonction de cinq patterns d'attachement, par rapport à trois temporalités différentes. Contrairement aux stratégies d'attachement, qui sont en liens avec des prototypes relationnels fixes et isolés de l'histoire de la personne, ces échelles traduisent l'état d'expression de processus d'attachement en fonction des patterns exprimés. Les processus d'attachement appréciés par ces échelles sont construits en fonction d'un regroupement de plusieurs analyses factorielles. Chaque échelle est donc rattachée à des expériences familiales d'attachement différentes en fonction des trois niveaux de réalité des représentations de ces mêmes expériences d'attachement. Autrement dit, ces patterns d'attachement s'expriment par les expériences familiales à travers la préoccupation, la sécurité et l'autonomie, le détachement, la non-résolution et la structuration du milieu familial.

Les échelles de la préoccupation, de la sécurité et du détachement renvoient aux trois prototypes d'attachement. Pour les échelles qui abordent à la non-résolution et la structuration du milieu familial, elles reflètent la désorganisation familiale (la non-résolution) et le type de cadre du fonctionnement familial. La désorganisation familiale indique l'expression d'un traumatisme psychique avec les figures d'attachement (l'échelle sur le traumatisme parental) et manifeste des expériences familiales d'attachement de type toxique avec une impossibilité d'élaboration de ces expériences d'attachement traumatique (l'échelle sur le blocage du souvenir). En ce qui concerne la structuration du milieu familial (échelles sur la valorisation parentale et la démission parentale) elle indique la fiabilité et la solidité du cadre de

⁴⁴ Formation initiale en Master de Psychologie Clinique et Psychopathologie dans le cadre de cours magistraux et de travaux dirigés enseignés par Madame Aubeline Vinay, dans lesquels le tableau 7 a été présenté. (2014, 2015).

fonctionnement familial (Reynaud, 2011). Ces types d'expériences sont appréciées selon le point de vue passé, présent et de l'état d'esprit actuel. Ces échelles rendent compte des processus d'attachement par rapport au niveau d'élaboration des expériences d'attachement que cela soit pour la famille lorsque la personne était enfant, que pour sa famille actuelle. Ces treize échelles regroupées en fonction des cinq patterns d'attachement exprimés par les types d'expériences d'attachement et leurs différents niveaux de réalités sont présentés dans le tableau suivant (tableau 7).

Tableau 7 : Récapitulatif de présentation des 13 échelles d'attachement en fonction des trois niveaux de réalités (temporalités) et des expériences d'attachement (patterns d'attachement).

<u>Temporalités</u>	Passé	Présent	Etat d'Esprit
<u>Patterns d'attachement</u>			
PREOCCUPATION	Interférence parentale	Préoccupation familiale	Rancune d'infantilisation
AUTONOMIE	Support parental	Support familial	Reconnaissance de soutien
DETACHEMENT	Indisponibilité parentale	Distance familiale	Rancune de rejet
NON-RESOLUTION	Traumatisme parental		Blocage du souvenir
STRUCTURATION	Démission parentale		Valorisation de la hiérarchie

4.4.1.3 *Le mode de passation et le recueil des données du Ca-mir*

Nous précisons aux sujets que ce questionnaire contient un certain nombre d'affirmations ou de questions sur l'histoire familiale de la personne, sur les expériences affectives vécues pendant l'enfance et sur des relations actuelles aux autres. Nous informons le sujet des trois thèmes que ces affirmations ou propositions abordent. Le premier thème concerne les expériences passées dans la famille de naissance ou avec les parents. Le deuxième thème évoque les expériences au sein de la famille actuelle, la relation dans le couple ou avec les pairs. Enfin, le troisième thème questionne les valeurs personnelles émises sur la famille ou dans ses relations aux autres.

La passation se déroule en deux étapes principales selon trois temps de tri effectué par le sujet lui-même (selon le même principe de cotation de celui réalisé par l'expérimentateur au CCH). Pour la première étape, on demande au sujet de placer trois étiquettes « vrai », « non

pertinent » (ou « je ne sais pas ») et « faux ». Ensuite, on invite la personne à distribuer l'ensemble des 72 cartes en fonction des trois piles correspondantes, selon qu'elles s'appliquent ou non à lui. Le tas du milieu est réservé aux cartes dont la réponse n'est « ni vrai, ni fausse », ou lorsque le sujet ne sait pas (par exemple si son vécu avec chacun des parents est si différent qu'il lui est impossible de répondre de façon générale). Le nombre de cartes placées dans chaque pile n'a pas d'importance ici. Par la suite, la personne pourra encore modifier son choix.

Le deuxième temps de cette étape est le tri en cinq piles. On dispose cinq étiquettes (pile d'A à E) et on demande au sujet de passer de trois à cinq piles, allant du « plus vrai » au « plus faux ». Nous précisons à la personne que l'étiquette A correspond au « très vrai », que l'étiquette B correspond au « vrai », que l'étiquette C correspond toujours à « je ne sais pas », que l'étiquette D correspond au « faux » et que l'étiquette E concerne le « très faux ». On indique au sujet qu'il a dans ce tri la possibilité de changer complètement ses choix (par exemple si jamais il considère une phrase « très vrai » comme finalement « faux »). On explique à la personne qu'il peut reprendre les cartes qui se trouvent sous l'étiquette vrai et donc les redistribuer en deux nouvelles piles, et qu'il peut faire de même avec les cartes qui se trouvent sous l'étiquette faux, en ne conservant qu'aux extrémités que les cartes les plus caractéristiques, que cela soit dans une direction ou dans une autre. A la fin de cette étape, nous notons dans quelle pile (d'A à E) se trouve chaque item (cette notation sera ultérieurement convertie en score pour calculer les notes aux échelles : A = 5 points ; B = 4 points ; C = 3 points ; D = 2 points ; E = 1 point).

La troisième étape consiste à ce que le sujet réalise un tri forcé. Nous l'informons que cette étape peut être ressentie comme frustrante voire qu'elle est susceptible de le mettre en colère, mais que c'est elle qui fait l'originalité et l'intérêt de la procédure. On précise ainsi au sujet qu'un nouveau travail de tri doit se réaliser en mettant un nombre de carte précis pour chaque tas. Nous lui précisons qu'il doit y avoir 12 cartes dans le tas A, 15 cartes dans le B, 12 cartes dans le tas E et 15 cartes dans le tas D. On informe la personne que nous désirons, pour des raisons statistiques, que le nombre de cartes placées dans chaque pile corresponde à ce qui est indiqué sur les étiquettes. On le prévient qu'il est possible de trouver cette étape désagréable, car elle suppose de comparer les cartes entre elles, alors que celles-ci ne sont pas toujours comparables. On suggère au sujet de commencer par le côté gauche (pile A). On explique qu'il s'agit ici de reprendre et de revoir toutes les cartes de cette pile pour n'y laisser que les 12 cartes les plus caractéristiques pour lui.

Cette sélection consiste alors à repousser les cartes supplémentaires sur la pile adjacente (B). S'il y a moins de 12 cartes, on explique au sujet qu'il peut les mélanger avec celles de la pile B et choisir parmi toutes celles-ci les 12 cartes les plus caractéristiques. On suivra alors la même procédure pour la pile B mais cette fois pour qu'il ne reste plus que 15 cartes. Le surplus ou le trop peu de cartes peut se déporter ou se provisionner en fonction des cartes présentes dans le tas C. On invite le sujet à pratiquer de la même manière du côté droit (pile E), en procédant de la pile la plus extrême (pile E avec 12 cartes) en direction de la pile centrale (C). Lorsque la personne a terminé, on compte avec elle s'il reste bien 18 cartes au sein de la pile C. On la prévient qu'il pourra lui arriver de devoir glisser progressivement vers le centre certaines cartes parce qu'il n'y a pas assez de place aux extrémités. On souligne alors que ce qui nous intéresse ici, c'est le degré de pertinence accordé par le sujet à chaque carte, dans une direction ou dans une autre. A la fin de cette étape, on précise dans quelle pile se trouve chaque item (les scores serviront au calcul des stratégies d'attachement : A = 5 points ; B = 4 points ; C = 3 points ; D = 2 points ; E = 1 point).

4.4.1.4 Les formats de calculs statistiques du Ca-mir : l'échelle de type Likert et le Q-sort

Les deux étapes de la passation de ce questionnaire concernent deux formats de calculs statistiques différents, selon la même logique de cotation que le CCH. Dans la première étape, les scores de l'étape 1 permettent de transformer les réponses en format Likert pour les 13 échelles du Ca-mir. Le choix de la pile par le sujet permet d'obtenir un score évaluant son degré de pertinence subjectif à chaque item (de « très vrai » à « très faux » de 5 à 1). Les items sont alors regroupés en 13 échelles. Cette méthode de calcul au format Likert permet d'obtenir les scores moyens du sujet pour chaque échelle en fonction des scores des items composant chaque échelle. Les échelles restent indépendantes les unes aux autres et correspondent à des aspects psychologiques du questionnaire. On connaît ainsi le degré de pertinence subjectif évalué par la personne aux 13 échelles (échelle d'A à M).

Dans la deuxième étape de passation, les réponses des sujets en tri forcé permettent d'obtenir les stratégies d'attachement grâce à la procédure « Q-sort ». A l'instar du CCH, cette procédure de calcul permet de réaliser un traitement statistique selon une distribution gaussienne. Elle a l'avantage de contourner le biais de désirabilité sociale, inhérent à tout questionnaire et prend en compte le point de vue subjectif de la personne interrogée. La procédure Q-sort au sein du Ca-mir permet de comparer chaque sujet sur les 72 items en

fonction des trois prototypes définis par les auteurs (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996). Afin de calculer le score « Q », le tableau des données a été inversé (habituellement les sujets sont placés verticalement et les items horizontalement), de manière à avoir la colonne des sujets horizontalement et celle des items verticalement. Ensuite, un coefficient de corrélation est calculé pour évaluer le degré de ressemblance entre les réponses de la personne en fonction de chaque prototype. On obtient ainsi trois coefficients pour chaque sujet : un coefficient de sécurité, un coefficient de détachement (ou de désactivation) et un coefficient de préoccupation (ou d'hyperactivation).

4.4.1.5 Les qualités psychométriques du Ca-mir

La validation interne du Ca-mir a été réalisée sur la version précédente du Ca-mir (composée initialement de 251 items pour passer à 72 items dans la version actuelle afin d'augmenter le degré de cohérence interne de l'outil) en faisant appel au coefficient α de Cronbach et une analyse factorielle. Le coefficient α de Cronbach a permis d'évaluer la consistance interne de l'outil aux 13 échelles avec successivement un résultat de .72 pour « l'échelle A » sur l'interférence parentale (préoccupation passée) ; .70 pour « l'échelle B » sur la préoccupation familiale (préoccupation présent) ; .81 pour « l'échelle C » sur la rancune d'infantilisation (état d'esprit préoccupé) ; .82 pour « l'échelle D » sur le support parental (sécurité/autonomie passée) ; .78 pour « l'échelle E » sur le support familial (sécurité/autonomie présent) ; .70 pour « l'échelle F » sur la reconnaissance de soutien (état d'esprit sécuritaire/autonome) ; .81 pour « l'échelle G » sur l'indisponibilité parentale (détachement passé) ; .48 pour « l'échelle H » sur la distance familiale (détachement présent) ; .85 pour « l'échelle I » sur la rancune de rejet (état d'esprit détaché) ; .78 pour « l'échelle J » sur le traumatisme parental ; .71 pour « l'échelle K » sur le blocage du souvenir ; .71 pour « l'échelle L » sur la démission parentale ; .71 pour « l'échelle M » sur la valorisation de la hiérarchie (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996).

Ces résultats démontrent que le Ca-mir possède un très bon niveau de consistance interne sur l'échelle globale, excepté l'échelle sur la distance familiale (.48). L'analyse factorielle s'est quant à elle cantonnée pour démontrer l'existence d'un premier facteur indiquant 14% de la variance pour 99 items. Ce facteur est subdivisé en 6 autres sous-facteurs insécures provenant d'une autre analyse factorielle. Sept autres facteurs démontrent 33% de la variance totale. Ces analyses factorielles ont permis de déterminer les 13 échelles qui se

retrouvent donc liées au questionnaire d'attachement global en raison de l'analyse de la consistance interne du questionnaire établi par le coefficient α de Cronbach (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996). La fidélité des réponses test-retest pour apprécier la stabilité temporelle des réponses des personnes a été effectuée par les auteurs sur 26 sujets, en utilisant une nouvelle fois le coefficient α de Cronbach pour calculer les indices de concordance, avec successivement par ordre croissant (d'A à M) pour les 13 échelles des résultats à : .72 ; .70 ; .81 ; .82 ; .78 ; .70 ; .81 ; .48 ; .85 ; .78 ; .71 ; .71 ; .71. (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*, 1996).

Les échelles ont été regroupés en fonction des trois stratégies d'attachement : les trois premières échelles appréhendent la préoccupation (ou hyperactivation), les échelles 3 à 6 mesurent la sécurité d'attachement et les échelles 6 à 9 le détachement (ou désactivation). Les échelles 10 et 11 apprécient la désorganisation de l'attachement conformément aux travaux sur l'attachement depuis la découverte de l'attachement désorganisé par Marie Main (1991) au sein de l'A.A.I.

Les stratégies d'attachement ont aussi été évaluées statistiquement par le test du Khi2, pour montrer qu'il n'y avait pas de lien linéaire entre elles et qu'elles n'étaient pas dépendantes du hasard (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996).

Enfin, des mesures de validité externe ont été effectuées en comparaison avec l'A.A.I. (Main, 1991, Kobak & *al.*, 1993). On note une corrélation significative pour la stratégie secondaire ($r = .68$, $N = 22$). Cependant, les corrélations relatives à la stratégie primaire ne sont pas significatives compte tenue de la différence entre les outils (l'A.A.I. étant un entretien semi-structuré contrairement au Ca-mir qui est un auto-questionnaire). Néanmoins, des correspondances ont été mesurées avec d'autres outils sur l'attachement concernant la stratégie primaire en comparant le Ca-mir des parents et l'attachement des enfants au sein de la situation étrange ($r = .53$; $r = .72$; $N = 8$). Ces données indiquent la répétition transgénérationnelle des modèles d'attachement entre les parents et les enfants (Pierrehumbert & Karmaniola & *al.*,1996).

4.4.2 Justification du Ca-mir

Le Ca-mir nous permet d'appréhender les processus et les stratégies d'attachement pour les enfants âgés de treize ans au minimum (groupe 2 enfants) et pour les professionnels. Dans

un premier temps, il permet d'investiguer la structuration des relations interpersonnelles en fonction de l'histoire individuelle des enfants et des professionnels et dans un deuxième temps d'apprécier quelles sont les stratégies d'attachement privilégiés actuellement pour les enfants et les professionnels en dégageant notamment les différents prototypes d'attachement. Les treize échelles apporteront une analyse fine sur l'histoire des expériences d'attachement et les relations d'attachement actuelles que les enfants sont susceptibles de partager avec les professionnels.

Cette analyse nous permet de préciser les prototypes d'attachement exprimés au sein de cette dynamique relationnelle actuelle sur une durée d'une année. Le Ca-mir a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 2, soit pour tous les enfants âgés de 14,5 ans au minimum afin d'apprécier l'organisation de la construction de leur prototype d'attachement une fois arrivés en famille d'accueil et d'observer son évolution d'expression un an après. Couplé aux mesures des styles et aux représentations d'attachement pour les enfants de ce groupe avec la construction des représentations des narratifs d'attachement pour le groupe 1 (CCH), il a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques de la complexité de l'appréciation de l'attachement, en fonction des âges, des populations et des outils d'évaluation. L'utilisation d'outils variés sur l'attachement sous-tendu par des sensibilités théoriques elles-mêmes différentes en fonction des perspectives privilégiées (l'approche psychosociale ou développementale de l'attachement) nous apparaît indispensable pour appréhender au mieux la complexité du phénomène psychologique étudié en termes de relation d'attachement entre les enfants et les professionnels.

Comme l'ensemble des instruments évaluant l'attachement, le Ca-mir a été introduit au sein de ce dispositif méthodologique uniquement au temps « T1 » pour les professionnels. En effet, nous considérons que les prototypes d'attachement mesurés par cet outil évolueront très faiblement sur une période aussi courte. Il permettra également d'apprécier le degré de correspondance avec l'expression d'attachement des enfants et comme pour ces derniers, il apportera une richesse de données supplémentaires pour mesurer la complexité de l'expression d'attachement chez l'adulte, ajouté aux styles d'attachement et aux représentations d'attachement, eux-mêmes mesurés uniquement au temps « T1 ». D'une manière générale, rappelons que l'axe d'analyse principal de cette recherche se concentre essentiellement sur les modifications éventuelles de l'état interne affectif de l'enfant entre son arrivé en famille d'accueil (« T1 ») et un an après (« T2 »).

4.5 L'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations

4.5.1 Présentation de l'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations (RQ)

4.5.1.1 *Description générale du RQ*

L'auto-questionnaire sur la Perception des Relations ou RQ a été inventé par Bartholomew et Horowitz (1991) et traduit par Lussier en 1992 (confère annexes 2 et 3). Il s'inscrit au sein de l'approche psycho-sociale de l'attachement (Guédeney & Guédeney, 2009). Son objectif est d'appréhender les styles d'attachement au sein des relations interpersonnelles de l'adulte. L'analyse des relations à autrui s'apprécie selon les conduites, les attentes et les sentiments de la personne interrogée. L'élaboration de cet auto-questionnaire est sous-tendue par deux enjeux essentiels à sa construction : un enjeu expérimental et un enjeu théorique (Reynaud, 2011).

L'enjeu expérimental concerne les variabilités interindividuelles de l'expression de l'attachement chez l'adulte mesurées en fonction du type d'outil utilisé (auto-questionnaires, entretiens). En effet, depuis les découvertes des styles d'attachement au sein des relations de couple (Hazan & Shaver, 1987), on a remarqué que le nombre de style d'attachement différait en fonction des outils d'évaluation créés. Ces différences de mesure ont alors conduit les auteurs à considérer l'attachement de manière catégorielle ou dimensionnelle, avec un nombre de style qui pouvait varier entre trois et quatre catégories (Hazan & Shaver, 1987 ; Main & Kaplan & Cassidy, 1985) ou entre deux et trois dimensions (Collins, & Read, 1990 ; Simpson & Rholes & Nelligan, 1992). Sur le plan de l'analyse catégorielle, les styles seraient considérés comme unique et exclusif aux autres (confère annexe 2). Sur le plan de l'analyse dimensionnelle, ils se manifesteraient tous mais à des niveaux d'intensité variable (confère annexe 3). Ces différences de mesures et d'appréciation ont conduit Griffin et Bartholomew (1994b) à réaliser une analyse factorielle de ses disparités (Hazan & Shaver, 1987 ; Simpson & *al.*, 1992 ; Guédeney & Guédeney, 2009 ; Reynaud, 2011). Celle-ci a permis de faire émerger deux dimensions : l'ambivalence et l'anxiété au niveau de l'attachement (modèle de soi) et l'évitement (modèle des autres). Par la suite, d'autres études factorielles ont confirmé la pertinence de regrouper les styles interpersonnels d'attachement reflétant les M.I.O. de soi et les M.I.O. des autres autour des facteurs d'anxiété d'attachement et d'évitement des relations (Brennan & Clark & Shaver, 1998 ; Ehrental & *al.*, 2009).

Sur le plan conceptuel et théorique, les auteurs rejoignent les travaux de Bowlby sur la représentation de l'attachement à l'âge adulte (Bretherton & *al.*, 1990 ; Bretherton, 1990, 1993 ; Bretherton & *al.*, 1998 ; Golse, 2004, 2005, 2006, 2010). Ils estiment que les modèles d'attachement chez l'adulte se manifestent à travers l'expression de leurs M.I.O. de soi et des autres, construits et intériorisés pendant l'enfance. Les M.I.O. sensibilisent ainsi le type d'attente que peuvent avoir les sujets au sein de leurs relations interpersonnelles actuelles. Selon Bowlby (1988), le modèle de soi correspondrait en quelque sorte à la construction de l'estime de soi et à la qualité de l'image (bonne ou mauvaise) renvoyée par la figure d'attachement (Reynaud, 2011).

En revanche, le modèle d'autrui correspondrait à la qualité de la confiance ou à la défiance des autres quant à leur disponibilité (Bowlby, 1984). En cela, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'ambivalence d'attachement se rattacheraient à l'expression de ces différents M.I.O. L'anxiété organiserait ainsi l'expression du modèle de soi à travers la crainte plus ou moins importante de ne pas se sentir suffisamment aimé par les autres. En ce qui concerne le modèle d'autrui, il se manifesterait à travers un évitement plus ou moins significatif des relations interpersonnelles actuelles. Dans ce cadre, les styles d'attachement représentent les M.I.O. les plus conscients qui s'actualisent au sein de ces situations interpersonnelles actuelles pour le sujet (relations sociales avec les pairs, professionnelles, amoureuses). L'agencement de ces modèles dans ses dimensions positives ou négatives conduit à la classification de l'attachement en quatre styles différents (Guédeney & Guédeney, 2009).

4.5.1.2 Les mesures d'évaluation du RQ : les styles d'attachement interpersonnel

Les mesures d'évaluation du RQ apprécient quatre styles d'attachement interpersonnel chez l'adolescent et chez l'adulte au regard des M.I.O. de soi et des M.I.O. des autres. Précisons que les styles d'attachement évalués par cet outil tout comme la construction des narratifs d'expérience d'attachement (CCH), les représentations d'attachement (l'Edicode) ou encore les stratégies d'attachement (le Ca-mir) ne s'arrêtent pas à la qualité stricte de la mesure de l'outil pour une personne. En cela, ils ne pourraient constituer une objectivation arrêtée d'un fonctionnement psychologique global (Granqvist & *al.*, 2017), ce qui irait à l'encontre des principes mêmes de la démarche éthique qui fonde la spécificité de la psychologie clinique (Lagache, 1949 ; Pédinielli & Bénony, 2001). Ils constituent avant tout des points de repérages clinico-théoriques sur le plan des relations interpersonnelles d'attachement à un temps donné

de l'histoire personnelle de chacun des sujets.

4.5.1.3 *Le mode de passation et le recueil des données du RQ*

Le RQ est utilisé ici dans sa version catégorielle et dimensionnelle. Le mode de passation de cet auto-questionnaire est organisé sur un recto-verso d'une même feuille. Sur le recto de la feuille se présente la dimension catégorielle du RQ : le sujet sélectionne une proposition exclusive parmi les quatre proposées (chaque description correspond à un style d'attachement) en fonction de ce qui lui semble le plus proche. Ici, l'auto-questionnaire évalue le style d'attachement interpersonnel sur un mode catégoriel exclusif aux autres. Sur le verso de la feuille de passation se présente la version dimensionnelle du RQ : le sujet apprécie chaque proposition en fonction de son degré d'accord ou de désaccord (sur une échelle de type Likert allant de 0 à 7). Les quatre propositions écrites sont rigoureusement identiques à la version catégorielle (que cela soit dans le contenu des affirmations que dans l'ordre des descriptions). L'auto-questionnaire appréhende chaque appréciation du sujet sur chaque type d'affirmation dans une approche dimensionnelle. Il suffira de recueillir pour chaque proposition les notes du sujet pour évaluer l'intensité de chaque style d'attachement.

4.5.1.4 *Qualités psychométriques du RQ*

Selon Scharfe et Bartholomew (1994), les quatre styles d'attachement donnent de bonnes qualités psychométriques de validité sur les coefficients de consistance interne, avec une variation établie entre 0,49 et 0,71. Relevons ainsi successivement 0,71 pour le style sécure, 0,64 pour le style craintif, 0,59 pour le style préoccupé et 0,49 pour le style évitant détaché. Ces quatre styles répondent à la combinaison des deux dimensions autour des mesures d'attachement qui ne peuvent être liées entre l'évitement (M.I.O. des autres) et l'anxiété (M.I.O. de soi). Pour s'assurer de ces distinctions entre le M.I.O. de soi et le M.I.O. des autres, Bartholomew et Horowitz (1991) ont procédé à différentes corrélations. En ce qui concerne la validité du rapport des styles au M.I.O. de soi, ils ont ainsi corrélié les quatre styles d'attachement avec la notion « positif de soi » rattaché au concept « d'estime de soi ». Les résultats indiquent une corrélation positive significative pour les styles évitant-détachés ($r = 0,52, p < .001$) et sécures ($r = 0,41, p < .001$) avec une corrélation négative significative pour les styles craintifs ($r = -0,70, p < .001$) et préoccupés ($r = -0,33, p < .001$). En ce qui concerne la validité du rapport des styles au M.I.O. des autres, on observe une corrélation positive

significative vis-à-vis des orientations interpersonnelles ($r = .93$) (Griffin & Bartholomew, 1994). Ces données confirment la validité de cet auto-questionnaire et sa force d'opérationnalisation avec le modèle théorique établi, sur la vraisemblance de la construction des quatre styles d'attachement (Reynaud, 2011).

Selon Scharfe et Bartholomew (1994), les quatre styles d'attachement présentent de bonnes qualités psychométriques de fidélité test-retest en termes de stabilité temporelle sur une période de huit mois, avec 56% de continuité de mesures pour les hommes et 63% pour les femmes. Notons que les auteurs relèvent que c'est le style sécure qui démontre la stabilité la plus robuste à travers le temps avec 61% des hommes et 71% des femmes qui formulent le même choix.

4.5.2 Justification de l'auto-questionnaire de Perceptions Des Relations

Nous justifions l'utilisation du RQ dans la recherche afin d'investiguer les pensées, les ressentis, les attitudes et les attentes des personnes rencontrées sur la perception de leurs relations interpersonnelles actuelles (Reynaud, 2011). Cette analyse nous permettra de préciser le type d'attachement exprimé au sein de l'étude de la dynamique relationnelle interactive et dynamique étudiée entre les enfants placés en famille d'accueil avec les professionnels qui interagissent avec eux sur une durée d'une année. Il a été utilisé de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 2 enfants, soit pour tous les enfants âgés de 14,5 ans au minimum afin d'apprécier l'organisation de leur style d'attachement une fois arrivé en famille d'accueil et d'observer son évolution d'expression un an après.

Couplé aux mesures des stratégies et aux représentations d'attachement pour les enfants de ce groupe avec la construction des représentations des narratifs d'attachement pour les enfants du groupe 1 (CCH), il a pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques liées à l'âge des enfants. L'utilisation d'outils variés sur l'attachement sous-tendu par des sensibilités théoriques elles-mêmes différentes nous apparaissent indispensables pour appréhender au mieux l'étude de la dynamique relationnelle qui nous intéresse. A l'instar des autres instruments évaluant l'attachement qui abordent la question de l'évaluation de l'attachement, le RQ a été introduit au sein du dispositif méthodologique de la recherche uniquement au temps « T1 » pour les professionnels. Il permettra d'apprécier le degré de correspondance avec l'expression d'attachement des enfants et comme pour les enfants, il apportera une richesse de données supplémentaires pour mesurer la complexité de l'expression

d'attachement chez l'adulte.

4.6 Les épreuves projectives de Dessin

4.6.1 Présentation des épreuves projectives du dessin

L'utilisation du dessin comme méthode d'investigation et épreuve de médiation avec l'enfant dépasse l'activité motrice stricte. L'intentionnalité déployée par l'enfant comme acte créateur et unique ne se réduit pas strictement à l'objet lui-même : le dessin comporte une dimension symbolique et projective. Celles-ci s'inscrivent dans des processus narratifs et d'élaboration qui vont de la préparation du dessin par l'enfant, à l'anticipation du projet du dessin pour aller vers sa réalisation en tant que telle, recouvrant un ensemble d'événements pulsionnels, de ressentis et d'émotions suscitées par l'acte jusqu'à la contemplation de la création une fois terminée (Vinay, 2007).

4.6.1.1 Les visées signifiantes du dessin

Selon Vinay (2007), l'épreuve du dessin en entretien clinique avec l'enfant comporte trois visées signifiantes. Tout d'abord, l'auteur précise que « dessiner fait trace d'une part intime de l'enfant » : le rapport de l'acte à l'objet médiateur inscrit l'enfant dans l'expression de sa propre existence dans une dimension projective (Vinay, 2011, 7). Le dessin se présente ainsi comme une « empreinte qui fait trace » dans une situation ou une histoire donnée.

Ensuite, « dessiner fait langage entre l'objet, l'auteur et l'observateur » : le dessin construit une première représentation de ce que l'enfant pense et imagine de lui-même tout en traduisant ce qu'il ressent au moment de sa réalisation (Vinay, 2011, 7). Le dessin constitue donc une voie d'expression précieuse pour le sujet dans laquelle il est possible d'exprimer et de mettre en scène ses conflits, ses angoisses, ses peurs ou ses satisfactions.

Enfin, « dessiner fait grandir » : la réalisation de l'acte du dessin par l'appropriation (motrice et cognitive) progressive de la maîtrise du geste engendre une prise de conscience par l'enfant à la fois de son pouvoir de création et en même temps de ses limites, notamment dans ses tentatives de représentation de ses désirs (Vinay, 2011, 7). Le dessin convoque la dimension de toute-puissance de la maîtrise personnelle autant que la dimension de la destruction des matières (à travers les supports, les traits et les crayons).

4.6.1.2 *Les fonctions essentielles du dessin*

En plus de ces objectifs, le dessin en entretien clinique avec l'enfant comporte trois fonctions essentielles (Brun & Chouvier, 2010). Sa première fonction est l'expressivité : elle constitue l'objectif principal de la création graphique. L'expressivité consiste à « mettre au dehors, par projection hors de soi, ce qui ne peut plus être contenu au-dedans » dans une visée essentiellement cathartique (Brun & Chouvier, 2010, 103). L'expressivité s'inscrit au sein de la « décharge pulsionnelle anale », dans le sens qu'elle donne lieu à la « symbolisation et la sublimation de données brutes de l'analité » à travers l'éprouvé des contraintes surmoïques (les limites et règles imposées par la production graphique).

Ensuite, le dessin comporte une fonction de « signifiante » : il manifeste un message porteur de sens psychique. En cela, chaque élément graphique composant le dessin est relié à un investissement affectif aux significations multiples qui nécessitent un travail de traduction. Précisons que le rapport de signifiante porte sur l'enfant qui est l'unique personne à pouvoir valider les interprétations possibles données sur les différents éléments constitutifs de son dessin. C'est pourquoi un entretien semi-structuré sur la réalisation du dessin se réalise systématiquement pendant ou après chaque réalisation graphique.

Enfin, le dessin comporte une fonction relationnelle, inscrit au sein de la rencontre intersubjective (Roman, 2014). En effet, le dessin est toujours destiné à une personne, que cela soit ses parents de naissance, son assistante familiale, son référent ou n'importe quel individu de son environnement affectif immédiat. La dynamique transférentielle peut s'exprimer à ce niveau de contenu et de forme. Ainsi, le sens profond du dessin se manifeste dans les processus projectifs que l'enfant porte sur le clinicien. Quel que soit le type de dessin utilisé, il invite avant tout l'enfant à « jouer avec la trace », trace reliée au travail de subjectivation à travers l'expression des processus de séparation-individuation (Haag, 1990). Dans cette recherche, nous avons choisi d'utiliser deux épreuves de dessins différents : le dessin libre et le dessin à consigne (dessin de la famille imaginaire).

4.6.2 Description du dessin libre

4.6.2.1 *Présentation générale du dessin libre*

Le dessin libre acquiert sa dimension projective à partir du moment que le clinicien invite l'enfant à dessiner ce qu'il souhaite, ce qui lui passe par la tête (selon les mêmes postulats cliniques que ceux répondants à la règle fondamentale nécessaire au développement de l'association libre). Cette absence de consigne permet à l'enfant de déployer la réalisation d'un ensemble de représentations sans être orienté par la relation transférentielle dans son rapport au cadre, ici suggéré par la consigne (Quinodoz, 2004 ; Vinay, 2007 ; Roman, 2014). Moins la consigne sera restreinte, plus elle favorisera la manifestation des motivations inconscientes de l'enfant. Il pourra alors investir l'espace projectif ouvert mais délimité de la feuille blanche. Cet espace s'organise selon un arrière-plan absent (absence de trace ou absence de figuration perceptive), propice à la mise en œuvre d'un type de scénarisation qui sous-tendra une création graphique autour de la dialectique située entre le fond et la forme (Roman, 2014). Cette épreuve de dessin libre implique donc un travail narcissique et identitaire avec l'émergence possible de figures identificatoires, complexifiant le travail d'interprétation.

La production de l'enfant ne se contraint donc pas à un travail d'imitation ou de répétition par la copie, il a la possibilité de laisser agir les représentations de son monde interne, la dynamique d'expression de ses affects actuels. Les premières manifestations transférentielles peuvent aussi se déployer dans la séduction que l'enfant pourra avoir envie d'exprimer sur son plaisir de faire, en présence du clinicien, dans un processus de partage de sa réalisation, se rendant progressivement compte de ce qu'il souhaite communiquer au moment même de cette création (Vinay, 2007). Le destinataire du dessin libre est fondamental à accompagner dans les processus d'élaboration de l'enfant afin de l'encourager à aller au bout de cette logique associative de liberté sans contrainte : l'enfant dessine ce qu'il veut tout en décidant à qui il veut l'adresser. Le respect de ces principes associatifs fournit des indications cliniques fondamentales sur la symbolique portée au destinataire réel ou imaginaire du dessin.

4.6.2.2 *Le dessin libre en fonction des âges*

Le dessin libre permet de récolter des informations cognitivo-perceptives et affectives de l'enfant. En fonction des âges de l'enfant, le rapport dialectique entre la forme (à travers l'évolution des maîtrises motrices et cognitives de la tâche, qui sont fonctions de l'âge des

enfants) et le fond (à travers l'expression de certains tracés porteurs de sens psychique, indépendamment de l'âge de l'enfant) se met en tension selon des niveaux différents de représentations (Vinay, 2007). Nous décrivons ici uniquement les dessins qui concernent les âges des enfants participants à la recherche : soit la période anale (à partir de 2 ans), phallique (à partir de 3 ans), œdipienne (à partir de 3 ans) et de latence (à partir de 5 ans). Nous ferons une synthèse des lectures psychodynamiques du dessin à ces périodes développementales mais ne traiterons pas strictement l'évolution des activités graphomotrices liées à la maturation intellectuelle et cognitive de l'enfant, sans pour autant évidemment exclure cette variable dans notre travail d'analyse.

- La période anale : le dessin est avant tout considéré comme une réponse immédiate à une nécessité de mouvement, comme la manifestation d'un « rythme vital » (Vinay, 2007). Progressivement le geste deviendra de plus en plus intentionnel pour aller vers un « gribouillage différencié » dans lesquels des formes commencent à se différencier et à se discriminer (Nguyên, 1989). Le gribouillis n'est ni tout espace ou tout objet, il préfigure l'un et l'autre (Stern, 1966). Deux types d'analité se distinguent dans cette période : l'agression et la soumission. L'agression se concentre sur l'expression de l'affect représenté par la tonalité sensorielle du mouvement (l'épaisseur des traits, l'intensité, la rapidité d'exécution du mouvement avec les bruits associés). L'enfant peut alors manifester des attitudes d'opposition traduisant des problématiques d'agression autour du complexe fraternel ou encore d'un sentiment de frustration exprimé par la curiosité sur son désir d'exploration du monde externe, limité par les premières expériences de sa finitude existentielle. La soumission s'exprime plus par les représentations de concept et d'intellect que la décharge corporelle. Le dessin montre des premiers éléments de maîtrise et de désirabilité sociale. L'enfant souhaite ainsi plaire à l'examineur, témoignant d'un besoin d'identification et de recherche de plaisir par la gratification attendue (Vinay, 2007).

- La période phallique : on observe tout d'abord que la trace introduite est teintée d'une forme d'agressivité soit par l'utilisation excessive de couleurs très vives (comme l'utilisation du rouge) soit par les espaces de blanc laissés sur la feuille, renvoyant à la notion de vide. Une fois ce processus transitoire passé, l'enfant manifeste sa curiosité pour autrui et le monde qui l'entoure, avec des constructions graphiques plus conventionnelles et stéréotypées : les ronds sont mieux définis et davantage fermés, symbolisant les premières acquisitions du « Je » (Weismann-Arcache, 2001). Pendant cette période, l'enfant différencie progressivement les

deux sexes, et secondarise de plus en plus ses représentations en se dégageant des contraintes de rétention-possession et du domaine de l'agir, pour aller vers la curiosité et le plaisir de partir à la découverte de ses possibilités de penser (Vinay, 2007).

- La période œdipienne : les représentations animales et humaines se précisent dans le dessin et sont davantage tournées vers des enjeux relationnels et affectifs. Tout d'abord, l'enfant représente dans ses dessins la phase de séduction œdipienne avec ses figures parentales par la réalisation d'un amour tendre et aimant (comme par exemple la représentation de fleurs ou de petits cœurs). Les représentations sont édulcorées par rapport à l'objet réel car l'enfant symbolise toujours ses propres représentations. Ensuite, l'enfant va se séparer psychiquement et symboliquement de ses imagos parentaux pour s'identifier à sa propre force de subjectivation. L'espace projectif ouvre la voie de l'ego triomphant et du narcissisme secondaire (le dessin est alors marqué par la grandeur des maisons de type forteresse ou par des imposantes bâtisses). Ensuite, l'enfant rentre progressivement dans la période de latence. Il représentera des objets plus apaisants, témoins de l'acceptation de son identité personnelle, avec le choix de sa personnalité, de son sexe et des scénarisations autour de la vie quotidienne. Les représentations sont davantage stéréotypées et attendues, la résolution œdipienne se traduisant au moment de la période pubertaire (Vinay, 2007).

- La période de latence : aux alentours de sept ans, les pulsions sexuelles et libidinales semblent s'atténuer et s'érotiser au sein d'une organisation névrotique de plus en plus intégrée. L'enfant rentre dans un travail de construction psychique dans lequel le Moi se structure progressivement. La phase du sentiment de la forme ou des étapes de perspective de la création se produisent. L'aspect schématique du graphisme tend à s'estomper pour aller vers des symbolisations plus réalistes et conformes au réel. Au fur et à mesure, l'enfant cherche à représenter le plus fidèlement possible la forme et le contour des objets de son environnement. Les productions graphiques deviennent de plus en plus rigides et s'organisent selon des axes symétriques austères, perdant la souplesse de la démarche créatrice (Vinay, 2007).

4.6.2.3 Les critères fondamentaux d'analyses du dessin libre

La lecture clinique du dessin libre s'opère selon le contexte de réalisation et d'émergence du dessin ainsi que son élaboration. L'étude clinique se fonde donc sur l'analyse des processus psychiques de l'enfant engagé sur la voie représentative de sa subjectivation, conformément à toute démarche clinique en psychopathologie de l'enfant (Roman, 2014). Au préalable du

travail interprétatif, la lecture clinique du dessin s'effectue en prenant en compte les caractéristiques affectives du sujet et les caractéristiques physiologiques du dessin.

- Les caractéristiques affectives du sujet : elles concernent le tempérament de l'auteur du dessin qui s'exprime et s'observe cliniquement à travers l'intensité d'appui des crayons ou feutres utilisés, l'utilisation de couleurs, le type de mouvement du dessin et la direction des tracées ou encore la gestion de l'espace de la feuille blanche. Cela concerne le rapport de l'enfant à l'angoisse du vide suscitée par la feuille blanche et la manière dont il va investir cet espace blanc en essayant de le sécuriser afin de permettre l'expression de son monde interne. Plus précisément, dix aspects des processus de la construction graphique sont à relever et à analyser : l'orientation générale de la création (en haut ou en bas, à gauche ou à droite), la mise en page (la manière dont les éléments du dessin sont ordonnés), le cadre (présence ou absence de marge), la prise d'appui réel (positionnement sur la feuille), les dimensions et les proportions (inhibition ou exacerbation des tracées), les formes dessinées (croisées, symétriques, etc.), le positionnement projectif de l'enfant dans le dessin (si l'enfant s'inclue ou s'exclue dans la production), ce qui fait le lien (par exemple l'existence d'interaction entre les personnages du dessin), l'ensemble du dynamisme (monde animé, non animé, végétal, animal, etc.) et les couleurs utilisées ainsi que les pressions du trait et des reliefs du dessin (Vinay, 2007).

- Les caractéristiques physiologiques du dessin peuvent répondre à la définition que propose Fernandez (2008). On relève ainsi l'appui et l'épaisseur du tracé, la netteté, la droiture du tracé, la rapidité, la légèreté ou encore si le trait est pâteux, courbé et lent.

4.6.2.4 Les principes d'interprétation

Les principes d'interprétation ne peuvent se réaliser sans prendre en considération les aspects anamnestiques de l'enfant avant d'étudier plus précisément la clinique de la passation (le rapport de l'enfant à l'objet projectif, l'ordre d'apparition des éléments dessinés, les émotions exprimées en fonction de la production d'éléments). Les éléments analysés sont bien entendus non généralisables au fonctionnement psychologique global de l'enfant, et doivent être réinscrits au sein d'une œuvre intime unique, sans réduire l'enfant à sa production.

En ce qui concerne le dessin libre, quatre dimensions sont prises en considération dans l'analyse clinique du dessin (Vinay, 2007). Tout d'abord, on remarque la dimension de l'expression de soi qui tend à traduire les états émotionnels suscités pendant la clinique la

passation, l'utilisation des couleurs, le rapport à l'espace et au vide ainsi que les caractéristiques des formes et des traits. Ensuite, on s'attachera à appréhender la narration de soi proposé par l'enfant, à travers l'étude des thématiques et des symboles mis en scène par l'imaginaire de l'enfant. Après, on appréciera la dimension de la projection de soi du dessin, autrement dit, la façon que l'enfant aura de représenter son monde interne à travers le prisme du miroir grossissant ou énigmatique du dessin. Enfin, on s'attardera sur la dimension de l'association dans laquelle est conjuguée l'expression émotionnelle avec la dynamique narrative et projective du dessin.

4.6.3 Description du dessin de famille

4.6.3.1 *Présentation générale du dessin de famille*

Le dessin de famille a été créé par Corman en 1961. L'objectif de ce type de dessin est d'appréhender les affects relationnels exprimés en lien avec l'environnement familial de l'enfant, en s'appuyant sur les processus psychiques associés à la dynamique de la projection. La passation se réalise en demandant à l'enfant de dessiner une « famille imaginaire, une famille que tu inventes ». Afin d'investiguer les éléments transférentiels de la relation entre l'enfant et les professionnels, il a été proposé aux enfants d'inclure le référent ou l'assistant familial. Le matériel est composé d'une feuille blanche, d'un crayon de papier, des crayons de couleurs et des feutres. Pendant la clinique de la passation, toute attitude d'inhibition (pouvant refléter une dévalorisation et une estime de soi basse) à la réaction de la consigne ou pendant la production sera relevée. De même, les enfants qui montrent un souhait de répondre à la réussite de l'exercice dans un esprit de compétition sera apprécié, en précisant que le dessin ne sera pas noté comme une évaluation à l'école, autrement dit qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. L'observation clinique pendant la passation est essentielle, par exemple on relèvera si l'enfant repasse à plusieurs reprises sur le même trait du dessin, si on observe la présence de croix ou de cassure (ce qui peut être l'expression de conflits voire de symbolisation traumatique) ou encore toutes les manifestations émotionnelles exprimées pendant la création comme les soupirs, les arrêts brutaux de production, les inspirations ou expirations (Vinay, 2007). Une fois la réalisation terminée, un entretien semi-structuré est ensuite proposé à l'enfant.

Dans un premier temps, il est demandé à l'enfant s'il est satisfait de son dessin, ce qui peut fournir des indications sur son degré d'appréciation subjective et sur l'affirmation ou sa dévalorisation de soi (Vinay, 2007). Ensuite, on demande si l'enfant souhaiterait ajouter ou supprimer des éléments de son dessin s'il en avait la possibilité. Après, on propose à l'enfant de raconter l'histoire de cette famille imaginaire : « où est-ce qu'ils sont, qu'est-ce qu'ils font ? ». De plus, on s'attachera à ce que l'enfant identifie les personnages en commençant par le premier en demandant ce qu'il fait, son rôle, sa relation avec les autres personnages et son âge. Corman (1961) précise que six questions doivent être automatiquement posées à l'enfant : « quel est le personnage le plus gentil dans cette famille ? Le moins gentil ? Le plus heureux ? Le moins heureux, », en demandant à chaque fois au sujet de se justifier en précisant « pourquoi » ou « qu'est-ce qui fait que ? », le tout en fonction de l'âge des enfants. « Quel est le personnage préféré de la famille ? ». Si l'enfant est un des personnages, lequel serait-il ? (Corman, 1961). D'autres questions peuvent être posées en fonction de la dynamique clinique de la passation et de l'entretien. Des hypothèses peuvent ainsi se formuler sur les différences entre la famille imaginaire de l'enfant avec sa famille réelle.

4.6.3.2 *L'analyse du dessin de famille*

L'interprétation du dessin de famille se réalise selon l'analyse des processus d'identifications. Dans ce cadre, les processus des identifications sont compris comme une « attitude cognitivo-affective, en ce sens qu'elle nécessite un travail dans l'établissement d'une relation symbolique ou réelle à autrui » (Vinay, 2007, 72). La démarche d'interprétation du dessin de famille en fonction des processus d'identification s'effectue en prenant en compte six aspects du dessin. On analysera tout d'abord le personnage principal et sur la manière dont il est mis en valeur dans le dessin (à travers son positionnement, sa dimension, le soin apporté à sa réalisation et sa vitesse de production tout comme l'étude de la position centralisée du personnage).

On remarquera ensuite tous les indices de dévalorisation (inhibition, déni névrotique, évitement, les omissions, etc.). Après, on notera les mécanismes de surajout (lorsqu'un personnage est ajouté sans aucune correspondance avec la réalité familiale) et le déplacement des personnages, pour ensuite noter la représentation des liens entre les personnages. Ensuite, on relèvera les interactions et distances entre les personnages pour aller vers les différents niveaux d'identification. De plus, une analyse pourra s'effectuer pour les dessins de famille des

enfants inscrits au centre de la problématique de placement familial avec l'appréciation de la double appartenance et le conflit de loyauté entre la famille de naissance et la famille d'accueil. Des aspects concernant l'enfant victime de violence psychologique, physique et/ou sexuelle pourront aussi être relevés (Royer, 2001 ; Berger, 2003 ; Cognet, 2011).

4.6.4 Justification des épreuves des dessins dans la recherche

Nous utilisons les épreuves du dessin car ils constituent la principale méthode clinique qualitative d'investigation psychologique pour les enfants âgés de 2,5 ans à 12 ans. La dimension qualitative de l'utilisation de cet objet projectif tiers médiateur au sein des entretiens cliniques avec les enfants apporte une analyse clinique complémentaire aux limitations méthodologiques inhérentes au dispositif de la recherche dans sa dimension quantitative. Tout comme l'utilisation de l'entretien clinique semi-structuré, il permet d'approfondir l'analyse clinique en développant notamment des questions qui ne pourraient être abordées par le dispositif méthodologique de recherche, et particulièrement ici en termes d'appréhension transférentielle de l'enfant au sein de ces relations institutionnelles avec les différents professionnels (assistants familiaux et référents). Du point de vue de l'intersubjectivité, l'utilisation des épreuves du dessin offre un niveau de compréhension indispensable sur le sens des événements psychologiques observés et constitue l'outil principal de médiation pour investiguer les problématiques psychologiques de l'enfant dans un cadre d'entretien clinique.

Au-delà de cet apport clinique, l'utilisation du dessin libre nous permet de développer une analyse clinique approfondie essentielle sur la dynamique relationnelle interactive qui nous intéresse ici entre les enfants confiés en famille d'accueil avec différents professionnels. Il permet d'apporter des éléments cliniques sur la situation intersubjective étudiée en termes d'investissement transférentiel au regard de la problématique familiale de placement des enfants. En ce qui concerne le dessin de famille, il offre la possibilité d'investiguer les affects relationnels en lien avec l'environnement familial de l'enfant en se fondant sur les processus psychiques associés à la dynamique de la projection. Dans ce cadre d'analyse, le dessin de famille permet de refléter l'attachement de l'enfant (qu'il soit sécurisé, hyperactif ou inhibé) en captant l'expression des modèles internes opérants (Corman, 1961 ; Vinay, 2007).

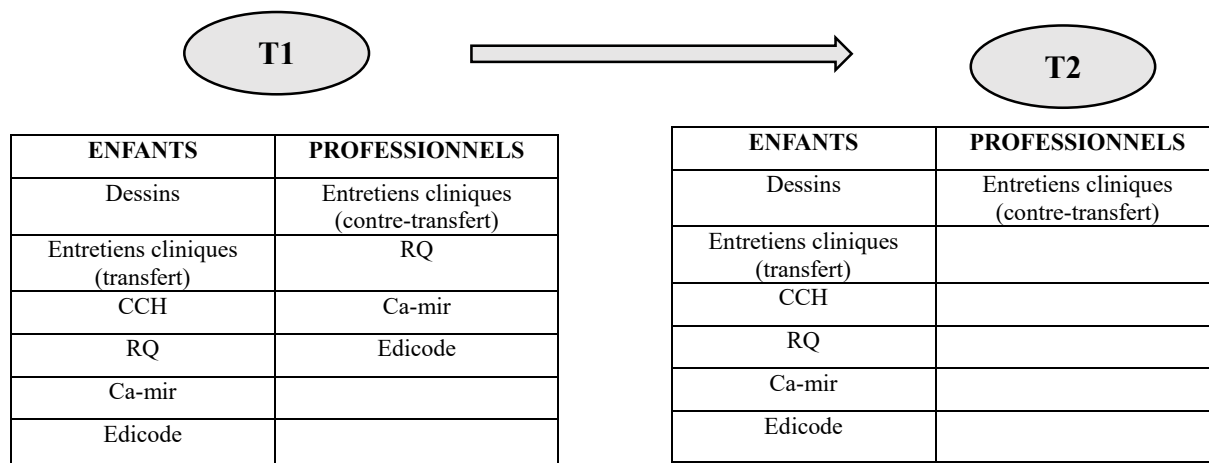
Les épreuves du dessin avec les enfants ont été utilisées de manière longitudinale au temps « T1 » et « T2 » pour le groupe 1 enfants, soit pour tous les enfants âgés de 2,5 ans au

minimum afin d'apprécier l'évolution de leur dynamique transférentielle une fois arrivée en famille d'accueil et d'observer son évolution d'expression sur cette même période. Avec l'association des narratifs d'attachement (CCH) pour les enfants du groupe 1, des mesures des représentations d'attachement (Edicode), des styles (RQ), des processus et stratégies d'attachement (Ca-mir) et de l'entretien clinique semi-structuré sur le transfert pour les adolescents du groupe 2, les épreuves du dessin ont pour objectif de répondre aux contraintes méthodologiques rencontrées sur la complexité de l'appréciation de l'étude de la dynamique relationnelle entre les adolescents et les professionnels. L'utilisation d'outils variés fondée sur une analyse complémentariste en faisant appel à différents modèles de compréhension psychologique sur l'étude des relations institutionnelles à des niveaux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques, nous apparaît une nouvelle fois indispensable pour répondre à la problématique de la recherche.

4.7 Synthèse des outils de la recherche en fonction des mesures et des populations étudiées

Nous présenterons dans cette partie une synthèse des outils utilisés dans cette recherche en fonction des mesures longitudinales et des différents types de population étudiée afin de mieux appréhender notre dispositif méthodologique opérationnalisé à l'analyse de la thématique de recherche. Nous évoquerons dans un premier temps une synthèse des mesures longitudinales en fonction des outils d'évaluation pour aller vers une synthèse des instruments de mesure par population. Nous utilisons une représentation schématique (figure 3) pour présenter ce travail de synthèse, ainsi que deux tableaux de données (tableau 8 et 9) pour les enfants (pour le groupe 1 et 2) et deux tableaux de données (tableau 10 et 11) pour les professionnels (pour les assistants familiaux et les référents).

Figure 3 : Représentation schématique de la synthèse des outils de la recherche en fonction des mesures longitudinales par population.



→ **Du côté des enfants :**

Tableau 8 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour tous les enfants du groupe 1 en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation.

SUJETS / OUTILS	T1		T2	
	Dessins	CCH	Dessins	CCH
S1	X ⁴⁵	X	X	X
S2	X	X	Retour domicile	
S3	X ⁴⁶	X	Refus de la consigne <small>47</small>	X
S4	X	X	X	X
S5	X	X	Retour domicile	
S6	X	X	X	X
S7	X	X	X	X

⁴⁵ Le sujet 1 a réalisé uniquement l'épreuve du dessin libre, montrant des signes de mal être trop conséquents pour aborder l'épreuve du dessin de famille avec la famille d'accueil et avec le référent.

⁴⁶ Le sujet 3 a réalisé uniquement l'épreuve du dessin libre, montrant des signes de mal être trop conséquents pour aborder l'épreuve du dessin de famille avec la famille d'accueil et avec le référent.

⁴⁷ Le sujet 3 a refusé la passation des épreuves de l'ensemble des dessins au temps « T2 ».

Tableau 9 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les adolescents du groupe 2 en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation.

SUJETS / OUTILS	T1				T2			
	Entretien (transfert)	RQ	Ca-mir	Edicode	Entretien (transfert)	RQ	Ca-mir	Edicode
S8	X	X	X	X	X	X	X	X
S9	X	X	X	X	X	X	X	X
S10	X	X	X	X	X	X	X	X

→ **Du côté des adultes professionnels :**

Tableau 10 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les professionnels du groupe des assistants familiaux en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation.

SUJETS / OUTILS	T1				T2	
	Entretien (contre-transfert)	RQ	Ca-mir	Edicode	Entretien (contre-transfert)	
AF1	X	X	X	X	X	
AF2	X	X	X	X	X	
AF3	X	X	X	X	X	
AF4	X	X	X	X	X	
AF5	X	X	X	X	X	
AF6	X	X	X	X	X	
AF7	X	X	X	X	X	
AF8	X	X	X	X	X	
AF9	X	X	X	X	X	
AF10	X	X	X	X	X	

Tableau 11 : Récapitulatif des outils d'évaluation réalisés pour les professionnels du groupe des référents en fonction des temps de mesure longitudinale et des outils d'évaluation.

SUJETS / OUTILS	T1				T2	
	Entretien (contre-transfert)	RQ	Ca-mir	Edicode	Entretien (contre-transfert)	
R1	X	X	X	X	X	
R2	X	X	X	X	X	
R3	X	X	X	X	Abandon	
R4	X	X	X	X	X	
R5	X	X	X	X	X	
R6	X	X	X	X	X	
R7	X	X	X	X	X	

5. PROCEDURE DE PASSATION

La procédure de passation diffère en fonction des enfants et des professionnels, et plus particulièrement pour les enfants en fonction de leur âge (avec une différence dans l'ordre de passation et la présentation des consignes entre le groupe 1 et le groupe 2). Pour cela, nous présentons la procédure de passation de cette étude par groupe pour les enfants pour ensuite exposer celle des professionnels.

5.1 L'ordre de passation

5.1.1 L'ordre de passation des enfants et des adolescents

Nous avons rencontré onze enfants (dont un abandon) âgés de 2,5 ans à 14,5 ans au moment du premier entretien. Après les autorisations administratives et judiciaires, et le consentement écrit des parents (confère annexe 1), chaque enfant a été rencontré individuellement en entretien clinique. Ces entretiens avaient pour objectif de présenter aux enfants (en tenant compte de leur âge) le métier de psychologue, la question de la recherche, le déroulement des entretiens avec une première présentation synthétique des outils. Tous les enfants ont été informés du consentement éclairé et écrit des parents. Pour les enfants du groupe 1, les entretiens de présentation se sont réalisés en présence de l'assistant familial. Pour les adolescents, une autorisation de consentement écrit leur a été proposée en plus de celle faite par les parents.

Sur les onze enfants et adolescents, une seule adolescente a refusé de participer, malgré son adhésion dans un premier temps et après la réalisation de deux entretiens. Au total, 44 entretiens ont été réalisés dont 12 entretiens de présentation sur le temps « T1 » et « T2 ».

5.1.1.1 L'ordre de passation pour les enfants du groupe 1

La procédure de passation s'est réalisée différemment en fonction des groupes des enfants. Pour le groupe 1 des enfants, il y a eu au total 27 entretiens cliniques dont 7 entretiens de présentation, d'une durée moyenne de 45 minutes. Autrement dit, chaque enfant a effectué un entretien de présentation, et deux entretiens de recherche par temps de mesure, c'est-à-dire deux entretiens cliniques de recherche au temps « T1 » et deux entretiens au temps « T2 », excepté pour les plus jeunes (de 2,5 ans à 4,5 ans, soit S1 et S3) qui ont réalisé pour la plupart un seul

entretien pour chaque temps de mesure.

→ **Au temps de mesure « T1 »** : les sujets les plus jeunes ont réalisé le dessin libre puis le CCH. Pour les autres enfants de ce groupe (âgés de 4,5 ans à 12 ans, soit S2, S4, S5, S6 et S7), l'ordre de passation a été le suivant : le dessin libre, le CCH et le dessin de famille avec l'assistante familiale au premier entretien, et le dessin libre et le dessin de famille avec le référent au deuxième entretien clinique.

- L'entretien clinique de présentation (« ECP ») a été réalisé pour des raisons éthiques et pour favoriser la relation clinique de confiance avec les enfants et adolescents (groupe 1 et 2). Ces entretiens se sont effectués en présence de l'assistante familiale pour les enfants les plus jeunes (S1 et S3).
- Le premier entretien clinique de recherche (« ECR1 ») à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (« T1 ») comporte :
 - Le dessin libre, proposé en premier lieu, afin de faciliter la dimension projective de cette épreuve et de favoriser la relation clinique de confiance en annonçant un cadre contenant et étayant.
 - Le dessin de famille avec l'assistante familiale a été proposé en dernier lieu pour les enfants les plus âgés de ce groupe (soit S2, S4, S5, S6 et S7), après la passation du CCH. En ce qui concerne les enfants les plus jeunes de ce groupe (S1 et S3), le dessin de famille n'a pas été initié. Ces derniers présentaient un mal être important et il a été apprécié sur le plan clinique que la problématique de placement et de séparation était encore trop sensible pour que ces jeunes enfants puissent se confronter à ce type de consigne et d'épreuve. La réalisation d'un entretien clinique supplémentaire aurait permis d'intégrer progressivement ce type d'épreuve en prenant en compte la temporalité psychique des enfants, mais les moyens matériels disponibles ne pouvaient malheureusement pas répondre aux contraintes de durée de passation et du nombre d'entretiens possibles de la réalisation de la recherche.

- Le deuxième entretien clinique de recherche (« ECR2 ») concerne seulement les enfants les plus âgés de ce groupe (soit S2, S4, S5, S6 et S7) et comporte de nouveau un dessin libre avant l'introduction du dessin de famille avec le référent. Notons que les enfants les plus jeunes de ce groupe (âgés de 2,5 à 4,5 ans, soit les sujets S1 et S3) n'ont pas réalisé un second entretien. Précisons qu'à l'issue de cet entretien, il est signifié à l'assistant familial en présence de l'enfant qu'il était possible de se rencontrer une nouvelle fois d'ici les entretiens de la mesure « T2 » (soit un an après). Notons que les assistants familiaux ne nous ont jamais contacté d'ici la phase d'évaluation « T2 ».

→ **Au temps de mesure « T2 »** la procédure de passation est identique au premier temps de la recherche concernant « l'ECR1 » et « l'ECR2 ». Un tableau récapitulatif présente la procédure de passation pour les adolescents du groupe 1 (tableau 12).

Tableau 12 : Récapitulatif de la procédure de passation des enfants confiés en famille d'accueil du groupe 1 en fonction des mesures longitudinales (« T1 » et « T2 »), des entretiens de présentation (« ECP »), du premier entretien clinique de recherche (« ECR1 ») et du deuxième entretien clinique de recherche (« ECR2 ») avec les outils correspondants.

Sujets (S) / Outils	T1						T2						
	ECP	ECR1			ECR2			ECR1			ECR2		
		Dessin libre	CCH	Dessin de famille avec l'assistante familiale	Dessin libre	Dessin de famille avec le référent	Dessin libre	CCH	Dessin de famille avec l'assistante familiale	Dessin libre	Dessin de famille avec le référent		
S1	X	X	X				X	X					
S2	X	X	X	X	X	X	Retour domicile						
S3	X	X	X				X	X					
S4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
S5	X	X	X	X	X	X	Retour domicile						
S6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
S7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

5.1.1.2 L'ordre de passation pour les enfants du groupe 2

Le groupe 2 correspond aux adolescents âgés de 14,5 ans à 15 ans au moment du premier entretien soit les sujets S8, S9 et S10. Ici, nous utilisons des outils d'évaluation différents du groupe 1 et adaptés à leur âge. Au total, nous comptons 15 entretiens cliniques dont 5 entretiens de présentation (avec un abandon) d'une durée moyenne d'une heure. Autrement dit, chaque

adolescent a effectué un entretien de présentation (« ECP »), et deux entretiens de recherche (« ECR1 » et « ECR2 ») pour chaque temps de mesure « T1 » et « T2 ». L'ECR1 comporte la passation du RQ puis du Ca-mir pour terminer par l'entretien sur le transfert avec l'assistante familiale. L'ECR2 correspond à la passation de l'entretien sur le transfert avec le référent puis celle de l'Edicode.

→ **Au temps de mesure « T1 »** : la procédure de passation pour les enfants de ce groupe est de réaliser un entretien de présentation, et deux entretiens cliniques de recherche.

- L'entretien clinique de présentation (« ECP ») est réalisé pour des raisons éthiques et afin de favoriser la relation clinique de confiance pour tous les adolescents. En plus du recueil du consentement des parents de naissance, il est proposé aux adolescents de signer une autorisation de consentement ce qui valorise notamment l'importance de leur engagement dans le protocole de recherche. Ce document est ramené systématiquement signé à l'entretien de recherche suivant. L'ECP permet également de présenter aux sujets le métier de psychologue et de chercheur ainsi que la thématique et le déroulement de la recherche en informant de manière brève des outils utilisés.
- Le premier entretien clinique de recherche (« ECR1 ») au temps « T1 » se déroule selon l'ordre suivant :
 - Le RQ a été utilisé en premier car il ne convoque pas directement les relations et histoires familiales passées. Abordant avant tout les relations d'attachement interpersonnelles actuelles, il semble ainsi favoriser la relation de confiance clinique dans l'ici et maintenant.
 - Le Ca-mir introduit ensuite les questions relatives à l'histoire familiale passée et présente du sujet. Jugé plus délicat émotionnellement, nous nous rendons disponibles et à côté de lui pour soutenir la passation si besoin.
 - L'entretien semi-structuré sur le transfert avec l'assistante familiale est abordé en dernier lieu avec la possibilité de prendre un temps spécifique pour revenir sur ce qui a été réalisé et évoqué durant ce premier entretien. La dimension contenante du cadre permet de clôturer la rencontre de manière à privilégier une relation clinique de confiance.

- Le deuxième entretien clinique de recherche (« ECR2 ») au temps « T1 » se déroule de la manière suivante :
 - L'entretien semi-structuré sur le transfert avec le référent.
 - L'Edicode a ensuite été proposé pour terminer la rencontre clinique avec une proposition de contact systématique à l'issue de ces trois premiers entretiens. Tous comme les enfants du groupe 1, il a été signifié la possibilité de se rencontrer une nouvelle fois d'ici les entretiens de la mesure « T2 » (soit un an après), au cas où il y aurait des questions ou associations qui émergeraient, suite à ces trois premiers entretiens et que nous restions entièrement disponibles si besoin. Dans ce cadre, nous avons transmis le numéro de téléphone du bureau Aide Sociale à l'enfance directement à l'adolescent et avec son accord, nous avons de nouveau présenter cette proposition à l'issue de l'entretien en présence de l'assistant familial. Précisons que ni les adolescents ni les assistants familiaux nous ont contacté d'ici la phase d'évaluation « T2 » un an après.

→ **Au temps de mesure « T2 »** : la procédure de passation est identique au premier temps de la recherche concernant « l'ECR1 » et « l'ECR2 ». Un tableau récapitulatif présente la procédure de passation pour les adolescents du groupe 2 (tableau 13).

Tableau 13 : Récapitulatif de la procédure de passation de l'ECP, l'ECR1 et l'ECR2 aux deux temps de mesure « T1 » et « T2 » chez les adolescents du groupe 2.

	T1						T2				
	ECP	ECR1			ECR2		ECR1			ECR2	
Sujets (S) / Outils		RQ	Ca-mir	Entretien sur le transfert avec l'assistant familial	Entretien sur le transfert avec le référent	Edicode	RQ	Ca-mir	Entretien sur le transfert avec l'assistant familial	Entretien sur le transfert avec le référent	Edicode
S8	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
S9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
S10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
S11	X	Abandon									

5.1.2 L'ordre de passation des professionnels (assistants familiaux et référents)

La procédure de passation est identique pour chacun des deux groupes de professionnels (assistants familiaux et référents). Nous comptons 81 entretiens pour cette population d'une durée moyenne d'une heure et trente minutes. Plus précisément, 50 entretiens cliniques ont été effectués avec les assistants familiaux dont 11 entretiens de présentation et 31 entretiens cliniques avec les référents dont 11 de présentation. Les professionnels ont passé en moyenne 4 entretiens entre les mesures « T1 » et « T2 », excepté deux professionnels qui ont passé respectivement 7 entretiens (AF2) et 8 entretiens (AF4) au total. Cinq sujets ont abandonné au cours de la recherche.

Un entretien clinique individuel a tout d'abord été proposé pour chaque professionnel avant la rencontre des enfants afin de présenter l'origine de la recherche et sa thématique, le déroulement de l'étude (avec une brève présentation des outils), et le document d'autorisation pour un consentement oral et écrit éclairés, qui a été ramené lors du second entretien, condition préalable à la participation de l'étude. Ensuite, l'ordre de passation a été le suivant pour tous les professionnels : deux entretiens cliniques de recherche (« ECR1 » et « ECR2 ») au sein de l'évaluation « T1 » et un entretien clinique de recherche (« ECR1 ») au sein de l'évaluation « T2 ». Pendant le premier entretien clinique de recherche, les professionnels ont passé successivement le RQ, le Camir et la moitié de l'entretien semi-structuré sur le contre-transfert. Au moment du second entretien de recherche, les professionnels ont réalisé la passation de la suite de l'entretien sur le contre-transfert puis l'Edicode. En ce qui concerne les mesures du temps « T2 », un seul entretien clinique de recherche a été proposé pour appréhender l'évolution d'expression des mouvements de type contre-transférentiel à l'égard des enfants.

→ **Au temps « T1 »** : la procédure de passation a été la suivante : un entretien clinique de présentation, et au minimum deux entretiens cliniques de recherche.

- L'entretien clinique de présentation (« ECP ») a été réalisé pour des raisons éthiques afin de prendre le temps nécessaire pour expliquer ce travail de recherche et dans l'objectif de favoriser une dynamique d'alliance thérapeutique avec les professionnels.

- Le premier entretien clinique de recherche (« ECR1 ») au temps « T1 » s'est déroulé selon la progression suivante :
 - Le RQ est utilisé en premier lieu car il ne convoque pas directement les relations et histoires familiales passées plus chargées émotionnellement mais aborde les relations interpersonnelles d'attachement actuelles, ce qui nous semble favoriser davantage la relation de confiance clinique dans l'ici et maintenant.
 - Le Ca-mir introduit ensuite l'histoire familiale passée et présente du professionnel en restant attentif et disponible pour soutenir cette passation si besoin.
 - L'entretien semi-structuré sur le contre-transfert du professionnel, abordé en dernier lieu se conclue sur la possibilité de prendre un temps spécifique pour revenir sur ce qui a été évoqué et réalisé tout au long de cet entretien, favorisant ainsi une relation clinique de confiance.

- Le deuxième entretien clinique de recherche (« ECR2 ») au temps « T1 » se déroule ainsi :
 - L'entretien semi-structuré sur le contre-transfert du professionnel,
 - L'Edicode qui se termine par une proposition de contact possible avant le deuxième temps d'évaluation à « T2 ».

→ **Au temps de mesure « T2 »** : la procédure de passation s'est concentrée sur un seul entretien clinique de recherche avec l'objectif d'appréhender l'évolution de l'expression des mouvements de type contre-transférentiel du côté des professionnels.

Pour conclure, nous présentons deux tableaux récapitulatifs (tableau 14 et 15) de la procédure de passation pour chaque groupe de professionnels (assistants familiaux et référents).

Tableau 14: Récapitulatif de la procédure de passation des différents outils d'évaluation au temps T1 et T2 chez le groupe des professionnels assistants familiaux.

	T1						T2
	ECP	ECR1			ECR2		ECR1
Assistants familiaux (AF) / Outils		RQ	Ca-mir	Entretien clinique sur le contre-transfert	Suite entretien clinique sur le contre-transfert	Edicode	Entretien clinique sur le contre-transfert
AF1	X	X	X	X	X	X	X
AF2	X	X	X	X	X	X	X
AF3	X	X	X	X	X	X	X
AF4	X	X	X	X	X	X	X
AF5	X	X	X	X	X	X	X
AF6	X	X	X	X	X	X	X
AF7	X	X	X	X	X	X	X
AF8	X	X	X	X	X	X	X
AF9	X	X	X	X	X	X	X
AF10	X	X	X	X	X	X	X
AF 11	X	Abandon					

Tableau 15 : Récapitulatif de la procédure de passation des différents outils d'évaluation au temps « T1 » et « T2 » chez le groupe des professionnels référents.

	T1						T2
	ECP	ECR1			ECR2		ECR1
Référents (R) / Outils		RQ	Ca-mir	Entretien clinique sur le contre-transfert	Suite entretien clinique sur le contre-transfert	Edicode	Entretien clinique sur le contre-transfert
R1	X	X	X	X	X	X	X
R2	X	X	X	X	X	X	X
R3	X	X	X	X	X	X	Abandon
R4	X	X	X	X	X	X	X
R5	X	X	X	X	X	X	X
R6	X	X	X	X	X	X	X
R7	X	X	X	X	X	X	X

5.2 Les consignes de la recherche

Chaque consigne présentée ci-dessous rappelle aux sujets qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que chaque réponse est unique :

- Le dessin libre : il est demandé à l'enfant de dessiner ce qu'il a envie, ce qui lui passe par la tête.
- Le dessin de famille avec l'assistant familial : il est proposé à l'enfant de dessiner une famille imaginaire, une famille qu'il invente avec l'assistant familial (« tata » ou « nounou » ou prénom de l'assistant familial en fonction des situations).
- Le dessin de famille avec le référent : il est demandé à l'enfant de dessiner une famille imaginaire, une famille qu'il invente, avec son référent (en signifiant le prénom ou le nom du référent en fonction des situations).
- Le CCH : il est proposé à l'enfant de faire un jeu avec une famille imaginaire (avec la présentation des personnages de la famille). Ensuite, l'enfant est invité à continuer les six histoires commencées par le clinicien chercheur, en précisant « montre-moi qu'est-ce qui se passe ensuite ».
- Le RQ dans sa version catégorielle : il est demandé à l'adolescent ou au professionnel de choisir une des quatre propositions de l'auto-questionnaire qui concerne les ressentis que l'adolescent ou le professionnel exprime par rapport à ses relations actuelles.
- Le RQ dans sa version dimensionnelle : il est précisé à l'adolescent ou au professionnel que les phrases sont les mêmes, et qu'il a la possibilité de nuancer son avis pour chaque proposition en indiquant son degré d'accord ou de désaccord pour chaque affirmation.
- Le Ca-mir : il est proposé à l'adolescent ou le professionnel de dire s'il est plus ou moins d'accord avec chaque proposition (« vrai », « faux » ou « je ne sais pas »). On précise que les affirmations concernent des expériences vécues dans le passé ou actuellement au sein de sa famille de naissance et que certaines propositions abordent des attitudes et des expériences vécues en famille.

- L'Edicode : l'adolescent ou le professionnel est invité à parler de son histoire personnelle et familiale au sein de sa famille de naissance. Il est précisé que c'est un entretien qui peut être difficile car il peut aborder des expériences de séparation, de pertes et d'abus vécus pendant l'enfance et la petite enfance.

5.3 Le déroulement de la recherche

5.3.1 Travail préparatoire au déroulement de la recherche

Pour préparer la réalisation de cette étude doctorale, nous avons effectué quatorze rencontres institutionnelles. Durant la recherche exploratoire réalisée en Master 2 et les cinq premiers mois du doctorat (d'octobre 2015 à février 2016), un travail de communication conséquent a été effectué pour obtenir les autorisations nécessaires à l'exercice de cette étude. Trois rencontres ont ainsi été réalisées avec le Chef du Pôle de la Direction des Affaires Médico-Social Territorialisées du Conseil Départemental de Côte d'Or, la Cheffe de Service de l'Aide Sociale à l'Enfance et la Cheffe de service de la Cellule Accueil Familial.

Par la suite, nous avons participé à trois réunions d'équipes ASE sur l'ensemble du territoire, avec la présence des cadres techniques protection de l'enfance, des travailleurs médico-sociaux et des psychologues Aide Sociale à l'Enfance des territoires. Sept rencontres individuelles et une rencontre collective avec les sept psychologues Aide Sociale à l'Enfance des territoires et de la Maison de l'Enfance du Département ont aussi été effectuées. Ces temps de liaison se sont avérés fondamentaux tant pour favoriser la communication du travail de recherche directement auprès des professionnels sur les territoires, que dans la construction des entretiens cliniques de restitution. En effet, nous avons mis en place un dispositif clinique de restitution avec l'association systématique des psychologues territoriaux qui auront la possibilité de tenir compte, sur le plan thérapeutique, de certaines problématiques individuelles soulevées par l'exercice de cette étude, tant du côté des enfants que des parents (comme cela avait été réalisé dans l'étude prospective effectuée en Master 2 de Psychologie Clinique et Psychopathologie de Recherche).

5.3.2 Les étapes de recrutement au déroulement de la recherche

Les rencontres institutionnelles préparatoires ont permis d'organiser les procédures de recrutement des sujets. Ainsi, le service de la cellule accueil familial nous a contacté à chaque fois qu'un enfant répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion en indiquant le nom de sa famille d'accueil et de son référent.

Une fois ces informations transmises, la première étape a été de contacter par téléphone et par courriel le référent de l'enfant afin de convenir d'un premier entretien téléphonique dans lequel nous avons brièvement exposé notre fonction, l'origine de la recherche et la thématique étudiée. A l'issue de cet appel, nous proposons une rencontre pour présenter la recherche de manière plus approfondie. Si le travailleur social acceptait, nous transmettions en parallèle par mail un document de synthèse sur la thématique et le déroulement de l'étude.

Durant l'entretien de présentation, nous commençons par nous présenter de manière plus exhaustive (psychologue clinicien Aide Sociale à l'Enfance et doctorant au sein de l'Equipe de Psychopathologies Cliniques et Psychothérapies du Laboratoire de Psychologie Psy-DREPI – Dynamiques Relationnelles Et Processus Identitaires- de l'Université de Bourgogne Franche-Comté) pour ensuite exposer plus précisément la thématique et l'objectif de la recherche, le déroulement et le nombre des rencontres nécessaires avec la passation d'outils d'évaluation (les questionnaires et les thèmes abordés).

A la fin de l'entretien de présentation, nous soumettions un document de consentement à la participation à la recherche, exploré et parcouru avec le professionnel référent en indiquant la possibilité d'arrêter à tout moment. Ce document n'est signé qu'après un délai de réflexion avant de débiter le protocole de recherche, délai durant lequel nous signifiions notre disponibilité pour répondre à de nouvelles questions éventuelles. C'est pendant cet entretien que nous transmettions l'autorisation parentale de consentement écrit nécessaire pour la participation des enfants à l'étude. Les référents des enfants ont donc directement accompagné le remplissage du document avec les parents de naissance des enfants, avec le soutien du psychologue de service de secteur si besoin.

Un fois le document signé par le référent et les parents de l'enfant, nous contactons dans une seconde étape l'assistant familial correspondant et réalisons la même procédure de « recrutement » et de consentement que pour les référents. Ensuite, nous convenons avec l'assistant familial la programmation d'un premier entretien pour rencontrer l'enfant participant à la recherche.

La troisième et dernière étape concernait la rencontre avec l'enfant (en présence de l'assistant familial pour les plus jeunes). En fonction de l'âge des enfants, nous leur signifions dans un premier temps l'accord de leurs parents à la réalisation de cette rencontre et à la participation de cette recherche. Ensuite, nous leur présentons le métier de psychologue et celui de chercheur avant d'expliquer le thème de la recherche et le nombre de rencontres prévues avec une brève présentation des outils (jeux, dessins, thèmes des questionnaires pour les adolescents, etc.). Au total, nous avons réalisé 125 entretiens cliniques de recherche dont 34 entretiens de présentation. Notons aussi qu'il y a eu 6 abandons, sans compter les multiples prises de contact qui n'ont pas abouties, pour une totalité de 139 entretiens cliniques de recherche.

6. HYPOTHESES OPERATIONNELLES

• PREMIERE HYPOTHESE OPERATIONNELLE : *Les enfants qui arrivent en famille d'accueil présentent des manifestations d'attachement de type insécure. Aussi, ces mêmes enfants n'expriment pas d'attachement de type sécure autonome.*

Nous nous attendons à ce que les enfants de la recherche (groupe 1 et 2) manifestent en début de placement (au temps « T1 ») un attachement de type insécure, quel que soit leur âge (enfants et adolescents) et quel que soit la mesure donnée d'attachement (les narratifs d'attachement de l'enfant par le CCH, les stratégies d'attachement par le Ca-mir, les styles interpersonnels d'attachement par le RQ et les représentations d'attachement par l'Edicode). En effet, la problématique de placement familial et les dysparentalités conduisant à une séparation de placement ou de protection engendreraient la construction d'un narratif d'attachement insécure de type hyper-activé, désactivé ou désorganisé (CCH), mobiliseraient des stratégies d'attachement insécure de type hyper-activé, désactivé ou désorganisé (Ca-mir), manifesteraient un style insécure dans les relations de type détaché, préoccupé ou craintif (RQ)

et exprimeraient des représentations d'attachement insécure de type détaché, préoccupé ou désorganisé (Edicode).

• **DEUXIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Les enfants qui arrivent en famille d'accueil présentent une manifestation d'attachement de type insécure désorganisé (ou craintif).*

Nous pensons que les enfants (groupe 1 et 2) manifestent en début de placement (au temps « T1 ») un d'attachement de type insécure désorganisé ou craintif, quel que soit leur âge (enfants et adolescents) et quel que soit la mesure d'attachement utilisée (les narratifs d'attachement de l'enfant par le CCH, les stratégies d'attachement par le Ca-mir, les styles interpersonnels d'attachement par le RQ et les représentations d'attachement par l'Edicode). En effet, la problématique de placement familial et les dysparentalités conduisant à une séparation de placement ou de protection engendreraient la construction d'un narratif d'attachement désorganisé (CCH), mobiliseraient des stratégies d'attachement désorganisé (Ca-mir), manifesteraient un style craintif dans les relations (RQ) et exprimeraient des représentations d'attachement désorganisé (Edicode).

• **TROISIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Les enfants qui arrivent en famille d'accueil ne présentent pas de manifestation de type transférentiel envers les adultes professionnels.*

Nous pensons que les enfants (groupe 1 et 2) n'expriment pas en début de placement (au temps « T1 ») de modalités transférentielles (entretiens cliniques et dessins) envers les adultes professionnels (assistants familiaux et référents). En effet, nous considérons que la relation n'est pas suffisamment établie avec les adultes pour que les enfants puissent les investir affectivement et fantasmatiquement sur une dimension transférentielle.

• **QUATRIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Les adultes professionnels des enfants (qui arrivent en famille d'accueil) présentent une manifestation de l'attachement de type sécure autonome. Aussi, ces mêmes professionnels n'expriment pas d'attachement de type insécure.*

Nous nous attendons à ce que les professionnels de la recherche présentent en début de placement de l'enfant (au temps « T1 ») une expression d'attachement de type sécuritaire autonome, quel que soit leur profession (assistants familiaux et référents) et quel que soit le type d'attachement évalué (les styles interpersonnels d'attachement par le RQ, les stratégies d'attachement par le Ca-mir et les représentations d'attachement par l'Edicode). En effet, la confrontation répétée à des situations dans lesquelles les enfants manifestent un attachement potentiellement traumatique conduirait les professionnels, de par le choix de leur métier, à exprimer un attachement de type sécuritaire, que cela soit en termes de styles d'attachement (RQ), de stratégies d'attachement (Ca-mir) ou de représentation d'attachement (Edicode).

● **CINQUIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE : *Les adultes professionnels des enfants (qui arrivent en famille d'accueil) ne présentent pas de manifestation de type contre-transférentiel à leurs égards.***

Nous pensons que les professionnels (assistants familiaux et référents) n'expriment pas en début de placement (temps « T1 ») de modalités contre-transférentielles (entretiens cliniques) envers les enfants (groupe 1 et 2). En effet, nous considérons que la relation n'est pas suffisamment établie avec les enfants pour que les professionnels puissent les investir affectivement sur une dimension contre-transférentielle.

● **SIXIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE : *Les enfants manifestent, un an après leur placement en famille d'accueil, une sécurité de leur attachement.***

Nous nous attendons à ce que les enfants (les enfants du groupe 1 et les adolescents du groupe 2) manifestent un an après leur début de placement (soit au temps « T2 ») une forme de sécurité de l'attachement, que cela soit en termes de constructions de représentations narratives de l'attachement (CCH), de l'expériences des représentations narratives d'attachement (Edicode), des styles d'attachement (RQ) et des stratégies d'attachement (Camir).

• **SEPTIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Les enfants présentent, un an après leur placement en famille d'accueil, des manifestations de type transférentiel à l'égard des professionnels.*

Nous pensons que les enfants (groupe 1 et 2) présentent un an après leur début de placement (soit au temps « T2 ») une manifestation de type transférentiel (dessins et entretiens cliniques) à l'égard des professionnels (que cela soit l'assistant familial ou le référent). L'expression de transfert s'inscrirait dans la qualité de la rencontre et participerait au processus de sécurisation de leur modèle d'attachement.

• **HUITIEME HYPOTHESE OPERATIONNELLE** : *Les adultes professionnels des enfants (qui sont placés depuis un an en famille d'accueil) présentent des manifestations de type contre-transférentiel à leurs égards.*

Nous pensons que les professionnels (assistants familiaux et référents) expriment un an après le placement des enfants (groupe 1 et 2) en famille d'accueil (soit au temps « T2 ») des manifestations contre-transférentielles (entretiens cliniques) à l'égard des enfants. L'expression de ces mouvements contre-transférentiels s'inscrirait dans la qualité de la rencontre et participerait au processus de sécurisation du modèle d'attachement des enfants.

7. METHODE D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

7.1 Méthode d'analyse et de traitement des données quantitatives

7.1.1 Les caractéristiques des données quantitatives

Les données quantitatives de la recherche sont issues d'auto-questionnaires ou d'échelles cliniques auto-évaluatives (comme le RQ, le Ca-mir) ou hétéro-évaluatives (comme le CCH ou l'Edicode). Les résultats issus des auto-questionnaires auto-évaluatifs proviennent des réponses données par les populations rencontrées (enfants et professionnels) et les données relatives aux hétéro-questionnaires résultent des réponses du praticien chercheur par l'exercice de son appréciation clinique (Reynaud, 2011). Concernant les réponses des hétéro-questionnaires, nous avons réalisé la cotation du CCH et des cotations inter-juges ont été effectuées pour l'ensemble des protocoles de l'Edicode avec l'intervention d'une autre

psychologue clinicienne formée spécifiquement à ce type d'entretien semi-structuré⁴⁸.

Toutes les données relevées dans les différents tests de l'attachement sont de nature dimensionnelle (CCH, Ca-mir, Edicode, RQ version dimensionnelle) excepté celles du RQ dans sa version catégorielle. En ce qui concerne l'attachement, il est possible de réaliser une analyse catégorielle en considérant une catégorie d'attachement exclusive aux autres (par exemple un attachement sécure d'une personne en comparaison avec un attachement désorganisé d'une autre personne). Dans ce cadre, nous estimons que les données dimensionnelles et catégorielles ne sont pas incompatibles et peuvent être appréciées de manière complémentaire (Pierrehumbert & *al.*, 1999 ; Bénony & Chahraoui, 2003 ; Reynaud, 2011).

De cette manière, il est possible de mettre en lumière une variable psychologique plus spécifique au sein d'une population donnée tout en mesurant l'impact de cette variable sur d'autres caractéristiques psychologiques conjointes (Reynaud, 2011). En effet, il est possible d'observer qu'un enfant exprime majoritairement un attachement de type désorganisé avec des variations d'attachement de type insécure détaché ou préoccupé, voire sécure. L'ensemble des données recueillies chez les enfants sont mis en rapport avec les données issues des adultes professionnels tant dans l'expression de l'attachement que dans la dynamique transféro-contre-transférentielle.

7.1.2 Le traitement des données quantitatives

Le traitement des données quantitatives de la recherche est effectué sous forme d'analyse descriptive des scores brutes (principalement en pourcentage et en moyenne par condition) afin de dégager des tendances générales sur les populations. En effet, la difficulté particulière d'accès à la population d'enfants placés en famille d'accueil au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance sous mesure judiciaire a contraint le recrutement des personnes, constituant in fine un échantillon trop faible pour travailler sur des méthodes mathématiques inférant une théorie statistique généralisable. De plus, l'échantillon est lui-même trop hétérogène avec des variabilités mathématiques non contrôlables (âges, fratrie, etc.). La recherche ne permet donc pas d'établir de relation statistique significative entre les différents facteurs pour une même

⁴⁸ Une fois les entretiens intégralement retranscrits, chaque juge effectue ses propres cotations. Ensuite, nous déterminons une cotation médiane sur les 21 items de chaque protocole pour chaque sujet participant, soit 24 protocoles au total en ce qui concerne l'Edicode.

population. Nous parlerons donc de tendances générales qui seront affinées et intégrées de manière dynamique au traitement et à l'analyse des données qualitatives. Autrement dit, la description des données objectivées des outils mesurant les dimensions de l'attachement sont totalement comprises comme étant complémentaires à la portée qualitative de l'analyse des données cliniques. En cela, la description des données quantitatives constitue un apport illustratif essentiel à l'analyse clinique qualitative des résultats.

Notons qu'il aurait été possible de constituer cette approche statistique quantitative à un très faible degré de significativité en triplant le nombre de sujets de la population enfants (pour deux groupes de quinze enfants), ce qui aurait demandé soit d'allonger la durée du travail de la recherche (qui a déjà nécessité la passation de 139 entretiens cliniques sur une durée de deux ans ajoutés à plus d'un an et demi de récoltes et de traitements des données ainsi que d'interprétation des résultats), soit de faire des choix sur le principe même des mesures longitudinales qui constituent pourtant l'axe d'analyse principal du dispositif méthodologique de la recherche. Il aurait été aussi possible de diminuer le nombre d'utilisation d'instruments de mesure ou de restreindre l'âge de recrutement des sujets enfants. Dans ce cadre, nous avons décidé de concentrer la méthodologie de la recherche en mettant très significativement l'accent sur l'approfondissement qualitatif et clinique de l'étude de la relation institutionnelle qui nous intéresse ici entre les enfants et les professionnels qui les entourent, conformément à la problématique, aux objectifs et hypothèses de recherche.

7.2 Méthode d'analyse et de traitement des données qualitatives

L'analyse qualitative apporte des informations cliniques essentielles à la démarche de recherche en psychologie clinique. L'étude des données qualitatives (par les dessins et les entretiens semi-directifs) offre la possibilité d'aborder des dimensions psychologiques non accessibles par l'analyse quantitative, comme par exemple l'appréhension de la dynamique transféro-contre-transférentielle entre les enfants et les professionnels. Au niveau de l'attachement, l'analyse qualitative permet de proposer des perspectives d'études cliniques complémentaires à la passation de certains outils comme le CCH pour les enfants ou l'Edicode pour les professionnels. Elle permet de faire la distinction entre l'attachement des enfants, l'attachement parental et l'étude des relations d'attachement alternatives (les relations entre les enfants et les professionnels), des figures d'attachement alternatives (à travers les figures affectives que peuvent représenter les professionnels), des modèles internes opérants multiples

pour les enfants (avec la coexistence de différentes représentations d'attachement) et l'évolution de la base de sécurité (des enfants et des professionnels au regard notamment du caregiving du professionnel).

Cette analyse qualitative s'inscrit dans la réalisation des entretiens cliniques de recherche semi-directifs et des dessins pour les enfants ainsi que la passation d'entretiens semi-directifs pour les professionnels, dont les thèmes ont été préparés aux préalables en stricte correspondance aux hypothèses de recherche. Pour les enfants et les professionnels, cette analyse qualitative a été réalisée en début de placement (au temps « T1 ») et un an après leur placement en famille d'accueil (au temps « T2 ») afin d'appréhender les phénomènes de sécurité d'attachement de l'enfant au regard de l'évolution de la dynamique transféro-contre-transférentielle et du développement des relations d'attachement alternative possible entre les enfants et les professionnels. Cette approche qualitative permet de se confronter aux analyses quantitatives apportées par les différents instruments de mesure de l'attachement en approfondissant l'étude clinique des phénomènes psychologiques observés. Elle offre ainsi une valeur éthique fondamentale et d'approfondissement clinique essentielle aux hypothèses de recherche en ne réduisant pas les personnes rencontrées à l'opérationnalisation stricte des mesures objectivées de l'étude, qui comportent trop de variabilité statistique intragroupe et intergroupe du fait de la faible taille des échantillons pour les populations enfants et professionnels. Dans ce cadre, les résultats seront illustrés par un ensemble de vignettes et deux situations cliniques détaillées (engageant l'appréciation des résultats de cinq sujets) seront proposées pour illustrer cette analyse qualitative.

L'objectif de ce chapitre est de présenter la méthodologie de la recherche qui s'organise selon une approche mixte et longitudinale. Pour cela, nous avons présenté la nécessité d'effectuer un travail préparatoire préalable afin d'obtenir les autorisations institutionnelles indispensables à la réalisation de la recherche. Ensuite, nous avons décrit successivement les caractéristiques des populations étudiées (les enfants placés en famille d'accueil et les professionnels), le dispositif de l'étude (avec l'identification des variables et du protocole de la recherche), la présentation des outils de la recherche et leurs justifications (les auto-questionnaires, les épreuves projectives et les entretiens cliniques de recherche semi-structuré), la procédure de passation, les hypothèses opérationnelles ainsi que la méthode d'analyse et de traitement des données de l'étude.

CHAPITRE 5. RESULTATS

*J'étais la déesse mère,
Mais je n'étais que poussière,
J'étais le sol sous vos pas,
Et je le ne le savais pas
(Anne Sylvestre, 1975).*

CHAPITRE 5. RESULTATS

1. INTRODUCTION

Ce chapitre aborde les résultats des populations rencontrées (enfants et professionnels ; N=27), dans le cadre de cette recherche. Tout d'abord, il présente les données des enfants (N=10) en fonction des mesures longitudinales (à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil au temps « T1 » et un an après au temps « T2 ») au niveau de l'attachement (avec les narratifs d'attachement appréhendés par le CCH, les relations interpersonnelles d'attachement appréciées par le RQ, les stratégies d'attachement par le Ca-mir et les représentations d'attachement par l'Edicode) et au niveau de l'analyse transférentielle en présentant un résumé des éléments cliniques spécifiques à l'expression de ce mouvement (les dessins et les entretiens cliniques). Une synthèse des résultats est proposée après chaque présentation des données par domaine d'analyse (la dimension de l'attachement et la dimension transférentielle), ainsi qu'un résumé des données après chaque mesure d'évaluation longitudinale à un an d'intervalle, au temps « T1 » et « T2 », pour terminer par une synthèse de l'ensemble des résultats de la recherche en ce qui concerne les enfants.

Concernant la population des professionnels (N=17), les résultats sont détaillés au niveau de l'attachement adulte (avec les relations interpersonnelles d'attachement investiguées par le RQ, les stratégies d'attachement par le Ca-mir et les représentations d'attachement par l'Edicode) et au niveau des expressions contre-transférentielles (entretiens cliniques) dans une perspective longitudinale (à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil au temps « T1 » et un an après au temps « T2 ») en exposant un résumé des éléments cliniques les plus spécifiques à l'étude de l'expression de ce mouvement de type contre-transférentiel. Tous comme les enfants, une synthèse de ces résultats est proposée après chaque présentation des données par domaine d'analyse (la dimension de l'attachement et la dimension contre-transférentielle), ainsi qu'un résumé de l'analyse contre-transférentielle après chaque mesure d'évaluation longitudinale au temps « T1 » et « T2 », pour terminer par une synthèse de tous les résultats de la recherche des professionnels.

Nous avons fait le choix de ne pas présenter et étudier cet ensemble de données de manière comparative entre les deux populations de la recherche (les enfants et les professionnels) car nous n'avons pas de dispositif méthodologique permettant d'établir une analyse différentielle directe, tant sur un niveau clinique et qualitatif (n'ayant pas intégré au sein de la méthodologie d'instruments d'évaluation de la qualité de la relation entre les enfants et les professionnels, pour la raison principale que ce type d'instrument n'existe pas à notre connaissance), que sur un niveau quantitatif et statistique stricte (n'ayant pas la possibilité de dégager des lois mathématiques générales compte tenue de la spécificité de la population étudiée avec un faible échantillon sélectionné).

Ensuite, une synthèse générale des données de la recherche est proposée. Elle visera à récapituler la description des données quantitatives et le premier niveau d'analyse des données qualitatives en fonction des deux populations rencontrées, que cela soit les résultats issus de l'analyse de la dimension de l'attachement que les résultats appréhendant les processus de type transféro-contre-transférentiel selon une approche psychodynamique.

En cela, rappelons que le travail de cette étude est essentiellement à visée qualitative et clinique, dans une recherche d'approfondissement de la connaissance de la relation si complexe à étudier, en prenant en compte la problématique spécifique de placement familial du côté des enfants. L'analyse descriptive des données quantitatives ajoutée à l'étude des appréciations cliniques qualitatives fournissent donc un premier cadre clinique de recherche qui sera constitutif aux développements théorico-cliniques proposés au sein de la partie discussion de la recherche.

Cette méthode de présentation des résultats constitue donc le point de départ de la perspective d'étude complémentariste selon laquelle il s'agira d'apprécier la qualité de la relation entre les enfants et les professionnels, en croisant les appréciations des résultats issus de l'attachement avec les analyses cliniques issues des conceptualisations psychodynamiques autour de la question des expériences du lien et de la séparation, et ce notamment en termes de processus transféro-contre-transférentiels. Les interactions à des niveaux interpersonnels, intersubjectifs et intrapsychiques entre les enfants et les professionnels seront donc étudiées au sein de la partie discussion de la recherche, à partir de l'ensemble des résultats présentés dans cette partie, selon les principes hypothético-déductifs exposés dans le cadre de la méthodologie de la recherche.

La dimension qualitative de la recherche s'observe particulièrement à travers la présentation d'un ensemble de vignettes qui constituent un prolongement d'analyse clinique aux résultats exposés, ainsi que la description détaillée de deux situations cliniques. Ces deux situations cliniques (qui mobilisent l'étude croisée de cinq sujets) sont proposées à l'issue de cette partie de la recherche afin d'approfondir qualitativement la dynamique des relations institutionnelles entre les enfants et les professionnels.

2. LES RESULTATS DES ENFANTS

Nous présentons les résultats des enfants (N=10) en fonction des mesures longitudinales afin de mieux apprécier les phénomènes de sécurité d'attachement et les manifestations transférentielles, entre l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 »).

2.1 Les résultats des enfants à leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T1 »)

2.1.1 Les résultats au niveau de l'attachement

Les résultats des enfants (N=10) qui arrivent en famille d'accueil (au temps « T1 ») au niveau de l'attachement s'organise autour de la présentation des données relatives à la construction des narratifs d'attachement (CCH), l'expression des styles d'attachement interpersonnel (RQ), les stratégies d'attachement (le Ca-mir), les représentations des expériences d'attachement (l'Edicode).

2.1.1.1 *Les narratifs d'attachement (CCH)*

2.1.1.1.1 Les prototypes d'attachement du CCH

→ **Les résultats aux cartes pour le complètement des histoires (CCH) montrent que les narratifs d'attachement des enfants qui viennent d'être placés en famille d'accueil sont significativement tous de type insécure désorganisés (tableau 16).**

Tableau 16 : Résultats des enfants au CCH au moment « T1 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactif et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage et considéré comme significatif pour les scores supérieurs à 50%) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets.

NARRATIFS D'ATTACHEMENT/ SUJETS (S)	AGE (années)	SECURE	DESACTIVATION	HYPERACTIVATION	DESORGANISATION
S1	2,5	Passation non terminée (mal être et attachement désorganisé trop important)			
S2	4	35,74	58,94	67,81	73,39
S3	4,5	10,97	81,90	67,44	90,76
S4	5,5	26,59	71,16	51,31	69,33⁴⁹
S5	7	46,34	48,82	53,81	63,20
S6	9,5	35,23	54,79	73,06	86,12
S7	12	46,47	48,44	62,62	75,12
Moyenne		33,56	60,68	62,68	76,32

Les résultats du CCH qui apprécient les prototypes d'attachement (ou représentation des narratifs d'attachement) établissent un attachement de type insécure et désorganisé chez tous les enfants qui arrivent en famille d'accueil. Nous retrouvons ainsi une moyenne brute d'utilisation de la désorganisation à 76,32 % (N=6). Notons qu'un seul enfant (S1) n'a pas pu réaliser jusqu'au bout la procédure de passation du CCH au temps « T1 », montrant des signes de mal être conséquent et une indisponibilité psychique à réaliser l'épreuve. Nous avons décidé d'arrêter l'épreuve à mi- passation. Dans ce cadre, nous nous sommes appuyés sur les observations et évaluations cliniques relevées pendant les trois rencontres avec le sujet. Elles mettent en évidence un attachement très fortement désorganisé.

En dehors de cette analyse catégorielle globale, l'analyse dimensionnelle met en avant que la stratégie d'attachement principalement utilisée conjointement à la désorganisation de l'attachement est également fortement insécure. Il s'agit de l'utilisation de l'hyperactivation à 64% (pour les sujets S2, S5, S6 et S7) et une désactivation de l'attachement à 76,13% (pour les sujets S3 et S4).

⁴⁹ Différence non significative entre la désactivation et la désorganisation de l'attachement (différence de 1,83%). Compte tenu du niveau élevé de ces résultats, nous retenons l'utilisation privilégiée d'une désorganisation de l'attachement chez le sujet 4, conjointement à l'analyse clinique de la passation.

2.1.1.1.2 Les échelles d'attachement du CCH

→ Les résultats des échelles du CCH montrent des scores significatifs d'insécurité des représentations d'attachement des enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil (tableau 17).

Tableau 17 : Résultats des enfants aux échelles d'attachement du CCH au moment T1 en fonction des sept échelles d'attachement (échelle A à G), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets⁵⁰.

ECHELLES/ SUJETS (S)	Collaboration	Représentation du soutien parental	Narratif positif	Expression d'affects appropriés	Réaction à la séparation	Distance symbolique	Faible compétence narrative
S1	Passation non terminée (mal être et attachement désorganisé trop important)						
S2	45,99	31,45	35,82	56,14	48,20	30,11	54,79
S3	14,64	29,28	27,51	24,32	56,20	24,73	80,83
S4	36,06	43,04	31,62	44,77	48,20	43,55	66,94
S5	59,57	34,35	46,20	58,41	54,20	51,61	49,58
S6	44,94	22,75	22,32	42,50	76,20	38,17	61,74
S7	60,62	18,41	31,66	58,41	54,20	54,30	40,90
Moyenne	43,64	29,88	32,52	47,43	56,20	40,41	59,13

Les échelles proposées par le CCH permettent d'investiguer les représentations de l'attachement de l'enfant. Les résultats montrent que les données les plus significatives et homogènes sur l'échantillon concernent les échelles sur la représentation du soutien parental (échelle 2 ou B), le narratif positif (échelle 3 ou C), la réaction à la séparation (échelle 5 ou E) et la faible compétence narrative (échelle 7 ou G). En effet, nous retrouvons des scores faibles pour tous les sujets sur l'échelle des représentations du soutien parental (voir tableau 15), traduisant une absence de soutien de la part des parents. Ils sont vécus comme contrôlant, indisponible, rejetant ou bien attendent que cela soit les enfants qui s'occupent d'eux (inversion des positions parentales). Les résultats à l'échelle sur le narratif positif indiquent également des scores faibles pour tous les sujets.

Ces résultats révèlent que le ton de la narration (verbale et/ou scénique) est négatif : les parents de naissance sont vécus comme absents et non affectueux et les enfants comme oubliés et tristes. Pour l'échelle des réactions à la séparation, les scores montrent des niveaux élevés

⁵⁰ Les scores inscrits en gras dans le tableau sont les plus significatifs (sur le plan descriptif) et homogènes au sein du groupe. Nous privilégions une analyse des résultats par échelle plutôt que par sujet de manière détaillée afin de mieux dégager les tendances des résultats d'ensemble du groupe.

pour tous les sujets. Les enfants manifestent ainsi des difficultés à gérer émotionnellement les expériences de séparation en mettant en place des stratégies relationnelles et affectives inappropriées. Les sujets expriment des difficultés à gérer la situation de séparation en refusant de s'y exposer. Enfin les scores obtenus à l'échelle de la faible compétence narrative sont élevés, traduisant une difficulté à proposer et construire une narration structurée.

De plus, nous observons que les enfants semblent être dans l'incapacité de proposer des solutions à poursuivre les histoires en exprimant une narration (verbal et/ou scénique) cohérente. Les processus narratifs sont difficiles à suivre, par l'expression d'une mauvaise verbalisation ou de phénomène de rupture dans le récit. Ils réagissent de manière trop active ou trop passive au thème négatif introduit dans les histoires.

2.1.1.1.3 Illustration clinique au niveau de la construction des narratifs d'attachement : « Jacob »

Nous présentons ici une brève illustration clinique au niveau de la construction des narratifs d'attachement en mettant en perspective les résultats avec quelques aspects cliniques du sujet 3 que nous appelons après anonymisation « Jacob » (au temps « T1 »). Jacob a 4,5 ans au moment où il a été accueilli par la famille d'accueil « FA3 » et a pour référent le professionnel « R3 ». Jusqu'à la séparation de placement, Jacob vivait chez sa mère de naissance. Les motifs de placement initiaux font suite à des carences éducatives et des négligences graves, avec un amour maternel de type toxique, empreint de projections destructrices pour l'enfant. La colonisation parentale (Cramer, 2015) est telle qu'elle entraîne des interactions pathogènes (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004d), nécessitant des rencontres protégées que le juge des enfants a progressivement ordonnées par la mise en place de visites médiatisées (David, 2004b) au cours de cette première année de placement, en présence de la référente et du psychologue du service. Jacob exprime une désorganisation très significative de l'attachement et des représentations parentales insécures.

En arrivant en entretien, Jacob manifeste une anxiété d'attachement importante en adoptant des attitudes de proximité agressive et contrôlante. Dès son entrée dans la salle, il a pu mettre à l'épreuve le cadre de l'entretien en manipulant la caméra, touchant aux affaires sur le bureau, prenant le boîtier de lunettes, allumant et éteignant la lumière, nécessitant un temps de contenance, d'accompagnement et d'expression surmoïque en expliquant que c'était « nos

affaires, qu'il n'avait pas le droit d'y toucher », puis en signifiant « que ce n'était pas les enfants qui décidaient mais les adultes ». Progressivement, Jacob s'est apaisé et a pu s'installer autour de la table de jeux. Au niveau des processus narratifs verbaux et scéniques, Jacob pouvait très facilement s'investir dans les histoires, pour finalement perdre le contrôle dans les jeux par des moments d'absence, notamment au niveau des expériences de séparation (histoires 4 et 5) et plus particulièrement lors de la scène du monstre sous le lit (histoire 3). Jacob marquait un arrêt soudain de ses associations verbales et scéniques, accompagné d'un regard « vide ». Dans ces moments, nous sollicitons expressément Jacob pour qu'il puisse revenir dans le réel de la situation et dans le jeu. Aussi, l'inversion des positions parentales et les attitudes contrôlantes ont été figurées à plusieurs reprises dans les histoires. Par exemple, Pierre (le personnage garçon principal du jeu) pouvait conduire la voiture seule.

A plusieurs reprises, Jacob raconte des fins d'histoires de type catastrophique, avec par exemple le gâteau qui tombe et se retrouve écrabouillé. Il peut exprimer de la destructivité et du morcellement, confondant son doigt avec un des personnages dans le jeu, nécessitant un travail sensible d'accompagnement verbal où nous pouvons lui signifier « tu sais faire plein de choses avec ton doigt et tu peux jouer avec, comme avec les personnages dans le jeu où nous sommes ensemble à jouer ». Jacob a souhaité aussi faire tomber la voiture en dehors de l'espace de jeu, pour après faire tomber Pierre de la voiture, comme s'il était aspiré par un gouffre tragique, marquant un équivalent dépressif chez l'enfant. Nous avons accompagné ces mouvements en signifiant que dans le jeu, nous étions là pour aider le personnage Pierre si besoin. A la fin du jeu, Jacob nous a confié Pierre.

L'ensemble des narratifs de Jacob est marqué par des éléments d'histoires incohérentes particulièrement désorganisés, nécessitant à chaque fois de remettre le cadre du jeu de manière contenant et maternelle avec un étayage soutenu pour délimiter cet aller-retour entre « le jeu du faire semblant » et le « jeu pour de vrai » (Winnicott, 1971, 1973, 1984 ; Achil & Terradas, 2013), ou encore de terminer certaines histoires de manière constructive avant de proposer une nouvelle histoire afin de l'aider à la résolution des scènes conflictuelles d'attachement (avec par exemple le soin et la réparation que nous avons proposé après la scène de la chute de Pierre du rocher, dans laquelle nous faisons intervenir les figures parentales pour venir prendre soin et soigner Pierre ou lors de l'apparition du monstre, avec le réconfort de la mère, du père et de la mamie, pour le rassurer et chanter ensemble une berceuse réconfortante). Les signes d'anxiété rencontrés en entretien étaient similaires à ceux que décrivent les professionnels

(assistant familial et référente), et dans ce cadre, nous avons considérablement adapté le protocole de la passation afin que les histoires proposées ne soient pas sources d'angoisses désorganisatrice pour Jacob.

2.1.1.2 *Les styles d'attachement (RQ)*

Les résultats qui concernent les styles d'attachement au moment de l'arrivée des enfants en famille d'accueil (« T1 ») investiguent les relations d'attachement interpersonnelles actuelles et concernent les enfants du groupe 2 (S8, S9 et S10). Ils sont présentés dans un premier temps dans leur version catégorielle (le sujet choisi une affirmation exclusive aux autres, chacune correspondant à un style d'attachement) et dans leur version dimensionnelle (le sujet apprécie s'il est plus ou moins d'accord avec les quatre propositions sur une échelle de type Likert à sept niveaux).

2.1.1.2.1 La version catégorielle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version catégorielle montrent que les adolescents expriment des styles d'attachement insécures (démissionnaire, préoccupé voire désorganisé) lorsqu'ils arrivent en famille d'accueil.**

En effet, les résultats au RQ dans sa version catégorielle montrent que les adolescents expriment des styles d'attachement insécures, avec deux sujets exprimant des relations d'attachement interpersonnelles démissionnaires (le sujet S8 et S10) et un sujet manifestant un style préoccupé (le sujet S9) (tableau 16).

2.1.1.2.2 La version dimensionnelle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version dimensionnelle montrent également que les adolescents présentent des styles d'attachement insécures (démissionnaire et préoccupé) lorsqu'ils arrivent en famille d'accueil (tableau 18).**

Tableau 18: Résultats des adolescents du groupe 2 au RQ au moment T1 en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (absence ou présence du choix d'un style) et dimensionnelle (échelle Likert de 1 à 7).

STYLES/ SUJETS (S)	RQ Catégorielle	RQ Dimensionnelle (niveau 1 à 7)			
		Sécure	Démisionnaire	Préoccupé	Craintif
S8	Démisionnaire	3	4	5	2
S9	Préoccupé	2	4	2	2
S10	Démisionnaire	4	4	4	1

De plus, nous observons une relative incohérence entre le choix catégoriel exclusif avec les appréciations dimensionnelles. En effet, le sujet 8 exprimant un style d'attachement démissionnaire ou détaché (évalué à un niveau 4), montre dans l'appréciation dimensionnelle un niveau plus élevé au style préoccupé (niveau 5), ce qui interroge la dimension désorganisée de son style d'attachement. Le sujet 9 exprimant un style préoccupé (niveau 4), manifeste un même niveau au style sécure et détaché. Le sujet 10 reste cohérent au choix catégoriel avec un style détaché (évalué à un niveau 4 supérieur aux autres styles). Notons un changement d'avis en passant d'un choix sécure (niveau 6) à un choix différent dans un second temps de la passation (niveau 2). Soulignons qu'avant et pendant la passation, nous avons repris certaines affirmations incomprises des adolescents, notamment pour le sujet 8 en lien avec un niveau de compréhension intellectuelle limitée.

2.1.1.3 Les stratégies d'attachement (Ca-mir)

2.1.1.3.1 Les prototypes d'attachement du Ca-mir

→ **Les résultats des stratégies d'attachement indiquent une majorité d'expression de type insécure désorganisé lorsque les adolescents arrivent en famille d'accueil (tableau 19).**

Tableau 19: Résultats des adolescents du groupe 2 au Ca-mir au moment T1 en fonction des trois prototypes d'attachement (sécure, détaché et préoccupé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets.

PROTOTYPES/ SUJETS (S)	SECURE	DETACHE	PREOCCUPE
S8	Stratégies désorganisées appréciées pendant la clinique de passation		
S9	35,8	46,9	59,7
S10	58,6	43,5	41

En effet, nous retrouvons la manifestation d'une stratégie de type préoccupé pour le sujet S9 (à 59,7%), désorganisé pour le sujet 8 et sécure pour le sujet S10 (à 58,6%) mais avec des allures élevées d'insécurité pour ce dernier (détaché à 43,5% et préoccupé à 41%), ce qui peut questionner l'aspect désorganisé de l'attachement. En ce qui concerne le sujet 8, les stratégies d'attachement sont évaluées cliniquement comme désorganisées, mais n'ont pas été mesurées par le Ca-mir, le sujet n'étant pas en possibilité de terminer la passation. Dans ce cadre, une vignette illustrant la passation clinique est présentée après la partie exposant les résultats obtenus aux échelles du Ca-mir.

2.1.1.3.2 Les échelles d'attachement du Ca-mir

→ **Les résultats des échelles du Ca-mir montrent une désorganisation familiale élevée à travers l'expression d'un traumatisme psychique avec les figures d'attachement de naissance chez les adolescents qui arrivent en famille d'accueil.**

Nous présentons au sein du tableau suivant les résultats des adolescents aux échelles du Ca-mir les plus significatives en fonction de leurs scores les plus élevés ainsi que les échelles investiguant la désorganisation familiale, respectivement à la deuxième hypothèse opérationnelle de cette recherche (tableau 20).

Tableau 20 : Résultats des adolescents du groupe 2 au niveau des échelles d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » (préoccupation familiale, support parental, support familial, reconnaissance de soutien, traumatisme parental, blocage du souvenir, démission parentale et valorisation de la hiérarchie soit respectivement les échelles 2, 4, 5, 10, 11, 12 et 13), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage avec un score considéré comme significatif à partir de 50%) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets.

Echelles / Sujets (S)	Préoccupation familiale	Support parental	Support familial	Reconnaissance de soutien	Traumatisme parental	Blocage du souvenir	Démission parentale	Valorisation de la hiérarchie
S8	Non significatif (le sujet n'a pas pu aller au bout de la procédure de la passation)							
S9	71,1	39,3	47,6	39,4	77,3	57	69,2	51,1
S10	37,3	59,7	56	59,4	40,2	46,9	44,6	45,6

Les échelles du Ca-mir sont rattachées à des expériences familiales d'attachement différentes en fonction des trois niveaux de réalité des représentations de ces mêmes expériences d'attachement. Sans présenter la description de l'ensemble des échelles en fonction

des trois niveaux de réalité, regardons celles qui reflètent la désorganisation familiale et le type de cadre du fonctionnement familial conformément à nos hypothèses opérationnelles de recherche (première et deuxième hypothèse opérationnelle de recherche). En effet, nous remarquons des expériences familiales d'attachement de type toxique avec une impossibilité d'élaboration de ces expériences d'attachement traumatique, traduite par un niveau élevé de l'échelle sur le blocage du souvenir. Les scores élevés des échelles sur la valorisation parentale et la démission parentale démontrent une fragilité de la structuration du milieu et du fonctionnement familial, excepté pour le sujet 10.

Précisons que certains scores aux échelles pour le sujet 10 sont élevés en termes de support parental et familial avec une reconnaissance de soutien, mais qu'ils se réfèrent davantage aux relations fraternelles avec les deux grandes sœurs adultes du sujet qu'aux parents de naissance, la mère étant décédée et le père peu présent (contact très ponctuel). Les relations familiales avec les figures d'attachement sont donc essentiellement insécures si on isole la relation d'attachement sécuritaire avec la fratrie par la résolution positive du complexe fraternel (c'était les grandes sœurs du sujet qui s'occupaient de lui lorsqu'il était petit) au regard des problématiques familiales de deuil (du côté de la mère) et de délaissement (du côté du père).

2.1.1.3.3 Illustration clinique sur la passation du Ca-mir : « Salomé »

A l'inverse du CCH, des entretiens cliniques de recherche semi-structurés (sur les manifestations transférentielles, contre-transférentielles et l'Edicode) ou des épreuves projectives (dessin libre ou de famille), le Ca-mir est un auto-questionnaire qui ne nécessite pas forcément d'illustration qualitative pour approfondir les données quantitatives résumées ici. Cependant, que cela soit chez les adolescents ou les adultes, la clinique de la passation (via notamment le dépouillement des phrases) a naturellement encouragé les sujets à lire à haute voix les affirmations en associant sur des événements de vie, la plupart du temps non résolus, voire traumatiques. C'est particulièrement le cas au temps « T1 » pour le sujet « S8 », âgée de 14,5 ans, que nous appelons après anonymisation Salomé. Rappelons que nous avons décidé d'arrêter la passation pour Salomé, en raison de la massivité des résurgences traumatiques manifestées pendant la passation du Ca-mir.

Les motifs du placement de protection pour Salomé sont la violence physique avérée de la part du père et du beau-père ainsi que de la négligence grave, engendrant un éloignement

judiciaire d'urgence (par l'exercice d'une O.P.P.). Plus tard pendant le placement et la durée de la recherche, Salomé révéla en famille d'accueil des abus sexuels et viols de la part de son grand frère, nécessitant l'ouverture d'une enquête pénale supplémentaire. De plus, selon le référent « R4 » qui a réalisé le placement, les violences physiques avérées et sexuelles supposées auraient été accompagnées de sévices prémédités au sein d'un réseau de pédophiles : « ça allait très loin hein, avec photo, euh ... comme des sectes ils entouraient les enfants attachés autour d'une table avec bougies enfin bon c'était et puis il y avait plein de monde dans la maison ».

Nous avons rencontré Salomé à cinq reprises sur une année de placement. Le Ca-mir a été réalisé au premier entretien clinique de recherche quinze jours après l'entretien de présentation, qui s'est fait en présence de l'assistant familial « AF8 ». L'entretien a demandé plus d'une heure pour aborder cinquante phrases de la première étape de tri du Ca-mir (rappelons que cet outil comporte 72 items que le sujet doit trier à trois reprises).

Les appréciations cliniques soulèvent une déficience intellectuelle légère chez Salomé. Dans ce cadre, chaque phrase du Ca-mir a demandé un travail d'accompagnement et de soutien psychologique pour apporter des reformulations au sujet qui associait de manière logorrhémique, désorganisée et chaotique pour chacune des affirmations. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que les retards intellectuels et cognitifs sont très probablement consécutifs des violences physiques et psychologiques subies, engendrant une immaturité affective importante sur un registre déficitaire (Diatkine & Lebovici & Soulé, 2004a, 2004b, 2004d). En effet, pendant la passation du Ca-mir, le sujet pouvait directement nous faire part des violences vécues, donnant l'impression d'être sans filtre, comme pris dans la réalité toujours actuelle du traumatisme psychique (Roussillon, 2014).

Par exemple, après la lecture à haute voix de la phrase 5 (« *Mes parents étaient incapables d'avoir de l'autorité quand il le fallait* »), Salomé a pu nous confier que : « Non ! Il me tapait tout le temps ! » en complétant après « pour un rien » pour ensuite enchaîner directement sur la phrase suivante sans marquer aucun arrêt dans ses processus associatifs. Plus loin, toujours dans cette même dynamique narrative, après la lecture de la phrase 16 (« *Quand j'étais enfant, mes parents avaient démissionné de leur rôle de parents* »), Salomé exprime sa préoccupation pour son petit frère (le sujet « S4 ») et sa mère, suggérant le rôle parentifié subi, en précisant que : « oui ma mère quand j'avais dix ans. Non j'avais douze ans. Non ! Je sais plus. Il fallait que je

gère mon petit frère quand j'étais petite ».

Plus tard, à l'item 23 (« *Enfant, on avait une attitude de "laissez-faire" avec moi* »), Salomé manifeste sa lutte contre l'expérience douloureuse passée, en expliquant qu'elle ne se laissait pas faire lorsqu'il y avait des violences, en inversant une nouvelle fois les rôles entre elle et ses parents par rapport à la signification de l'énoncé initial : « non !! Je criais ! Je gueulais ma mère ! Je l'engueulais ! Je criais après mon frère. Je tapais » pour expliquer plus loin que « je mordais, je griffais (*rire*). Je pouvais je faisais tous les trucs qui me passent par la tête (*rire*) ».

Ensuite, à la phrase 25 (« *J'aime penser à mon enfance* ») Salomé précise qu'elle n'aime pas « parce que mon père il m'a fait mal. Il m'a mordu ». Elle nous explique ensuite, toujours dans un discours particulièrement logorrhéique, que cela s'est passé lorsqu'elle avait six ans, « qu'il était bourré. Et mon frère est venu vers moi et il m'a tiré il m'a déboité l'épaule » puis ajoute que « parce qu'en fait mon père il me mordait et il était tellement bourré qu'il a cru que c'était son lit mais c'était mon lit. Après ma mère elle a, ma mère elle a tiré enfin mon frère il a tiré et il a essayé de pousser mon père et mon frère bah en même temps il m'a déboité l'épaule. Bah c'est normal hein il était ceinture orange donc c'est normal hein !! Qu'il me déboite l'épaule j'avais cinq ans hein ! Après j'étais à l'hôpital pour que l'on me remette mais après c'est bon hein. C'est passé ». Nous lui avons répondu à ce moment-là que « oui c'est passé, tu es protégée maintenant ». Ensuite, Salomé enchaîna directement sur la suite des phrases.

D'une manière générale, nous observons que les souvenirs traumatiques sont tels que Salomé n'a plus beaucoup de repères chronologiques (elle change tout le long de l'entretien les dates avec par exemple ici : entre 5 et 6 ans ou entre 10 et 12 ans), comme pris dans le hors temps des traumatismes (Kristeva, 2005). De plus, la confusion des rôles entre le statut de victime et le statut d'auteur, dans une forme d'identification à l'agresseur, semble prépondérant (entre « je mordais » et le père qui l'aurait mordu).

Plus loin dans l'entretien, à la phrase 33 (« *Enfant, j'avais peur de mes parents* »), Salomé nous fait partager une nouvelle expérience traumatique, en nous expliquant qu'elle avait peur de son père, « parce que euh euh il a failli me jeter un couteau », « quand j'avais huit ans ». Nous lui demandons ce qu'il s'est passé et Salomé nous dit que « bah en fait j'étais, j'étais en

colère et je voulais pas manger et moi, et mon frère il avait pris ma place, et moi ben depuis que je suis toute petite bah j'avais l'habitude de manger à côté de ma mère », « et je voulais pas enlever ma place et euh ... mon frère bah un jour il a pris ma place et moi j'étais en colère et mon père il était en colère donc il a voulu me jeter un couteau », « Mais en même temps il était, il était presque bourré donc euh c'est normal qu'il m'ait jeté un couteau et pour me pardonner j'ai été avec lui boire un coup au dans le bar (*parle très vite avec une prosodie de quelqu'un d'ivre*). Bah ma merci hein ! En même temps moi je buvais que de l'eau. Lui il buvait que ... de ... que ... de la chartreuse alors je lui ai dit « maintenant tu bois que de l'eau » on était au bar il a dit « je bois que de l'eau » ah bah non il pas écouté il a dit je lui ai dit « papa tu bois que de l'eau ! » Il a dit alors « ok tu prends quoi » « du coca » il a dit « ok alors moi aussi j'en prend un » et il a commencé et il a annulé les autres et il, il pouvait pas s'empêcher, quand je suis parti aux toilettes et ben j'ai vu qu'il avait un verre à la main du vin rouge. Voilà. Et après il a pas exprès il a pas, il a pas respecté. Genre c'était moi sa sa sa mère on dit on dirait hein ! », « et en fait parce que je lui ai dit « tu bois que de l'eau ! » bah non il pouvait pas. Après, je m'en foutais de lui. De te de le de si il est mort je j'irai pas à son enterrement moi non ! Je m'en foutrai de lui ! (*Rire*) Mais si c'est mes si c'est si c'est mes grands-parents j'irai à leur enterrement ».

Face à ces associations, nous avons donc décidé d'arrêter la passation. On observe une nouvelle fois l'inversion des positions parentales où Salomé s'occupe et essaye de raisonner son père pour plus qu'il arrête de s'alcooliser. La violence des affects amène Salomé à exprimer des fantasmes meurtriers à l'égard de son père et de sauter une génération dans l'intériorisation de ces modèles identificatoires générationnelles : elle n'ira pas à l'enterrement de son père contrairement à ses grands-parents. Ainsi, au regard de l'ensemble des éléments cliniques recueillis en entretien, nous estimons que Salomé exprime des stratégies d'attachement désorganisées très prégnantes, avec des réviviscences traumatiques massives. De plus, précisons que nous avons décidé, après cet entretien et avec l'accord de Salomé, de partager les contenus de ces expériences avec la famille d'accueil et le référent, afin de vérifier l'état des signalements en cours.

2.1.1.4 Les représentations d'attachement (Edicode)

→ Les résultats indiquent que tous les adolescents présentent des représentations d'expériences d'attachement insécure désorganisé lorsqu'ils arrivent en famille d'accueil (tableau 21).

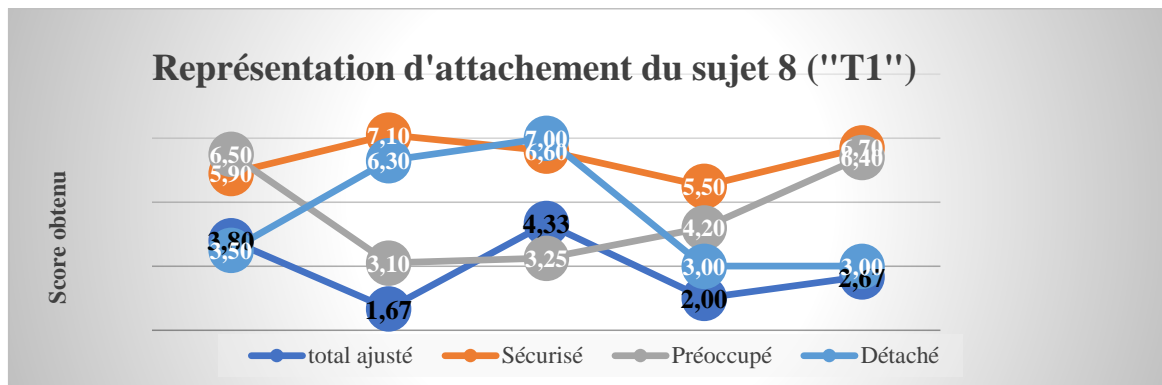
Tableau 21: Résultats des adolescents du groupe 2 aux facteurs d'attachement de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) au moment T1, en comparaison avec une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9) en fonction des profils prototypiques d'attachement (sécure, préoccupé et détaché).

FACTEURS/ SUJETS (S)	Fluidité	Cohérence	Adéquation	Réflexivité	Authenticité
S8 (désorganisée)	3,80	1,67	4,33	2	2,67
S9 (désorganisé)	2,60	6,17	3	2,25	2,67
S10 (désorganisée)	2,60	5,83	3,33	4,75	4,33
SCORES AUX FACTEURS SUR UNE POPULATION DE REFERENCE					
Sécure	5,90	7,10	6,60	5,50	6,70
Préoccupé	6,50	3,10	3,25	4,20	6,40
Détaché	3,50	6,30	7	3	3

En effet, nous retrouvons l'expression d'une représentation désorganisée chez tous les sujets (S8, S9 et S10). Précisons que pour les sujets 8 et 9, des expériences traumatiques de violences physiques sont relevées et avérées. En effet, le sujet 9 a pu exprimer que par rapport aux aspects disciplinaires de l'éducation de son père : « il nous mettait des baffes, tout le temps, plusieurs fois par semaine ». Et lorsque nous lui demandions s'il pouvait se passer autre chose, le sujet 9 répondait que « bah non des fois c'était des coups de poing euh et voilà ». Quant au sujet 8, il a pu évoquer la violence physique de son père et de son beau-père comme nous l'avons apprécié au sein de la vignette clinique précédente.

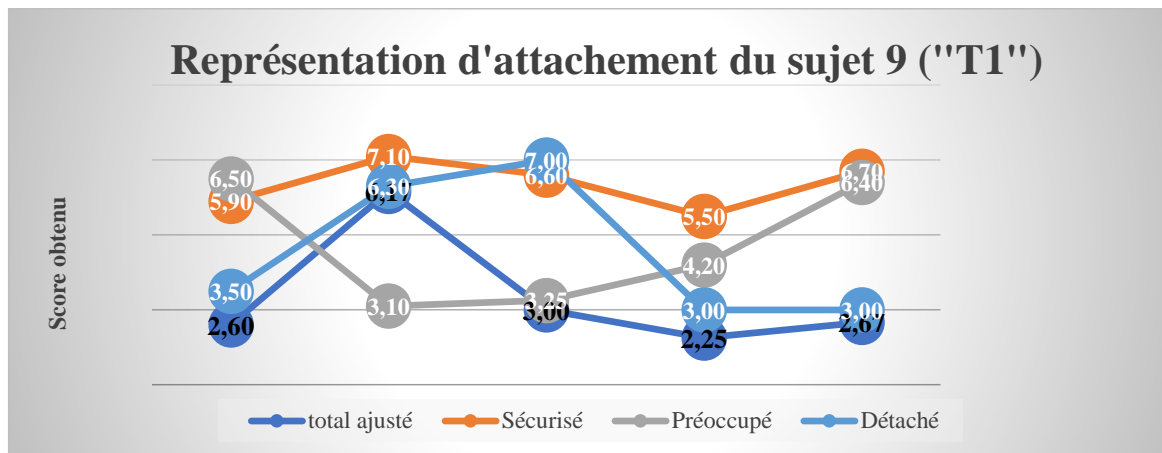
Les représentations graphiques présentées comme suit (figures 4, 5 et 6) visent à faire ressortir l'analyse comparative des dynamiques narratives des expériences d'attachement entre chaque adolescent du groupe 2 et la population générale en fonction des états d'esprit sécure, détaché et autonome, conjointe à une description dynamique de ces données.

Figure 4 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement désorganisé du sujet 8 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisé, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



L'analyse dynamique du profil d'attachement par l'étude des tendances de la courbe du sujet 8 (figure 4) indique une représentation d'attachement de type désorganisé. En effet, nous retrouvons une fluidité du récit détachée, avec une faible associativité et un accès difficile aux souvenirs (pour un score à 3,8 correspondant à la fluidité détachée à 3,5 de la population référente) ; une cohérence du discours très préoccupée, avec un récit déstructuré et très peu focalisé (score à 1,67 contre 3,1 pour la cohérence préoccupée) ; une adéquation préoccupée avec un discours plutôt approprié et en congruence avec les émotions ressenties sur les expériences relationnelles actuelles mais qui se retrouvent très perturbées à l'évocation des expériences d'attachement passées (score à 4,33 contre 3,25 pour l'adéquation préoccupée) ; une réflexivité très détachée, en raison probablement de l'intensité des expériences traumatiques subies (que nous présenterons dans l'analyse des entretiens cliniques semi-structurés), à travers de grandes difficultés pour le sujet 8 à prendre en compte son état interne affectif et émotionnel, que cela soit dans le passé qu'au niveau de l'influence de son passé sur le présent (score à 2 contre 4,2 pour la réflexivité préoccupée) et une authenticité détachée avec un récit plutôt vivant et authentique sur les expériences interpersonnelles actuelles du sujet mais désorganisé pour tout ce qui se rapporte aux expériences d'attachement présentes ou passé (score à 2,67 au plus proche de l'authenticité détachée à 3). Ainsi, ces alternances entre des facteurs insécures détachés du récit (la fluidité, la réflexivité et l'authenticité) et insécures préoccupés (l'incohérence et l'inadéquation) révèlent l'aspect désorganisé du discours sur les expériences d'attachement présentes et passées, ajouté à l'analyse clinique du traumatisme psychique de violences psychologiques et physiques avérées du père et du beau-père, ainsi que la révélation récente d'abus sexuel supposé de son grand frère.

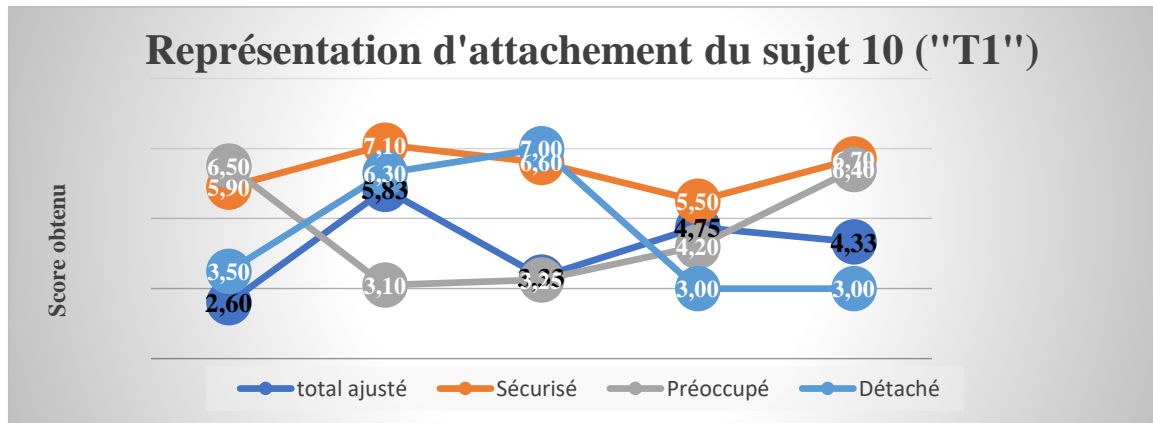
Figure 5 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 9 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisé, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



L'analyse dynamique du profil d'attachement par l'étude des tendances de la courbe du sujet 9 (figure 5) indique une représentation d'attachement de type désorganisé. En effet, nous retrouvons une fluidité du discours détachée avec un très faible niveau d'associativité et un blocage d'accès aux souvenirs en ce qui concerne les expériences passées d'attachement (pour un score à 2,6 proche de la fluidité détachée référente à 3,5) ; une cohérence détachée avec un récit plutôt structuré et focal, principalement pour tout ce qui concerne les expériences interpersonnelles actuelles (score à 6,17 contre 6,3 pour la cohérence détachée) ; une adéquation du discours très préoccupée avec une dysrégulation des émotions lorsqu'il s'agit d'évoquer les expériences d'attachement actuelles ou passées (score à 3 contre 3,25 pour l'adéquation préoccupée) ; une réflexivité détachée avec un sujet qui prend très difficilement en considération son intériorité affective et émotionnelle, que cela soit pour les expériences affectives vécues dans le passé que leur influence sur le présent (score à 3 contre 2,25 pour la réflexivité détachée) et une authenticité détachée avec un récit plutôt factuel et descriptif (score à 2,67 au plus proche de l'authenticité détachée à 3). Ainsi, ces alternances entre des scores de facteurs du discours très détaché (en dessous des scores correspondant au profil prototypique détaché) avec une adéquation du discours largement préoccupée traduisent l'aspect désorganisé du discours en termes de représentation narrative d'expérience d'attachement. De plus, comme pour le sujet 8, des expériences traumatiques sont avérées chez le sujet 9 avec de la violence psychologique et physique avérée de la part du père ainsi qu'une problématique de deuil probablement encore non-résolu de la mère. En effet, pendant les entretiens, les sujets peuvent marquer un temps de latence significatif voire une rupture dans le récit, à l'évocation des

thématiques au niveau de la perte, indiquant une difficulté de liaison entre le contenu et la forme du discours.

Figure 6: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement désorganisé du sujet 10 (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisé, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



L'analyse dynamique du profil d'attachement par l'étude des tendances de la courbe du sujet 10 (figure 6) indique une représentation d'attachement de type désorganisé. En effet, nous retrouvons une fluidité très détachée avec un récit qui présente un niveau d'associativité très faible et un blocage important d'accès aux souvenirs sur les expériences passées d'attachement (pour un score à 2,6 se rapprochant de la fluidité détachée référente à 3,5) ; une cohérence plutôt détachée avec un récit relativement structuré et focal pour tout ce qui concerne les expériences relationnelles d'attachement vécues dans le présent (score à 5,83 contre 6,3 pour la cohérence détachée) ; une adéquation préoccupée avec un discours qui présente des dysrégulations émotionnelles conséquentes lorsque les expériences d'attachement passées sont évoquées avec un manque de confiance pour les personnes ressources dans le présent (score à 3,33 contre 3,25 pour l'adéquation préoccupée) ; une réflexivité plutôt préoccupée avec un récit qui présente une régulation des émotions opérantes lorsqu'il s'agit d'évoquer les expériences d'attachement relationnelles actuelles et une mise à distance importante mais appropriée pour tout ce qui concerne les expériences d'attachement passées (score à 4,75 contre 4,2 pour la réflexivité préoccupée) et une authenticité détachée avec un discours descriptif et factuel (score à 4,33 plus proche de l'authenticité détachée à 3). Ainsi, l'allure générale de la courbe oscillant entre des scores insécures à la fois détachés (la fluidité, la cohérence et l'authenticité) et préoccupés (l'adéquation et la réflexivité), démontre l'aspect désorganisé du discours du sujet 10 en termes de représentation d'expérience d'attachement.

2.1.1.4.1 Illustration clinique sur la passation de l'Edicode : « Marjolaine »

Nous illustrons la passation de l'Edicode avec le sujet « S10 », âgée de 15 ans, que nous nommons après anonymisation Marjolaine. Les premières interventions administratives et judiciaires en milieu ouvert font suite à de la violence conjugale puis au décès de sa mère de naissance d'une maladie somatique grave et incurable, jusqu'à une décision de placement. Le père de Marjolaine se déclare alors être en incapacité de pouvoir s'occuper de ses enfants. Nous avons rencontré Marjolaine à cinq reprises sur une année. La passation de l'Edicode s'est faite lors du troisième entretien du temps « T1 ».

Pendant l'Edicode, Marjolaine relate une vie normale et ordinaire jusqu'au décès de sa mère, de manière banalisée avec un blocage du souvenir prégnant. Par exemple, elle décrit la relation avec ses parents en expliquant que « c'est mes parents quoi genre je veux dire on est des... une famille ». Plus loin, elle précise que sa famille c'est « comme tout le monde, 'fin... des enfants avec des parents ». Au niveau des difficultés d'accès aux souvenirs, Marjolaine peut raconter qu'elle ne se souvient pas quand elle était petite et donne les mêmes adjectifs pour décrire la relation entre sa mère et son père (« amour, plaisanterie et confiance ») sans pouvoir les illustrer par des exemples, posant ainsi la question de la résolution de ses conflits intrapsychiques œdipiens. Au niveau de ses éprouvés, Marjolaine évoque deux situations d'accidents (où elle est tombée, ce qui a nécessité une intervention à l'hôpital avec un soin de plâtre) sans pouvoir se souvenir de la douleur ou de ce qu'elle a pu ressentir à ce moment-là. Elle explique ainsi que cela lui est déjà arrivé de tomber ou de se faire mal « comme tout le monde » sans pouvoir faire part de ses émotions.

De la même manière, Marjolaine ne se souvient pas de sa première séparation avec ses parents. Elle explique ainsi que les expériences qu'elle a vécu avec eux, étaient : « bah c'est des parents quoi » et que « c'est eux qui m'ont élevé jusqu'à mes neuf, 'fin jusqu'à mes huit ans à peu près donc... voilà quoi ». Plus loin, Marjolaine pleure quand elle évoque le décès de sa mère, en exprimant que lorsqu'elle a appris le décès de sa mère qui est parti en urgence à l'hôpital, elle a ressenti « de la tristesse » et que les conséquences de ce décès c'est qu'on « était plus vraiment une famille ». C'est le seul moment de l'entretien où Marjolaine semble vivre ses émotions et parvient à les identifier sans privilégier la solution insécure du détachement voire de l'exclusion défensive. Ainsi, Marjolaine présente des ruptures de liaison associative dans son récit, entre ses affects et ses représentations, et ce, particulièrement à l'évocation des

thématiques qui abordent les expériences de perte et de séparation.

Dans ce cadre, les processus psychiques d'autonomisation dans cette période d'adolescence (Roussillon, 2014), semblent aider Marjolaine à construire une autre forme de narration subjectivante autour de l'histoire de ses origines (Freud, 1909b ; Golse & Missonnier, 2005). Par exemple, Marjolaine peut expliquer que « ah non, mais moi je le suis têtue, mais ça à rien à voir avec mes parents, je suis née comme ça », comme une nouvelle tentative de se détacher des éprouvés traumatiques liés au deuil non résolu de sa mère. Cette forme de fantasme d'auto-engendrement dans cette période d'adolescence semble réactiver sa conflictualité œdipienne, que Marjolaine essaye d'étayer sur le décès de sa première belle-mère. En effet, Marjolaine exprime une agressivité passive qu'elle dirige à l'égard de la deuxième femme de son père en expliquant que « bah y a eu la femme de mon père. 'fin non ils étaient pas mariés, mais... En fait il a eu une nouvelle compagne, bah on va dire que je la portais pas dans mon cœur. Et... bah elle est décédée » d'un « problème au cœur ». Ensuite, Marjolaine associe une nouvelle fois en expliquant qu'à la mort de cette personne, elle n'a rien ressenti, que « c'était quand même la compagne de mon père donc je me suis dit, mon père il doit être triste, mais... sinon pour elle en particulier... non ». Marjolaine semble ici mettre au travail psychique cette agressivité passive autour du détachement, comme solution principale d'élaboration de sa position dépressive en expliquant que « après je le souhaite à personne de mourir, mais... j'étais pas triste pour autant, mais j'étais pas non plus contente. Juste au milieu quoi », lui permettant probablement de ne pas ressentir ni de l'amour ni de la haine, au risque de réactiver des affects non-résolus renvoyant au décès de sa mère.

2.1.1.5 Synthèse des résultats des enfants au niveau de l'attachement au temps « T1 »

→ **Les résultats indiquent que tous les enfants présentent une expression d'attachement de type insécure et à la quasi-totalité désorganisé pour une majorité significative lorsqu'ils viennent d'arriver en famille d'accueil (N=10) (tableau 22).**

Tableau 22: Résultats des enfants au temps « T1 » en fonction des narratifs d'attachement (CCH), des relations d'attachement interpersonnelles (RQ), des stratégies d'attachement (Ca-mir) et des représentations d'attachement (Edicode) selon une perspective catégorielle simple.

ATTACHEMENT/ SUJETS (S)	Les narratifs d'attachement (CCH)	Les relations d'attachement interpersonnelles (RQ)	Les stratégies d'attachement (Ca-mir)	Les représentations d'attachement (Edicode)
S1	Désorganisé ⁵¹	X ⁵²	X	X
S2	Désorganisé	X	X	X
S3	Désorganisé	X	X	X
S4	Désorganisé	X	X	X
S5	Désorganisé	X	X	X
S6	Désorganisé	X	X	X
S7	Désorganisé	X	X	X
S8	X	Démisionnaire	Désorganisée ⁵³	Désorganisée
S9	X	Préoccupé	Préoccupée	Désorganisé
S10	X	Démisionnaire	Sécure	Désorganisée

▪ Au niveau de la construction des narratifs d'attachement (CCH) :

- Les résultats à cette épreuve montrent une désorganisation significative des narratifs d'attachement chez les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil.
- Des scores significatifs d'insécurité des représentations d'attachement sont également mis en évidence chez les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil. En effet, les parents sont symbolisés comme étant contrôlant, indisponible, rejetant ou en attente que l'on s'occupe d'eux (inversion des positions parentales) et les enfants comme oubliés et tristes. Les enfants manifestent des difficultés à gérer émotionnellement les expériences de séparation en mettant en place des stratégies appropriées, traduisant une difficulté à proposer et construire une narration structurée. Les processus narratifs sont difficiles à suivre, par l'expression d'une mauvaise verbalisation ou de phénomènes de rupture dans les associativités du récit (verbal et/ou scénique).

⁵¹ Attachement évalué cliniquement en entretien car le sujet n'était pas en mesure de terminer la passation.

⁵² Les indications « X » précisent que les outils d'évaluation n'ont pas été appliqués chez ces sujets en raison de leurs âges, (confère la partie méthodologie).

⁵³ Evaluation clinique en entretien car passation incomplète.

▪ Au niveau des styles d'attachement (RQ) :

- Les résultats au RQ montrent que les adolescents, à leur arrivée en famille d'accueil, expriment des styles d'attachement insécures (détachés et préoccupés) à la fois dans la version catégorielle et dimensionnelle de ce test.

▪ Au niveau des stratégies d'attachement (Ca-mir) :

- Les résultats à cette épreuve mettent en évidence une majorité d'expression de stratégies d'attachement de type insécure désorganisé au moment de l'arrivée des adolescents en famille d'accueil.
- Aussi, une désorganisation familiale élevée est constatée chez les adolescents au moment « T1 » et témoigne de l'expression d'un traumatisme psychique avec les figures d'attachement de naissance.

▪ Au niveau des représentations d'attachement (Edicode) :

- Les résultats des représentations d'expériences d'attachement au moment de l'arrivée des adolescents en famille d'accueil indiquent des représentations d'attachement de type insécure désorganisés chez tous les sujets.

2.1.2 Les résultats au niveau de l'analyse transférentielle

2.1.2.1 *Les résultats au niveau des dessins*

Dans cette partie sont présentées les analyses cliniques des dessins libres et des dessins de famille avec les représentations des professionnels. En raison de leur nature qualitative, les résultats sont présentés en regroupant les éléments cliniques qui marquent les tendances les plus significatives dans les expressions de type transférentiel chez les enfants à l'égard des professionnels. Notons que ce travail clinique de synthèse se soustrait évidemment à la complexité du rapport d'un sujet singulier à une production créatrice unique de dessin. Il n'en reste pas moins que l'enfant ne peut être réduit à l'appréciation stricte de ses processus psychiques et reste toujours à appréhender dans son infini globalité singulière en construction permanente.

A l'issue de la présentation de l'ensemble des résultats (enfants et professionnels), rappelons qu'en plus des vignettes insérées tout au long de ce chapitre, deux situations cliniques détaillées sont développées pour illustrer de manière plus approfondie ces tendances décrites par les dessins et les entretiens cliniques de recherche semi-structurés autour de la question de l'appréhension des mouvements de type transféro-contre-transférentiel entre les enfants et les adultes professionnels.

De plus, précisons que nous avons fait le choix d'inclure le sujet 8 dans la passation de l'épreuve des dessins en raison de l'expression de son immaturité affective qui n'a pas permis à l'adolescente de réaliser la totalité des épreuves sur l'attachement (notamment en ce qui concerne le Ca-mir). Les dessins constituent une épreuve particulièrement appropriée au fonctionnement psychique du sujet 8 pour investiguer le phénomène psychologique qui nous intéresse ici. Enfin, rappelons que la majorité des sujets (les sujet S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8 et S9) ont vécu des conditions de séparation de placement brutales, soit dans l'urgence pour des motifs immédiats de protection de l'intégrité physique et psychique des enfants et des adolescents (pour huit sujets dans le cadre d'O.P.P.), soit avec un temps très court de préparation.

2.1.2.1.1 Les dessins libres

→ **Les résultats de l'analyse clinique montrent que nous retrouvons chez l'ensemble des sujets, un travail psychique narcissique et identitaire significatif autour des tentatives de symbolisation des traumatismes vécus au sein de la famille de naissance.**

→ **Aussi, les résultats révèlent que la situation de séparation de placement réactive les expériences traumatiques qui s'associent à des angoisses majeures d'abandon avec des équivalents dépressifs prégnants. Dans ce cadre, rappelons que les circonstances de la séparation de placement ont été réalisées dans l'urgence pour la majorité des sujets (huit situations d'O.P.P. sur les dix sujets).**

Le travail interprétatif global s'appuie sur les quatre dimensions principales de l'interprétation du dessin libre au niveau de l'analyse des processus expressifs, narratifs, projectifs et associatifs des enfants, ainsi que la mobilisation de leurs processus défensifs.

2.1.2.1.1.1 Analyse des processus expressifs

Sur le plan de l'analyse des processus expressifs, la quasi-majorité des dessins des enfants est monochrome (sur les huit sujets, quatre personnes n'ont utilisé qu'une couleur, et quatre enfants ont utilisés significativement une couleur principale avec l'utilisation de couleur secondaire sur quelques éléments disparates du dessin) avec un choix de couleurs introspectives (essentiellement bleu, vert, violet). Deux sujets (S8 et S2) ont rajouté des couleurs secondaires à la suite de la réalisation du dessin lors de l'entretien clinique ce qui marque probablement la scénarisation traumatique (comme nous l'illustrerons au sein de la vignette clinique suivante).

Pour la majorité des dessins, l'espace de la feuille est totalement rempli, excepté pour deux sujets (S1 et S6) pour qui la production se situe plutôt sur la partie gauche du dessin, évoquant des événements vécus traumatiques dans les représentations passées. Pour quasi l'ensemble des sujets, les caractéristiques de la forme et des traits des dessins sont très épais ou passés à de multiples reprises sur la même trace, avec la présence de tourbillons, de pointillés, de croix ainsi que deux feuilles transpercées, évoquant un travail de décharge corporelle (les sujets les plus jeunes S1 et S3) et de symbolisation de différents conflits psychiques en rapport au vécu familial et à la situation de séparation. Le dessin du sujet 8 (le plus âgé) présente quant à lui une meilleure secondarisation dans l'organisation des caractéristiques de la trace graphique.

L'ensemble de ces éléments cliniques indique un état émotionnel très mobilisé chez les sujets pendant la passation, principalement organisé autour de l'expression d'équivalents dépressifs (utilisation de couleur monochrome, remplissage excessif voire compulsif de la surface de manière à ne pas se confronter à l'angoisse du vide que suscite la feuille blanche). Ces caractéristiques sont probablement consécutives aux traumatismes psychiques familiaux et à la recherche interne de consolidation narcissique primaire (avec la présence de couleurs rouges pour symboliser des scénarisations traumatiques, de croix multiples, de traits sur-épaissis par exemple).

2.1.2.1.1.2 Analyse des processus narratifs

Au niveau des processus narratifs des enfants, cinq sujets (S2, S4, S5, S6 et S8) expriment des histoires marquées par des mouvements de type schizo-paranoïde, avec des alternances fortes autour des thèmes de l'amour et de la haine. Trois enfants (S2, S5 et S6) évoquent des histoires autour de la protection narcissique plus ou moins active et dirigée (bâtiment type forteresse, maison, moissonneuse batteuse). Un sujet raconte une histoire autour du conflit de loyauté entre les deux familles (famille de naissance et famille d'accueil) en scénarisant un thème autour du sentiment de justice et d'injustice (avec l'intervention des policiers, de la loi, la trahison et l'emprisonnement du coupable).

2.1.2.1.1.3 Analyse des processus projectifs

Sur le plan de l'analyse des processus projectifs de l'expression du monde interne des enfants, les conflictualités psychiques se traduisent pour six sujets (S2, S4, S5, S6, S7 et S8) autour d'une lutte antidépressive avec l'expression d'angoisse d'abandon aux allures schizo-paranoïdes par la mise en scène de situation de poursuite, de persécution et de trahison (S1, S3, S4, S5 et S8) et deux sujets autour de l'agression de type anal (pour les sujets S1 et S3).

2.1.2.1.1.4 Analyse des processus associatifs et des procédés défensifs

Au niveau de l'analyse des processus associatifs, l'expression des affects s'expriment plutôt de manière logorrhéique voire compulsive (S1, S3, S4, S5, S7 et S8) avec un changement d'activité associative significatif lors de la phase d'entretien après la création de la production graphique, en se montrant très inhibé.

Enfin, au niveau de l'analyse clinique des procédés défensifs, on observe un recours majoritaire aux défenses maniaques et narcissiques qui visent probablement à protéger l'intégrité psychique des sujets, avec des tendances à l'omnipotence pour trois sujets (la forteresse pour le sujet 5, la maison grandiose qui recouvre l'entièreté de la feuille pour le sujet 2 comme envahie par les représentations maternelles et la moissonneuse-batteuse pour le sujet 6) et des recours à l'agir par la décharge corporelle pour deux sujets afin de probablement lutter contre la problématique de l'agression et du morcellement (la feuille percée pour le sujet 1 et 3, l'agitation psychomotrice et le caractère compulsif de l'acte graphique au traçage des lignes

en tourbillon et des pointillés pour le sujet 1 et 3), le clivage transitoire pour le sujet 7 (avec le dessin coupé en deux parties entre la justice en bas de la page contre des tourbillons de fil dans la partie supérieure).

2.1.2.1.1.5 Illustration clinique de la passation du dessin libre : « Jeanne »

Nous illustrons la passation clinique de l'épreuve du dessin libre avec le sujet « S2 », âgée de 4 ans, que nous appelons après anonymisation « Jeanne ». Jeanne est retournée au domicile parental à la suite de la mesure d'assistance éducative, après les premiers temps de mesure de recherche. Les motifs de placement font suite à de la violence conjugale et de la violence physique contre les enfants. Après trois jours d'absence à l'école, la sœur de Jeanne, le sujet « S5 » revient avec des traces de coup sur la joue. Le médecin scolaire signale au procureur de la république qui ordonne immédiatement un placement. Plus tard, le médecin corrobore les blessures avec le récit de l'enfant, amenant au placement en urgence de sa petite sœur, Jeanne. Rappelons que les deux sœurs participent à la recherche et sont accueillies au sein de la même famille d'accueil (l'assistante familiale « AF3 »). Nous avons rencontré Jeanne à trois reprises au temps « T1 ». Lors du premier entretien de présentation en présence de leur assistante familiale, Jeanne a pu exprimer qu'elle ne voulait pas partir de la salle et rester avec nous, qu'elle ne voulait pas rentrer en famille d'accueil et qu'elle souhaitait retourner chez sa « maman ».

Le dessin de Jeanne est une maison monochrome de couleur violette, traduisant des symbolisations aux allures d'équivalents dépressifs. Le seul élément d'une couleur différente est le crochet rouge, qui appartient au père, qui se situe sous le lit de l'enfant. La maison est composée de seize fenêtres, présentes sur la partie gauche de la feuille. Jeanna commence son dessin en traçant le contour de la maison qui prend pratiquement tout l'espace de la feuille blanche, traduisant potentiellement une angoisse envahissante de la problématique de séparation familiale (voire maternelle, comme elle a pu nous l'exprimer au premier entretien, en voulant rester avec nous tout en souhaitant retourner chez sa mère).

Puis, Jeanne précise les éléments avec l'ensemble des fenêtres, et énonce qu'il y a « un lit, une petite table, et le bonhomme qui dort ! et elle est allongée en dessous, parce qu'il y a la couverture ! Allongée en dessous. Papa il dort ! ». La proximité du lit du père avec le lit de l'enfant semble conduire à la création de la couverture comme une enveloppe protectrice contre

les coups du père qui ont meurtri le corps de l'enfant. Ce phénomène semble davantage s'accroître avec la couverture, elle-même protégée par le lit, Jeanne situant le refuge de l'enfant sous le lit. Le toit de la maison est peu épais, suggérant un défaut possible de mentalisation en raison probablement des expériences douloureuses subies. La maison ne possède pas de cheminée ni de porte. L'ouverture vers l'extérieur semble ainsi restreinte (l'absence de lien, de porte), avec peu de présence de chaleur humaine à l'intérieur de la maison (l'absence de cheminée). Le nombre inhabituel de fenêtres toutes dessinées en croix, peut renvoyer aux traumatismes vécus possibles dans le passé : les croix sont représentées sur la partie gauche du dessin et débordent même l'encadrement contenant du contour des fenêtres. Elle termine son dessin en nous le donnant directement, en exclamant : « Pour toi !! ».

Ensuite, Jeanne nous explique que dans la chambre il y a le lit de l'enfant près de celui des parents. Encore à côté, se trouve le lit de la grand-mère disposant d'une échelle, représentant peut-être une solution d'échappatoire possible, semé d'embûches et difficile d'accès. Ensuite, Jeanne précise que les parents ont une carte permettant de savoir où est l'enfant, ce qui l'amène de nouveau à dessiner sur la feuille en expliquant qu'il y a un endroit interdit : « la cabine où on a pas le droit d'y aller » (elle rajoute à ce moment la croix dans le coin supérieur droit de la maison, représentant peut-être l'angoisse de séparation familiale actuelle de placement) et repasse le crochet, initialement dessiné en rose, avec la couleur rouge. Ces différents éléments associés peuvent témoigner des scènes de violence vécues, obligeant probablement les enfants à se cacher afin de ne pas être retrouvés. Jeanne nous commente que le crochet appartient au père, puis à la mère, pour finir par nous montrer ses deux mains en précisant « qu'elle l'avait comme ça ». Le passage du crochet dans les mains du couple parental aux mains propres de Jeanne semble encore une fois évoquer les scènes de violences conjugales qui se sont peut-être terminées en violence sur les enfants.

Peu après, Jeanne nous explique que le crochet sert à monter dans le bateau, tentant ainsi une première symbolisation des expériences traumatiques de violence. Nous accentuons ainsi cet aspect en précisant davantage la forme de cette symbolisation en répondant à Jeanne « d'accord ! Comme le capitaine crochet et Peter pan ? ». Jeanne acquiesce et nous demande si nous le connaissons, annonçant ainsi une première dynamique transférentielle manifeste au dispositif clinique. Après notre réponse à l'affirmative, Jeanne nous explique que « oui sur le bateau de pirate ! Tu sais moi j'adore Easy, alors elle peut dire « en cas d'urgence, en cas d'urgence, en cas d'urgence ! Elle le dit tout le temps !! ». A ce moment-là, Jeanne se met alors

à se balancer sur sa chaise tout en esclaffant « le cas d'urgence », comme un procédé auto-calmant à la réactivation de l'événement douloureux.

Puis, Jeanne enroule son dessin et le pose sur le meuble à côté. Elle nous demande de le cacher. Nous lui répondons que son dessin est en sécurité et que nous le gardons précieusement avec nous. Jeanne nous suggère alors que « tu le mettras dans ta chambre si tu veux ! » pour ajouter que « tu pourras le cacher quelque part et jamais on le trouverait ». Cet élément du transfert peut appuyer une nouvelle fois l'importance qu'à constituer la solution de la cachette pour Jeanne, contre les violences. Nous reformulons sa remarque et Jeanne explique que « moi je n'aime pas que qu'on regarde mes dessins ! », « parce que après ils pourront se moquer du dessin », ce à quoi nous répondons « moi je ferai des dessins comme ça je serai très fier de les montrer et je serai très fier de montrer à tout le monde comme tu sais bien en faire, car tu sais faire plein de choses, ce sont de beaux dessins ! ». Jeanne nous répond que « si tu veux je peux t'en faire encore ! ». Ce dernier aspect semble refléter un sentiment de honte présent chez l'enfant comme si elle était coupable et responsable des violences subies par leur caractère insensé. Son entrain pour continuer à dessiner, semble venir étayer le vécu traumatique sur le transfert au cadre clinique de la recherche, en nous proposant à nouveau de faire une autre réalisation graphique, comme une possibilité d'associer et de partager sans que la réactivation des événements douloureux soit dangereuse pour elle.

2.1.2.1.2 Les dessins de famille avec l'assistant familial

→ **Les résultats de l'analyse clinique montrent que les enfants expriment un sentiment de méfiance à l'égard de l'assistante familiale avec qui la relation représente un risque voire un danger.**

→ **Dans ce cadre, les mouvements transférentiels des enfants à l'égard de leur famille d'accueil s'inscrivent sur une valence plutôt négative associée à une difficulté à symboliser la situation de séparation familiale à travers le travail psychique autour du sentiment d'appartenance entre les deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil).**

En effet, l'analyse des processus défensifs montrent un niveau d'inhibition des activités associatives très significatif par rapport à la réalisation des dessins libres (les dessins sont quasiment tous monochromes, dans des dimensions plus réduites et limitées à la représentation de deux personnages). Précisons que nous avons fait le choix de ne pas faire passer cette épreuve à trois enfants trop en souffrance pour aborder cette question de la séparation au risque de majorer une angoisse d'abandon par la désorganisation affective déjà exprimée (S1, S3 et S4)⁵⁴.

Examinons plus précisément les dessins de famille avec l'assistante familiale pour les cinq enfants qui ont réalisé l'épreuve (S2, S5, S6, S7 et S8), en présentant dans un premier temps les éléments les plus saillants relevés pendant la clinique de la passation, pour aller vers l'interprétation des processus identificatoires symbolisés par les enfants.

2.1.2.1.2.1 Clinique de la passation

Au niveau de l'analyse de la clinique de la passation, les enfants ont exprimé une attitude d'inhibition en réaction à la consigne (avec des essais et tentatives de dessin au verso de la feuille chez les sujets S2, S5 et S6). Ensuite, l'observation clinique note des processus associatifs appuyés sur une production graphique compulsive et rapide dans la réalisation des dessins pour après marquer un arrêt relatif de l'associativité lorsque nous abordions les questions propres à l'entretien semi-structuré réalisé à l'issue de la création graphique.

Des mouvements de dévalorisation sont aussi observés pour les cinq enfants qui ont réalisé la passation (S2, S5, S6, S7 et S8), traduisant une estime de soi basse ainsi qu'un sentiment de culpabilité manifeste comme si les enfants se considéraient comme responsable de la situation de séparation familiale (par exemple les enfants pouvaient exprimer « j'ai honte de mon dessin » et « je ne sais pas dessiner » pour le sujet 2 ; « tu le montres à personne » pour le sujet 5 ; « Je dessine mieux que ça en fait » pour le sujet S8). Aussi, notons que tous les enfants étaient satisfaits de leurs dessins. De plus, tous les sujets choisissaient l'enfant accueilli comme personnage principal qui était aussi leur personnage préféré. En ce qui concerne les

⁵⁴ Notre expérience clinique nous enseigne que les limitations de l'utilisation de l'épreuve du dessin de famille ne se réalise pas dans un début de travail thérapeutique pour les enfants et plus particulièrement pour ceux placés en famille d'accueil, en raison notamment de la séparation de placement d'éloignement et de protection qui sollicite fortement les expériences d'attachement pouvant réactiver les réminiscences traumatiques associées. Même si nous avons choisi de proposer une variation du dessin de famille en proposant aux enfants d'orienter la scène relationnelle vers les professionnels, le respect de la temporalité psychique de l'enfant s'avère fondamental et déterminant pour la suite du travail de recherche comme il est tout autant dans un cadre thérapeutique.

états affectifs internes des personnages, (par exemple sur l'attribution des émotions aux personnages le plus gentil, le plus méchant, etc.), aucun enfant n'a réussi à caractériser un état émotionnel au personnage, probablement en raison de la difficulté de symbolisation de la situation manifeste de séparation familiale pouvant possiblement réactiver des expériences traumatiques ajoutées à l'émergence d'une comparaison entre les deux familles difficiles à formuler et intégrer en termes de conflictualité.

2.1.2.1.2.2 Analyse interprétative

Au niveau de l'analyse interprétative, nous proposons une synthèse des éléments cliniques les plus significatifs des productions des enfants, en présentant la mise en valeur du personnage principal, les indices de dévalorisation, les processus de surajouts et de déplacements, les représentations des liens entre les personnage, les interactions et distances permettant d'appréhender les différents niveaux d'identification, l'existence de conflit de loyauté possible ainsi que des indices traduisant des possibles violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

Sur le plan de la mise en valeur du personnage principal, tous les enfants symbolisent le protagoniste central selon une représentation faiblement valorisée (les personnages principaux sont les plus petits sur la partie gauche du dessin et dessinés de manière monochrome). Au niveau des indices de dévalorisation, tous les sujets expriment des équivalents de type dépressif : « je l'ai fait horrible mes bonhommes » ; « je ne sais pas dessiner » ; « ça me donne honte » ou encore « ils sont bizarre les cheveux ». En ce qui concerne les surajouts, un seul enfant a ajouté un personnage représentant l'éducatrice référente pour le sujet 8 au cours de l'entretien suivant la réalisation du dessin. Ce personnage était le seul d'une couleur différente (bleu foncé détenant une fourche rouge contre bleu clair pour tous les autres personnages avec une fourche de la même couleur).

Par rapport aux représentations des liens entre les personnages, presque tous les sujets ont dessiné uniquement l'assistante familiale avec l'enfant, sans aucun autre personnage, excepté le sujet 8. Ce dernier a représenté le couple d'assistants familiaux (AF7 et AF8) ainsi qu'un enfant licorne. Pour tous les autres sujets dont les fratries étaient incluses dans le protocole de la recherche (la fratrie S6, S7 et S9 et la fratrie S2 et S5) l'autre membre de la fratrie pourtant accueilli au sein de la même famille d'accueil n'était systématiquement pas représenté (soit

pour la fratrie accueillie au sein de la même famille d'accueil S2-S5 et S6-S7). Nous ne relevons pas d'éléments significatifs concernant l'hypothèse des symbolisations traumatiques ou de violence physique, sexuelle ou psychologique contrairement à l'épreuve du dessin libre.

L'élément clinique le plus saillant concernant la démarche d'interprétation se situe autour des conflits de loyauté en termes de double appartenance entre les deux familles (famille de naissance et famille d'accueil), ainsi que les interactions et distances entre les personnages qui permettent d'appréhender les mouvements de type transférentiel à travers les différents niveaux d'identification de l'enfant avec l'assistante familiale.

En effet, trois des sujets qui ont passé l'épreuve (S5, S6 et S7) ne pouvaient pas exprimer les raisons de leurs présences en famille d'accueil, nécessitant notre intervention pour signifier la situation de séparation de placement (en proposant un bref résumé sur les difficultés des parents, la présence des juges des enfants et le travail des familles d'accueil de prendre soin d'eux au quotidien). Le sujet 8 exprime quant à lui clairement la conflictualité autour du sentiment de la double appartenance entre la famille d'accueil et la famille de naissance, avec une famille d'accueil décrite comme « gentille » qui se transforme en « démon » détenant des fourches, ajouté à l'intervention de l'éducatrice dessinée dans une couleur différente des autres personnages avec une fourche rouge. Cette fourche rouge représente probablement les ressentis négatifs liés à la situation de séparation en termes de menace, de danger, avec une symbolique autour de la protection (la fourche pour se défendre contre les démons visiteurs de la famille de naissance porteurs de vécu traumatique que l'enfant semble projeter sur la famille d'accueil).

Les interactions et distances entre les personnages qui permettent d'appréhender les différents niveaux d'identification de l'enfant dégagent un élément clinique significatif pour l'ensemble des sujets qui ont réalisé la passation (S2, S5, S6, S7 et S8). **En effet, on observe systématiquement dans tous les dessins une forme de dangerosité et une impossibilité de lien entre l'enfant et l'assistante familiale. Ainsi, tous les personnages principaux représentant les enfants ont tous des bras et des mains. A l'inverse, les assistants familiaux sont figurés soit sans mains ou sans bras (pour les sujets S2, S5, S7), soit avec les mains rouges qui contrastent avec celles du personnage de l'enfant (coloriage introspectif bleu ou vert) pour le sujet 6.** Pour ce dernier, seul l'intérieur des mains et les membres inférieurs des deux personnages du dessin étaient coloriés, traduisant possiblement une angoisse de séparation (les membres inférieurs des personnages comme seul élément

colorié, peuvent signifier qu'ils sont les seuls animés, symbolisant un mouvement possible de départ imprévisible). Le sujet 8 montre aussi une difficulté à être en relation à travers des différences de représentations entre le monde animal fantastique et le monde humain fantastique (le personnage principale enfant étant le seul animal licorne alors que les membres de la famille d'accueil sont tous symbolisés comme des représentations humaines, puis se transforment en représentations fantastiques de démons).

2.1.2.1.2.3 Illustration clinique de la passation du dessin de famille avec l'assistant familial : « Anna »

Nous illustrons la passation du dessin de famille avec l'assistant familial en prenant l'exemple du dessin réalisé par le sujet « S7 », que nous appelons après anonymisation Anna. Nous avons rencontré Anna à cinq reprises pendant sa première année de placement. Anna a été placée en famille d'accueil avec sa fratrie, les sujets « S6 » et « S9 », qui participent également à la recherche. Rappelons que son petit frère « S6 » est accueilli au sein de la même famille (AF6) et que le grand-frère « S9 » est placé dans une autre famille d'accueil (AF9). Précisons également que les résultats du grand frère sont développés dans la deuxième situation clinique détaillée, présentée à la fin de cette partie. Le dessin de famille a été réalisé au deuxième entretien de recherche une semaine après l'entretien de présentation, qui avait eu lieu dans une première partie en présence de l'assistante familiale (AF9). Les motifs de placement de la fratrie font suite à une mesure d'intervention administrative (A.E.D.) et une intervention judiciaire en milieu ouvert (A.E.M.O.J.). La situation matérielle et sanitaire est décrite comme particulièrement préoccupante et des épisodes de violence physique entre le père et ses enfants ont été relevés et montaient progressivement en intensité. La place de chacun est présentée comme inappropriée (par exemple les enfants s'occupaient de la majorité des tâches ménagères du quotidien : repas, ménage, etc.) et les attitudes des enfants sont décrites comme étant très agitées, reflet d'un profond mal être.

Anna est âgée de 12 ans lorsque nous la rencontrons pour la première fois. Très inhibée pendant la passation (attitude prostrée sur le dessin, vérification permanente de l'enregistreur audio et vidéo), Anna trace entièrement le dessin au crayon de papier (choix habituel pour son âge) avec beaucoup d'application. Elle représente en premier le personnage enfant qu'elle situe sur la partie gauche du dessin. Le trait est très peu appuyé, presque invisible. Elle commence par la tête, les cheveux puis le corps avec des bras, des mains, des jambes et des pieds. En deuxième figuration, Anna représente l'assistante familiale, dans un positionnement central au

dessin. Le trait est ici plus assuré. Elle commence également par la tête, gomme l'épaule gauche du personnage, ajoute des bras, des jambes et des chaussures. En revanche, elle ne dessine pas de mains au personnage. Les deux personnages ont le sourire avec une posture du corps et des regards portés sur la direction gauche du dessin. Ils ne se regardent pas. Il n'y a aucun autre élément graphique (par exemple il n'y a pas d'environnement comme un sol, des bâtiments, des nuages, etc.). A la fin de sa production graphique, Anna se dit satisfaite de son dessin. Puis, elle montre une attitude encore plus inhibée pendant la phase d'entretien qui suit le dessin. Elle donne des réponses très courtes, pour ensuite expliquer qu'elle ne sait pas. Nous décidons alors de clôturer ce temps.

Ainsi, en dehors de l'utilisation de la couleur monochrome au crayon de papier (non significatif à cet âge mais qui n'est néanmoins pas observé en différentiel pour son dessin libre), les personnages sont tournés vers le passé, sans interaction entre eux (corps dos à dos et absence de mains chez le professionnel). La préoccupation présente semble dirigée sur l'assistante familiale, élément central du dessin avec un trait solide, contrairement à l'enfant, presque effacé, traduisant un possible sentiment de dévalorisation en équivalent dépressif et représentation de soi.

Pendant la phase d'entretien, Anna désigne l'enfant à gauche comme l'enfant imaginaire. Si elle pouvait devenir l'un des personnages, elle montre aussi celui-ci. C'est une fille âgée de dix ans. Ensuite, lorsque nous lui demandons depuis combien de temps l'enfant imaginaire est en famille d'accueil, elle change l'âge du personnage pour expliquer qu'elle a douze ans (comme elle) et que cela fait huit ans qu'elle y est (Anna est âgée de huit ans lorsque sa mère est décédée). Ensuite, nous lui demandons s'il y a d'autres personnes présentes au domicile de la famille d'accueil. Anna nous répond que « non », puis, change d'avis en dessinant un troisième personnage. Elle nous explique alors que c'est un autre enfant. Ce n'est pas l'enfant du professionnel mais un deuxième enfant accueilli qui a une autre famille de naissance que celle d'Anna. Ainsi, le sujet semble exprimer un complexe fraternel envers son frère qui est accueilli au sein de la même famille d'accueil. Elle ne le représente pas dans un premier temps, comme s'il n'existait pas, mais la dimension projective du dessin semble avoir fait émerger un sentiment de culpabilité. A ce moment-là, Anna trouve une solution de compromis en dessinant son petit frère, sans le nommer ainsi en le désaffiliant, ce dernier ayant une autre famille de naissance qu'elle. En effet, au fur et à mesure des rencontres, Anna a pu exprimer qu'elle était agacée de s'occuper de son petit frère en permanence, probablement à

l'image de ce qui a pu se produire avant le placement. Dans ce cadre, le transfert à l'égard de l'assistante familiale semble ainsi menaçant dans un premier temps et apparaît s'accroître dans la rivalité fraternelle à travers la primauté de l'objet d'amour que souhaite constituer Anna aux yeux de la professionnelle.

2.1.2.1.3 Les dessins de famille avec le référent

→ **Les résultats montrent par le résumé de l'analyse clinique que d'une manière générale, les enfants ont davantage de difficultés à symboliser leur relation avec le référent et lorsque les représentations sont possibles, le référent est investi comme une sorte de tiers séparateur protecteur avec la famille de naissance de l'enfant.**

→ **Dans ce cadre, nous considérons les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des référents sur une valence plutôt négative (par la difficulté de sa représentation associée aux expériences traumatiques vécues dans le passé) et très faiblement positive par la dimension protectrice associée.**

→ **De plus, nous observons une difficulté plus importante encore au travail de symbolisation de la séparation familiale avec le référent de l'enfant dans la mesure où il représente à la fois la dimension de protection et la dimension de la séparation, comme un support relationnel médiateur à l'interface des deux mondes affectifs de l'enfant (entre la famille de la naissance et la famille d'accueil).**

Comme pour les dessins de famille avec l'assistante familiale, nous avons fait également le choix de ne pas faire passer cette épreuve aux trois mêmes enfants (S1, S3 et S4) qui étaient trop en souffrance pour aborder cette question de la séparation au risque d'accroître une angoisse d'abandon majeur par la désorganisation affective déjà exprimée. De plus, sur les cinq sujets restants (S2, S5, S6, S7 et S8), un sujet n'a pas réalisé cette passation (S5). En effet, ce dernier pouvait exprimer en réaction à la consigne « je ne sais pas » et « je n'y arriverai pas ». Dans ce cadre, nous avons fait le choix de proposer un autre dessin libre à la place de la passation à cette épreuve. Examinons plus précisément les analyses des dessins de famille des quatre autres enfants (S2, S6, S7 et S8) avec le référent en présentant dans un premier temps les éléments les plus significatifs relevés pendant la clinique de la passation, pour ensuite

exposer l'interprétation des processus identificatoires symbolisés comme support à l'appréhension des mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard de leur référent.

2.1.2.1.3.1 Clinique de la passation

Au niveau de l'analyse de la clinique de la passation, les enfants expriment une attitude d'inhibition encore plus forte qu'avec l'assistante familiale en réaction à la consigne. En effet, l'observation clinique relève que les processus associatifs sont très restreints, tant dans la vitesse de réalisation du dessin que dans l'entretien semi-structuré qui suit (pour pratiquement toutes les questions, les enfants pouvaient renvoyer qu'ils ne savaient pas, nous invitant à rapidement terminer cette partie de l'entretien). Par ailleurs, tous les sujets choisissaient l'enfant comme personnage principal, qui était aussi leur préféré.

En ce qui concerne les états affectifs internes des personnages (l'attribution des émotions aux personnages le plus gentil ou le plus méchant par exemple), on observe une difficulté encore plus significative à caractériser un état émotionnel au personnage du référent que celui de la famille d'accueil. Cette difficulté réside probablement dans la complexité de symbolisation de la situation manifeste de séparation familiale pouvant réactiver des expériences traumatiques, en incluant à la fois la dimension protectrice et la dimension de séparation attribuée à un seul et même personnage que peut symboliser la figure du référent. Précisons que la plupart du temps, c'est l'éducateur qui accompagne l'enfant au sein de la famille d'accueil, le jour même de la séparation familiale de placement.

2.1.2.1.3.2 Analyse interprétative

Au niveau de l'analyse interprétative, nous proposons une synthèse des éléments cliniques les plus significatifs des productions des enfants, en présentant la mise en valeur du personnage principal, les indices de dévalorisation, les surajouts, les représentations des liens entre les personnage, les interactions et distances permettant d'appréhender les différents niveaux d'identification, l'existence de conflit de loyauté possible ainsi que des indices qui traduisent des possibles violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

Sur le plan de la mise en valeur du personnage principal, tous les enfants le représentent de manière relativement dépréciée, à l'instar du dessin de famille avec la famille d'accueil (les

personnages principaux sont les plus petits mais cette fois-ci ils figurent sur la partie droite du dessin, donc tournés en quelque sorte vers l'avenir et dessinés de manière monochrome).

Sur le plan des indices de dévalorisation, les enfants expriment des affects de type dépressif davantage significatifs que le dessin avec l'assistante familiale, avec une impossibilité de qualifier les états émotionnels des personnages (tous les enfants ont pu dire qu'ils ne savaient pas en réponse aux questions sur « le plus gentil », « le plus heureux », etc.).

A propos des surjaouts, un seul sujet a dessiné des éléments qui semblent renvoyer aux problématiques de complexe fraternel (S7), à savoir des bancs et des jeux supplémentaires afin de signifier qu'il ne jouait pas aux mêmes jeux que son petit frère pour ne pas être obligé de jouer avec : « le petit force la grande à jouer avec des jeux de petits » ou encore « le petit dit que sa grande sœur a dit des gros mots alors que c'est pas vrai ». Notons que contrairement au dessin avec la famille d'accueil, un sujet a inclus un autre personnage enfant de sa fratrie accueillie au sein de la même famille d'accueil (la fratrie S6-S7).

De plus, précisons que comme pour le dessin avec la famille d'accueil, aucun élément significatif n'est relevé concernant l'hypothèse des symbolisations traumatiques ou de violence physique, sexuelle ou psychologique, contrairement à ce qui était apprécié à l'épreuve du dessin libre.

A l'instar des dessins avec les assistants familiaux, l'élément clinique le plus significatif concernant la démarche d'interprétation se situe autour des conflits de loyauté en termes de double appartenance entre les deux familles (famille de naissance et famille d'accueil), ainsi que les interactions et distances entre les personnages qui permettent d'appréhender les différents niveaux d'identification de l'enfant avec le professionnel. En effet, pour les quatre sujets qui ont passé l'épreuve (S2, S6, S7 et S8) trois enfants ont représenté le référent et l'enfant dans des couleurs monochromes et introspectives (vert, bleu et violet). Deux sujets symbolisent la rencontre avec le référent à l'extérieur (S7 et S8). Ces derniers décrivaient les personnages enfants comme livrés à eux-mêmes au-dehors, et que le référent les a trouvés et placés dans une autre famille. Par exemple, le sujet 8 explique que la famille de naissance de l'enfant représenté est « morte », que « l'éducatrice l'a trouvé dehors et l'a mis dans une autre famille ». Un sujet (S2) dessine le référent avec deux têtes (symbolisant peut-être la dimension protectrice et la dimension de la séparation avec la famille de naissance). Enfin, un enfant a aussi enroulé son

dessin à la fin de la passation pour se lever et le poser sur le meuble où se trouvaient les jeux, en expliquant qu'elle avait honte de son dessin, qu'il fallait ne le montrer à personne (le sujet 2 a répété cette action pour tous les dessins réalisés).

2.1.2.1.3.3 Illustrations cliniques de la passation du dessin de famille avec le référent : « Jeanne » et « Mona »

Nous illustrons la passation du dessin de famille avec le référent en deux temps. D'une part nous présentons la production graphique de Jeanne (S2), pour montrer une contre-vignette clinique avec sa grande sœur accueillie au sein de la même famille d'accueil (AF3), que nous appelons après anonymisation « Mona » (S5).

Jeanne débute son dessin en demandant s'il est possible de mettre de l'herbe, traduisant une évolution autour de l'élaboration de ses assises narcissiques par rapport aux réalisations graphiques précédentes : il y a dorénavant un sol contrairement aux autres dessins. Toute la production graphique est monochrome de couleur verte, soulignant la dimension introspective du travail psychique de Jeanne. Après avoir dessiné l'herbe du sol et un premier personnage en quatre parties (une tête, et trois ronds, les uns sur les autres), Jeanne montre un premier indice de dévalorisation en souhaitant recommencer son dessin de l'autre côté. Cette fois, Jeanne ne dessine pas de sol, traduisant probablement l'intensité de l'énergie psychique à mobiliser pour symboliser la représentation de cette délimitation contenante du sol qui lui permet peut-être, de ne pas perdre pied. Ensuite, l'enfant trace une ébauche de maison avec un toit très différent de celui du dessin libre (celui-ci est petit et pointu contre fin et long pour le dessin libre), mais il reste totalement isolé du reste. Elle trace aussi cinq fenêtres qui ne sont cette fois-ci plus en croix et moins nombreuses que le dessin libre. L'ensemble de la maison est morcelé, indiquant la préoccupation toujours massive de la séparation familiale. Il ne reste ainsi plus que les aspects du travail psychique d'élaboration (le toit) et les symbolisations conflictuelles probables dans l'avenir (les fenêtres beaucoup moins nombreuses sur la partie droite du dessin).

Ensuite, Jeanne dessine un personnage enfant à droite, puis le référent sur la gauche. Ce dernier possède deux têtes. Les deux personnages n'ont pas de bras, contrairement au dessin avec l'assistant familial dans lequel l'enfant avait des bras grands ouverts en direction de l'assistante familiale (réalisée sans bras toujours). Lorsque nous commençons la phase d'entretien après le dessin en lui faisant remarquer qu'elle avait commencé à faire une maison

(dans l'idée de l'accompagner à réunir les éléments de la maison afin d'encourager le travail de liaison et de l'uniformiser en une seule représentation), Jeanne coupe court à notre intervention et demande à nouveau d'enrouler le dessin, comme pour le dessin libre qu'elle souhaitait cacher. Nous lui demandons pourquoi elle veut l'enrouler et Jeanne nous répond de nouveau qu'elle a honte que d'autres personnes puissent le regarder. Nous valorisons une nouvelle fois l'importance de ce travail associatif ce qui favorisa l'expression de la dynamique transférentielle à notre égard. Jeanne nous répond qu'elle sait dessiner « parce que c'est toi qui m'a appris ». Nous reformulons avec Jeanne sur l'importance de tout de ce qu'elle sait faire.

De son côté, Mona refuse de faire le dessin avec le référent. Rappelons que Mona est accueillie au sein de la même famille d'accueil que sa petite sœur Jeanne et a également la même référente (le professionnel « R2 »). Mona est âgée de 7 ans. Elle exprime des angoisses majeures d'abandon et montre beaucoup d'agitation en famille d'accueil, dans un agrippement affectif prégnant. Mona souffre d'encoprésie diurne et nocturne. En recherche de contenance et d'étayage, il lui arrive régulièrement d'étaler ses excréments sur les murs des toilettes à l'école, sur les murs et le sol du domicile de l'assistante familiale ainsi que dans sa chambre. En arrivant en entretien, Mona décrit l'assistante familiale et son mari comme étant des « gens bizarres » dans leurs habitudes (le mari reste tout le temps devant l'ordinateur selon Mona). La famille d'accueil apparaît comme étrangère et menaçante, allant même jusqu'à un sentiment de persécution. En effet, Mona nous explique que « on va se coucher ! Et il est réveillé (*elle mime le mari de l'assistante familiale avec un air de surveillance*) Je passe faire pipi. Eh ! où tu vas ? Eh où tu vas !? » (*rire*) « Euh je trouve bizarre ça aussi ! (*Elle tape fort du pied sous la table*). Il vient surveiller dans la chambre euh (*elle regarde derrière elle vers la porte*). Il dort pas ».

Nous accompagnons Mona en valorisant l'importance du rôle de l'assistante familiale, que « c'est une grande personne, c'est une adulte, donc elle se couche plus tard que vous les enfants, que toi, et après elle vient s'assurer que vous êtes bien, si vous dormez bien ». Face à cela, Mona nous répond qu'elle ne « dort jamais bien » mais qu'elle n'a « pas envie de le dire ». Nous lui signifions de nouveau la spécificité du cadre de l'entretien (notamment sur la règle de la confidentialité) et Mona nous répond qu'elle souhaite « faire caca dans (sa) culotte » tout en se cachant son visage avec ses mains. Nous lui demandons alors si elle souhaite aller aux toilettes, ce qu'elle refuse. Nous lui précisons alors que « si tu as envie d'aller aux toilettes, tu me dis, et je t'accompagne jusqu'au cabinet et on ira rejoindre tata si besoin. D'accord ? ».

Mona acquiesce alors en hochant de la tête. Ensuite, l'enfant nous explique qu'elle ne veut pas jouer, qu'elle refuse car il y a « des choses ... qui me gênent » (*à ce moment, Mona parle en mettant ses mains devant la bouche*) et « qui me donnent honte » (notons que Mona utilise les mêmes mots de « honte » que sa petite sœur Jeanne).

Nous lui signifions alors une nouvelle fois le cadre, ce qui amena Mona à exprimer de manière inattendue son complexe fraternel avec sa sœur, notamment à travers l'épuisement qu'elle ressent de s'occuper d'elle en permanence : « est-ce que c'est facile qu'une sœur te laisse tranquille au moins un jour une journée ! ». Nous reformulons, demandons si sa sœur l'ennuie et Mona poursuit en expliquant que « Han ! (*Mona hoche oui de la tête en se cachant les yeux*) Haaaaaaannnnnn !!!! (*Mona enlève les mains de son visage*) Et ! « Le soir tu peux me lire une histoire ? » (*Elle imite sa sœur*). « Elle me laisse jamais tranquille même le soir » (*Mona se cache de nouveau son visage avec ses mains*). Nous lui signifions que « tu peux vivre ta vie de petite fille, ce sont les adultes qui s'occupent des enfants ».

En réponse, Mona exprime un grand cri, mêlé de rage et de soulagement : « Mh ! Ooouuuui !! », « Haann mh ... ! Je peux jamais ! », « Non ! Hannnn ... !! (*Mona crie fort*) 24/24 toujours m'occuper d'elle !!! (*Mona suce son pouce*) Je suis jamais tranquille ! (*Elle se lève de la table*) Il y a toujours quelqu'un qui me dit « oh tu veux jouer ? » « Non ! » « Oh tu veux jouer ? » « Non non non » ! (*Mona se couche sur la table et met ses mains pour cacher ses yeux en mettant la tête contre la table*). Je suis jamais tranquille ». Nous intervenons sur la différenciation entre elle et sa sœur tout en valorisant l'importance des adultes qui sont là pour s'occuper des enfants (l'assistante familiale, la maîtresse), ce qui amène Mona à associer sur sa mère en nous expliquant que « j'ai envie d'être tranquille quand même !! (*Mona se met alors debout et suce son pouce*) Et maman a demandé, « on reste toujours ensemble ! » Jeanne est tout le temps avec moi ! (*Mona reste toujours debout et piétine sur place en accélérant la cadence*) Elle m'a dit qu'elle comprenait pas ! Parce que en fait ! Maman avait une sœur mais en fait c'était ... ! En fait c'est quand ... ! (*Mona met en torsion la partie supérieure de son corps et sa tête au-dessus de la table, toujours en étant debout*) Tata est devenu ... une tata a demi temps ! tu vois ce que je veux dire ? », « Elle est née bien après ma maman ! ».

Nous formulons alors à Mona que « d'accord. Alors que toi, l'histoire que tu as avec ta sœur elle est complètement différente que l'histoire de maman avec tata, avec sa sœur » et Mona nous répond « Oui ! » nous poursuivons en précisant que « ton histoire, c'est pas du tout la

même que l'histoire de ta sœur ». A ce moment, Mona émet un son roque, très fort, tout en secouant la tête. Nous continuons en précisant que « vous êtes différente, vous n'êtes pas pareille ». Mona nous répond ainsi que « Oui très différente !! On a rien en commun ! (*Mona se penche debout sur la table en se tenant à l'équilibre sur un pied*) ». Nous décidons de terminer cette partie de l'entretien en invitant Mona à essayer d'en parler à l'assistante familiale et nous lui proposons d'en parler avec elle après l'entretien, ce que Mona accepte. Elle arrête alors de s'agiter, de crier et de se contorsionner. Ainsi, il semble que Mona a tenté d'expulser la force des projections maternelles. En effet, la mère compare leur relation de sœur avec la relation que la mère a eu avec sa propre sœur. Le rejet de l'intégration des problématiques transgénérationnelles (en criant, en secouant la tête) colore l'expression du complexe fraternel de Mona envers sa propre sœur. Dans ce contexte, Mona refusa de réaliser le dessin avec le référent. Elle nous explique alors que « je pourrais y arriver ! » (*Rire*) « Je sais pas moi ». Nous décidons alors de lui proposer un dessin libre qu'elle accepte de réaliser.

Ainsi, nous retrouvons la difficulté de la fratrie à se représenter les professionnels, vécus comme étrangers et menaçants. La problématique familiale dans sa dimension conflictuelle et traumatique semble une nouvelle fois s'actualiser dans les mouvements transférentiels des enfants à l'égard des professionnels.

2.1.2.2 Les résultats des entretiens cliniques de recherche semi-structurés

→ **Les résultats issus de l'analyse clinique montrent que les enfants expriment des mouvements transférentiels de type neutre, conventionnel et stéréotypé à l'égard de leurs familles d'accueil et de leurs référents.**

→ **On observe aussi une difficulté à la symbolisation de la séparation familiale à travers le travail psychique complexe autour du sentiment d'appartenance entre les deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil).**

A l'instar des épreuves sur le dessin, les résultats des entretiens cliniques de recherche semi-structurés chez les enfants s'appuient sur une analyse qualitative permettant de dégager les tendances les plus significatives dans les expressions de type transférentiel des enfants à l'égard des professionnels. Notons que ce travail de synthèse sous-dimensionne bien évidemment la complexité d'une analyse de situation clinique qui sera proposé à l'issue de la présentation des résultats.

Tous comme les enfants les plus jeunes de cette recherche (les sujets S1, S2, S3, S4, S5, S6 et S7), les résultats montrent que les adolescents (les sujets S7, S8, S9 et S10) manifestent dans un tout premier temps un sentiment de méfiance à l'égard des professionnels, ce dernier étant plus significatif envers les assistants familiaux que les référents. Ensuite, les adolescents semblent investir les figures affectives des professionnels en commençant un travail psychique autour de l'élaboration de cette situation de séparation de placement reflétée par leur type d'investissement relationnel aux professionnels (assistant familial et référent) qui s'inscrit de manière neutre, conventionnelle et stéréotypée.

Nous développons brièvement ces tendances en nous focalisant autour du choix de cinq thématiques qui illustrent ces analyses au sein des entretiens : les motifs de placement et les ressentis à la première rencontre avec les professionnels, la définition du travail des professionnels, si les enfants se sentent entendus et compris, les réactions des professionnels lorsque les enfants sont en difficultés ainsi que la formulation de leurs désirs actuels et à venir. Précisons que nous avons réalisé cet entretien en plus de la passation des épreuves du dessin pour le sujet 7, ce-dernier se situant à la limite de sélection des âges entre les deux groupes d'enfant (le sujet 7 étant âgé de 12 ans à cette étape des entretiens de recherche).

2.1.2.2.1. Les motifs de placement et les ressentis à la première rencontre

En ce qui concerne les motifs de placement familial et les souvenirs et ressentis des sujets à l'arrivée en famille d'accueil (soit au temps « T1), trois adolescents expriment des émotions négatives ou ne se souviennent plus de ce moment de la séparation : « j'avais pas envie d'aller en famille d'accueil » pour le sujet 10, « elle avait l'air stricte mais en fait elle était cool » pour le sujet 9, « je ne sais plus je m'en souviens plus » pour le sujet 7. Le sujet 8 exprime quant à lui la reviviscence des expériences traumatiques vécues dans la famille lorsque nous avons abordé le thème de l'origine du placement et des raisons de la séparation familiale : « c'était mon beau-père et mon père il nous tapait, qui pouvait taper sur ma mère et autres choses il y avait plein de trucs ».

2.1.2.2.2. La description de la relation avec les professionnels

Ensuite, les adolescents caractérisent la relation qu'ils ont avec les professionnels sur des représentations neutres, conventionnelles et stéréotypées. En effet, le sujet 10 explique que

sa famille d'accueil est « comme ma famille, ils m'ont montré le chemin » sans pouvoir définir son travail contrairement à sa référente où il s'agit de « prendre des décisions pour son avenir » tout en ajoutant qu'elle était « moche ». Deux sujets ressentent de la colère ou un sentiment de culpabilité de la situation de séparation de placement familial. En effet, le sujet 7 exprime que les professionnels sont très « gentils », et que leur travail « c'est d'aider les enfants qui ont pas été bien éduqués », ou pour le sujet 9 qui indique que le travail des professionnels est « de s'occuper de moi, de faire ce que mon père il a pas fait ». De plus, les mots choisis des adolescents pour expliquer le travail des professionnels se rapportent aux soins prodigués et à l'éducation dont ils ont besoin : « bah ils nous font une bonne éducation » et « ils m'apprennent la vie, toute la vie » (S8), que « la relation est paisible » (S9). Enfin, lorsque nous demandons aux adolescents d'imaginer ce que serait le professionnel s'il appartenait à leur famille de naissance, ils répondent une tante et une grand-mère pour les assistants familiaux (S7 et S9) tandis que les référents seraient plutôt assimilés à des grandes sœurs (S7 et S9). Les autres sujets ont répondu qu'ils ne savaient pas.

2.1.2.2.3. Les caractéristiques de la relation avec les professionnels

A propos de la compréhension, l'accueil et l'écoute de leurs difficultés, les sujets se sentent tous entendus, compris, soutenus par les professionnels qu'ils n'imaginent pas en difficulté pour répondre à leurs problèmes s'ils en rencontraient. Cependant, notons que ces réponses restent toujours affirmatives aux questions posées et dès qu'il s'agit d'illustrer ses ressentis par des exemples précis, les sujets se retrouvent en difficulté (par exemple le moment préféré avec le professionnel, le moins préféré en famille d'accueil). Dans le même prolongement, les sujets ont tendance à garder pour eux leurs sentiments lorsqu'ils sont tristes, même si certains adolescents reconnaissent que les professionnels s'intéressent à eux quand cette situation affective se produit : « elle me conseille mais j'en parle pas » pour le sujet 10, « j'en parle pas » pour le sujet 9, « elle ne voit pas quand je suis triste et je préfère tout garder pour moi », ou comme le sujet 8 qui écrit ses « sentiments quand je vais pas bien » mais « j'en parle pas ». Enfin les adolescents ont des souhaits portés sur leur préoccupation de vie actuelle en exprimant des désirs concrets réalisables dans un temps présent. Par exemple, le sujet 10 souhaite avoir son brevet en ajoutant « j'aime bien ma vie comme elle est, je n'ai pas de vœux », et pour le sujet 7 « d'avoir une tablette et une nouvelle DS », ce que l'on peut considérer comme une manière de ne pas être constamment réduit à leur problématique de placement familial.

Notons aussi que de façon inattendue, deux sujets tirent une forme d'enseignement sublimatoire de leur expérience de séparation de placement par ce que leur apporte les professionnels afin de ne pas être soumis à la contrainte de répétition de placement transgénérationnel vis-à-vis de leur propre enfant à venir. Autrement dit, de ne pas répéter les dysparentalités de leurs parents sur leurs propres enfants lorsqu'eux-mêmes deviendront à leurs tours parents. En effet, le sujet 8 explique que les professionnels lui donnent de « la confiance », et permettent d'avoir « le bon rôle pour mes enfants plus tard », et le sujet 9 exprime « ne pas être comme son père sans boulot », et que « si j'avais des enfants de bien les élever pour éviter d'arriver ce qui m'est arrivé » (nous développerons plus longuement cet aspect dans la deuxième situation clinique détaillée présentée à la fin de cette partie des résultats).

Les sujets présentent donc des difficultés attendues à l'élaboration de leurs traumatismes familiaux réactivés par l'éprouvée de la séparation familiale manifeste qui a conduit à cette mesure d'éloignement et de protection. En cela, ils semblent investir le présent et leur devenir sans vouloir être ramenés et réduits systématiquement à leurs histoires familiales, avec une étonnante lucidité sur l'élaboration de leurs propres filiations en termes de répétition de placement pathologique transgénérationnelle.

2.1.2.2.4 Illustration clinique de l'entretien sur les manifestations transférentielles : « Salomé »

Nous exposons ici l'entretien semi-structuré avec Salomé (S8) portant sur ses manifestations transférentielles à l'égard de sa famille d'accueil (AF7 et AF8). Nous avons réalisé cet entretien à la fin de la deuxième rencontre avec l'adolescente. Après avoir évoqué les questions sur la scolarité, ce qu'elle aime faire et moins faire au collège, ainsi que ses centres d'intérêt, Salomé nous raconte les motifs de son placement que nous avons développé dans une vignette précédente illustrant la passation du Ca-mir. Dans ce cadre, cet entretien nous a donné l'occasion de travailler différemment sur les contenus déjà évoqués, en prenant le temps d'aller au rythme du fil associatif et de la temporalité psychique de Salomé. Par exemple, face à la violence vécue, nous avons eu la possibilité de signifier que son père et son beau-père pouvaient « te mettre en danger et te faire du mal » et que « le juge des enfants a décidé de, vous protéger, que vous puissiez vivre le temps qu'il faut en famille d'accueil » tout en situant la place et le rôle de tous les professionnels présents dans la vie de Salomé.

Plus tard, Salomé nous fait part du souvenir de sa première rencontre avec la famille d'accueil, en expliquant qu'elle a partagé un repas avec eux, puis un dîner et qu'ensuite, elle a rencontré progressivement tous les enfants accueillis. Le lendemain, c'était « comme ma famille » pour Salomé. Ainsi, remarquons que contrairement aux autres adolescents, le transfert de Salomé oscille particulièrement entre un aspect totalisant de la relation autour du « tout » ou « rien » (aspect non étranger à son immaturité affective) et un conformisme important (en essayant de s'ajuster au mieux aux attentes de la famille d'accueil, probablement par crainte d'être abandonnée). En effet, Salomé nous dit sans hésiter que ce qu'elle aime le mieux en famille d'accueil c'est « bah ... tout » et que ce qu'elle aime le moins c'est « rien ». De plus, Salomé montre une acuité très fine sur sa situation de placement lorsqu'elle précise la différence entre sa vie dans sa famille de naissance et sa vie en famille d'accueil, en décrivant que : « bah je sais pas moi je dis là-bas je dis leur propre nom, et quand je dis ma mère je dis « maman tout ça » (*Salomé change sa prosodie en prenant une voix de petite fille*) ça change un peu mais dès que je reviens je revois facilement et, j'accepte, un peu en fait. Je sais que je suis placée je sais que je suis dans une famille d'accueil, que je connaissais que je connais pas que je commence à connaître un peu et ... ça change un peu ». De même, Salomé raconte plus loin que selon elle, la famille d'accueil peut lui apporter « de la confiance. Surtout euh pour moi pour mes études. Donner le euh le bon rôle euh pour mes enfants plus tard », reflétant ainsi la possibilité compensatrice de construire elle-même une autre filiation affective que celle vécue avec sa famille de naissance.

Aussi, Salomé évoque la colère ressentie à l'égard de sa mère et explique ce sentiment en se demandant « pourquoi elle nous a fait ça ». A l'inverse, Salomé explique qu'elle n'a jamais ressenti d'émotion négative à l'égard de la famille d'accueil. Salomé ne pense pas que la famille d'accueil puisse l'aider, hormis pour ses projets d'études (elle souhaite s'occuper des enfants handicapés) : « ils m'ont dit en fait il faut faire beaucoup d'études euh ... des fois je me pose des questions euh ... et j'arrive pas à ... à trouver la réponse qui va avec, du coup ils m'aident à trouver ». Enfin, Salomé poursuit en affirmant qu'elle se sent mieux en famille d'accueil que chez sa mère, « parce que des fois chez ma mère des fois je me douchais tous les un mois, et que là je me douche tous les, tous les jours ».

2.1.2.3 Synthèse des résultats au niveau des manifestations transférentielles au temps « T1 »

→ Les résultats montrent de manière inattendue, que les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels de type négatif pour les enfants les plus jeunes (avec un sentiment de méfiance voire de menace de la relation) et de type neutre pour les adolescents (N=10).

▪ Au niveau des dessins libres :

- Les résultats issus de l'analyse clinique montrent que nous retrouvons pour l'ensemble des sujets, un travail psychique narcissique et identitaire significatif autour des tentatives de symbolisation des traumatismes vécus au sein de la famille de naissance.
- De plus, les résultats indiquent que la situation de séparation de placement réactive les expériences traumatiques qui s'associent à des angoisses majeures d'abandon avec la présence d'équivalents dépressifs.

▪ Au niveau des dessins de famille avec l'assistante familiale :

- Les résultats issus de l'analyse clinique montrent que les enfants expriment un sentiment de méfiance à l'égard de l'assistante familiale avec qui être en relation représente un risque voire un danger.
- Dans ce cadre, les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des familles d'accueil s'inscrivent sur une valence plutôt négative associée à des difficultés pour symboliser la situation de séparation familiale à travers le travail psychique du sentiment d'appartenance entre les deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil).

▪ Au niveau des dessins de familles avec le référent :

- Les résultats de l'analyse clinique montrent que, d'une manière générale, les enfants ont davantage de difficultés à symboliser la relation avec leur référent, et lorsque les représentations sont possibles, le référent est investi comme un tiers séparateur protecteur avec la famille de naissance de l'enfant.

- Dans ce cadre, les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des référents s'inscrivent sur une valence plutôt neutre (par la difficulté de représentation de la relation reliée aux expériences traumatiques vécues dans le passé) et très faiblement positive par la dimension protectrice associée.
- De plus, nous observons une difficulté d'autant plus importante à la symbolisation de la séparation familiale que celle de l'assistant familial, le référent représentant à la fois la dimension de protection et la dimension de la séparation, comme un support relationnel médiateur à l'interface des deux mondes affectifs de l'enfant (entre la famille de la naissance et la famille d'accueil), rendant ainsi difficile le travail de symbolisation.

▪ Au niveau entretiens cliniques de recherche semi-structuré :

- Les résultats de l'analyse clinique montrent que les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des familles d'accueil et des référents de type essentiellement neutre, conventionnelle et stéréotypée.
- On observe aussi une difficulté à la symbolisation de la séparation familiale à travers le travail psychique complexe autour du sentiment d'appartenance entre les deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil).

Cette synthèse des résultats de l'ensemble des sujets enfants (groupe 1 et groupe 2) au niveau des manifestations transférentielles (épreuves des dessins et entretiens cliniques) à leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T1 »), est présentée au sein du tableau récapitulatif suivant (tableau 23). Celui-ci expose les données cliniques relevées les plus significatives au regard des hypothèses théoriques et opérationnelles de la recherche.

Tableau 23: Récapitulatif des résultats des mouvements de type transférentiel des enfants au temps « T1 » à l'égard de leur assistant familial et de leur référent en fonction des épreuves de dessin libre, dessins de famille et des entretiens cliniques de recherche semi-structuré.

Outils/ Sujets (S)	Dessin libre	Dessin de famille avec la famille d'accueil	Dessin de famille avec le référent	Entretiens cliniques
S1	Evocation de la problématique de placement familial (angoisse d'abandon)	Choix de ne pas réaliser la passation en raison du niveau de souffrance exprimée		X ⁵⁵
S2	Evocation de la problématique de placement familial et tentative de symbolisation des expériences traumatiques (violence physique)	Manifestation d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)		X
S3	Evocation de la problématique de placement familial (angoisse d'abandon)	Choix de ne pas réaliser la passation en raison du niveau de souffrance exprimée		X
S4				
S5	Evocation de la problématique de placement familial et tentative de symbolisation des expériences traumatiques (violence physique)	Manifestation d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)		X
S6	Evocation de la problématique actuelle du sujet (mécanisme défensif de protection et d'omnipotence)	Manifestation d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)	Manifestation restreinte d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)	X
S7	Evocation de la problématique de placement familial et tentative de symbolisation des expériences traumatiques (violence physique)	Manifestation d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)		X
S8	Evocation de la problématique de placement familial et tentative de symbolisation des expériences traumatiques (violence physique et sexuelle)	Manifestation d'un transfert de type négatif (méfiance et danger de la relation)		Manifestation d'un transfert de type neutre (par la méfiance de la relation) puis positif (par une reconnaissance de soutien).
S9	X	X	X	Manifestation d'un transfert de type neutre.
S10				

2.1.3 Synthèse des résultats des enfants au temps « T1 »

Nous proposons ici une synthèse des résultats obtenus chez la population enfant à l'arrivée en famille d'accueil à partir de l'évaluation de l'attachement (les narratifs d'attachement investigués par le CCH, les styles d'attachement par le RQ, les stratégies d'attachement par le Ca-mir et les représentations d'attachement par l'Edicode) et de l'analyse des mouvements de type transférentiel (par l'utilisation des épreuves de dessins libres et de dessins de famille en incluant l'assistant familial et le référent, en plus des entretiens cliniques)

⁵⁵ Les indications « X » précisent que les outils d'évaluation n'ont pas été utilisés pour ces sujets en raison de leurs âges, comme il a été développé au sein de la méthodologie.

au regard des hypothèses opérationnelles de la recherche. En dernier lieu, ces résultats apparaîtront sous forme d'un tableau récapitulatif (tableau 24) et d'une représentation schématique (figure 7).

• Au niveau de l'attachement, nous nous attendions à ce que les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil expriment un attachement de type insécuré désorganisé.

→ Les résultats indiquent que tous les enfants expriment un attachement de type insécuré et pour la quasi-totalité de type désorganisé lorsqu'ils viennent d'arriver en famille d'accueil (N=10).

Ces résultats se confirment à la fois par l'analyse clinique en entretien de recherche semi-structuré et également par l'évaluation des différentes dimensions de l'attachement (la construction des narratifs des représentations d'expériences d'attachement du CCH pour les sujets S2, S3, S4, S5, S6 et S7 et l'analyse clinique pour le sujet S1 ; les relations d'attachement interpersonnelles, les stratégies et les représentations pour les sujets S8, S9 et S10 et de l'analyse clinique en termes de stratégies d'attachement pour le sujet 8).

• Au niveau de l'appréhension des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels, nous nous attendions à ce que les enfants n'expriment pas de manifestation transférentielle lorsqu'ils arrivent en famille d'accueil.

→ Les résultats montrent, de manière inattendue, que les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels (N=10).

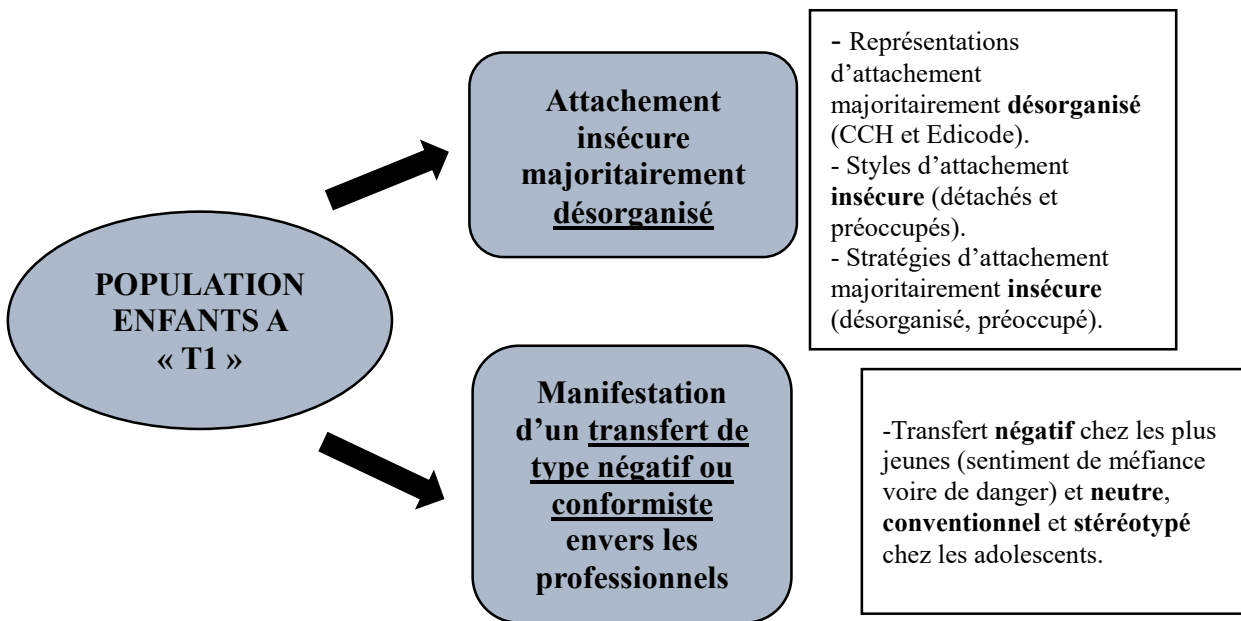
→ Cet investissement transférentiel se caractérise par une dynamique essentiellement négative pour les enfants les plus jeunes (la relation est perçue comme menaçante) et de manière principalement neutre et stéréotypée pour les adolescents. De plus, rappelons que les circonstances de la séparation de placement ont été réalisées dans l'urgence pour la majorité des sujets (huit situations d'O.P.P. sur les dix sujets).

Concernant l'appréciation des processus transférentiels, quasiment tous les enfants cherchent à symboliser leurs expériences traumatiques vécues au sein de la famille de naissance (dessins libres et entretiens cliniques), ce qui semblent entraver l'accès aux processus de symbolisation de la relation avec les professionnels. En effet, les enfants expriment un sentiment de méfiance à l'égard de l'assistante familiale avec qui la relation représente un risque voire un danger (dessin de famille avec l'assistant familial et entretiens cliniques). Les référents sont quant à eux difficilement représentables dans la mesure où ils convoquent à la fois la situation de séparation à l'origine du placement et en même temps la dimension de protection (dessin de famille avec le référent et entretiens cliniques) (tableau 24).

Tableau 24 : Récapitulatif des résultats des enfants (groupe 1 et 2) aux évaluations de l'attachement et de l'investissement transférentiel à l'égard des professionnels (familles d'accueil et référents).

Dimensions / Sujets	Modèles d'attachement	Manifestation de type transférentiel envers les professionnels
S1	Attachement de type désorganisé	Non apprécié (enfant trop en souffrance)
S2	idem	Manifestation d'un transfert de type négatif.
S3	idem	Non apprécié (enfant trop en souffrance)
S4	Idem	Idem
S5	Idem	Manifestation d'un transfert de type négatif.
S6	Idem	Idem
S7	Idem	Idem
S8	Attachement de type désorganisé (avec un style détaché et des représentations désorganisées)	Manifestation d'un transfert de type neutre (négatif et positif).
S9	Attachement de type désorganisé (avec un style et des stratégies préoccupées et des représentations désorganisées)	Manifestation d'un transfert de type neutre , conventionnel et stéréotypé
S10	Attachement de type désorganisé (avec un style détaché, des stratégies sécurisées et des représentations désorganisées)	Idem

Figure 7 : Représentation schématique de l'ensemble des résultats pour la population enfants au temps « T1 ».



2.2 Les résultats des enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T2 »)

2.2.2 Les résultats au niveau de l'attachement

Les résultats de l'évaluation de l'attachement des enfants (N=8) au temps « T2 » s'organisent autour de la présentation des données relatives à la construction des narratifs d'attachement (CCH), à l'expression des styles d'attachement interpersonnel (RQ), aux stratégies d'attachement (le Ca-mir) et aux représentations des expériences d'attachement (l'Edicode), dans l'objectif d'apprécier leurs évolutions un an après l'arrivée en famille d'accueil. Rappelons que deux enfants (S2 et S5) n'ont pas réalisé la passation au deuxième temps de la recherche en raison de leur retour au domicile parental, réduisant l'analyse comparative (qualitative) des données à huit sujets dans cette partie des résultats.

2.2.2.2 Les narratifs d'attachement (CCH)

2.2.2.2.4 Les prototypes d'attachement du CCH

→ Les résultats indiquent une sécurisation des prototypes d'attachement des enfants les plus jeunes un an après leur arrivée en famille d'accueil.

Dans un premier temps, nous présentons les résultats obtenus à l'épreuve du CCH évaluant les prototypes d'attachement chez les enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil (tableau 24, N=7), pour ensuite exposer le tableau comparatif des résultats rassemblés à travers la mesure longitudinale (tableau 25 et 26, N=4).

Tableau 25: Résultats des enfants au niveau des prototypes d'attachement du CCH au moment « T2 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactif et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets.

NARRATIFS D'ATTACHEMENT/ SUJETS (S)	SECURE	DESACTIVATION	HYPERACTIVATION	DESORGANISATION
S1	14,03	82,14	47,78	79,52
S2	Retour au domicile parental en cours de mesure			
S3	8,42	87,27	57,41	80,50
S4	51,57	47,22	43,76	50,94
S5	Retour au domicile parental en cours de mesure			
S6	60	34,51	55,4	60,96
S7	23,99	74,08	54,6	70,24
Moyenne	31,60	65,04	51,79	68,43

Tableau 26 : Résultats des enfants au niveau des prototypes d'attachement du CCH au moment « T1 » et « T2 » en fonction des quatre prototypes d'attachement (sécure, désactivé, hyperactif et désorganisé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets.

Mesures Prototypes d'attachement/ Sujets (S)	T1				T2			
	Sécure	Désactivé	Hyperactif	Désorganisé	Sécure	Désactivé	Hyperactif	Désorganisé
S3	10,97	81,9	67,44	73,39	8,42	87,27	57,41	80,50
S4	26,59	71,16	51,31	69,33	51,57	47,22	43,76	50,94
S6	35,23	54,79	73,06	86,12	60	34,51	55,4	60,96
S7	46,47	48,44	62,62	75,12	23,99	74,08	54,6	70,24
Moyenne	29,82	64,07	63,61	75,99	36	60,77	52,79	64,66

Sur le versant descriptif, nous retrouvons ainsi une moyenne brute d'utilisation de la désorganisation à 68,43 % d'utilisation (N=5) contre 76,32 % au temps « T1 » (N=6). Notons que le sujet 1 a pu réaliser la passation contrairement au temps « T1 » où il exprimait une désorganisation affective trop importante appréciée en entretien clinique. L'analyse comparative des narratifs d'attachement pour les enfants les plus jeunes entre le temps « T1 » et « T2 » se réalise ici avec quatre sujets (S3, S4, S6 et S7) en rappelant que le sujet 1 n'a pas réalisé la passation au temps « T1 » et que les sujets S2 et S5 sont retournés au domicile parental avant le temps « T2 ». L'étude différentielle des données brutes renforce davantage l'observation du phénomène de sécurité des quatre enfants avec un attachement désorganisé appréhendé à 80,33% à leur arrivée en famille d'accueil contre 65,66% un an après.

En dehors de cette analyse catégorielle globale effectuée sur la description des données brutes, l'analyse dimensionnelle met en avant une diminution de l'utilisation des stratégies désorganisées de l'attachement au profit d'une plus grande utilisation de la désactivation et de l'hyperactivation de l'attachement (moyenne des données brutes à 65,04 % et à 51,79 % respectivement ; N=5) pour l'ensemble des sujets qui ont réalisé la passation (S1, S3, S4, S6 et S7).

Pour ce qui est de la description comparative des données brutes (N=4), on observe également une compensation des stratégies d'insécurité de l'attachement. En effet, la désorganisation de l'attachement est moins importante comme évoqué précédemment au profit d'une plus grande hyperactivation et désactivation de l'attachement (respectivement 63,60 % à « T2 » contre 52,79 % à « T1 » et 64,07 % à « T2 » contre 60,77 % à « T1 ») avec une augmentation de la sécurité de l'attachement (35,99 % à « T2 » contre 29,81 % à « T1 »). Cependant, on note que le sujet 3 utilise davantage la stratégie de type désorganisé au temps « T2 » qu'au temps « T1 » mais privilégie en analyse dimensionnelle la stratégie désactivée de l'attachement. Deux tableaux récapitulatifs présentent ces résultats en développant l'analyse catégorielle (tableau 24, N=7) et comparative mesurée de manière longitudinale (tableau 25, N=4).

2.2.2.2.5 Les échelles d'attachement du CCH

→ Les résultats montrent un phénomène de sécurisation des représentations d'attachement des enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil avec des scores significatifs de sécurité sur la majorité des échelles (tableau 27 et 28).

Tableau 27 : Résultats des enfants au niveau des échelles d'attachement du CCH au moment « T2 » en fonction des sept échelles d'attachement (échelle A à G), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets⁵⁶.

ECHELLES/ SUJETS (S)	Collaboration	Représentation du soutien parental	Narratif positif	Expression d'affects appropriés	Réaction à la séparation	Distance symbolique	Faible compétence narrative
S1	27,18	32,90	36,85	22,05	28,20	24,73	79,10
S2	Retour au domicile parental en cours de mesure						
S3	16,73	22,03	31,66	10,68	42,20	32,80	77,36
S4	63,23	35,80	47,24	62,95	48,20	54,30	35,69
S5	Retour au domicile parental en cours de mesure						
S6	67,41	35,80	41,01	67,50	76,20	43,55	32,22
S7	34,49	32,17	30,62	44,77	30,20	56,99	53,06

Tableau 28: Résultats des enfants au niveau de l'évolution des échelles d'attachement les plus significatives du CCH entre le début de placement (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 ») selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 544 sujets⁵⁷.

MESURES	T1				T2			
Echelles/ Sujets (S)	Représentation du soutien parental	Narratif positif	Expression d'affects appropriés	Faible compétence narrative	Représentation du soutien parental	Narratif positif	Expression d'affects appropriés	Faible compétence narrative
S3	29,28	27,51	24,32	80,83	22,03	31,66	10,68	77,36
S4	43,04	31,62	44,77	66,94	35,80	47,24	62,95	35,69
S6	22,75	22,32	42,50	61,74	35,80	41,01	67,50	32,22
S7	18,41	31,66	58,41	40,90	32,17	30,62	44,77	53,06
Moyenne	28,37	28,28	42,50	62,60	31,45	37,63	46,48	49,58

⁵⁶ Les scores inscrits en gras dans le tableau sont les plus significatifs et homogènes en référence au groupe 1 et ne sont pas décrits dans le détail pour chaque sujet en présentant l'ensemble des échelles d'attachement par sujet afin de mieux souligner la significativité des résultats d'ensemble du groupe dans une visée descriptive des données.

⁵⁷ Les scores inscrits en gras dans le tableau sont les plus significatifs et homogènes en référence au groupe 1 et ne sont pas décrits dans le détail pour chaque sujet en présentant l'ensemble des échelles d'attachement par sujet, afin de mieux souligner la significativité des résultats d'ensemble du groupe dans une visée descriptive des données.

Ainsi, les données les plus significatives et homogènes sur l'échantillon concernent les échelles sur la représentation du soutien parental (échelle 2 ou B), le narratif positif (échelle 3 ou C), les expressions d'affects appropriés (échelle 4 ou D) et la faible compétence narrative (échelle 7 ou G). En effet, nous retrouvons des scores plus élevés pour la majorité des sujets (S4, S6 et S7) sur l'échelle des représentations du soutien parental (tableau 27), traduisant une modification des représentations des parents de naissance comme figures de soutien. Ce processus de symbolisation est associé à une disparition des inversions des positions parentales, probablement en raison des réponses des figures d'attachement alternatives en famille d'accueil aux besoins d'attachement des enfants, notamment en étant plus disponibles et en prenant soin d'eux comme des enfants de leur âge. En ce qui concerne l'échelle sur le narratif positif, nous observons des scores plus élevés pour la majorité des sujets (S4, S6 et S7). La tonalité de la narration (verbale et/ou scénique) est ainsi moins négative, les parents de naissance sont vécus comme moins rejetant et surtout, les enfants sont représentés comme des personnages moins mis à l'écart et plus heureux, probablement en raison de la considération affective (voire existentielle) que leur apporte les assistants familiaux.

Au sujet des expressions d'affects appropriés (échelle 4 ou D), la majorité des enfants (S4, S6 et S7) sont beaucoup plus en capacité d'exprimer et de contenir leurs affects en raison d'une meilleure élaboration. Les enfants se montrent plus spontanés et sont beaucoup plus en possibilité de médiatiser leur état émotionnel aux situations de jeux. Les sujets ne débordent plus affectivement lorsqu'ils sont confrontés aux histoires qui suscitent les expériences d'attachement. Enfin, concernant l'échelle appréhendant la qualité des compétences narratives, les scores obtenus ont aussi évolué très positivement avec des niveaux beaucoup plus faibles. Les enfants sont davantage en capacité d'historiser et de proposer une narration d'ensemble beaucoup plus apaisée, structurée et congruente à leur état émotionnel.

2.2.2.2.6 Illustration clinique de la passation du CCH au temps : « Jacob » (un an après)

Nous illustrons la passation du CCH avec la situation de Jacob, rencontré pour la quatrième fois, environ un an après son arrivée en famille d'accueil (AF4), afin d'apprécier les évolutions cliniques longitudinales.

Dès son arrivé dans la salle d'entretien, Jacob se précipite vers les jouets. Il met un certain temps à nous rejoindre autour de la table, mais semble beaucoup plus facilement entrer

en relation et moins « égaré » qu'il y a un an. De plus, Jacob n'exprime plus aussi manifestement de proximité agressive. Très attiré par les jouets du C.C.H. (et notamment la voiture), nous décidons alors de lui proposer directement la passation.

Au niveau des processus narratifs verbaux et scéniques, Jacob présente moins de période d'absence. Il arrive à terminer ses histoires, en proposant à plusieurs reprises des solutions de résolution avec des scénarii moins chaotiques que ceux observés auparavant. Par exemple, Jacob fait intervenir la grand-mère pour ramasser le gâteau dans la première histoire. De plus, l'enfant arrive à mettre tout seul le personnage Pierre debout lorsqu'il tombe du rocher, en couronnant cette réussite d'un « voilà !! ».

En revanche, la troisième histoire avec le monstre sous le lit est toujours difficile à aborder pour Jacob. Il réussit tout de même à trouver une temporalité sécurisante à la scène conflictuelle en faisant intervenir la lumière. Lorsque le monstre apparaît, Jacob nous dit que Pierre a « éteint la lumière et allumer la lumière », reflétant ainsi un rapport relativement moins délétère à la réalité. En effet, Jacob arrive davantage à distinguer le jour et la nuit, le cauchemar du monstre et le réel du réveil de Pierre : il fait preuve ainsi d'une certaine forme d'auto-contenance en marquant un début et une fin à cette épisode pour gérer la situation anxiogène. Autrement dit, la narration est mieux construite à travers la création de points de repères dans le récit. Néanmoins, l'intensité du travail psychique déployé fait perdre à Jacob une distance avec le jeu. En effet, juste après cette solution, Jacob nous montre du doigt et se met à rire nerveusement. Il nous explique ensuite que c'est nous qui le faisons rigoler. A ce moment-là, nous insistons sur la différence entre le faire semblant du jeu et le « pour de vrai », afin de mieux signifier le passage entre l'imaginaire (du jeu) et le réel. De même, précisons que nous avons tout au long des entretiens été particulièrement contenant dans nos interventions, en accompagnant systématiquement nos gestes et nos déplacements par des paroles, afin que les interactions soient les moins étrangères et les plus prévisibles possibles pour Jacob. Comparativement au temps « T1 », Jacob se montre ainsi davantage sensible à ce type d'accompagnement.

A l'histoire d'après, Jacob était très satisfait de retrouver la voiture qu'il avait très bien repéré en début de rencontre. Il nous dit « qu'elle est là la voiture », ce qui nous amène à formuler que « oui elle est là la voiture elle est maintenant dans le jeu ». A partir de ce moment de la passation, la voiture semble représenter un médium soutenant pour Jacob. Par exemple

lors de la scène de la séparation du personnage de Pierre avec ses parents, Jacob s'appuie sur la voiture pour associer directement sur Médor en nous demandant si Médor peut rester avec Pierre. Ensuite, Jacob entreprend une exploration perceptive de la voiture en nous demandant de confirmer tous les éléments qui la compose. Il relève ainsi successivement : l'endroit où sort la musique (l'autoradio), le chauffage, le coffre, les essuie-glaces (l'antenne) et les portières. Cette focalisation du percept de « l'objet voiture » semble aider Jacob à ne pas être trop directement confronté à la situation d'attachement suscitée par la séparation et les retrouvailles des histoires, facilitant une forme de maintien et d'accroche au réel.

Ainsi, même si nous observons sur le plan clinique une désorganisation moins importante qu'il y a un an, cette évolution reste soutenue par l'accompagnement proposé. En effet, précisons que nous sommes intervenus systématiquement après chaque fin d'histoire du CCH en proposant des issus de type « happy-end » (afin de soutenir les résolutions de Jacob), de manière à ce que les scénarisations ne soient pas trop angoissantes. De même, la plus grande facilité de Jacob à être en relation reste en partie dépendante du travail clinique particulièrement ajusté à sa sensibilité et contenant. Jacob semble toujours traverser des états de vide (fixation longue des objets, hyper-sensorialité sur certaines propriétés matérielles des jouets comme la coiffe de la mère où il avait remarqué un « trou » pour orner les cheveux d'accessoires) mais arrive néanmoins à déployer un processus narratif élémentaire s'il se sent suffisamment étayé. En revanche, Jacob manifeste une incapacité à traduire les états mentaux des personnages (que cela soit Pierre ou les parents). Lorsque nous lui demandons ce que pensent ou ce que font les figurines du jeu, Jacob montre un état affectif « déconnecté », nous regarde sans rien dire, ou contemple les jouets sans pouvoir médiatiser ses affects avec les personnages, ni interagir avec nous. En cela, même si le C.C.H. évalue une désorganisation plus importante de l'attachement chez Jacob qu'au temps « T1 », c'est notamment parce qu'il y a plus de narratifs désorganisateurs à coter, Jacob se montrant nettement plus mobilisable à la passation.

2.2.2.3 *Les styles d'attachement (RQ)*

Les résultats concernant les styles d'attachement un an après l'arrivée des enfants en famille d'accueil (au temps « T2 ») investiguent les relations d'attachement interpersonnelles actuelles et concernent les enfants du groupe 2 (S8, S9 et S10). Ils sont présentés dans un premier temps dans leur version catégorielle (le sujet choisi une affirmation exclusive aux autres correspondant à un style d'attachement) puis dans leur version dimensionnelle (le sujet apprécie

s'il est plus ou moins d'accord avec les quatre propositions sur une échelle de type Likert à 7 niveaux). Pour introduire la description des résultats issus de cette épreuve, nous présentons un tableau regroupant ces données obtenues au temps « T2 » dans leur deux versions (tableau 29) et un tableau comparatif des mesures longitudinales entre le temps « T1 » et le temps « T2 » (tableau 30).

Tableau 29 : Résultats des enfants au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ au moment T2 en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (choix exclusif) et dimensionnelle (échelle de type Likert de 1 à 7).

STYLES/ SUJETS (S)	RQ Catégorielle	RQ Dimensionnelle (niveau 1 à 7)			
		Sécure	Démisionnaire	Préoccupé	Craintif
S8	Craintif	1	3	1	7
S9	Sécure	7	4	2	1
S10	Sécure	6	5	1	2

Tableau 30 : Evolution des résultats des enfants au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ entre le « T1 » et le « T2 » en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (choix exclusif) et dimensionnelle (échelle de type Likert de 1 à 7).

Styles/Sujets (S)	RQ Catégorielle		RQ Dimensionnelle (niveau de 1 à 7)							
	T1	T2	Sécure		Démisionnaire		Préoccupé		Craintif	
			T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
S8	Démisionnaire	Craintif	3	1	4	3	5	1	2	7
S9	Préoccupé	Sécure	2	7	4	4	2	2	2	1
S10	Démisionnaire	Sécure	4	6	4	5	4	1	1	2

2.2.2.3.4 La version catégorielle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version catégorielle sont devenus majoritairement sécurisés pour tous les adolescents un an après leur arrivée en famille d'accueil.**

Les résultats au RQ dans sa version catégorielle montrent des styles d'attachement devenus majoritairement sécurisés pour tous les adolescents, avec deux sujets exprimant des relations d'attachement interpersonnelles sécurisées (S9 et S10) et un sujet manifestant un style craintif (S8). On observe donc une évolution des styles d'attachement insécure au moment de l'arrivée des adolescents en famille d'accueil (temps « T1 ») et une sécurité des styles

d'attachement un an après (temps « T2 »). En ce qui concerne le sujet 8, l'expression d'un style craintif est probablement dû aux préoccupations actuelles du sujet. En effet, le sujet 8 exprimait une problématique sexuelle avec des attitudes de mises en danger, en ayant des relations sur internet avec des adultes beaucoup plus âgés qui pouvaient exercer leur influence sous forme d'emprise psychologique, d'extorsion morale et matérielle (demande de photos dénudées, demande d'argent, incitation au passage à l'acte type fugue, etc.).

2.2.2.3.5 La version dimensionnelle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version dimensionnelle sont également majoritairement sécurés pour les adolescents un an après leur arrivée en famille d'accueil avec des allures détachées.**

En effet, les résultats au RQ dans sa version dimensionnelle sont également majoritairement sécurés pour les adolescents, avec une congruence entre le choix catégoriel exclusif avec les appréciations dimensionnelles contrairement à ce qui avait été observé lors des mesures au temps « T1 ». On observe toujours le choix d'un style craintif pour le sujet 8. L'analyse dimensionnelle met en avant que le style principalement mobilisé pour tous les sujets après le style sécurés (et craintif) est de type démissionnaire ou détaché.

2.2.2.4 *Les stratégies d'attachement (Ca-mir)*

2.2.2.4.4 Les Prototypes d'attachement du Ca-mir

→ **Les résultats relèvent une moindre évolution des prototypes relationnels d'attachement un an après l'arrivée des adolescents en famille d'accueil.**

Un tableau expose les résultats des sujets en détails par stratégies d'attachement entre les mesures du temps « T1 » avec celles du temps « T2 » (tableau 31). Précisons que nous avons fait le choix de ne pas réaliser cet auto-questionnaire au temps « T2 » pour le sujet 8 en raison de ses difficultés de passation de l'épreuve au temps « T1 ».

Tableau 31 : Récapitulatif des résultats des adolescents du groupe 2 (sujets 9 et 10) au niveau des prototypes d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » et « T2 » en fonction des trois prototypes d'attachement (sécure, détaché et préoccupé), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets.

PROTOTYPES/ SUJETS (S)	SECURE		DETACHE		PREOCCUPE	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
S9	35,8	31,6	46,9	51,5	59,7	61
S10	58,6	55,4	43,5	44,4	41	30,7

Nous retrouvons la manifestation de l'expression d'une stratégie de type toujours préoccupé pour le sujet S9 (à 61% au temps « T2 » contre 59,7 % au temps « T1 ») et toujours sécure pour le sujet S10 (à 58,6% au temps « T2 » contre 58,6 % au temps « T1 ») mais avec des allures insécures qui ont diminué pour ce-dernier (préoccupé à 30,75% au temps « T2 » contre 41 % au temps « T1 »).

2.2.2.4.5 Les échelles d'attachement du Ca-mir

→ **Les résultats aux échelles du Ca-mir montrent que les représentations des expériences familiales d'attachement des adolescents ont subi peu de variations d'expressions un an après leur arrivée en famille d'accueil à l'exception de l'échelle sur la distanciation avec la famille de naissance qui apparaît plus importante.**

Un tableau présente ces résultats au temps « T2 » en réalisant la comparaison avec les échelles identifiées au temps « T1 » (tableau 32) avant d'aborder une description plus qualitative.

Tableau 32 : Résultats des adolescents du groupe 2 aux échelles d'attachement du Ca-mir au moment « T1 » et « T2 » (préoccupation familiale, support parental, support familial, reconnaissance de soutien, distance familiale, traumatisme parental, blocage du souvenir, démission parentale et valorisation de la hiérarchie soit respectivement les échelles 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12 et 13), selon la conversion des scores en « Q-sort au format T » (en pourcentage) sur une base de référence d'un échantillon de 682 sujets.

Echelles / Sujets (S)	S9		S10	
	T1	T2	T1	T2
Préoccupation familiale	71,1	61,2⁵⁸	37,3	33,4
Support parental	39,3	43	59,7	57,8
Support familial	47,6	37	56	53,9
Reconnaissance de soutien	39,4	43,9	59,4	50,5
Distance familiale	38,4	46	46	65
Traumatisme parental	77,3	79,1	40,2	43,2
Blocage du souvenir	57	40,2	46,9	46,9
Démission parentale	69,2	63,8	44,6	41,9
Valorisation de la hiérarchie	51,1	45,6	45,6	34,4

Les échelles du Ca-mir sont rattachées à des expériences familiales d'attachement différentes en fonction des trois niveaux de réalité inhérentes aux représentations de ces mêmes expériences d'attachement. Sans présenter la description de l'ensemble des échelles en fonction des trois niveaux de réalité, regardons celles qui reflètent la désorganisation familiale et le type de cadre du fonctionnement familial conformément à nos hypothèses opérationnelles de recherche pour cette appréciation au temps « T2 » (première et deuxième hypothèse opérationnelle de recherche). En effet, nous constatons toujours une désorganisation familiale élevée à travers un score similaire au niveau de l'expression d'un traumatisme psychique et physique avec les figures d'attachement (scores élevés de l'échelle sur le traumatisme parental) entre le temps « T1 » et le temps « T2 ». Par ailleurs, les principales variations observées concernent un niveau plus important de distance familiale pour les deux sujets, ainsi qu'une diminution significative sur l'échelle du blocage du souvenir pour le sujet 9 entre les deux temps de mesures. Les adolescents semblent ainsi exprimer une forme de stratégie de détachement par rapport à leur problématique familiale en mettant à distance les expériences affectives présentes avec leur famille de naissance, tout en ayant un meilleur accès aux souvenirs concernant les expériences affectives passées.

⁵⁸ Les scores en gras indiquent les modifications de mesures les plus significatives entre l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après (soit au temps « T2 »).

2.2.2.5 Les représentations d'attachement (Edicode)

→ Les résultats des représentations d'expériences d'attachement un an après l'arrivée des adolescents en famille d'accueil soulèvent une évolution importante en termes de sécurité de l'état d'esprit d'attachement. Les sujets qui manifestaient à leur arrivée en famille d'accueil des représentations désorganisées expriment un an après des représentations détachées (tableau 33).

Tableau 33 : Résultats des adolescents du groupe 2 aux facteurs d'attachement de l'Edicode au moment « T2 » (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité du discours) sur une population référence de 128 sujets (pour les profils prototypiques sécure, préoccupé et détaché selon des calculs d'indices de 1 à 9).

	Mesures	Fluidité	Cohérence	Adéquation	Réflexivité	Authenticité
PROFIL SECURE		5,90	7,10	6,60	5,50	6,70
PROFIL PREOCCUPE		6,50	3,10	3,25	4,20	6,40
PROFIL DETACHE		3,50	6,30	7	3	3
SUJET 8 (Détachée au temps « T2 »)	T1	3,80	1,67	4,33	2	2,67
	T2	4,80	6	5,33	5,5	3,67
SUJET 9 (Détaché au temps « T2 »)	T1	2,6	6,17	3	2,25	2,67
	T2	4	6,67	4	5	4,67
SUJET 10 (Détachée au temps « T2 »)	T1	2,6	5,83	3,33	4,75	4,33
	T2	3,6	6,17	5,67	4,5	3,67

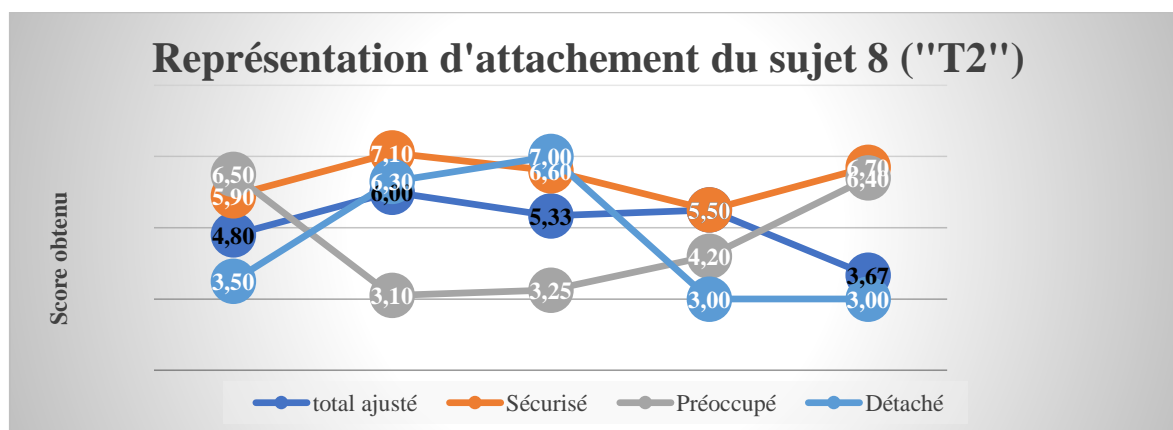
En effet, nous retrouvons la manifestation de l'expression d'une représentation moins insécurisée pour l'ensemble des sujets du groupe 2 (S8, S9 et S10) d'après les scores des cinq facteurs d'analyse du discours (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et l'authenticité). Les facteurs qui subissent la plus forte progression en termes de sécurité d'attachement concernent la fluidité, la réflexivité et l'adéquation du discours (pour les sujets S8, S9 et S10) et l'authenticité (pour les sujets 8 et 9). En effet le sujet 8 qui manifestait il y a un an une désorganisation de l'attachement exprime dorénavant un attachement de type détaché avec une réflexivité sécure. Le sujet 9 qui exprimait à son arrivée en famille d'accueil des représentations désorganisées, se révèle plus détachée un an après avec des facteurs d'attachement moins

insécures en termes d'adéquation et d'authenticité ainsi qu'une réflexivité dorénavant sécurisée. Quant au sujet 10, ses représentations au départ désorganisées ont évolué vers un détachement un an après son arrivée en famille d'accueil (confirmant les tendances au détachement relevées auparavant) avec une adéquation du discours très proche de la sécurité.

Ainsi, les résultats indiquent que les sujets présentent de manière générale une meilleure appropriation subjectivante (Roussillon, 2014) de leurs expériences d'attachement avec une plus grande congruence entre leurs affects et leurs représentations au regard des processus narratifs d'organisation du discours, ce qui témoigne de l'adoption de stratégies de mise à distance de leurs expériences d'attachement à travers les niveaux de détachement relevés un an après. Plus concrètement, ils arrivent à associer sur leurs expériences d'attachement passées et actuelles et à accéder à leurs souvenirs de manière plus aisée (augmentation de la fluidité du discours). Ils expriment également une meilleure régulation de leurs émotions dans l'évocation de leurs expériences d'attachement passées et actuelles tout en se montrant beaucoup plus libres pour faire confiance aux autres, en particulier aux professionnels qui les entourent (le facteur d'adéquation du récit). Enfin, nous soulignons une plus grande facilité dans la prise en compte de leurs états psychiques internes en ce qui concerne les expériences d'attachement passées et actuelles (le facteur de réflexivité du discours)

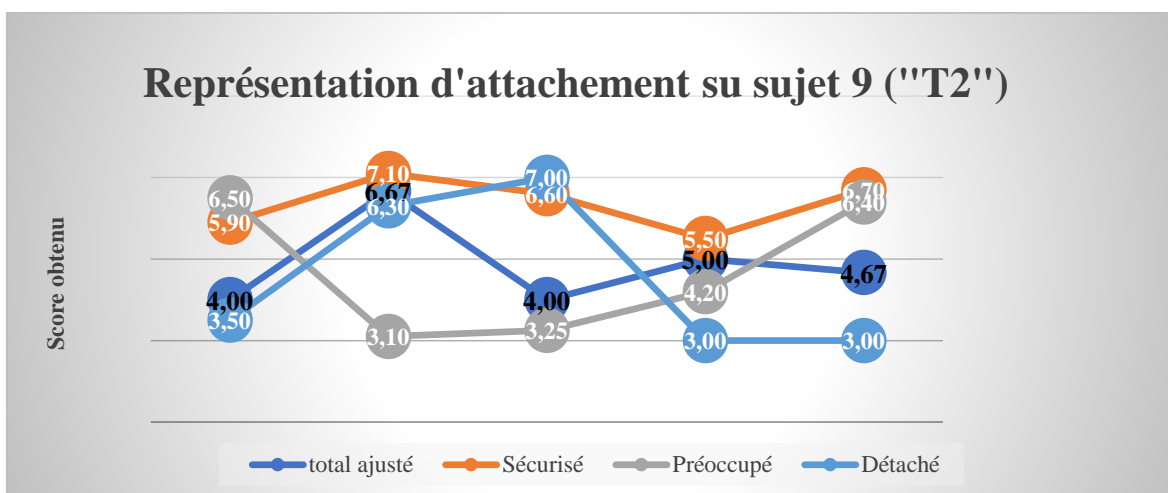
Trois représentations graphiques mettent en évidence l'analyse des dynamiques narratives des expériences d'attachement au temps « T2 » pour chaque adolescent du groupe 2 en comparaison à la population générale en fonction des états d'esprit sécurisée, détachée et autonome, conjointe à une description dynamique de ces données (figures 8, 9 et 10).

Figure 8: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 8 au temps « T2 » (l'axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Édicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisée, préoccupée et détachée) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



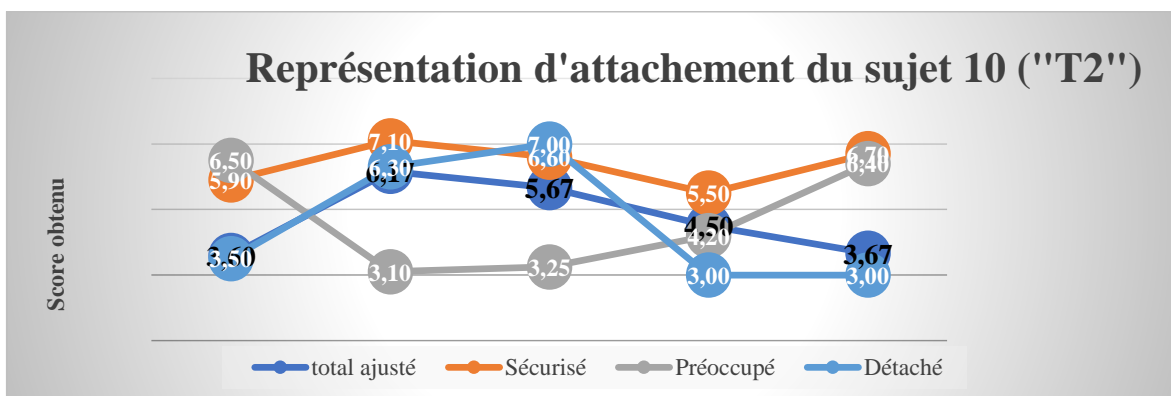
L'étude des tendances de la courbe du sujet 8 révèle une représentation d'attachement de type détaché avec des scores moins insécures sur l'ensemble des facteurs du discours comparativement à la désorganisation appréciée un an auparavant (figure 8). En effet, nous retrouvons une fluidité sécurisée avec un récit organisé autour d'une meilleure qualité associative et un accès facilité aux souvenirs d'expériences d'attachement passées, contrairement à ce qui a été observé il y a un an (score à 4,8 proche de la fluidité sécurisée à 5,9 contre 3,8 il y a un an correspondant à la fluidité détachée) ; une cohérence détachée avec un discours beaucoup plus organisé et focalisé (score à 6 contre 6,3 pour la cohérence détachée contrairement au temps « T1 » avec un score très bas de 1,67) ; une adéquation du récit sécurisée traduisant une meilleure confiance aux personnes ressources et une meilleure régulation émotionnelle par rapport aux expériences d'attachement passées et actuelles (pour un score à 5,33 contre 6,6 pour l'adéquation sécurisée comparé au temps « T1 » avec un score plus faible à 4,33) ; une réflexivité sécurisée avec la possibilité pour le sujet de mieux prendre en compte ses propres états émotionnels internes que cela soit pour les expériences affectives vécues dans le présent que dans le passé et de leur influence dans l'actuel (pour un score à 5,5 identique à la réflexivité sécurisée contrairement au temps « T1 » avec un score à 2) et une authenticité détachée avec un récit plus vivant et émaillé d'éléments de vie personnelle (pour un score à 3,67 au plus proche de l'authenticité détachée à 3 contrairement au temps « T1 » avec un score faible à 2,67).

Figure 9: Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 9 au temps « T2 » (axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisée, préoccupée et détachée) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



La représentation graphique du profil d'attachement du sujet 9 épouse sensiblement la courbe du profil d'attachement détaché et apparaît beaucoup moins désorganisée qu'il y a un an (figure 9). En effet, l'analyse descriptive indique une fluidité du récit détaché beaucoup moins importante qu'auparavant avec un discours comportant une meilleure associativité et un accès aux souvenirs plus aisé (score à 4 au plus proche de la fluidité détachée à 3,5 contrairement au temps « T1 » avec un score faible à 2,6) ; une cohérence détachée avec un récit légèrement mieux organisé et structuré qu'auparavant (score à 6,67 contre 6,3 pour la cohérence détachée, comparé au temps « T1 » avec un score à 6,17) ; une adéquation préoccupée mais davantage sécurisée avec un discours comportant une meilleure régulation émotionnelle et un sentiment de confiance aux autres plus conséquent (score à 4 contre 3,25 pour l'adéquation préoccupée contrairement au temps « T1 » avec un score de 3) ; une réflexivité qui est devenue sécurisée avec une narration indiquant une meilleure prise en considération des intériorités affectives en ce qui concerne les expériences d'attachement passées et actuelles (score à 5 qui a doublé en un an et rejoint la réflexivité sécurisée à 5,5) et une authenticité assez détachée moins insécurisée qu'auparavant avec un discours vivant et authentique (score à 4,67 moins proche de l'authenticité détachée à 3 comparé au temps « T1 » avec un score faible à 2,67).

Figure 10 : Représentation graphique de l'état d'esprit d'attachement détaché du sujet 10 au temps « T2 » (axe total ajusté) en fonction des facteurs de l'Edicode (fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité) en comparaison aux trois états d'esprit d'attachement (sécurisé, préoccupé et détaché) sur une population référente de 128 sujets (selon des calculs d'indices de 1 à 9).



L'analyse dynamique du profil d'attachement par l'étude des tendances de la courbe du sujet 10 (figure 10) souligne une représentation d'attachement de type détachée ce qui contraste avec la désorganisation relevée il y a un an, avec une modification de l'ensemble des facteurs en particulier pour trois d'entre eux qui apparaissent plus sécurisés (la fluidité, l'adéquation et la

réflexivité). En effet, nous retrouvons une fluidité du récit détachée mais avec un discours porteur d'une plus grande associativité et d'un meilleur accès aux souvenirs (score à 3,6 au plus proche de la fluidité détachée à 3,5 comparé au temps « T1 » avec un score faible à 2,6) ; une cohérence détachée moins insécurisée avec un récit davantage structuré et focalisé sur les thématiques abordées (score à 6,17 proche de 6,3 pour la cohérence détachée et plus important qu'au temps « T1 » avec un score à 5,83) ; une adéquation nettement plus sécurisée avec une narration comportant une meilleure régulation émotionnelle (score à 5,67 contre 6,6 pour l'adéquation sécurisée, comparé au temps « T1 » avec un score à 3,33) ; une réflexivité toujours essentiellement préoccupée avec un récit qui reflète les états psychiques internes du sujet (score à 4,5 contre 4,2 pour la réflexivité préoccupée et rejoignant le score à 4,75 au temps « T1 ») et une authenticité détachée légèrement moins sécurisée qu'il y a un an avec un discours moins vivant (avec un score à 3,67 au plus proche de l'authenticité détachée à 3 comparé au temps « T1 » avec un score plus important à 4,33).

2.2.2.5.1 Illustration clinique de la passation de l'Edicode au temps : « Marjolaine » (un an après)

Nous illustrons la passation de l'Edicode au temps « T2 » avec la situation clinique de Marjolaine afin d'apprécier les évolutions longitudinales en termes de représentations d'expériences d'attachement. Dans l'ensemble, l'adolescente montre une tendance moindre à normaliser les relations, associée à un meilleur accès aux souvenirs. De plus, le décès de la mère ne semble plus représenter un marqueur aussi fort qu'auparavant, entre la vie d'avant et la vie d'après pour Marjolaine.

Ainsi, l'adolescente peut exprimer qu'elle se sentait proche de sa mère et qu'elle se remémorait des moments où elle pouvait parler et passer du temps avec elle. De plus, nous remarquons une légère différence dans la manière que Marjolaine décrit sa relation maternelle comparativement à celle de son père. En effet, il y a un an, les expériences partagées avec l'un ou l'autre de ses parents étaient totalement indifférenciées. Les adjectifs étaient les mêmes sans pouvoir donner d'exemples concrets. Actuellement, Marjolaine explique que les qualificatifs pour son père sont différents que ceux utilisés pour sa mère, sans pouvoir pour autant les expliciter : « ça serait presque les mêmes sauf que mon père j'ai passé forcément moins de temps avec lui », « non j'ai pas cinq adjectifs ». Dans ce cadre, Marjolaine se décrit comme étant plus proche de sa mère que de son père car elle raconte avoir vécue beaucoup moins de temps avec

lui, ce qui traduit une meilleure élaboration de ses identifications œdipiennes. La préférence dans les relations est ainsi décrite selon des modalités essentiellement quantitatives (en termes de « plus » et de « moins ») : « j'aurais peut-être pas que j'ai pas les mêmes sentiments non plus, mais j'avais juste que, j'étais plus proche de ma mère. Forcément je passais plus de temps avec elle... (*temps de latence*) Après ça veut pas dire que j'aimais pas mon père ».

Ensuite, Marjolaine explique qu'elle n'a pas le souvenir d'avoir été malade ou encore de s'être blessée, contrairement au « T1 » où elle a relaté deux épisodes à l'hôpital mais sans pouvoir exprimer des ressentis particuliers rapportés à cet événement (que cela soit par rapport aux circonstances de l'événement ou en termes de douleurs et d'émotions). Cependant, notons qu'après la passation de l'Edicode (dans l'entretien abordant la relation de Marjolaine avec l'assistante familiale), l'adolescente nous fait part d'un rêve particulier : « j'ai rêvé que je m'étais cassée la jambe », « j'avais des béquilles et j'avais un plâtre ». Ainsi, cette activité onirique semble mesurer l'évolution entre la désorganisation, le détachement actuel et l'exclusion des émotions à un niveau plus secondarisé. Le mécanisme du refoulement lui donne la possibilité d'exprimer ses affects ressentis dans son rêve contrairement à il y a un an où elle ne décrivait aucune émotion. De même, Marjolaine semble utiliser des solutions défensives plus matures qu'auparavant en ayant recours à l'humour. Par exemple vis-à-vis d'éventuelles sanctions disciplinaires des parents, Marjolaine nous explique que « j'étais petite donc ils allaient pas me dire "j'vais te punir de sortie" » ou encore en associant que « mais j'vais pas me rappeler de toutes les bêtises que j'ai fait hein (*Marjolaine rit*) ».

De plus, contrairement à il y a un, Marjolaine est en mesure d'aborder le premier souvenir de séparation vécu avec ses parents en le situant directement autour de la mesure de placement : « ah ouais, quand j'suis... quand j'ai été placée, j'crois que c'est la première fois ». De même, Marjolaine arrive plus facilement à évoquer ses émotions lorsqu'elle aborde les effets qu'ont eu les attitudes de ses parents et le décès de sa mère sur sa personnalité actuelle, en expliquant que : « j'serais pas la même, ça c'est sûr. Je pense que que j'aurais pas le caractère que j'ai maintenant » pour continuer plus loin en affirmant que « j'aurais pas eu la même vie forcément si j'aurais été avec mes parents ou... qu'en famille d'accueil. 'fin vous voyez ce que je veux dire, j'ai pas... j'sais pas, c'est pas la même chose », « bah... j'pense que j'vais bien. Y aurait peut-être pas rien à changer non plus, mais... ma maman elle serait pas partie je serais encore sûrement avec elle ».

Ainsi, Marjolaine n'adopte pas le même discours quant au décès de sa mère. Elle arrive aujourd'hui à élaborer un sentiment de regret, contrairement à il y a un an où la banalisation était prépondérante durant tout l'entretien, hormis l'évocation de son décès qui avait fait pleurer Marjolaine. L'adolescente montre dans l'ensemble de meilleures capacités d'élaboration des affects étayés par des souvenirs qu'elle arrive à formuler. Elle réussit ainsi à mettre des premiers mots sur les circonstances de cette disparition et sur le souvenir des funérailles : « ça devait être mes sœurs, mais... j'm'en rappelle pas de la circonstance non plus » pour exprimer plus loin que son entourage, « ils ont pas pleuré devant nous ça c'est sûr » pour finir par nous dire que « bon après j'ai pas trop de souvenirs de ce jour-là hein. C'est pas le jour où on préfère s'en rappeler », traduisant le temps nécessaire pour que Marjolaine puisse progressivement identifier ses ressentis sur cette période de vie et prendre le risque de les partager. Enfin Marjolaine exprime l'importance de ses préoccupations actuelles comme toute adolescente de son âge, en formulant trois désirs qui seraient de « gagner à l'Euro million (*Marjolaine rit*), je sais pas. Avoir une belle maison. Travailler ».

2.2.2.6 Synthèse des résultats au niveau de l'attachement au temps « T2 »

→ **Les résultats indiquent une évolution positive chez l'ensemble des sujets de leur expression d'attachement essentiellement de type désorganisé à leur arrivée en famille d'accueil (temps « T1 »), vers l'expression d'un modèle plus sécurisé et davantage tourné vers la solution du détachement un an après (temps « T2 », N=8).**

▪ Au niveau de la construction des narratifs d'attachement (CCH) :

- Les résultats des cartes pour le complètement des histoires qui investiguent les prototypes d'attachement des enfants les plus jeunes placés en famille d'accueil indiquent un phénomène significatif de sécurisation de l'attachement un an après leur arrivée en famille d'accueil.
- La symbolisation des parents de naissance se développe davantage avec une disparition des inversions des positions parentales. Les parents de naissance sont vécus comme moins rejetant et surtout, les enfants sont figurés comme moins mis à l'écart et plus heureux, probablement en raison de la considération affective voire existentielle que leur apporte les assistants familiaux dans la réponse aux besoins d'attachement des

enfants. De plus, les sujets sont beaucoup plus en capacité d'exprimer et de contenir leur affect par une meilleure capacité d'élaboration. Les enfants se montrent aussi plus spontanés et sont beaucoup plus en possibilité de médiatiser leur état émotionnel aux situations de jeux. Les sujets ne débordent plus affectivement lorsqu'ils sont confrontés aux histoires qui suscitent les expériences d'attachement et sont dorénavant en capacité d'historiser et de proposer une narration d'ensemble beaucoup plus apaisée, structurée et congruente à leur état émotionnel.

▪ Au niveau de styles d'attachement (RQ) :

- Les résultats au RQ dans leur version catégorielle et dimensionnelle montrent que les adolescents sont devenus majoritairement sécures au niveau de leur style d'attachement interpersonnel un an après leur arrivée en famille d'accueil avec des allures détachées qui apparaissent dans la version dimensionnelle.

▪ Au niveau des stratégies d'attachement (Ca-mir) :

- Les prototypes relationnels d'attachement des adolescents apparaissent assez similaires un an après leur arrivée en famille d'accueil.
- Néanmoins, une plus grande distanciation avec la famille de naissance est relevée parmi les échelles de ce test, ce qui témoigne d'un recours plus important à la stratégie du détachement.

▪ Au niveau des représentations d'attachement (Edicode) :

- Un an après l'arrivée des adolescents en famille d'accueil, les résultats montrent une évolution significative en termes de sécurité d'attachement avec des scores des facteurs de l'analyse du discours davantage sécurisés. Les représentations d'attachement des adolescents évoluent ainsi d'une désorganisation vers un état d'esprit plus détaché.

Nous présentons dans un tableau récapitulatif (tableau 34) les résultats de la population enfants (N=10) au niveau de l'attachement en fonction de l'ensemble des outils méthodologiques utilisés faisant apparaître l'évolution des représentations d'attachement aux différents temps de mesure.

Tableau 34: Récapitulatif des résultats des enfants au moment « T1 » et « T2 » en fonction des narratifs d'attachement (CCH), des relations d'attachement interpersonnelles (RQ), des stratégies d'attachement (Ca-mir) et des représentations d'attachement (Edicode) selon une perspective catégorielle simple.

ATTACHEMENT/ SUJETS (S)	Les narratifs d'attachement (CCH)	Les relations d'attachement interpersonnelles (RQ)	Les stratégies d'attachement (Ca-mir)	Les représentations d'attachement (Edicode)
S1	Sécurisation (diminution de la Désorganisation) ⁵⁹	X ⁶⁰	X	X
S2	Retour au domicile parental en cours de mesure			
S3	Sécurisation (diminution de l'hyperactivation et de la désactivation entraînant une plus faible désorganisation) ⁶¹	X	X	X
S4	Sécurisation (diminution significative de la désorganisation conjugée à l'augmentation de la sécurité)	X	X	X
S5	Retour au domicile parental en cours de mesure			
S6	Sécurisation (diminution significative de la désorganisation conjugée à l'augmentation de la sécurité)	X	X	X
S7	Sécurisation (diminution de la désorganisation et augmentation de la désactivation)	X	X	X
S8	X	Craintif	X	Sécurisation (attachement détaché contre désorganisé au temps « T1 »)
S9	X	Sécurisation (attachement sécur contre préoccupé au temps « T1 »)	Préoccupée	Sécurisation (attachement détaché contre désorganisé au temps « T1 »)
S10	X	Sécurisation (attachement sécur contre détaché au temps « T1 »)	Sécur	Sécurisation (attachement détaché contre désorganisé au temps « T1 »)

⁵⁹ Rappelons que le sujet 1 n'a pas réalisé la passation du CCH au temps « T1 » en raison d'une désorganisation massive, et que même si le sujet manifeste une désorganisation significative au temps « T2 », le fait d'être en possibilité de réaliser cette épreuve un an après indique une diminution de l'état de désorganisation.

⁶⁰ Les indications « X » précisent que les outils d'évaluation n'ont pas été utilisés pour ces sujets en raison de leurs âges, comme énoncé au sein de la méthodologie.

⁶¹ Même si nous constatons une augmentation du niveau désorganisation comparativement au temps « T1 », la clinique de la passation du CCH témoigne d'une meilleure capacité de contenance chez le sujet (meilleure investissement dans le jeu et rapport au réel, ce qui concourt à la diminution des autres stratégies d'hyperactivation et de désactivation de l'attachement).

2.2.3 Les résultats au niveau de l'analyse transférentielle

2.2.3.5 *Les résultats au niveau des dessins*

Dans cette partie sont exposés les résultats des études cliniques des dessins libres puis des dessins de famille réalisés par les enfants avec leur assistant familial et leur référent respectif au temps « T2 ». Selon le même modèle de présentation des traitements des données qualitatives au temps « T1 », ces résultats seront traités en regroupant les éléments cliniques les plus significatifs relatifs aux mouvements transférentiels des enfants à l'égard des professionnels. Précisons que le sujet 3 a refusé toute consigne aux deux épreuves du dessin (libre et de famille) et que le sujet 1 a réalisé uniquement le dessin libre au temps « T2 » en raison des fragilités psychiques trop importantes appréciées cliniquement. Rappelons qu'à cette étape de la recherche, deux enfants sont retournés au domicile parental avant la passation au temps « T2 » (S2 et S5), ce qui réduit l'échantillon à cinq sujets (S1, S4, S6, S7 et S8) pour les dessins libres et à quatre sujets pour les dessins de famille (S4, S6, S7 et S8).

2.2.3.5.1 Les dessins libres

→ **Les résultats de l'analyse clinique indiquent que nous ne retrouvons plus l'existence d'un travail psychique significatif autour des tentatives de symbolisation des traumatismes vécus au sein de la famille de naissance.**

→ **De plus, les résultats montrent que les enfants empruntent des voix de résolution de la situation de séparation familiale davantage secondarisée, avec des angoisses d'abandon qui semblent s'être névrotisées en angoisse de séparation avec une moindre expression d'équivalents dépressifs, comparativement à ceux relevés en « T1 ». La problématique de lien des enfants se dirigent ici essentiellement vers la recherche de contenance et d'étayage.**

Le travail interprétatif global s'appuie sur les quatre dimensions principales de l'interprétation du dessin libre au niveau de l'analyse des processus expressifs, narratifs, projectifs et associatifs des enfants, ainsi que de la mobilisation de leurs processus défensifs.

2.2.2.1.1.1. Analyse des processus expressifs

Sur le plan de l'analyse des processus expressifs, tous les dessins sont polychromes avec une prédominance de couleurs chaudes (jaune, orange et rouge) contrairement à l'utilisation majoritaire de couleurs monochromes il y a un an. Un seul enfant a en effet utilisé le crayon de papier pour l'ensemble de sa réalisation graphique (S6). L'essentiel des dessins est rempli raisonnablement laissant une tolérance dans le rapport à l'espace vide de la feuille, traduisant une diminution de l'angoisse d'abandon ce qui diffère des observations au « T1 ». Un seul sujet a dessiné et colorié de manière compulsive les deux côtés de la feuille (S1).

Pour l'ensemble des sujets, la forme et les traits des dessins apparaissent beaucoup moins épais ou passés à de multiples reprises sur le même trait contrairement à ce qui était relevé au « T1 », excepté pour le sujet 1 qui exprime une associativité graphique dense mais moins désorganisé qu'auparavant. En effet, le sujet 1 est dorénavant en possibilité de commenter ses réalisations, de prendre le temps pour construire sa création graphique avec une durée longue de passation (vingt-quatre minutes). On note également une alternance mieux contrôlée et moins débordante entre les mouvements d'expulsion et de rétention. En effet, au temps « T1 », l'enfant pouvait par exemple nous demander de l'aider pour dessiner un soleil et se décharger à la fin de la passation sur la couleur jaune en remplissant la feuille de tourbillon comme tentative de maîtrise de la séparation annoncée de fin de tâche, dans une dynamique globale d'un transfert à représentation paternelle à notre égard. Durant le temps « T2 », nous découvrons que l'enfant fait preuve de réflexivité en analysant son rapport au dessin lorsqu'il se rend compte qu'il a fait un trou dans la feuille, révélant un travail de décharge corporelle et d'agressivité mieux contrôlé et contenu sur la feuille.

L'ensemble de ces éléments cliniques indique un état émotionnel plus apaisé et beaucoup moins mobilisé autour d'une lutte antidépressive chez pratiquement tous les sujets (utilisation de couleurs variées, remplissage plus équilibré de la feuille blanche). Les recherches profondes de consolidation narcissique primaire s'avèrent beaucoup moins présentes qu'auparavant et les scénarisations traumatiques sont totalement absentes un an après. Les sujets semblent davantage se tourner vers la recherche de contenance et d'étayage en s'agrippant à tous les signifiants affectifs externes ou internes au cadre de recherche clinique. Par exemple, les sujets questionnent davantage ce que nous faisons, l'heure de notre arrivée, si nous habitons ici, tiennent à savoir si leur assistant familial est bien présent en dehors de la salle pour les attendre

ou encore se lèvent pour rechercher des points de repérages extérieurs sur une carte du monde. Ces éléments témoignent d'un investissement transférentiel à notre égard et envers les professionnels présents à l'extérieur avec une évolution de leur problématique de lien.

2.2.2.1.1.2. Analyse des processus narratifs

Au niveau des processus narratifs des enfants, nous ne retrouvons plus de mouvements schizo-paranoïdes à travers des thématiques alternant l'amour et la haine comme il y a un an. Les sujets expriment des histoires marquées par une recherche de résolution de l'angoisse dépressive à travers des thèmes autour de la recherche de contenance (comme nous le présenterons dans la prochaine vignette clinique), de séparation et de sentiment d'appartenance avec une forme d'envahissement maternel (le dessin est partagé en deux parties avec des enfants au milieu de l'eau pour le sujet 8), de solitude et d'isolement (avec une enfant qui vit seule sans ses parents pour le sujet 7). Trois enfants (S4, S6 et S8) évoquent des thèmes autour de la protection narcissique dans un registre plutôt passif renvoyant davantage aux représentations maternelles symbolisées comme moins accaparantes qu'auparavant (trois maisons avec moins de barrières et de défenses entourant les bâtisses qu'auparavant et un engin de chantier).

2.2.2.1.1.3. Analyse des processus projectifs

Sur le plan de l'analyse des processus projectifs du monde interne des enfants, les conflictualités psychiques se traduisent de manière plus secondarisée pour quatre sujets autour d'une lutte antidépressive avec l'expression d'angoisses de séparation (S4, S7 et S8), à travers la mise en scène de situations qui convoquent la séparation familiale. Ainsi, le sujet 7 met en scène la solitude d'un enfant devant le refus de contact de ses parents, tandis que le sujet 4 fait intervenir un loup méchant qui attaque la « famille gentille » et le sujet 1, quant à lui, contrôle mieux l'expression de son agression qu'il y a un an. Enfin, nous ne retrouvons plus de scénarisations autour des thématiques de poursuite et de persécution contrairement au temps « T1 ».

2.2.2.1.1.4. Analyse des processus associatifs et des procédés défensifs

Au niveau de l'analyse des processus associatifs, l'expression des émotions s'exprime pour l'ensemble des sujets de manière beaucoup moins logorrhéique et compulsive. De plus, les affects sont exprimés avec plus de facilité sans devenir menaçants et désorganisateur pour les

sujets qui font preuve d'une meilleure auto-contenance (S1, S4, S6, S7 et S8). Les enfants prennent davantage le temps de réaliser la passation et nous retrouvons moins de changements d'activités associatives entre la production du dessin et l'entretien qui suit, ce qui laisse entrevoir un travail associatif beaucoup plus fluide et intégré aux éléments objectifs du réel.

Enfin, au niveau de l'analyse clinique des procédés défensifs des enfants, on observe beaucoup moins de recours aux défenses maniaques et narcissiques avec des tendances à l'omnipotence contrairement à leur arrivée en famille d'accueil au « T1 ». Les mobilisations défensives sont plus orientées autour de la recherche d'aide dans les réalisations. Par exemple, trois sujets (S4, S6 et S7) nous demandent de dessiner avec eux des éléments sur le dessin ou souhaitent que nous dessinions à côté d'eux. Deux sujets semblent clairement aborder les problématiques dépressives de la séparation familiale. Le sujet 6 dessine un personnage principal pour ensuite le gommer (procédé d'annulation qui semble renvoyer à un sentiment de dévalorisation) et le sujet 7 représente le personnage principal de manière isolée dans une maison sans fenêtre, sans porte et sans entourage amical et familial (avec des grands-parents décédés, des parents vivants mais qui refusent le contact). Ce dernier réalise une maison coupée de l'extérieur comme pour se protéger de toute possibilité de relation, même quelconque, qui engendrerait un risque, préférant ainsi adopter une solution de protection narcissique sur un mode de repli sur soi. Le sujet 1 se mobilise davantage autour d'une recherche de canalisation et d'intégration de ses mouvements agressifs plutôt que d'une libération simple de ses affects par l'agir et la décharge corporelle. Contrairement au temps « T1 », un travail de liaison entre ses affects et les représentations associées semble s'opérer chez ce sujet à travers la densité de son travail de narration pendant et après la réalisation graphique.

2.2.2.1.1.5. Illustration clinique de l'épreuve du dessin libre : « Tom » (un an après)

Nous illustrons la passation du dessin libre au temps « T2 » avec la situation du sujet « S4 » que nous appelons après anonymisation Tom, en reprenant brièvement la passation au « T1 ». Il est accueilli au sein de la famille d'accueil « AF5 » avec le référent « R4 ». Rappelons que Tom est le petit frère de Salomé (S8) accueillie dans une autre famille d'accueil (AF7 et AF8). Ils ont néanmoins tous les deux le même référent. A son arrivée en famille d'accueil, Tom est âgé de 5,5 ans. Nous l'avons rencontré une première fois en présence de l'assistante familiale quinze jours avant la passation. Pendant l'épreuve du dessin libre, Tom commence malheureusement à être malade (un gros rhum), nous obligeant à faire un entretien court (20

minutes). En arrivant dans la salle, Tom nous dit qu'il a peur que l'assistante familiale ne soit pas là lorsque nous finirons la rencontre. Nous le rassurons et Tom engagea son travail associatif sur le dessin libre.

Tom commence à tracer parfaitement au centre du dessin une fleur noire, que nous supposons être la représentation de l'enfant, traduisant un équivalent dépressif appuyé. La fleur est le seul élément noir du dessin. D'autres couleurs apparaissent, essentiellement froides (vert clair, vert foncé et violet), mobilisant un travail introspectif. Pendant sa production, Tom nous demande également de dessiner. Il souhaite que nous fassions un avion, ce que nous réalisons sur une feuille à côté. Après la fleur noire, Tom trace l'herbe de couleur violette qui parcourt la ligne médiane de la feuille sur son horizontalité (la feuille est ainsi séparée en deux, entre la partie supérieure haute et la partie inférieure basse). Tom prend soin de ne pas recouvrir la fleur et trace l'herbe très à proximité de celle-ci, dans des hachures espacées irrégulières (des traits plus longs sur la partie gauche du dessin et des traits plus resserrés et petits sur le côté droit de la feuille). Ensuite, Tom essaye de dessiner quatre maisons, traduisant probablement une angoisse maternelle importante. Il n'arrive pas à terminer les maisons, qui sont représentées en petit paquet : deux ont un toit et les deux autres sur le côté gauche sont moins aboutis. La maison la plus ostensible est la seule de la couleur verte foncée (les trois autres étant du même vert clair), située au-dessus de la fleur sur la partie supérieure du dessin. Le trait du feutre est plus prononcé que les autres et c'est l'unique maison qui a une cheminée (proportionnellement aussi grosse que le toit) avec un panache de fumée impressionnant, qui se dirige en remontant sur la partie supérieure droite de la feuille. Il est possible que ces maisons reflètent une tentative de symbolisation de la problématique de séparation avec la famille de naissance et que la maison verte foncée représente la famille d'accueil, maison chaleureuse (la cheminée et la fumée) de couleur plus chaude et se situant le plus à proximité de Tom, dans la sphère d'élaboration de l'espace de la feuille blanche (au centre haut). Puis, Tom représente de la pluie en pointillé de la même couleur que les trois maisons en vert clair, traduisant possiblement un sentiment de tristesse. Tom termine son dessin en disant qu'il était content de sa réalisation, puis enchaîne qu'il souhaite vite partir retrouver l'assistante familiale. Cette demande (ajoutée au gros rhume) nous oblige à terminer la passation sans pouvoir développer davantage la phase d'entretien post-dessin.

Un an après, Tom réalise un dessin de tout autre nature. La dominance des couleurs est chaude (principalement jaune) avec quelques éléments disparates bleus (l'intérieur des gamelles) et marron (le sol de la maison). Précisons que Tom souffre d'encoprésie et manifestait des tendances hyperphagiques en début de placement. Il est possible que la couleur « marron » du sol illustre une recherche de maîtrise anale de son encoprésie et que le bleu dans les gamelles reflète ses préoccupations autour de la nourriture. Le dessin représente dans son entièreté une maison avec trois personnages : à l'intérieur de la maison la maman loup et le bébé loup et à l'extérieur de la maison un tigre. Tom dessine en premier la maman loup, puis le bébé loup. Ensuite, il entreprend de représenter différentes gamelles pour chaque animal (quatre gamelles). L'intérieur des gamelles est colorié en bleu et Tom relie les gamelles aux « personnages-loups ». La conflictualité de la nourriture se traduit avec un croisement entre deux traits bleus. L'enfant nomme les gamelles « bocal », illustrant la recherche de contenance et d'étayage, comme pour éviter que la problématique affective soutenue par son désir de nourriture ne déborde, tout comme sa problématique d'encoprésie. On retrouve peut-être ici la symbolisation de l'importance du travail fait au quotidien par l'assistante familiale pour répondre aux besoins physiologiques primaires de Tom et de lui apporter un rythme de vie structurant (se laver, se lever, manger à des heures fixes, etc.). Préciserons que nous présenterons ces aspects cliniques plus longuement dans la première situation clinique détaillée proposée à la fin de ce chapitre.

Ensuite, Tom semble vouloir protéger la maman et le bébé loup en les entourant d'un trait jaune, qui deviendra une maison. Il dessine une cheminée sur la partie supérieure droite du dessin, avec de la fumée. La maison se termine avec le sol marron. En dernière intention, Tom représente le tigre qui est à l'extérieur de la maison. Le personnage le plus méchant selon Tom est ce félin, qui est positionné de telle manière qu'il semble vouloir rentrer dans la maison. Il se situe sur la partie gauche de la production graphique. Si Tom pouvait être l'un des personnages du dessin, il serait le bébé loup. Ainsi, il est possible que le tigre, dans sa figuration masculine, représente le père et le beau-père de Tom. La tête du tigre est particulièrement gribouillée, ce qui n'est pas observé pour les autres personnages. Les violences passées (à gauche du dessin) semblent ainsi mises à l'extérieur de la maison, protégées par les murs de la bâtisse. Les personnages de la maman et du bébé loup semblent représenter Tom et son assistante familiale. Les interactions peuvent se figurer à travers les traits bleus qui relie chaque personnage aux différentes gamelles. Cependant, Tom n'unit pas par un trait bleu la maman loup et le bébé loup. La problématique affective de Tom semble ainsi s'illustrer principalement autour des enjeux conflictuels de l'alimentaire, que l'assistante familiale essaie d'accueillir en mettant des limites

organisatrices face à l'avidité relationnelle qu'a manifesté Tom pendant cette première année de placement selon la professionnelle, traduisant le profond besoin de sécurité affective interne. De manière générale, les figurations sont ainsi nettement plus précises (dessin plus équilibré, maison terminée) qu'il y a un an.

2.2.3.5.2 Les dessins de famille avec les professionnels (assistant familial et référent)

→ **Les résultats de l'analyse clinique montrent que les enfants n'expriment plus de sentiments de méfiance à l'égard de l'assistante familiale avec qui la relation était vécue comme un risque voire un danger.**

→ **Les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des familles d'accueil s'inscrivent dans une dynamique plutôt positive avec des tentatives d'ébauche de relations.**

→ **De plus, nous observons que le conflit externe inhérent à la situation de séparation de placement, entre les deux familles des enfants (famille de naissance et famille d'accueil) préalablement observé au temps « T1 », s'est déplacé en conflit interne autour du sentiment d'appartenance à la seule famille d'accueil.**

Avant de développer les résultats des enfants aux dessins de famille avec les professionnels, rappelons que le sujet 1 n'a pas réalisé cette passation compte tenu de sa vulnérabilité psychique pour investir ce type d'épreuve projective.

De plus, précisons que nous avons fait le choix de présenter les dessins de famille avec les assistants familiaux et les référents au sein de la même partie, car l'ensemble des sujets qui a réalisé cette passation au temps « T2 » a représenté d'emblée et de manière inattendue le personnage du référent en même temps que celui de la famille d'accueil sans respecter la consigne (S4, S6 et S8), excepté le sujet 7. Nous faisons l'hypothèse que les enfants ont choisi de prendre en quelque sorte les devants de la consigne afin de ne pas réaliser de nouveau un travail psychique autour du référent (bien que les deux dessins soient espacés d'un entretien). De plus, le fait d'intégrer le référent à l'intérieur de la famille d'accueil minore probablement le conflit de loyauté sous-jacent entre les deux familles, observé à leur arrivée en famille

d'accueil. Autrement dit, si les enfants représentent le référent directement au sein de la famille d'accueil, celui-ci peut porter l'histoire de la famille de naissance de l'enfant et la problématique de placement familial jusqu'à son lieu de vie sans que cela soit désorganisateur et menaçant, contrairement au moment « T1 ».

D'une manière générale, l'analyse des processus défensifs montrent de nouveau un changement très significatif dans l'investissement de la création graphique entre la production du dessin libre avec celle du dessin de famille imaginaire avec un professionnel. Alors que nous observons les dessins libres comme étant beaucoup plus vivants qu'il y a un an (avec l'utilisation de couleurs aux tonalités variées ainsi qu'une plus grande associativité dans l'organisation des éléments du dessin), les dessins de famille quant à eux restent toujours très pauvres dans leurs représentations. En effet, tous les dessins sont tracés en couleur monochrome hormis pour les sujets 5 et 7, qui utilisent des couleurs secondaires mais minorées, et représentent des personnages à faible dimension (pour tous les sujets). En dehors de cette tendance générale, examinons plus précisément les dessins de famille avec les professionnels pour les quatre enfants qui ont réalisé la passation (S4, S6, S7 et S8) en présentant dans un premier temps les éléments les plus saillants relevés pendant la clinique de la passation, pour ensuite exposer l'interprétation des processus identificatoires symbolisés par les enfants.

2.2.2.1.2.1. Clinique de la passation

Au niveau de l'analyse de la clinique de la passation, tous les enfants ont exprimé une attitude d'inhibition à la réaction de la consigne (avec un temps de latence significatif après l'évocation de la consigne et l'utilisation de couleurs monochromes contrairement au dessin libre). Ensuite, l'observation clinique note des processus associatifs appuyés sur une production graphique beaucoup moins compulsive qu'il y a un an, mais réduite et minimaliste : on retrouve trois personnages représentés (l'enfant, l'assistante familiale et le référent) et dessinés de manière simpliste et schématique (tête, jambe, bras, cheveux) pour la majorité des sujets (S6, S7 et S8). De plus, contrairement au temps « T1 », nous n'observons plus l'émergence d'un sentiment de culpabilité lié aux origines de placement.

En ce qui concerne les états affectifs internes des représentations (par exemple sur le personnage le plus gentil, le plus méchant, etc.), les enfants arrivent davantage à attribuer un état émotionnel mais en présentant toujours des difficultés de caractérisation, en se focalisant

essentiellement sur des relations et des émotions simples. Par exemple, à la question consistant à montrer qui est le personnage le plus gentil, les enfants expliquent que tous les personnages sont « gentils », sans prendre le risque de se prononcer sur une préférence particulière. De même, les enfants répondent qu'ils ne savent pas pour le personnage le plus méchant excepté pour le sujet 4 qui identifie un tigre extérieur à la maison comme méchant. En ce qui concerne le personnage le plus heureux, l'attribution reste encore difficile à réaliser pour l'ensemble des sujets. Néanmoins, nous notons une évolution positive dans la mesure où les enfants se trouvaient dans l'impossibilité de répondre à ce type de questions au moment de leur arrivée en famille d'accueil.

2.2.2.1.2.2. Analyse interprétative

Au niveau de l'analyse interprétative, nous proposons une synthèse des éléments cliniques les plus significatifs des productions des enfants, en présentant la mise en valeur du personnage principal, les indices de dévalorisation, les surajouts et les déplacements, les représentations des liens entre les personnage, les interactions et distances permettant d'appréhender les différents niveaux d'identification, l'existence éventuelle de conflits de loyauté ainsi que des indices traduisant des possibles violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

Sur le plan de la mise en valeur du personnage principal, tous les enfants le symbolisent selon une représentation toujours faiblement valorisée (les personnages principaux sont les plus petits et toujours dessinés de manière monochrome mais cette fois-ci plus centrés sur la feuille comparativement au « T1 »). Au niveau des indices de dévalorisation, les enfants n'expriment pas aussi massivement d'équivalents dépressifs contrairement au « T1 ». Par rapport aux représentations des liens entre les personnages, deux sujets (S6 et S8) ont dessiné l'assistante familiale et le référent avec l'enfant, sans aucun autre personnage. Le sujet 4 a inventé une famille d'accueil imaginaire avec la « nounou » en premier lieu (d'une couleur différente) puis la « maman », le référent, le « tonton » (représentant le mari de l'assistante familiale), un autre enfant (correspondant à un autre enfant accueilli et en cours d'adoption), un chien et un chat, puis il a rajouté un tigre à l'extérieur des murs de la maison ornée d'une cheminée pour se protéger du tigre décrit comme « méchant » (nous développerons davantage l'analyse de ce dessin dans le cadre de la situation clinique détaillée).

En ce qui concerne le sujet 7, ce-dernier est le seul à avoir réalisé deux dessins différents pour chaque professionnel (l'assistant familial et le référent). Le premier dessin avec la famille d'accueil est composé d'un personnage enfant avec l'assistant familial (le personnage enfant a été dessiné en violet en tout petit sans représenter son frère accueilli également au sein de la même famille d'accueil). Au niveau du dessin avec le référent, le sujet 7 exprime un travail associatif beaucoup plus dense qu'avec la famille d'accueil en racontant l'histoire d'une « sortie fratrie » avec le référent. Il s'agit des trois enfants accueillis en famille d'accueil et deux grandes sœurs dont l'une réside en foyer. La fratrie va à la piscine et part manger dans une chaîne de restauration rapide. A la fin de la sortie, le sujet nous explique que le référent ramène tout le monde en famille d'accueil, pour changer après rapidement d'avis en expliquant que « moi et mon petit frère elle nous ramène chez mon père » alors que les autres membres de la fratrie retournent en famille d'accueil ou en foyer. Comme au temps « T1 », nous ne relevons pas d'éléments significatifs concernant l'hypothèse des symbolisations traumatiques ou de violence physique, sexuelle ou psychologique contrairement au dessin libre réalisé il y a un an.

Concernant la démarche d'interprétation, l'élément clinique le plus significatif au temps « T2 » se situe à la fois autour des changements d'expression des conflits de loyauté en termes de double appartenance entre les deux familles (famille de naissance et famille d'accueil), ainsi qu'autour des modifications des interactions et distances entre les personnages, ce qui permet d'appréhender l'évolution des mouvements de type transférentiel déployés depuis une année de placement à travers les différents niveaux d'identification de l'enfant avec l'assistante familiale et le référent.

Ainsi, l'évolution significative se situe autour du changement de la conflictualité d'appartenance entre les deux familles des enfants (famille de naissance et famille d'accueil) pour aller vers un travail psychique autour du sentiment d'appartenance avec la famille d'accueil. **En effet, nous constatons l'apparition d'un élément clinique nouveau et inattendu, présent chez la majorité des enfants (S4, S8 et S8) : à savoir qu'ils oublient de se représenter eux-mêmes.** Lorsque nous arrivons à la question de choisir un personnage parmi ceux-représentés, les enfants choisissent un personnage en changeant sa représentation initiale (la nounou devient l'enfant, le référent devient l'enfant, ou bien l'enfant n'est pas nommé distinctement). Ainsi, le sujet 4 change l'identité du personnage « nounou » en personnage « enfant » malgré la présence d'un autre enfant. Le sujet 6 change également la représentation du personnage « référent » qui prend l'identité de « l'enfant ». Le sujet dessine pourtant bien

un autre enfant dans la famille d'accueil mais ne le choisit pas. Nous remarquons alors que celui-ci a les cheveux longs, représentant probablement la sœur du sujet qui est accueilli au sein de la même famille d'accueil. Enfin, le sujet 8 n'intègre pas non plus de personnage « enfant » et nous répond que « non mais alors là on est cinq là-bas alors leur petite fille et leur petit-fils leur petite-fille et leur petit-fils et leur grande fille ». Il ne se nomme pas et préfère associer autour des filiations de naissance de la famille d'accueil, assimilable à une tentative d'élaboration d'une filiation affective auprès de la famille d'accueil qui ne s'étaye pas sur la filiation biologique de sang auprès de la famille de naissance.

Nous pensons que cette omission du personnage enfant par ces trois sujets traduit probablement l'ambivalence du lien entre un sentiment de fusion avec l'assistante familiale et la peur du rejet au point de s'effacer et de ne pas se représenter (notamment pour le sujet 4 qui a dessiné la « nounou » en personnage principal de couleur orange contre bleu pour tous les autres personnages). Pour la transformation avec le référent, nous pensons que cela révèle probablement l'investissement affectif que porte l'enfant envers son référent considéré comme un protecteur d'une filiation disparue et rejetée (celle de la famille de naissance), comme illustré pour le sujet 6 qui déclare que « moi je n'ai plus de famille ». Notons que nous retrouvons une dynamique similaire pour le sujet 8 qui est le seul à avoir réalisé les deux dessins sans anticiper la consigne. En effet, nous remarquons que pour le dessin concernant l'assistante familiale, l'enfant dessine une forme d'ébauche de lien. Le personnage assistant familial est alors dessiné d'une couleur orange tandis que le personnage enfant apparaît en noir mais coiffé d'une casquette de la même couleur orange. Cette « interaction de couleur » traduit probablement la représentation de ce lien et le travail psychique de la relation avec l'assistant familial (voire la capacité de mentalisation représentée de l'assistante familiale - par sa fonction réflexive- que le sujet symbolise au niveau de la partie supérieur haute de la tête du personnage). Ainsi, nous estimons que d'une manière générale, le conflit externe inhérent à la situation de séparation familiale de placement entre les deux familles des enfants (famille de naissance et famille d'accueil) s'est progressivement élaboré pour se déplacer en conflit interne autour du sentiment d'appartenance au sein de la famille d'accueil entre le temps « T1 » et « T2 ».

Cette analyse des résultats se prolonge avec l'étude des interactions et distances entre les personnages qui permettent d'appréhender les différents niveaux d'identification de l'enfant. En effet, contrairement à la passation réalisée il y a un an, nous ne relevons plus des symbolisations marquant la difficulté voire la dangerosité de la relation aux professionnels car

cette fois ci, les professionnels sont représentés avec des bras et des mains ou ne sont pas coloriés d'une couleur introspective discriminante.

2.2.2.1.2.3. Illustration clinique de l'épreuve du dessin de famille des professionnels : « Aymé » (un an après)

Nous illustrons la passation du dessin de famille des professionnels au temps « T2 » avec la situation du sujet « S6 » que nous appelons après anonymisation Aymé. Rappelons qu'Aymé est le petit frère de la fratrie des sujets « S7 » (nommé Anna) et « S9 ». Tous les enfants ont le même référent (R5). Aymé et Anna sont accueillis au sein de la même famille d'accueil (AF6) et le grand frère (S9) est placé dans une autre famille d'accueil (AF9). Aymé est âgé de 9,5 ans lorsque nous le rencontrons pour la première fois. En début de placement, Aymé montrait beaucoup d'agitations pendant les entretiens. Il pouvait se lever, regarder la caméra et mettre à l'épreuve le cadre. Aymé n'a pas été en possibilité de réaliser le dessin avec le référent. Le dessin avec la famille d'accueil est quant à lui, rudimentaire. Contrairement au dessin libre, la représentation est monochrome (en bleu), excepté les mains de l'assistante familiale qui étaient coloriées en rouge, symbolisant probablement la menace de la relation.

Un an plus tard, Aymé a d'emblée représenté au sein du même dessin l'assistante familiale et le référent. Aymé était beaucoup moins agité et dispersé pendant la rencontre. Il trace le dessin au crayon de papier. L'enfant représente en premier le personnage le plus à droite, identifié comme étant un garçon, puis un autre personnage à gauche pour enfin réaliser un enfant situé le plus à gauche. On observe une différence importante avec le dessin libre dans le choix de l'utilisation des couleurs (polychrome pour le dessin libre contre monochrome pour le dessin de famille au crayon de papier). Le personnage le plus à droite avec celui du milieu départage la ligne verticale du centre de la feuille. Dans l'entretien qui suit, Aymé change l'identité de la représentation du garçon (le premier personnage dessiné le plus à droite) en référent. Au milieu se situe l'assistante familiale et le plus à droite l'enfant. En cours de passation, l'intensité de la situation projective conduit Aymé à s'exclamer subitement : « l'enfant c'est moi ! ». Les personnages enfant et référent ont tous les deux le sourire, contrairement au personnage assistante familiale qui n'a pas de bouche. Il est possible que cette absence d'expression faciale reflète les difficultés d'Aymé à traduire les états mentaux de l'assistante familiale, voire le risque qu'il y aurait peut-être de décrire la dimension affective présente dans la relation. En effet, comparativement au « T1 », les mains de l'assistante familiale ne sont pas

coloriées en rouge. Cette fois-ci, les mains entre l'enfant et le professionnel se rejoignent en se touchant presque des doigts, traduisant peut-être la dynamique affective qui se tisse progressivement dans la relation.

Au temps « T1 », les quelques thématiques proposés à Aymé après la passation du dessin, sur la dimension transférentielle exprimée à l'égard de l'assistante familiale, ont suscité des difficultés. En effet, Aymé montrait de l'anxiété avec une plus grande agitation (il pouvait par exemple se lever, regarder la caméra, etc.), nous conduisant à interrompre cet entretien. Un an après, Aymé arrive à échanger avec nous autour de sa relation avec l'assistante familiale sans que cela soit désorganisateur pour lui. Par exemple, il nous explique que le travail de la famille d'accueil, c'est que « ça fait bien ... ça fait beaucoup, beaucoup pour les enfants, ça aide beaucoup pour les enfants ! ». Nous lui demandons alors « qu'est-ce que ça peut faire beaucoup pour les enfants », ce à quoi Aymé répond : « comment dire (*temps de latence*) de les remettre euh ... les nouveaux habits, il n'y en a pas, ils sont troués peut-être ». Ainsi, cette évolution narrative observée tant par le dessin que lors de l'entretien qui suit, suggère une capacité de symbolisation de la relation avec l'assistante familiale, ce qui illustre le changement des modalités interactives relevées entre les enfants et les professionnels après un an de placement.

2.2.3.6 *Les résultats au niveau des entretiens cliniques de recherche semi-structuré*

→ **Les résultats montrent par le résumé de l'analyse clinique que les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des familles d'accueil et des référents ont évolué sur une dynamique positive.**

→ **Aussi, nous n'observons plus de difficulté à la symbolisation quant à la situation de séparation familiale. Les sujets semblent avoir davantage élaborés leur problématique de placement ainsi que l'influence des professionnels dans leur vécu au quotidien.**

Selon le même modèle que la présentation des résultats des enfants au temps « T1 », les résultats au niveau des entretiens cliniques de recherche semi-structuré pour les enfants et les adolescents un an après leur arrivée en famille d'accueil s'appuient sur une analyse qualitative en regroupant les éléments cliniques les plus significatifs qui marquent des tendances dans les expressions de type transférentiel des enfants à l'égard des professionnels. De plus, en raison de l'avancée en âge des enfants, nous avons proposé les entretiens à cinq enfants (S6, S7, S8, S9 et S10).

Les tendances générales des résultats montrent que les enfants et les adolescents ne manifestent plus du tout de sentiment de méfiance à l'égard des professionnels. Nous observons une relation psycho-affective plus importante à l'égard de l'assistant familial comparativement aux référents. Les enfants ont très bien intégré la place et le travail de chacun. De plus, nous retrouvons toujours l'évocation des expériences traumatiques que les sujets ont vécues au sein de leur famille de naissance pour la majorité des sujets (trois sujets sur cinq rencontrés). Aussi, les enfants sont beaucoup moins inhibés face aux questions et arrivent dorénavant à élaborer leurs ressentis sur la relation qu'ils portent aux professionnels en donnant des exemples précis pour la décrire, contrairement à leur arrivée en famille d'accueil il y a un an.

Nous développons brièvement ces tendances et analyses en nous focalisant autour de cinq thématiques abordées durant les entretiens : la définition du travail des professionnels, si les enfants se sentent entendus et compris, les réactions des professionnels quand les enfants sont en difficultés, ce qui a changé dans leur vie depuis leur arrivée en famille d'accueil et ce que les professionnels leur apportent.

2.2.2.2.1. La définition du travail des professionnels

Contrairement au temps « T1 », les sujets arrivent à caractériser le travail des professionnels en soulignant la dimension existentielle de leur métier. En effet, les sujets peuvent ainsi décrire la profession des assistants familiaux comme le fait de « m'aider à mieux avancer dans ma vie, à mieux me préparer aussi, à ma future vie » (pour le sujet 10) ; « elle finit l'éducation des enfants » (sujet 7) ; « ça fait bien ... ça fait beaucoup, beaucoup pour les enfants, ça aide beaucoup pour les enfants ! » pour après ajouté que « de les remettre euh comment euh ... les nouveaux habits, il n'y en avait pas, ils sont plus troués peut être » (sujet 6) ; « ça nous aide, ça nous fait grandir pour plus tard, ça nous apprend comment gérer une maison ou euh ou une appart, la chambre euh ... En fait tout il nous apprend tous comme les parents. Mes parents ils nous laissaient et eux non ils nous apprenaient pas » (sujet 8) ; « M'aider à mieux avancer dans ma vie, à mieux me préparer aussi, à ma future vie » (sujet 9).

Du côté des référents, les enfants peuvent définir leur travail de manière beaucoup plus pragmatique en expliquant que le référent est présent « pour les papiers, les... je veux dire les décisions... plus importantes » en ajoutant « les moments où on va... manger ensemble. Pas que pour manger, parce qu'on parle, on fait le point sur tout. J'aime bien » (sujet 10) ; « Bah elle

s'occupe des enfants en famille d'accueil » (sujet 7) ; « Elle aide les parents » (sujet 6) ; « il nous aide et que si on a un problème on a le droit de le voir euh ... il nous aide aussi » (sujet 8). De plus, les enfants caractérisent les relations professionnelles comme étant de confiance, disponible, à l'écoute et accueillante : « Des fois on rigole. Et des fois on discute. À l'écoute, du coup » (sujet 10) ; « confiance. À l'écoute. Et... conseillère aussi » ; « Cool, bien, bonne » (sujet 9) ; « Amour, affection et d'aide » (sujet 8).

2.2.2.2.2. Evolution de la description de la relation

Par rapport à la compréhension et l'accueil de leurs difficultés par les professionnels, les sujets se sentent toujours tous entendus, compris, soutenus et pensent que les professionnels ne seraient pas en difficulté pour répondre à leurs problèmes s'ils en rencontraient. De plus, nous remarquons qu'un an plus tard, les enfants ont plus de facilités pour illustrer ces moments particuliers de la vie quotidienne qu'ils aiment partager avec les professionnels, en expliquant par exemple que : « bah, par exemple pour mon copain. Je lui en ai parlé et puis... je pensais que vu qu'il était un peu plus âgé que moi ça allait pas fonctionner et pourtant bien au contraire. Et ça m'a fait beaucoup plaisir de lui dire » (le sujet 10 par rapport à l'assistante familiale « AF10 ») ; « Ah, on a fait les magasins une fois. J'ai acheté des chaussures, elles sont très belles » (le sujet 10 par rapport au référent « R6 ») ; « le mieux en famille d'accueil qui est plus de tension comme j'avais avec mon père ouais qu'il y est pas d'embrouille que cela soit calme et tout que cela soit paisible » ; ou encore « Quand euh le premier anniversaire, quand j'étais chez elle les cadeaux et tout, parce que je pensais pas que, qu'elle allait pas m'en faire et tout, parce qu'elle était pas obligé, de m'offrir des cadeaux des trucs comme ça mais franchement ça m'a vraiment marqué » (le sujet 9 par rapport à l'assistante familiale « AF9 ») ; « Bah j'aime tout. Bah parce que euh ... ils m'ont emmené en vacances euh ... Et bah ils nous a ... ils nous apprennent beaucoup de choses » (le sujet 8 par rapport aux assistants familiaux « AF7 » et « AF8 »).

En ce qui concerne les difficultés rencontrées, ce que les professionnels apportent et ce qui a changé depuis un an dans leur vie, les sujets ont également beaucoup plus de facilité pour qualifier leur influence dans leur vie au quotidien en donnant des exemples précis et en faisant preuve d'une lucidité et d'un recul étonnant sur la situation de vie en famille d'accueil. Par exemple, les sujets peuvent expliquer que « bah elle m'aide à avoir plus d'autonomie, dans ma vie future » (sujet 10) ; « je suis bien, je me sens bien, plus à l'aise qu'au début » ; « Je lui parle

beaucoup plus qu'avant » ; « elle m'apporte de la maturité » (sujet 9) ; « Bah ça a changé. Tout a changé en même temps » (sujet 8).

2.2.2.2.3. Illustration clinique de l'entretien sur les manifestations de type transférentiel :

« Salomé » (un an après)

Nous illustrons l'entretien clinique sur les manifestations de type transférentiel au temps « T2 » avec la situation de Salomé, afin d'apprécier les évolutions longitudinales sur cette année de placement. Nous choisissons de décrire la partie relative à la relation avec l'assistante familiale (AF7 et AF8) car l'adolescente évoque ici également son rapport avec le référent (R4). Salomé montre davantage de confiance dans la relation aux professionnels et n'oscille plus de manière aussi intense entre l'aspect totalisant de la relation (dans un « tout » ou « rien ») et des attitudes conformistes aux désirs des professionnels. Dans un premier temps, Salomé nous explique qu'elle a arrêté de nommer les professionnels par leur nom mais par leur prénom, avec même l'emploi du surnom « tatie » pour l'assistante familiale, qu'elle contrebalance aussitôt en précisant que « c'est rarement que je l'appelle tatie ». Cette minimisation de la dimension affective de la relation avec l'assistante familiale semble renvoyer à un sentiment de culpabilité du partage entre les deux familles.

Ensuite, Salomé poursuit et peut développer ce qu'elle aime en famille d'accueil, contrairement au temps « T1 ». Elle explique ainsi que : « ça nous aide, ça nous fait grandir pour plus tard, ça nous apprend comment gérer une maison ou euh ou un appart, la chambre euh ... En fait tout ils nous apprend tous comme les parents. Mes parents ils nous laissaient et eux non ils nous apprend » pour continuer plus loin en développant que ce qui a évolué en famille d'accueil c'est que « tout a changé en même temps. Dans toute ma vie on va dire. Parce que ... je crois enfin avant quand j'étais chez ma mère je sortais tout le temps et là je sors pas, je sors pour aller à la piscine ou au cinéma » et que maintenant « il y a une liste d'horaire pour rentrer et chez ma mère je rentrais à minuit ».

Salomé exprime aussi sa reconnaissance envers la famille d'accueil qui l'a soutenue pour les révélations de viol de son grand frère. Elle nous explique « j'aime tout chez eux parce qu'ils sont confiants, ils connaissent mes problèmes, ils connaissent plus un gros problème que j'ai eu ... ils m'ont aidé ils m'ont soutenu ». Salomé nous fait part également de la réaction des professionnels lorsqu'elle nous relate qu'elle a « fait des bêtises » avec son téléphone et « qu'il

y avait un garçon et il m'a envoyé des photos pas très bien » ; la famille d'accueil et l'éducateur ont ainsi gardé son téléphone. Elle ajoute que « de toute façon comme j'ai dit quand j'aurai mon téléphone je donnerai mon numéro à mes copines, à des copains à ma famille d'accueil et ... surtout à mes éducateurs ».

Le cadre et les limites apportés par les professionnels lui permettent de construire des repères rassurants. En effet, la suite de l'entretien concerne les expériences amoureuses de Salomé, prises d'une confusion prégnante entre le sexuel et l'affectif. Elle peut ainsi adopter des attitudes de mises en danger dans une quête inconditionnelle de l'être aimé. La réponse des professionnels à ce qu'elle peut leur partager semble essentielle dans la fonction surmoïque qu'ils incarnent. Les mouvements de type transférentiel inscrivent la famille d'accueil et le référent également comme des personnes ressources avec lesquelles Salomé arrive encore à s'identifier, à faire confiance et à leur parler si besoin. Plus tard, Salomé nous explique que les personnes qui comptent le plus pour elle sont les membres de sa famille d'accueil, que maintenant c'est « comme une nouvelle vie » et que la famille d'accueil lui apporte « de l'amour euh qu'ils ... qu'ils qu'ils me donnent des bonnes paroles, qu'ils m'aident dans mon langage dans mon vocabulaire dans tout ».

2.2.3.7 Synthèse des résultats au niveau des manifestations transférentielles au temps « T2 »

→ **Les résultats montrent que tous les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels (N=8). Cet investissement transférentiel a évolué en passant d'une dynamique négative pour les enfants les plus jeunes (dans laquelle la relation est investie comme méfiante voire menaçante) et neutre pour les sujets les plus âgés pour aller vers une expression transférentielle positive pour l'ensemble des enfants à l'égard des professionnels.**

▪ Au niveau des dessins libres :

- Les résultats de l'analyse clinique montrent que nous ne retrouvons plus l'existence d'un travail psychique significatif autour des tentatives de symbolisation des traumatismes vécus au sein de la famille de naissance.

- De plus, les résultats indiquent que les enfants empruntent des voix de résolution de la situation de séparation familiale plus secondarisée, avec des angoisses d'abandon qui semblent s'être secondarisées en angoisse de séparation. Ils s'orientent principalement vers une problématique de lien autour de la recherche de contenance et d'étayage et ne sont plus figés dans l'expression d'équivalents dépressifs comme il y a un an.

▪ Au niveau des dessins de famille avec l'assistante familiale et le référent :

- Les résultats de l'analyse clinique montrent que les enfants n'expriment plus de sentiments de méfiance, avec le risque voire le danger que représente la relation avec l'assistant familial.
- Dans ce cadre, les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des familles d'accueil s'inscrivent dans une dynamique plutôt positive avec des tentatives d'ébauche de relation.
- De plus, nous observons que le conflit externe inhérent à la situation de séparation familiale de placement entre les deux familles des enfants (famille de naissance et famille d'accueil) préalablement observé au temps « T1 » s'est déplacé en conflit interne autour du sentiment d'appartenance au sein de la seule famille d'accueil.

▪ Au niveau entretiens cliniques de recherche semi-structuré :

- Les résultats de l'analyse clinique montrent que les mouvements de type transférentiel des enfants à l'égard des familles d'accueil et des référents ont évolué vers une dynamique positive.
- Aussi, nous n'observons plus de difficultés à la symbolisation relative à la situation de séparation familiale. Les sujets semblent davantage avoir élaboré leur problématique de placement ainsi que l'influence des professionnels dans leur vécu au quotidien.

La synthèse des résultats de l'ensemble des sujets (N=8) au niveau des manifestations transférentielles (épreuves des dessins et entretiens cliniques) un an après l'arrivée des enfants en famille d'accueil (soit au temps « T2 »), est présentée au sein du tableau récapitulatif suivant (tableau 35).

Tableau 35: Récapitulatif des résultats des mouvements de type transférentiel des enfants un an après leur arrivée en famille d'accueil (au temps « T2 ») en fonction de l'épreuve des dessins libre, des dessins de familles avec la famille d'accueil et avec le référent et des entretiens cliniques de recherche semi-structurés.

Outils/ Sujets (S)	Dessin libre	Dessin de famille avec la famille d'accueil et le référent		Entretiens cliniques
S1	Evocation de la problématique de placement familial (angoisse de séparation)	Choix de ne pas réaliser la passation en raison du niveau de souffrance exprimée		X ⁶²
S2	Retour au domicile parental en cours de recherche			X
S3	Refus du sujet de réaliser la passation			X
S4	Evocation de la problématique de placement familial (angoisse de séparation et recherche de contenance)	Anticipation de la consigne en incluant dans le même dessin l'assistant familial et le référent. Manifestation d'un transfert de type positif (quête affective avec une relation de type fusionnelle avec l'assistante familiale - la « nounou » devient l'enfant ; et le référent protecteur de la famille de naissance).		X
S5	Retour au domicile parental en cours de recherche			X
S6	Evocation de la problématique actuelle du sujet (mécanisme de défense de protection et angoisse dépressive)	Anticipation de la consigne en incluant dans le même dessin l'assistant familial et le référent. Manifestation d'un transfert de type positif (transformation de l'identité du personnage- le référent devient l'enfant - le référent est investi comme protecteur de la famille de naissance).		X
S7	Evocation de la problématique actuelle du sujet (solitude et angoisse dépressive)	Manifestation d'un transfert de type positif (ébauche d'une relation avec l'assistante familiale) et travail autour de la protection avec le référent (le référent les emmène en famille d'accueil pour finalement emmener les enfants chez le père de naissance).		X
S8	Evocation de la problématique de placement familial (angoisse de séparation et envahissement maternel)	Manifestation d'un transfert de type positif à l'égard des professionnels		Manifestation d'un transfert de type positif à l'égard des professionnels en soulignant l'apport dans leur vie au quotidien (affectif du côté de la famille d'accueil et pragmatique du côté du référent)
S9	X	X	X	
S10	X	X	X	

⁶² Les indications « X » précisent que les outils d'évaluation n'ont pas été utilisés pour ces sujets en raison de leur âge, comme développé au sein de la méthodologie.

2.3 Synthèse des résultats des enfants

Afin de souligner l'ensemble des résultats présentés au niveau de la population enfant (N=10) entre leur arrivée en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après (soit au temps « T2 »), nous proposons une synthèse des mesures au niveau de l'attachement (par les narratifs d'attachement appréhendés par le CCH, les styles d'attachement appréciés par le RQ, les stratégies d'attachement par le Ca-mir et les représentations d'attachement par rapport à l'Edicode) et au niveau de l'analyse de l'expression des mouvements de type transférentiel (par l'utilisation des épreuves du dessin libre et du dessin de famille en incluant les deux professionnels et des entretiens cliniques) avant de les présenter sous le format d'un tableau récapitulatif (tableau 36) et d'une représentation schématique (figure 11).

• Au niveau de l'attachement, nous nous attendions à observer un phénomène de sécurité de l'expression de leur modèle d'attachement entre l'arrivée des enfants en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après leur arrivée en famille d'accueil (soit au temps « T2 »).

→ **Les résultats indiquent que tous les enfants présentent une modification de leur modèle d'attachement en termes de sécurité d'attachement sur une durée d'un an de placement depuis leur arrivée en famille d'accueil.**

En ce qui concerne l'attachement, tous les enfants présentent une modification de leur modèle d'attachement. Cette modification se caractérise par une sécurité progressive de leur modèle d'attachement, soit en diminuant significativement l'intensité de l'attachement insécure désorganisé (cela concerne six sujets sur huit, soit les sujets S1, S3, S4, S6, S7, S8) soit en changeant complètement de modèle d'expression d'attachement, devenant alors sécuritaire (cela concerne deux sujets sur huit, soit les sujets S9 et S10). Cette évolution s'apprécie à la fois à travers les outils sur l'attachement utilisés (par rapport à la construction des narratifs d'expériences d'attachement pour les sujets S4, S6 et S7, aux relations d'attachement interpersonnelles, aux stratégies et aux représentations d'attachement pour les sujets S8, S9 et S10) mais également par l'analyse clinique de la passation (pour les sujets S1, S3) associée aux entretiens cliniques de recherche pour l'ensemble des sujets.

• Au niveau de l'appréhension des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels, nous nous attendions à ce que les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil expriment peu (voire pas) de manifestations transférentielles envers les professionnels mais que celles-ci se développeraient davantage un an après.

→ Les résultats montrent que tous les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels dès le temps « T1 » (N=8). Cet investissement transférentiel a évolué en passant d'une dynamique négative de méfiance pour les enfants les plus jeunes et neutre pour les sujets les plus âgés pour aller vers une expression transférentielle positive pour l'ensemble des enfants à l'égard des professionnels.

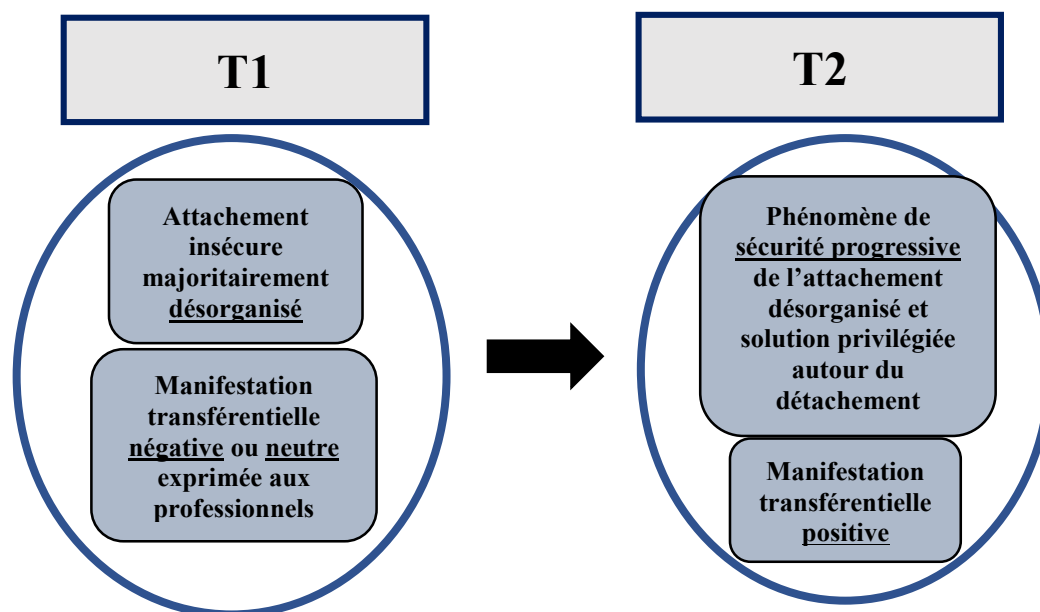
En ce qui concerne l'appréciation des processus transférentiels, nous n'observons plus l'évocation ou les tentatives de symbolisation des expériences traumatiques (dessins libres) qui se répercutent sur la relation qu'ont les enfants avec les professionnels contrairement au « T1 » (dessins de famille avec l'assistante familiale et le référent). De même, nous observons une évolution de la dynamique transférentielle chez tous les sujets qui s'exprime de manière positive un an après leur arrivée en famille d'accueil. En effet, à leur arrivée, les enfants les plus jeunes manifestaient au dessin de famille un transfert de type négatif avec un sentiment de méfiance suscité par le risque voire le danger ressenti d'être en relation avec l'assistante familiale (apprécié comme moins intense avec le référent). Les sujets les plus âgés, quant à eux, exprimaient un transfert de type neutre, conventionnel et stéréotypé à l'égard des professionnels (dessin de famille avec l'assistant familial et entretiens cliniques). Un an plus tard, tous les sujets expriment un transfert de type positif à l'égard des professionnels (dessins de famille et entretiens cliniques).

Tableau 36: Récapitulatif des résultats de la population enfant (N=10) au moment « T1 » et « T2 » selon un résumé des mesures d'attachement (CCH, RQ, Ca-mir, Edicode) et des outils évaluant les investissements transférentiels (dessins et entretiens cliniques) à l'égard des professionnels (familles d'accueil et référents).

EVOLUTION	T1		T2	
DIMENSIONS / SUJETS (S)	Modèle d'attachement	Manifestation transférentielle	Modèle d'attachement	Manifestation transférentielle
S1	Attachement de type insécure (désorganisé)	Non apprécié ⁶³	Phénomène de Sécurisation	Non apprécié
S2	Attachement de type insécure (désorganisé)	Manifestation d'un transfert de type négatif.	Retour au domicile parental en cours de recherche	
S3	Attachement de type insécure (désorganisé)	Non apprécié	Phénomène de Sécurisation	Non apprécié
S4	Attachement de type insécure (désorganisé)	Non apprécié	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif
S5	Attachement de type insécure (désorganisé)	Manifestation d'un transfert de type négatif.	Retour au domicile parental en cours de recherche	
S6	Attachement de type insécure (désorganisé)	Manifestation d'un transfert de type négatif.	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif
S7	Attachement de type insécure (désorganisé)	Manifestation d'un transfert de type négatif.	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif
S8	Attachement de type insécure (désorganisée)	Manifestation d'un transfert de type mixte (négatif et positif).	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif
S9	Attachement de type insécure (désorganisé)	Manifestation d'un transfert de type neutre , conventionnel et stéréotypé.	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif
S10	Attachement de type insécure (désorganisée)	Manifestation d'un transfert de type neutre , conventionnel et stéréotypé.	Phénomène de Sécurisation	Manifestation d'un transfert de type positif

⁶³ Non apprécié (enfant trop en souffrance)

Figure 11: Représentation schématique de l'ensemble des résultats de la population enfant à leur arrivée en famille d'accueil au « T1 » et un an après au « T2 »



3 LES RESULTATS DES PROFESSIONNELS

Concernant la population des professionnels (N=17), les résultats sont présentés dans un premier temps au niveau de l'attachement adulte (les styles d'attachement, les stratégies d'attachement et les représentations d'attachement) et dans un deuxième temps au niveau de l'appréhension des expressions contre-transférentielles (entretiens cliniques) dans une perspective longitudinale (à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil au temps « T1 » et un an après au temps « T2 ») en exposant un résumé des éléments cliniques spécifiques à cette étude. Une synthèse de l'ensemble des résultats des professionnels est proposée à la fin de ce premier travail de présentation des résultats.

3.2 Les résultats des professionnels au niveau de l'attachement

Les résultats des professionnels (N=17) au temps « T1 » au niveau de l'attachement s'organisent autour de la présentation des données de l'expression des styles d'attachement au sein des relations d'attachement interpersonnelles (RQ), des stratégies d'attachement (le Camir) et des représentations d'expériences d'attachement (l'Edicode).

3.2.1 Les styles d'attachement (RQ)

Les résultats concernant les styles d'attachement investiguent les relations d'attachement interpersonnelles actuelles auprès de tous les professionnels (le groupe des assistants familiaux, N=10 ; le groupe des référents, N=7). A l'image de la présentation des résultats chez les enfants, nous exposons dans un premier temps les résultats dans la version catégorielle (le sujet choisi une affirmation exclusive aux autres correspondant à un style d'attachement) et dans leur version dimensionnelle (le sujet apprécie s'il est plus ou moins d'accord avec les quatre propositions sur une échelle de type Likert à sept niveaux).

3.2.1.1 La version catégorielle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version catégorielle montrent que la quasi-totalité des professionnels expriment des styles d'attachement sécurés (N=17).**

En effet, les résultats au RQ dans sa version catégorielle montrent que les professionnels expriment des relations interpersonnelles actuelles d'attachement sécurés (tableau 36). Un seul professionnel (le référent 6 de l'enfant S10) manifeste des relations d'attachement interpersonnelles de type préoccupé (tableau 37).

3.2.1.2 La version dimensionnelle du RQ

→ **Les résultats au RQ dans sa version dimensionnelle montrent que la quasi-totalité des professionnels expriment des styles sécurés d'attachement avec des allures démissionnaires (N=17) plus fortes chez les référents (N=7) que chez les assistants familiaux (N=10).**

En effet, nous observons que la moyenne brute de l'expression des relations interpersonnelles d'attachement chez tous les professionnels s'élève sur un indice de 5,94 (contre 2,76 pour le style détaché ; 2,58 pour le style préoccupé et 2,35 pour le style craintif ; N=17) (tableau 37). De plus, nous observons une disparité relative des distributions entre le groupe des assistants familiaux avec le groupe des référents (tableau 37). L'analyse dimensionnelle indique que le style démissionnaire est davantage utilisé chez les référents (indice à 3,28 ; N=7) que chez les assistants familiaux (indice à 2,4). Deux tableaux des résultats sont présentés à la suite de cette description des données. Un premier tableau détaille l'ensemble

des résultats par sujet en fonction de l'accueil ou la référence de l'enfant (tableau 37) et un second présente les scores de moyennes brutes par style d'attachement en fonction des groupes des professionnels (assistants familiaux et référents) pour en déduire l'ensemble des résultats de la population des professionnels (tableau 38).

Tableau 37: Résultats des professionnels au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), selon la version catégorielle (absence ou présence du choix d'un style) et dimensionnelle (échelle Likert de 1 à 7).

STYLES/ SUJETS (S)	Enfants Accueilli(s)	RQ Catégorielle	RQ Dimensionnelle (niveau 1 à 7)			
			Sécure	Détaché	Préoccupé	Craintif
AF1	S1	Sécure	7	1	1	1
AF2	S1	Sécure	6	4	1	1
AF3	S2+S5	Sécure	7	1	1	1
AF4	S3	Sécure	6	3	1	1
AF5	S4	Sécure	7	1	7	7
AF6	S6+S7	Sécure	7	2	1	1
AF7	S8	Sécure	6	3	4	4
AF8	S8	Sécure	5	3	2	3
AF9	S9	Sécure	7	2	2	2
AF10	S10	Sécure	7	4	4	2
R1	S1	Sécure	6	4	2	2
R2	S2+S5	Sécure	5	2	4	3
R3	S3	Sécure	4	1	2	1
R4	S4+S8	Sécure	5	4	2	4
R5	S6+S7+S9	Sécure	6	4	2	1
R6	S10	Préoccupée	3	4	7	5
R7	Abandon ⁶⁴	Sécure	7	4	1	1

⁶⁴ L'enfant dont le professionnel 7 est le référent a abandonné au cours de la recherche. Il a été décidé de continuer la passation des épreuves avec ce sujet R7 et de l'inclure au sein du protocole de la recherche sans que l'enfant en question ni la famille d'accueil soient eux-mêmes inclus.

Tableau 38 : Moyenne des résultats des professionnels au niveau de l'attachement interpersonnel du RQ en fonction des quatre styles d'attachement (sécure, détaché, préoccupé et craintif), en fonction de la moyenne brute des scores de l'analyse dimensionnelle (indice sur une échelle de type Likert de 1 à 7).

Styles d'attachement	Assistants Familiaux	Référents	Total brut
Sécure	6,5	5,14	5,94
Détaché	2,4	3,28	2,76
Préoccupé	2,4	2,85	2,58
Craintif	2,3	2,42	2,35

3.2.2 Les stratégies d'attachement (Ca-mir)

3.2.2.1 *Les Prototypes d'attachement du Ca-mir*

→ **Les résultats des prototypes d'attachement de l'ensemble des professionnels indiquent une majorité d'expression de prototypes d'attachement de type insécure.**

Les données issues de l'épreuve du Ca-mir ont été traitées en réalisant une moyenne des scores obtenus chez l'ensemble des professionnels pour en dégager les prototypes d'attachement exprimés (tableau 39) puis une moyenne effectuée par catégorie professionnelle (tableau 40), conjointement à une analyse descriptive.

Tableau 39 : Tableau des moyennes des résultats de l'ensemble des professionnels (assistants familiaux et référents. N=17) en pourcentage au niveau du type d'attachement (sécure versus insécure) et des prototypes d'attachement du Ca-mir (sécure, détaché et préoccupé).

SECURE/INSECURE	SECURE	INSECURE		
Moyenne (N=17)	29,41%	70,58%		
PROTOTYPES	SECURE	DETACHE	PREOCCUPE	DESORGANISE
Moyenne (N=17)	29,41%	35,29%	23,52%	11,76%

Nous retrouvons la manifestation d'une stratégie de type insécure pour la majorité des sujets professionnels (N=17) à plus de 70% (moyenne de 70,58%) (tableau 38). Plus précisément, nous retrouvons 29,41 % des professionnels qui expriment un attachement de type sécure (les assistants familiaux AF4, AF7, AF8 et les référents R4 et R5) ; 35,29% qui manifestent un attachement de type détaché (AF1, AF3, AF5, AF6 et R1, R3) ; 23,52% expriment un attachement de type préoccupé (AF10 et R2, R6, R7) et 11,76% possédant un attachement de type désorganisé (AF2 et AF9) (tableau 38). Notons que quatre professionnels manifestent à la fois un niveau supérieur à 50% d'utilisation de sécurité et d'insécurité (AF3,

AF5, AF6 et R1). L'analyse dimensionnelle nous amène à considérer ces quatre professionnels comme présentant des stratégies insécures (voire désorganisées) en raison d'une utilisation conjointe de deux modèles d'insécurité d'attachement à un niveau élevé. En effet, le sujet « AF3 » exprime une stratégie sécuritaire autonome à 54,1%, contre une insécurité détachée à 59,1% et une préoccupation à 44,2% ; le sujet « AF5 » manifeste une stratégie sécuritaire autonome à 54,7%, contre une insécurité détachée à 50% et une préoccupation à 39% ; le sujet « AF6 » exprime une stratégie sécuritaire autonome à 57,4%, contre une insécurité détachée à 51% et une préoccupation à 49,5% et le sujet « référent 1 » manifeste une stratégie sécuritaire autonome à 50,1%, contre une insécurité détachée à 49,3% et une préoccupation à 38,5%.

Tableau 40 : Tableau des moyennes des résultats par catégorie professionnelle (assistants familiaux ; N=10 et référents ; N=7) en pourcentage au niveau du type de sécurité d'attachement (sécuritaire versus insécure) et des prototypes d'attachement du Ca-mir (sécuritaire, détaché et préoccupé).

ASSISTANTS FAMILIAUX (N=10)				
SECURE/INSECURE	Sécuritaire	Insécure		
Moyenne des assistants familiaux	30%	70%		
PROTOTYPES	Sécuritaire	Détaché	Préoccupé	Désorganisé⁶⁵
Moyenne des assistants familiaux	30%	40%	10%	20%
REFERENTS (N=7)				
SECURE/INSECURE	Sécuritaire	Insécure		
Moyenne des référents	28,57%	71,42%		
PROTOTYPES	Sécuritaire	Détaché	Préoccupé	Désorganisé
Moyenne des référents	28,57%	28,57%	42,85%	30%

La description des données par groupe du niveau d'expression de sécurité et d'insécurité d'attachement en fonction des catégories professionnelles ne présentent pas de différence prégnante. Nous retrouvons pour les assistants familiaux un attachement de type insécure à 70% et à 71,42% pour les référents (tableau 40). En revanche, notons que le type de modèle utilisé diffère légèrement entre les catégories professionnelles avec pour les assistants familiaux une expression d'attachement de type détaché à 40%, 20% désorganisé et 10% préoccupé contre

⁶⁵ La désorganisation est appréciée en fonction de l'utilisation à plus de 50% des deux prototypes de type insécure (détaché et préoccupé et au regard de l'analyse clinique réalisée en entretien de recherche).

28,57% détaché et 42,85% préoccupé pour les référents (tableau 40).

3.2.2.2 Les échelles d'attachement du Ca-mir

→ **Les résultats des échelles du Ca-mir montrent un niveau élevé de traumatisme familial chez les professionnels exprimant une stratégie d'attachement insécure ainsi qu'une différence entre les assistants familiaux et les référents en ce qui concerne la rancune de rejet et d'infantilisation dans leur état d'esprit présent.**

Ici, nous nous attachons à réaliser une analyse plus approfondie des stratégies d'attachement insécures des professionnels concernés (N=12). Le tableau suivant regroupe la moyenne des scores obtenus chez ces sujets en mettant en évidence les stratégies d'attachement les plus prégnantes en fonction des trois niveaux de réalité (tableau 41).

Tableau 41 : Tableau des moyennes des scores aux échelles du Ca-mir en pourcentage au niveau des trois stratégies d'attachement (préoccupation, détachement et non-résolution) en fonction des niveaux de réalité (passé, présent, état d'esprit) chez les professionnels insécures (sept assistants familiaux et cinq référents).

TEMPORALITES/ PATTERNS D'ATTACHEMENT	PASSE			PRESENT			ETAT D'ESPRIT		
	PREOCCUPATION	Interférence parentale			Préoccupation familiale			Rancune d'infantilisation	
AF ⁶⁶		R ⁶⁷	T ⁶⁸	AF	R	T	AF	R	T
51,5		48,28	50,15	51,68	47,26	49,81	56,88	47,64	53,03
DETACHEMENT	Indisponibilité parentale			Distance familiale			Rancune de rejet		
	AF	R	T	AF	R	T	AF	R	T
	58,08	52,96	55,95	51,97	48,3	50,44	56,07	51,52	54,17
NON-RESOLUTION	Traumatisme parental						Blocage du souvenir		
	AF	R	T				AF	R	T
	55,74	59,4	56,68				57,47	44,2	51,94

Les échelles du Ca-mir sont reliées à des représentations d'expériences familiales d'attachement différentes en fonction des trois niveaux de réalité (passé, présent et état d'esprit). Nous présentons cette analyse descriptive uniquement chez les professionnels

⁶⁶ AF : moyenne des scores des 7 assistants familiaux sur les 10 (soit AF1, AF2, AF3, AF5, AF6, AF9 et AF10).

⁶⁷ R : moyenne scores des 5 référents sur les 7 (soit R1, R2, R3, R5 et R7).

⁶⁸ T : moyenne des scores de l'ensemble des professionnels insécures.

manifestant une stratégie d'attachement insécure (douze professionnels sur les dix-sept rencontrés). Si nous regardons les résultats de l'ensemble de ces sujets, les deux stratégies d'attachement les plus élevées concernent dans un premier temps la non-résolution (avec un score de 56,68% relatif au traumatisme parental et un résultat de 51,94% relatif au blocage du souvenir) (tableau 41). Dans un deuxième temps, nous observons un détachement marqué avec une indisponibilité parentale importante (55,95%), une distance familiale dans le présent (50,44%) et une rancune de rejet dans l'état d'esprit actuel des professionnels (54,17%) (tableau 41). Le niveau de la préoccupation est quant à lui plus faible pour l'ensemble des professionnels.

Nous observons que ces tendances sont bien plus présentes chez les professionnels insécures assistants familiaux comparativement aux référents notamment en ce qui concerne la non-résolution du traumatisme parental et du blocage du souvenir, de la même manière que pour le détachement (tableau 41). De plus, les assistants familiaux expriment un état d'esprit à la fois préoccupé et détaché plus important que les référents.

3.2.3 Les représentations d'attachement

3.2.3.1 *Les représentations d'attachement (Edicode)*

→ **Les résultats soulèvent des représentations d'expériences d'attachement majoritairement insécures chez l'ensemble des professionnels, avec une prédominance de représentations préoccupées d'attachement chez les assistants familiaux.**

→ **Aussi, on relève chez la quasi-totalité des professionnels une adéquation narrative préoccupée, qui rend compte de la difficulté à réguler leurs émotions par rapport à leurs histoires passées à travers l'existence de ruptures entre les affects et les représentations d'expériences d'attachement. Ce phénomène est particulièrement présent chez les professionnels qui ont subi des traumatismes psychiques pendant leur enfance (principalement organisés autour des violences physiques massives et répétées).**

Le tableau suivant (tableau 42) présente l'ensemble des résultats obtenus à l'Edicode au niveau des représentations d'expériences d'attachement chez la population des professionnels (N=17).

Tableau 42 : Résultats en pourcentage des représentations d'attachement sécure et insécure des professionnels associées aux différentes catégories d'insécurité (détachée, préoccupée et désorganisée)

Sécurité / Insécurité / Professionnels	Secure		Insécure	
Assistants familiaux (N=10)	20 %		80 %	
Référents (N=7)	42,86 %		57,14 %	
Total (N=17)	29,41 %		70,59 %	
Représentations d'attachement insécures/ Professionnels	Détachée	Préoccupée	Désorganisée	
Assistants familiaux (N=8)	25 %	50 %	25%	
Référents (N=4)	50 %		50 %	
Total (N=12)	33,33 %	33,33 %	33,33 %	

En effet, l'analyse descriptive des données indique que nous retrouvons chez l'ensemble des professionnels (N=17) une majorité d'attachement insécure (pour douze professionnels soit 70,59 %) (tableau 42), avec une différence relative entre les modèles de représentations chez les assistants familiaux comparativement à ceux des référents. Concernant les assistants familiaux, ils expriment des représentations insécures (pour huit professionnels soit 80%) principalement de type préoccupé (50% des professionnels) puis désorganisé (25%) et détaché (25%) (tableau 42). Deux professionnels manifestent des représentations sécures sur l'ensemble du groupe assistants familiaux (à 20%). Quant aux professionnels référents, nous retrouvons aussi des représentations majoritairement insécures (57,14 %) mais de manière moins massive que chez les assistants familiaux. Sur les quatre professionnels exprimant de l'insécurité, la moitié ont des représentations désorganisées et l'autre moitié des représentations détachées (avec beaucoup d'hésitation dans les cotations inter-juges sur l'état des désorganisations concernant ces sujets) (tableau 42).

Aussi, chez tous les professionnels aux représentations insécures (N=12), tous les sujets ont vécu des expériences affectives non résolues encore très actuelles aujourd'hui (pour les assistants familiaux « AF4 », « AF5 », et « AF6 » et pour le référent « R1 ») ou ont subi des traumatismes psychiques, principalement autour des violences physiques massives et cumulées (pour les assistants familiaux « AF1 », « AF2 », « AF3 », « AF9 » et « AF10 » et les référents « R2 », « R3 », « R6 » et « R7 »). De plus, nous observons que tous ces sujets expriment une adéquation dans le récit extrêmement préoccupé, traduisant une rupture narrative entre les affects et les représentations, autrement dit une dysrégulation émotionnelle sur la manière

actuelle de se représenter leurs expériences passées d'attachement. Cette forme de dissonance du discours impacte directement les processus associatifs à travers une narration très logorrhéique (avec un facteur de fluidité du discours très élevé) ou bien un discours très restreint voire lacunaire (niveau de fluidité très bas). Plus précisément, nous relevons que le discours est la plupart du temps cohérent, structuré et fluide mais à l'évocation des thématiques renvoyant directement aux expériences infantiles d'attachement, les sujets éprouvent plus de difficultés à associer avec parfois des ruptures importantes dans le rythme et l'intonation. Il s'agit par exemple des questions sur la caractérisation de la relation pendant l'enfance avec la mère et le père ou bien le moment de la première séparation avec les parents ou encore les expériences de rejet. Le manque d'homogénéité au sein du discours des professionnels rend particulièrement difficile l'exercice de cotation de certains facteurs (fluidité, blocage du souvenir, envahissement émotionnel par exemple) mais fait apparaître la perturbation au niveau de l'adéquation du récit. Cet aspect notable au sein de la population des professionnels interroge la dimension de désorganisation d'attachement mais le niveau élevé de cohérence de discours avec des narrations focalisées et structurées entraînent une prédominance de représentations évaluées comme étant sécurisées (par exemple pour les référents « R3 » et « R7 »).

3.2.3.2 Illustration clinique des expériences d'attachement des professionnels

Nous illustrons la passation de l'Edicode des professionnels avec la situation d'une référente et d'une assistante familiale. Tout d'abord, nous présentons la situation clinique de la référente « R2 », nommée après anonymisation Madame A, qui est l'éducatrice de Jeanne (S2) et Mona (S5), accueillies au sein de la même famille d'accueil (AF3). Ensuite, nous décrivons la situation clinique de l'assistante familiale « AF10 », appelée après anonymisation Madame B, professionnelle qui accueille Marjolaine (S10) et qui a comme référente l'éducatrice « R6 ».

➔ PARTIES RETIREES POUR LA VERSION DE DIFFUSION

3.2.3 Synthèse des résultats au niveau de l'attachement

→ De manière générale, nous relevons au sein de la population des professionnels une différence significative entre les relations interpersonnelles d'attachement qui apparaissent plutôt sécurisées (RQ) tandis que les représentations des expériences d'attachement passées infantiles se révèlent insécures pour la quasi-totalité des sujets (Ca-mir et Edicode).

▪ Au niveau de styles d'attachement (RQ) :

- Les résultats au RQ montrent que la quasi-totalité des professionnels expriment des styles d'attachement sécurisés avec des allures détachées plus fortes chez les référents (N=7) que chez les assistants familiaux (N=10), comme le révèle la version dimensionnelle du test.

▪ Au niveau des stratégies d'attachement (Ca-mir) :

- Les résultats de l'ensemble des professionnels indiquent une majorité d'expression de prototypes d'attachement de type insécure. Plus précisément, ces derniers sont associés à un niveau élevé de traumatisme familial avec une différence entre les assistants familiaux et les référents en ce qui concerne la rancune de rejet et d'infantilisation au sein de leur état d'esprit présent.

▪ Au niveau des représentations d'attachement (Edicode) :

- Les résultats des représentations d'expériences d'attachement des professionnels montrent une majorité d'attachement insécures (12 professionnels sur 17), avec une prédominance de représentations d'attachement préoccupées voire désorganisées chez les assistants familiaux.
- Aussi, on retrouve chez la quasi-totalité des professionnels (12 professionnels sur 17) une adéquation narrative très préoccupée, ce qui renvoie à une difficulté à réguler leurs émotions liées à aux vécus infantiles passés, à travers une rupture dans les processus

associatifs entre leurs émotions et leurs représentations d'expériences d'attachement. Ce phénomène est particulièrement présent chez les professionnels qui ont subi des traumatismes psychiques pendant leur enfance (principalement organisés autour des violences physiques massives et répétées).

Nous présentons dans un tableau récapitulatif (tableau 43) les résultats des professionnels (N=17) au niveau de l'attachement.

Tableau 43 : Tableau récapitulatif des données au niveau de l'attachement en fonction des styles d'attachement (RQ), des stratégies d'attachement (CA-mir) et des représentations d'attachement de l'ensemble des professionnels (N=17).

Attachement / Professionnels	Styles d'attachement (RQ)	Stratégies d'attachement (Ca-mir)	Représentation d'attachement (Edicode)
Assistants familiaux (AF)			
AF1	Sécure	Détachée	Préoccupé
AF2	Sécure	Désorganisée	Préoccupée
AF3	Sécure	Détachée	Détachée
AF4	Sécure	Sécure	Désorganisée
AF5	Sécure	Détachée	Sécure
AF6	Sécure	Détachée	Désorganisée
AF7	Sécure	Sécure	Détaché
AF8	Sécure	Sécure	Sécure
AF9	Sécure	Désorganisée	Préoccupée
AF10	Sécure	Préoccupée	Préoccupée
Référents (R)			
R1	Sécure	Détachée	Détachée
R2	Sécure	Préoccupée	Désorganisée
R3	Sécure	Détachée	Sécure
R4	Sécure	Sécure	Sécure
R5	Sécure	Sécure	Détachée
R6	Préoccupée	Préoccupée	Désorganisée
R7	Sécure	Préoccupée	Sécure

3.3 Les résultats des professionnels au niveau de l'analyse contre-transférentielle

A l'instar des résultats qualitatifs chez les enfants, les résultats au niveau des adultes s'appuient sur une analyse qualitative en regroupant les éléments cliniques les plus significatifs qui marquent des tendances dans les expressions de type contre-transférentiel des

professionnels à l'égard des enfants. Notons que ce travail de résumé sous-dimensionne largement la complexité d'une analyse de situation de cas clinique qui sera proposée à l'issue de la présentation des résultats, en plus des vignettes illustratives aux analyses. Les résultats au niveau de l'appréhension des mouvements de type contre-transférentiel sont présentés en suivant l'étude des mesures longitudinales, en exposant dans un premier les appréciations cliniques réalisées lorsque les enfants arrivent en famille d'accueil (soit au temps de mesure « T1 »), et un an après leur arrivée en famille d'accueil (soit au temps de mesure « T2 »), afin d'étudier ce qui a évolué dans la relation entre les professionnels et les enfants sur cette période et de développer sur ce qui a pu participer au changement des modèles d'attachement des enfants entre ces deux périodes au regard de l'évolution de l'expression de leurs mouvements de type transférentiel.

3.3.1 Les résultats au niveau de l'analyse contre-transférentielle des professionnels à l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (au temps « T1 »)

→ **Les résultats de l'analyse clinique des entretiens semi-structurés montrent que la majorité des professionnels expriment des mouvements contre-transférentiels à l'égard des enfants à leur arrivée en famille d'accueil, contrairement à ce qui était attendu.**

→ **Ces manifestations de type contre-transférentiel s'organisent comme des pré-contre-transferts (ou contre-transferts d'accueil) qui renvoient à leurs motivations inconscientes à exercer leur métier ainsi que leurs histoires familiales et leurs conflictualités infantiles.**

→ **De plus, rappelons que les circonstances de la séparation de placement ont été réalisées dans l'urgence pour la majorité des sujets (huit situations d'O.P.P. sur les dix sujets), sans qu'il n'y ait d'accompagnement particulier du côté des professionnels.**

Initialement, nous pensions que les professionnels ne manifesteraient pas de manière prégnante l'expression de mouvements de type contre-transférentiel à l'égard des enfants. Nous faisons l'hypothèse que la relation entre les professionnels et les enfants n'aurait pas pu manifestement se déployer sur une temporalité matérielle si réduite (trois mois maximum entre l'arrivée des enfants en famille d'accueil avant de rencontrer les enfants et les professionnels). En cela, nous estimons que ces expressions contre-transférentielles témoignent d'un processus

de pré-contre-transfert ou contre-transfert d'accueil (Guyomard & al, 2011), qui aurait pu s'appréhender peut-être avant même la rencontre réelle avec l'enfant. Nous développons l'analyse de la dynamique de ces mouvements contre-transférentiels autour de trois aspects cliniques relevés dans la majorité des entretiens avec les professionnels, après avoir présenté les conditions de la rencontre avec les enfants, circonstances d'accueil vécues comme brutales par les professionnels.

Dans un premier temps nous présentons les circonstances de la rencontre entre les professionnels et les enfants. Dans un deuxième temps, nous précisons la spécificité des professions rencontrées qui se retrouvent confrontées à des situations de séparation d'enfants qui ont vécu des traumatismes familiaux, encourageant les processus projectifs des professionnels. Dans un troisième temps nous abordons la question des traumatismes psychiques et des problématiques affectives non résolues que les professionnels ont vécu pendant leur enfance, qui majorent très probablement un phénomène de confusion des histoires et des attentes, ce que nous développerons au sein de la partie discussion de cette recherche. Dans un quatrième temps, nous abordons les motivations inconscientes autour de la recherche d'une dynamique de réparation que les professionnels peuvent mettre en scène sur la problématique de placement familial de l'enfant, comme solution essentielle pour tenter de résoudre leur problématique interne affective et d'attachement filial et parental. Nous terminerons par une observation autour de la dynamique transférentielle chez certains professionnels à notre égard dans le cadre des entretiens cliniques de recherche, nous amenant à poser la question de la présence de biais de désirabilité (du côté des référents) et des premiers impacts des effets thérapeutiques de participation à la recherche (du côté des assistants familiaux).

3.3.1.1 Les circonstances difficiles de la rencontre

Les professionnels partagent un vécu difficile sur les circonstances de la rencontre avec l'enfant. En effet, rappelons que sur les dix enfants, huit ont été placés à la suite d'une mesure de séparation d'éloignement et de protection urgente d'O.P.P. Dans ce cadre, les professionnels décrivent cette séparation des enfants (surtout les plus jeunes) avec les familles de naissances comme brutales, et ce, particulièrement du côté des assistants familiaux (cela concerne les sujets « AF1 », « AF2 », « AF3 », « AF7 », et les référents « R3 » et « R5 »). C'est ainsi que les professionnels peuvent exprimer : « oh ce qui était compliqué. Ah bah ça m'a traumatisé »

hein Je crois que j'étais plus traumatisé que les parents voilà », « même si non non c'est pas possible ! Ces placements comme ça moi je suis pas d'accord. Ça m'énerve. Ça m'énerve ! Ça m'énerve (*rire*). Je supporte pas moi, je supporte pas ! » (AF1 concernant le sujet S1). Ou encore, un référent raconte par exemple que « en mars le juge décide carrément le placement immédiat des trois enfants et je suis intervenu avec le cadre pour euh ... retirer déjà le plus jeune, « X » (S4). Et ou ... euh La maman savait qu'on venait tel jour pour prendre l'enfant, et c'est « X » (S8) la grande sœur, qui a qui a À ce moment-là joué le rôle d'accompagnant parce que la mère refusant euh ... parce qu'ils habitaient au quatrième étage, donc on demandait à la maman de nous accompagner jusqu'en bas pour ne pas que ça fasse à un rapt ou à un enlèvement d'enfant, et euh La mère s'est opposée en disant « vous me faites tous chier, j'ai rien à faire avec ça, de toute manière euh moi je mène la vie que je veux, j'ai dit au juge que je préférais avoir une vie sentimentale que de m'occuper de mes enfants » » (R4).

3.3.1.2 *La spécificité des professions*

La spécificité des professions rencontrées s'observe notamment dans les entretiens lorsque sont évoquées les thématiques autour du lien possible existant entre la vie professionnelle et personnelle. En effet, les assistants familiaux décrivent une absence de limite entre ces deux sphères, rendant difficile la distinction entre leur identité personnelle avec leur identité professionnelle (Moreau-Ricaud, 2007). Les dix professionnels explique par exemple que la frontière entre la vie professionnelle et personnelle « ça n'existe pas », « ça se fond », (AF9), que « c'est mélangé il n'y a pas de lien », « il n'y a pas de limite dans notre accompagnement » (AF1), que « c'est compliqué on se dispute beaucoup avec mon mari à cause des enfants » (AF3), que « c'est notre lieu de travail la maison » (AF7), que « ça ne s'arrête jamais » (AF 10) et « que cela m'envahissait je me réveillais et je faisais des crises d'angoisse » (AF2). Ces éléments soulignent nettement la manière dont la vie professionnelle peut venir empiéter et impacter l'équilibre personnelle des assistants familiaux voire de l'ensemble du fonctionnement de la famille d'accueil.

Du côté des référents, même s'ils ne vivent pas au quotidien avec les enfants, ils signifient l'importance de trouver un équilibre entre leur travail et leur vie personnelle. Ils semblent également accaparés par les problématiques affectives et familiales des enfants qu'ils décrivent comme très fréquemment « ramenées chez eux à la maison » (pour l'ensemble des référents) et font tous régulièrement des cauchemars ou expriment des troubles anxieux du

sommeil (réveils nocturnes ou troubles de l'endormissement). Par exemple ils peuvent exprimer que « cela envahit tout » (R3), « que ma vie professionnelle est intéressante mais je ressens beaucoup de fatigue, j'ai des fois des insomnies, des angoisses » (R1), et « que c'est difficile de rentrer le soir en gardant la tête sur les épaules » (R3). L'envahissement émotionnel de ces situations dans la vie personnelle amène les professionnels à se retrouver mécaniquement en permanence à investir cette absence de frontière entre ces deux espaces psychiques (intime et professionnel).

Cette réalité professionnelle limite considérablement la prise de distance nécessaire pour élaborer les effets de ces situations sur leur vie personnelle. Cette spécificité de métier induit donc une pratique professionnelle dont les contours sont dépendants de la qualité de leur vie affective qui se retrouve ainsi difficilement différenciée des enjeux affectifs éprouvés dans leur quotidien avec les enfants. Cette situation encourage probablement les mouvements contre-transférentiels observés, ajoutés au fait qu'ils soient exposés à des situations d'enfants qui majorent naturellement l'intensité des processus projectifs (Berger, 2006), et notamment les situations d'enfants en protection de l'enfance dans le cadre du placement familial, dans lesquelles les expériences de séparation sont sans arrêt mobilisées et mises au travail pour les adultes.

Pour illustrer ce phénomène psychique, de nombreux professionnels font la confusion entre un échec d'accueil ou d'accompagnement de la situation d'un enfant, avec la crainte que l'enfant accueilli ou dont ils sont référents soit assimilé à la répétition de cet échec. Ces expériences professionnelles pour la plupart avec des enfants ou des adolescents traversant des souffrances aiguës rentrent en contagion avec cette répétition de l'impuissance ressentie de ne pas être en possibilité, une nouvelle fois, d'aider l'enfant. Par exemple, une assistante familiale explique que « elle a 20 ans maintenant, elle avait 6 ans, je vais en reparler ça va encore me faire pleurer (*temps de latence*) les derniers mots qu'elle m'ai dits, alors que je l'ai vu encore à midi cette petite donc vous voyez c'est quand même euh « maman ne me quitte pas tu es tout pour moi » (AF6). Ou alors une référente qui explique qu'il y a « une jeune justement ou je ... enfin là la question j'aurais pu y répondre correctement, c'est une situation où j'ai pris une place de .. De parent ! », « comme si ça faisait partie euh de ... ça faisait partie de de de ... ma vie même personnelle euh ... Donc ça c'est une situation qui m'envahit personnellement », « donc la distance euh professionnelle personnelle il y a pas quoi. Elle elle vient sur ma vie perso, dans ce qu'elle peut me euh me renvoyer mais euh j'y arrive pas euh refermer remettre de la distance

c'est plus possible quoi » (R6).

3.3.1.3 Traumatismes psychiques et problématiques affectives non résolues

En dehors des spécificités de ces métiers qui encouragent considérablement l'intensité des mouvements transférentielles à l'égard des enfants rencontrés dans un cadre de placement familial, les entretiens cliniques de recherche posent la question des traumatismes psychiques et des problématiques familiales et affectives non-résolues qui semblent largement alimenter l'expression de ces dynamiques projectives. En effet, sur l'ensemble des professionnels, rappelons que la quasi-totalité ont vécu des expériences familiales et parentales non résolues ou ont été victimes de traumatismes psychiques principalement autour de violences physiques massives et répétées (treize professionnels avec huit assistants familiaux « AF1 », « AF2 », « AF3 », « AF4 », « AF5 », « AF6 », « AF9 » et « AF10 », ainsi que cinq référents « R1 », « R2 », « R3 », « R6 » et « R7 »). Par exemple, certains professionnels ont pu partager que « mon père arrivait à fond la caisse soit disant qu'il m'avait pas dit, donné l'autorisation et euh il m'a fait monter dans la voiture, on a pris l'impasse, et il m'a tabassé dans la voiture, et euh ... j'avais un poignet euh ... qui était assez esquiné et euh ... j'étais esquiné à la bouche quand même quoi » (AF2), ou encore qu'en termes de mauvais traitements subis, « des violences physiques et des violences psychologiques et puis euh ... et autres », « J'aurai pu avoir une éducatrice » (R6).

En ce qui concerne les problématiques familiales affectives non résolues, les professionnels expliquent par exemple que leur mère les rejetait (AF1) ou « qu'il y avait pas beaucoup de preuve d'affect, peu de démonstration d'amour » (AF7), ou que « parce que moi ça fait deux ans que je fais une psychothérapie j'avais pris beaucoup de distance avec ma mère parce qu'elle est toxique » (AF 10). De plus, les professionnels peuvent décrire ce qu'ils souhaitent apporter aux enfants accueillis en résonance avec ce qu'ils décrivent comme un sentiment de manque affectif avec leur propre parent. Par exemple, certains professionnels peuvent avancer que leurs parents étaient vécus avec « froideur, ça c'est dans le manque de manifestation de ... de l'amour » et cela rend le travail difficile avec les enfants car « ça doit être mon histoire qui fait que, j'ai un peu du mal avec ça, euh dans mes relations euh ... physique, tactile, le contact, le toucher des enfants, les caresses ces choses-là » et « c'est pas sincère de ma part vous voyez, quand je vais leur dire bonsoir, parce que je les embrasse voilà, mais j'ai pas le ... j'ai pas le contact facile quoi. Je suis pas maternante pas trop et là, oui là j'ai

du mal » (« AF6 »).

Aussi, certains professionnels semblent en vouloir aux parents de l'enfant et être en colère contre eux, en miroir de la colère ressentie vis-à-vis de leur propre parent. Par exemple, lorsqu'une assistante familiale explique que « moi je l'ai fait pour être avec l'enfant pour lui apporter un cadre familial, stable, Pff... Je l'ai fait pour l'enfant. Je ne peux pas être proche des parents. Je ne peux pas, moi je peux pas. J'en veux au parent. Car si les enfants sont placés c'est de la faute aux parents » (AF9). Ou encore, des phénomènes de confusion avec les parents lorsque les professionnels par exemple peuvent expliquer « que moi avec mon père j'ai pas du tout de lien et j'avais envie je pense que cet enfant ait un lien avec son papa sachant qu'en plus c'était la seule personne qui restait » (R7).

3.3.1.4 Les désirs de réparation

Une des solutions de résolutions privilégiées par les professionnels semble s'exprimer à travers des tentatives de réparation, engendrant un phénomène de confusion des histoires entre les histoires affectives et familiales des enfants avec leur propre histoire personnelle affective et familiale. En effet, les professionnels peuvent exprimer par exemple que la figure affective qu'ils pourraient représenter pour l'enfant qu'ils accueillent ou dont ils sont le référent se retrouve être la même figure affective compensatrice adulte à travers ce qu'ils n'ont pas trouvé auprès de leur figure parentale dans leur vécu infantile passé. Ainsi, les professionnels peuvent par exemple expliquer qu'ils pourraient représenter pour l'enfant « une tata » (AF5, R1, R5), « un tonton » (AF7), « une grand-mère » (R1, AF4, AF6), « une grande sœur » (R7) ou encore des professionnels qui pensent représenter « un père » pour l'enfant (AF8, R4) ou une « mère » (AF5 et AF10). Plus loin, lorsqu'ils peuvent décrire s'il y avait d'autres adultes proches d'eux pendant leur enfance, cette figure affective investit psychiquement de manière quasi-substitutive aux représentations parentales correspond à celles qu'ils pensent être en mesure de représenter actuellement pour les enfants, avec « la tata » (AF5, R1, R5), « le tonton » (AF7), « la grand-mère » (R1, AF4, AF6), la « grande sœur » (R7) l'idéalisation du père (AF8) ou de la mère (AF5).

De plus, certains professionnels peuvent raconter que pour aider les enfants à surmonter leur propre difficulté, ils peuvent raconter leurs propres expériences personnelles. Ainsi, ils décrivent par exemple que « moi j'aime bien... Nh, j'aime bien partager, re, peut-être re-faire,

re-vivre, des choses qui étaient bien pour moi, re, redonner un peu... » (AF4), ou encore que « comme « X » (prénom d'un enfant) qui m'a dit pourquoi ma maman elle m'a fait si elle ne peut pas s'occuper de moi. Je lui ai dit moi aussi ma maman elle m'a fait et ne s'est pas occupé de moi ». De plus, des professionnels peuvent se décrire comme des mères de substitution, et ce particulièrement pour les enfants qui ont connu la perte de leur mère de naissance. En effet, ils peuvent associer que pour l'enfant, ils imaginent « que je sois peut-être comme maman de substitution qui demandait et l'attention et maman de cœur » (AF9 pour le sujet enfant 9) ou encore « je pense qu'elle me considère intérieurement comme sa mère. Et je pense que ça doit faire un conflit de loyauté avec sa maman qui est décédée. J'avais pu en discuter avec elle un petit peu « tu peux te sentir ce que j'entends ! tu peux... te sentir culpabilisée » quelque part finalement parce qu'on a l'impression qu'elle veut pas s'installer » (AF 10 pour le sujet 10). La dimension projective semble dans ces situations particulièrement présente dans la relation de l'assistante familiale avec l'enfant.

D'une manière générale, tous les professionnels expriment une problématique autour du désir de réparation dont les motivations inconscientes sont singulières à l'histoire personnelle et familiale de chaque professionnel. Nous illustrerons cette dimension à travers une vignette clinique à la fin de la présentation des résultats sur l'appréhension des mouvements contre-transférentiels et avec les deux situations de cas cliniques proposées à la fin de la partie des résultats.

3.3.1.5 Transfert des professionnels au dispositif de recherche et effets thérapeutiques

Enfin, les entretiens cliniques de recherche mettent en évidence un élément important et inattendu lié à la dynamique transférentielle manifestée chez certains professionnels à notre égard. En effet, nous observons une différence dans la dynamique transférentielle positive entre les assistants familiaux et les référents en termes de désirabilité et de séduction au cadre clinique même des entretiens de recherche. Sur les dix assistants familiaux rencontrés, quatre ont pu mettre en avant que le professionnel qui leur semblait le plus important dans la vie de l'enfant était de manière surprenante le psychologue (cela concerne les assistants familiaux AF1, AF2, AF9 et AF10), alors que nous nous attendions à ce que ce soit évidemment les familles d'accueil, comme l'ont répondu tous les autres professionnels. Nous faisons l'hypothèse que ce transfert positif quasi-immédiat met à la fois en avant le travail psychique des professionnels autour de la recherche de compréhension et de sens du vécu de l'enfant avec une tentative

d'ajustement relationnel et d'accordage affectif en permanence au quotidien (Stern, 1989). Ces professionnels semblent attribuer et investir la dimension psychologique comme l'unique réponse possible aux expériences affectives massives des enfants qu'ils accueillent, témoignant ainsi de leurs sentiments d'impuissance vécus dans leurs quotidiens et leurs recherches permanentes de sens.

Du côté des référents, la dynamique transférentielle positive s'exprime sur un autre niveau de désirabilité à travers les réponses conformistes aux thématiques, dans une posture que l'on peut retrouver chez les « patients modèles » et « modèles de patient ». En effet, la dynamique des processus narratifs montre un changement de rythme d'activités associatives entre les thématiques abordées sur leur travail ou sur la dimension institutionnelle et celles sur la relation avec l'enfant. De manière générale, ils ont tendance à avoir recours à des mécanismes défensifs autour de la rationalisation et de l'intellectualisation mais à l'abord du vécu relationnel avec les enfants, le discours apparaît moins fluide avec un recours à des mécanismes d'évitement. Par exemple, certains professionnels peuvent exprimer « elle est bien ma vie personnelle. Je pense qu'elle est plutôt traditionnelle » (R5), ou encore lorsqu'un référent explique que son rôle auprès d'un enfant est la « concertation. Concertation entre les quatre pôles là hein. Ça fait essentiellement défaut. Je dirais alors c'est moi c'est peut-être ma conception mais j'ai pas l'esprit critique au premier abord » (R4). En revanche, lorsque sont abordées les thématiques qui concernent la relation avec les enfants, les professionnels changent de rythme d'activité associative, bafouille, voire montre une forme de passivité agressive.

En effet, les référents peuvent ainsi associer que « c'est compliqué de caractériser ça, car c'est des choses au quotidien, mais si peut être de pouvoir discuter d'échanger de pouvoir confronter les points de vue quelque chose comme ça, de ... de ... d'avoir aussi des relations à l'extérieur, d'avoir des relations avec mes cousins mes cousines de pouvoir partir en vacances euh c'était ouais euh de pouvoir partir en vacances en colo avec mes parents sans mes parents, ou pouvoir je sais pas exprimer des besoins des envies, euh ... qu'on puisse y répondre de façon adaptée mais voilà. Ça fait bizarre de parler comme ça de ma relation, mais oui (*rire*) », « de décrire la relation avec les mots là le mot équilibre euh répondre à des besoins adaptés parce que je trouve que nous que voilà que nous que voilà ce qu'on pointe dans les dysfonctionnements de famille c'est justement qu'il y a aucune réponse adaptée aux besoins des enfants que même clairement ils sont pas identifiés aux besoins des enfants » (R1). Ou encore un autre référent peut expliquer à la thématique s'il se sent suffisamment soutenu, que

« (*rire*) Monsieur le psychologue ! Moins aujourd'hui » (R4).

Nous faisons l'hypothèse que le niveau de formation des professionnels, ajouté à une forme d'appétence du domaine psychologique que l'on retrouve fréquemment dans le domaine de la protection de l'enfance chez tous les acteurs intervenants (David, 2004b), apportent une connaissance des épreuves qui les amène à davantage maîtriser et sécuriser leur discours et à faire preuve d'un certain conformisme dans les réponses prétendument attendues. Par exemple, un référent peut raconter que « c'est surprenant de parler de son histoire familiale et pouvoir comprendre euh ... pourquoi on fait cette profession quoi. On repasse la sélection de ... euh éducateur quoi », et que « oui ça me fait écho à des trucs comme ça. Où on fait référence à votre histoire familiale euh « pourquoi vous faites cette profession, la relation avec vos frères et sœurs la relation avec vos parents euh » (*rire*). J'ai beaucoup donné de ce côté-là (*rire*) et pendant ma formation aussi (*rire*) » (R4). Ce rapport au dispositif même de recherche pourrait aussi apporter des éléments de compréhension dans les différences de mesures observées sur l'attachement vis-à-vis des représentations filiales et parentales passées. Cette analyse sera plus largement développée au sein de la partie discussion de cette recherche, notamment lorsque nous évoquerons la question de la dynamique transféro-contre-transférentielle appréhendée entre les différentes populations de cette étude (enfants et professionnels) dans le cadre même de ces entretiens cliniques de recherche.

3.3.2 Les résultats au niveau de l'analyse contre-transférentielle un an après l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (au temps « T2 »)

→ **Les résultats montrent par le résumé de l'analyse clinique des entretiens semi-structurés de recherche que les professionnels manifestent une diminution de l'expression de mouvements contre-transférentiels comparativement à il y a un an à l'égard des enfants en famille d'accueil, contrairement à ce qui était attendu.**

→ **Dans ce cadre, nous observons que les professionnels qui exprimaient il y a un an un pré-contre-transfert ou contre-transfert d'accueil inattendu expriment un an plus tard peu de mouvements de type contre-transférentiel.**

Nous pensions qu'un an après (soit au temps de mesure « T2 »), les professionnels manifesteraient des mouvements de type contre-transférentiel de manière prégnante à l'égard des enfants. Nous faisons l'hypothèse que la relation entre les professionnels et les enfants se

serait suffisamment déployée sur une temporalité matérielle significative (un an après l'arrivée des enfants en famille d'accueil soit au temps « T2 ») pour que ce phénomène psychique puisse s'exprimer et s'appréhender. En cela, nous pensons que l'absence d'appréciation d'expressions de type contre-transférentiel témoigne d'une diminution du pré-contre-transfert ou contre-transfert d'accueil, par la rencontre avec l'enfant réel. Autrement dit, la problématique familiale et infantile que les professionnels ont projeté sur l'enfant en placement familial il y a un an s'est vu amoindrir et mieux différencier par la problématique relationnelle et affective actuelle de l'enfant réel en placement familial.

Nous développons l'analyse de la dynamique de ces enjeux intersubjectifs qui entraînent une meilleure sensibilité et distinction entre l'histoire personnelle et familiale des enfants avec l'histoire personnelle et familiale des professionnels autour de cinq aspects cliniques relevés dans la majorité des entretiens avec les professionnels. Dans un premier temps, nous précisons la diminution de cette dimension projective sur l'évolution des descriptions qu'ont les professionnels dans leur relation avec les enfants, ainsi que sur les attentes et déceptions des enfants imaginées par les professionnels. Dans un deuxième temps, nous abordons l'évolution des différences de ressenties entre les vécues des assistants familiaux avec ceux des référents. Dans un troisième temps, nous développons la fonction conservatrice de l'agressivité, pour les professionnels dont la dynamique projective de réparation était la plus intense, et notamment pour les enfants dont la mère est décédée (AF9 et AF10). Dans un quatrième temps, nous abordons la mise à l'épreuve du lien entre l'enfant et le professionnel. Dans un cinquième point, nous évoquons les effets thérapeutiques de la recherche sur les professionnels.

3.3.2.1 Evolution des processus narratifs

Un an plus tard l'arrivée des enfants en famille d'accueil, les professionnels n'adoptent pas les mêmes procédés associatifs dans la description des relations avec les enfants ainsi que sur les attentes et déceptions imaginées. Le discours des adultes est davantage émaillé d'exemples concrets, précis et pertinents sur la relation qu'ils vivent avec les enfants comparativement à un an, période où le discours était plus généraliste et globalisant sur la description des relations, laissant particulièrement la place à l'espace projectif pour exprimer l'étendue de leur manifestation contre-transférentielle. Par exemple, le choix des mots pour caractériser la relation que les professionnels avaient avec les enfants auparavant se traduisait par « non je sais pas trois mots avec (prénom du sujet S8) ... vous me prenez de cour (*rire*) »,

« je sais pas c'est un peu flou quoi ». Et un an plus tard le professionnel peut exprimer que « la relation est bonne, parce que bon quand elle ouverte, elle cause. Quand on peut rigoler, on peut voilà chahuter » et « j'étais ... J'étais oui comme ça. J'allais aller dire non, j'allais lui un petit peu crier dessus et puis une demi-heure après voilà je lui faisais pas un cadeau mais ... y avait pas de punition ou pas de ... bon maintenant je fais plus attention, j'me et ça marche » (AF7). Ou encore un autre professionnel peut mettre en avant il y a un an que l'enfant « est très... très tactile, très... oui tactile... affec, affect, une relation très affectueuse, mais j'essaye quand-même de, Nh, je, je ne me lâche, je pourrais plus, mais je ne me lâche pas, parce que je reste quand-même. Je ne me lâche pas totalement ». Un an après, le professionnel décrit la même relation comme étant devenue « plus affective, oui plus affective, plus affectueuse, plus heu... parce qu'il, en l'absence de crise ça permet, ça permet d'être plus comment, suis plus calme, il est plus calme suis plus calme donc il y a, une complicité, le deuxième mot serait complicité » (AF4).

En termes des représentations des professionnels sur les attentes et les besoins des enfants, les adultes montrent une meilleure prise en considération de ces problématiques affectives. Ainsi, les sujets pouvaient expliquer il y a un an que « un jour il m'a dit « tu es une maman ». Je lui dis « non, je suis la maman de « X » (*prénom de son propre enfant*) et je suis ta tata. Je t'aide » », et un an après le professionnel peut souligner que les attentes sont celles « d'un enfant tout petit on peut rester dans le concret. Hier c'était le porter, le porter, vous le portez, à proximité tout le temps, voilà », « par exemple devant la douche on a mis une chaise, il monte dessus il est à ma hauteur, ce matin il m'a dit je veux te faire un bisou je veux te faire un câlin, et ben voilà on fait un bisou, un câlin, je lui dis ben oui tu m'as pas dit bonjour aujourd'hui » (AF4). Ou encore, lorsqu'un référent explique qu'il y a un an, les attentes de l'enfant étaient que « je pense qu'elle a pas beaucoup d'attente à part sur des demandes euh sur des demandes qu'elle peut faire sur sa vie au quotidien quoi ». Un an après, cette dernière peut expliquer qu'il y a des attentes et des demandes « par rapport à son père. Peut-être qu'elle attend que ... j'en fasse plus euh ... par rapport à ... plus dans le sens euh ... d'aller chercher son père ? » (R7). De plus, un autre assistant familial peut ainsi exprimer un an après que « c'est surtout sur... ... comme je mettais un peu les freins sur la tendresse et sur l'affect, elle a dû sentir que j'étais distant, mais ça... c'est égoïste et je me protégeais je pense » (AF1).

3.3.2.2 Les différences de ressentis entre les professions

Nous apprécions une évolution des différences de ressenties entre les vécues des assistants familiaux avec ceux des référents. Les assistants familiaux semblent beaucoup moins accaparés par la problématique familiale et notamment parentale qu'il y a un an. Ils se préoccupent ainsi davantage des besoins réels des enfants vécus au quotidien. Par exemple, un assistant familial pouvait expliquer il y a un an que son métier se définissait par le fait qu'il consistait à « venir en aide aux enfants qui en ont besoin et aussi euh ... de soutenir avec la fin, il n'y a pas que le travail avec l'enfant le travail se fait aussi avec la famille. On essaie aussi d'avoir un bon contact avec les parents parce que on peut pas laisser les parents de côté. Pour moi donc c'est venir en aide au ... aux familles ». Un an plus tard cette professionnelle arrivait à mieux discriminer les besoins de l'enfant tout en essayant d'élaborer la place à laisser aux parents de l'enfant en partageant que « la relation c'est toujours compliqué parce que on a envie de donner plus que l'on peut donner. Alors ce n'est pas facile parce qu'on sait qu'elle a besoin d'amour d'affection elle a tout mais en même temps je sais que dans notre métier on a toujours cette barrière à pas franchir mais on le sait comme le matin elle part à l'école je vais lui faire un bisou mais en même temps moi j'ai toujours peur, j'ai peur de l'avenir moi je me dis, on travaille pour qu'elle retourne dans la famille ! donc vous voyez ça c'est compliqué donc je pense que ça restera quelque chose qui me ... Qui me bloquer tout le temps parce que voilà, on a envie de donner mais en même temps jusqu'où on peut donner ! Mais autrement on a une super relation on a aucun souci c'est bisous c'est câlin mais vous voyez on a toujours euh ... cette peur de cette peur de ... pendre la place des parents, mais faire en sorte que « X » (prénom du sujet 1) elle garde une place chez ses parents quand même pour pouvoir retourner définitivement là-bas. Ça de toute façon je crois que ... c'est le métier d'assistante familiale hein c'est le plus compliqué quoi à trouver hein. Doser ! » (AF2).

En ce qui concerne les référents, le fait d'avoir un point de vue global sur la situation des enfants en travaillant notamment avec les parents de naissance les amènent à mieux élaborer la problématique de placement familial en termes d'expériences de séparation avec la famille de naissance. Par exemple, les référents peuvent exprimer qu'ils apportent à l'enfant « une écoute ? enfin une oreille pour écouter en tous les cas, essayer de ... bah de ... ouais de la conseiller aussi, par rapport à ce qu'elle peut me dire, euh essayer d'améliorer bah les liens avec sa mère, pourquoi pas aussi dans l'idéal essayer de reprendre enfin quelque chose d'assez ... euh pérenne dans le temps avec son père (*temps de latence*) il y a ça euh et euh ouais un peu comme un tuteur quelque chose comme ça ouais d'ai... d'aider à bien grandir et à faire en sorte qu'elle a envie de faire ce qu'elle veut et qu'elle se donne les moyens d'y arriver » (R7).

3.3.2.3 La fonction de l'agressivité chez certains professionnels

Nous observons chez les assistants familiaux qui manifestaient il y a un an une dynamique projective intense à l'égard des enfants (et ce particulièrement pour les sujets « S6 », « S7 », « S9 » et « S10 » qui ont perdu leur mère et aussi pour les sujets « S1 » et « S3 », par leur agrippement affectif), l'expression d'une agressivité vis-à-vis de ces derniers. Cette agressivité semble dégager une fonction conservatrice qui préserve leur histoire familiale et infantile comme non-résolue, tout en rejetant l'enfant qui refuse de répondre aux attentes de réparation inconsciente des professionnels, oscillant entre des positions de fusion ou de rejet lorsque le conformisme affectif de l'enfant ne répond pas suffisamment aux attentes projectives des professionnels. En effet, certains professionnels peuvent ainsi expliquer que « c'est mon « atta-chiante » (*rire*) j'ai relié (*rire*) Parce qu'elle autant adorable vous avez des fois de lui faire des câlins mais des fois c'est pas possible (*rire*) ». Ensuite, la professionnelle continue dans une confusion des sentiments et des histoires, à travers la trahison qu'elle a pu ressentir à l'égard de sa propre mère en ayant l'impression d'avoir, plus aimer sa « nounou » que sa mère. En effet l'assistante familiale peut ainsi expliquer que « je me suis posée la question par rapport à un âge. Enfin je sais plus trop quel âge j'avais, je me suis pas posée la question, je me suis dit, j'aime plus ma nourrice que ma maman ! Et j'étais mal à cette époque ! », « c'est peut-être en moi, et je me dis « ne lui fait pas vivre, ne lui fais pas vivre » aux enfants ce que tu as vécu à un moment donné en me demandant « quelle était ta place, est-ce que tu aimes plus ta mère que ta tata », parce que je l'ai vécu ! Quelque part ! Alors c'est peut-être ça aussi je sais pas ! Je fais la relation avec ça ! A un moment donné c'est tout juste si ... j'étais mal je l'aime pas je l'aime plus que maman c'est pas possible je l'aime pas ma maman. C'est c'est c'est ma tata que j'aime vous voyez ! Et ça je veux pas que ça arrive aux enfants ?! Donc euh j'ai J'ai peut-être un problème mais c'est comme ça. Mais voilà ! Je veux pas qu'il souffre de ça ! Plus tard. » (AF2).

Ou encore une autre professionnelle peut ainsi expliquer que « le fait que cette jeune ait perdue sa maman ça m'avait touchée je pense », « j'avais vraiment envie... alors pas du tout de prendre la place de sa maman, hein, pas du tout », et « je m'étais éprise vraiment d'affection pour cette jeune. Mais d'entrée. Comme un coup de foudre si vous voulez » et que maintenant selon la professionnelle la relation est « destructrice » et qu'elle lui fait « beaucoup de mal. Ouais c'tes pas du tout c'que j'escomptais à l'accueil de « X » (prénom du sujet 10), 'fin quand

elle est arrivée par exemple », « et à l'heure actuelle, aujourd'hui ouais y a plus de confiance », « je pense c'est du gâchis » (AF10).

3.3.2.4 La mise à l'épreuve de la relation entre l'enfant et le professionnel

Pendant cette première année de placement, les professionnels expliquent qu'ils ont tous traversé une remise en cause de la relation avec l'enfant accueilli, mettant considérablement à mal l'accueil. En effet, relevons par exemple une assistante familiale qui explique que « on se dit on espère y arriver oui parce qu'il y a beaucoup de travail on ressent qu'il y a énormément de travail. Parce que à deux ans et demi euh les choses qu'elle a, vous savez quand elle est capable de lever la main de répondre vous savez les enfants peuvent euh ... piquer une colère parce qu'on leur dit « non ». Mais là euh ... elle lève la main elle est insolente elle dirige euh ... alors qu'elle a trois ans. Elle a trois ans » (AF1). Ou encore, lorsqu'un autre assistant familial raconte que « je lui dis « aaaaaah ! », et... voilà elle a levé la main sur « X » (prénom de son épouse AF1), j'ai été obligé de la reprendre » en ajoutant plus loin que « parce que toute la journée, on la remet à sa place d'enfant ... de 4 ans, tout la journée, c'est épuisant » (AF2).

Citons également une autre professionnelle qui explique que « je me pose beaucoup de questions comme elle fait beaucoup caca euh ... dans la culotte euh ... d'où le placement. Là c'était pire que tout. De pire en pire. C'était 32 changes par semaine » (S3 concernant le sujet S5). Ou encore une assistante familiale qui raconte « j'étais en train d'ouvrir les volets de ma porte d'entrée et je le regarde et il me dit je vais te taper tata, je vais te taper » pour expliquer plus loin que « il était déjà en crise et ça durait jusqu'à midi et demi chez moi et il me disait de toute façon qu'il ne voulait pas manger, qu'il mangeait du plastique alors il mordait à pleine dent un couvercle de boîte à lego (inspiration) ». Ensuite, la professionnelle raconte après que « voilà la journée s'est très mal terminée mais je me fâche plus, j'ai appris, je me fâche plus, pratiquement plus, je pose un acte ben je lui dit, ben tu vas te coucher, il est assis, il est assis sur la chaise plein de pipi partout, il vous regarde par terre et vous lui dite qu'est que c'est c'est de l'eau ? A non c'est du pipi, du pipi, (rire) » (AF4).

3.3.2.5 Les effets thérapeutiques de la recherche

Nous avons remarqué qu'en prolongement des mouvements transférentiels exprimés de la part des professionnels à notre égard au temps « T1 », que la participation à la recherche a

confirmé les effets thérapeutiques pour la quasi-totalité des professionnels. Ceux-ci semblent avoir considérablement investis cet espace d'écoute et de mise au travail psychique de leur problématique familiale passée non résolue et traumatique, ainsi que dans la manière de mieux saisir leur situation professionnelle dans ce qu'elle peut impliquer dans la relation avec l'enfant (cela concerne les assistants familiaux « AF1 », « AF2 », « AF3 », « AF4 », « AF5 », « AF6 », « AF8 », « AF9 », « AF10 » et les référents « R1 », « R2 », « R4 », « R5 », « R6 » et « R7 »). Ainsi, le fait qu'ils aient été rencontrés, écoutés et d'avoir pu associer sur leurs histoires, leur a permis de comprendre différemment la relation qu'ils ont avec les enfants. Nous présentons cet aspect en mettant en correspondance les raisons que les professionnels ont avancé pour justifier leur participation à cette recherche, avec ce que ça leur a apporté à la fin du temps « T2 ».

En ce qui concerne les raisons de participations à la recherche, les professionnels peuvent mettre ainsi en avant que « on est sur un renouvellement là on est en plein renouvellement et je trouvais ça ...moi je trouvais ça intéressant » pour après expliquer que « et je suis assez impatient de connaître un petit peu le résultat de tout ça » (AF1). Ou encore un éducateur qui explique « parce que euh ... moi j'ai toujours ce désir d'apprendre » (R4) ; et une autre éducatrice qui avance que « c'était... avoir un éclairage un peu sur notre pratique par rapport au lien avec l'attachement justement, si on pouvait être support ou pas, voir comment cela pouvait se passer dans les familles d'accueil. C'était vraiment cette visée-là » (R1) ainsi qu'une autre éducatrice qui explique que « le projet c'était un petit peu si j'ai bien compris d'observer les interactions, de voir avec la jeune comment ça va, et bien je trouvais ce projet un peu intéressant parce que ça peut ... peut être enfin moi-même aider dans mon lien à la jeune et puis voilà regarder un petit peu euh ce qui se passe et peut être un peu mieux gérer et d'utiliser justement ces interactions » (R7). De plus, notons également une assistante familiale qui explique que « la situation avec « S9 » est bizarre. Ça va peut-être m'aider. Rien ne fonctionne par rapport à ce que je peux mettre en place » (AF9) et enfin relevons une assistante familiale qui raconte « car on s'est adressé à moi je trouve ça plutôt flatteur et je correspondais au critère de votre recherche et puis moi je trouve que dans mon métier du fait qu'on soit assez isolé dès que ... j'ai l'occasion euh d'aller ... parler de mon métier d'échanger, de participer à des formations euh ... voilà je suis toujours d'accord donc euh ... ça tombait bien » (AF6).

Environ un après l'arrivée des enfants en famille d'accueil, les professionnels ont pu ainsi formuler ce que la recherche leur a apporté vis-à-vis de leur attente, mettant en avant la dimension thérapeutique de l'étude. En effet, certains professionnels expliquent que « je sais

pas si je vous l'avais dit euh mais bon moi j'aime bien tout ce qui est euh ... qui permet de ... de se remettre en cause, et de voir ce qu'on met en place (R4) ; que cela a été « une libération » (AF5) ; « C'est au moins de pouvoir avec quelqu'un qui nous écoute et qu'on puisse parler avec sincérité et être entier » (AF10) ; « ça fait du bien de parler d'elle, de poser des questions de se remettre en question et c'est vrai que ouais je le vois différemment, ce lien d'attachement finalement peut être qu'elle veut bien s'attacher, c'est peut être moi qui veut pas qu'elle s'attache » (AF7) ; « discuter avec vous, enfin surtout au mois de juin », « ça m'a percuté un peu quand même » (AF1) ; « je trouve ça vraiment très intéressant qu'on puisse travailler sur cette question-là, du lien d'attachement, parce qu'on... enfin on a beau être des professionnels et puis avoir une formation et... bah on n'en reste pas moins humain et on travaille avec... avec ce qu'on est avec... voilà, nos difficultés, nos... nos qualités, nos défauts » (R2) ; « ça me permet de me poser un peu de poser les choses de poser un temps euh ... d'échange mais du coup de pointer sur des choses voilà on va sur le sentiment euh ... on va sur ma place euh ... en tant que professionnelle du coup voilà. Du coup euh voilà ça m'apporte ça aussi » (R6) ; « j'ai aussi appris à les connaître donc... comme ils ont appris à me connaître aussi donc... c'est bien que je puisse mettre des mots sur... sur nos relations. (*Temps de latence*) Moi ça m'a plu, c'est sûr » (AF6)

3.3.3 Illustration clinique de l'entretien sur les manifestations de type contre-transférentiel des professionnels

Nous illustrons l'entretien sur les manifestations de type contre-transférentiel des professionnels avec la situation de la référente « R1 » que nous appelons après anonymisation Madame I et celle de l'assistant familial « AF1 » nommé ici Monsieur J. Rappelons que Madame I est la référente du sujet « S1 », que nous appelons après anonymisation Béatrice, qui est accueillie par Monsieur J avec son épouse (AF2). Contrairement à l'Edicode, nous utilisons ici une vignette engageant tous les professionnels présents au sein de la situation de l'enfant afin d'apprécier les éléments cliniques qui peuvent être liés aux mouvements contre-transférentiels.

➔ PARTIES RETIREES POUR LA VERSION DE DIFFUSION

3.4 Synthèse des résultats des professionnels

Afin de souligner l'ensemble des résultats présentés au niveau de la population des adultes professionnels (N=17) entre l'arrivée des enfants en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après (soit au temps « T2 »), nous proposons une synthèse des mesures au niveau de l'attachement (par les styles d'attachement appréciés par le RQ, les stratégies d'attachement investiguées par le Ca-mir et les représentations d'attachement par rapport à l'Edicode) et au niveau de l'analyse de l'expression des mouvements de type transférentiel en résumant les appréciations longitudinales (par l'utilisation des entretiens cliniques) avant de les présenter sous le format de tableaux récapitulatifs (tableau 44 et 45) et d'une représentation schématique (figure 12).

• Au niveau de l'attachement, nous nous attendions à observer des modèles d'expression sécurisée chez la quasi-majorité des professionnels, que cela soit en termes de relations d'attachement interpersonnelles actuelles, de stratégies d'attachement, que des représentations d'expériences d'attachement.

→ **Les résultats indiquent une différence des mesures d'attachement chez les professionnels entre l'étude des relations interpersonnelles actuelles d'attachement qui est sécurisée chez la quasi-totalité des professionnels, contre des stratégies et des représentations d'attachement insécures chez la majorité des professionnels en ce qui concerne essentiellement les stratégies et représentations d'expériences d'attachement passées filiales et parentales.**

En ce qui concerne les appréciations réalisées sur l'attachement, nous observons une différence de mesure entre les expériences d'attachement actuelles (les styles d'attachement appréhendés par le RQ) qui sont sécurisées chez la quasi-totalité des professionnels (16 professionnels sur 17) alors que les stratégies (appréciées par le Ca-mir) et les représentations d'expériences d'attachement (appréhendées par l'Edicode) sont très majoritairement insécurisées pour les adultes (12 professionnels expriment des stratégies insécures principalement de type détaché et préoccupé et 12 professionnels manifestent des représentations insécures principalement de type préoccupé et désorganisé pour les assistants familiaux et au même niveau d'insécurité pour la distribution des trois catégories des représentations d'expériences d'attachement pour les référents). Cette différence d'appréciation

pourrait se traduire par les résultats observés sur les échelles du Ca-mir qui indiquent que chez les professionnels qui expriment une stratégie d'attachement insécure, ces-derniers manifestent un niveau élevé de traumatisme familial et de non résolution de leur expérience d'attachement passé, et ce particulièrement chez les assistants familiaux. En ce qui concerne les représentations d'expériences d'attachement, nous retrouvons chez la majorité des professionnels (12 professionnels sur 17) une adéquation narrative très préoccupée, qui souligne la difficulté à réguler les émotions par rapport aux histoires passées, marquant une rupture dans le discours entre leur émotion et leur représentation d'expérience d'attachement. Ce phénomène est particulièrement présent chez les professionnels qui ont subi des traumatismes psychiques pendant leur enfance (principalement organisés autour des violences physiques massives et répétées).

• Au niveau de l'appréhension des mouvements contre-transférentiels à l'égard des enfants, nous nous attendions à une faible manifestation (voire une absence) en début de placement familial comparativement à un an après leur arrivée en famille d'accueil où nous nous attendions à ce que les adultes expriment des manifestations contre-transférentielles étendues.

→ **Les résultats montrent que la majorité des professionnels expriment des mouvements contre-transférentiels organisés autour d'un contre-transfert d'accueil à l'égard des enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil. En revanche nous observons qu'un an après l'arrivée des enfants en placement familial, les professionnels expriment peu de manifestation contre-transférentielle.**

Les résultats indiquent que les professionnels expriment des mouvements pré-contre-transférentiels (ou contre-transfert d'accueil) à l'arrivée des enfants en famille d'accueil (soit au temps « T1 »), observation qui était inattendue à ce moment de l'expérience de la relation avec les enfants. Ces manifestations traduisent un investissement psychique affectif projectif, organisé autour des dynamiques de réparation singulière à l'histoire affective et familiale de chaque professionnel. Les motivations inconscientes à l'origine de ces dynamiques de réparation projective s'appréhendent selon les histoires familiales et les conflictualités infantiles des professionnels, dont la majorité ont vécu des expériences traumatiques pendant leur enfance (13 professionnels sur 17). Ces mouvements contre-transférentiels amènent les

professionnels à projeter sur les enfants leurs conflits familiaux et infantiles non résolus. Cette dimension projective est davantage observée chez les professionnels assistants familiaux que chez les professionnels référents. Un an plus tard, nous apprécions que les professionnels expriment peu de mouvements de type contre-transférentiel. Cette diminution des contre-investissements s'appréhende probablement par le vécu intersubjectif de la rencontre réelle avec l'enfant, qui minore les dynamiques de réparation singulière en différenciant les besoins et les attentes réelles des enfants avec les motivations inconscientes des professionnels à réparer leur propre enfance en projetant leurs conflictualités infantiles et familiales sur la problématique affective et familiale des enfants. De plus, nous observons une meilleure qualité de l'ajustement relationnel et affectif avec l'enfant, ainsi que des effets thérapeutiques de la recherche sur le vécu des professionnels ainsi que dans la manière d'appréhender la relation avec les enfants.

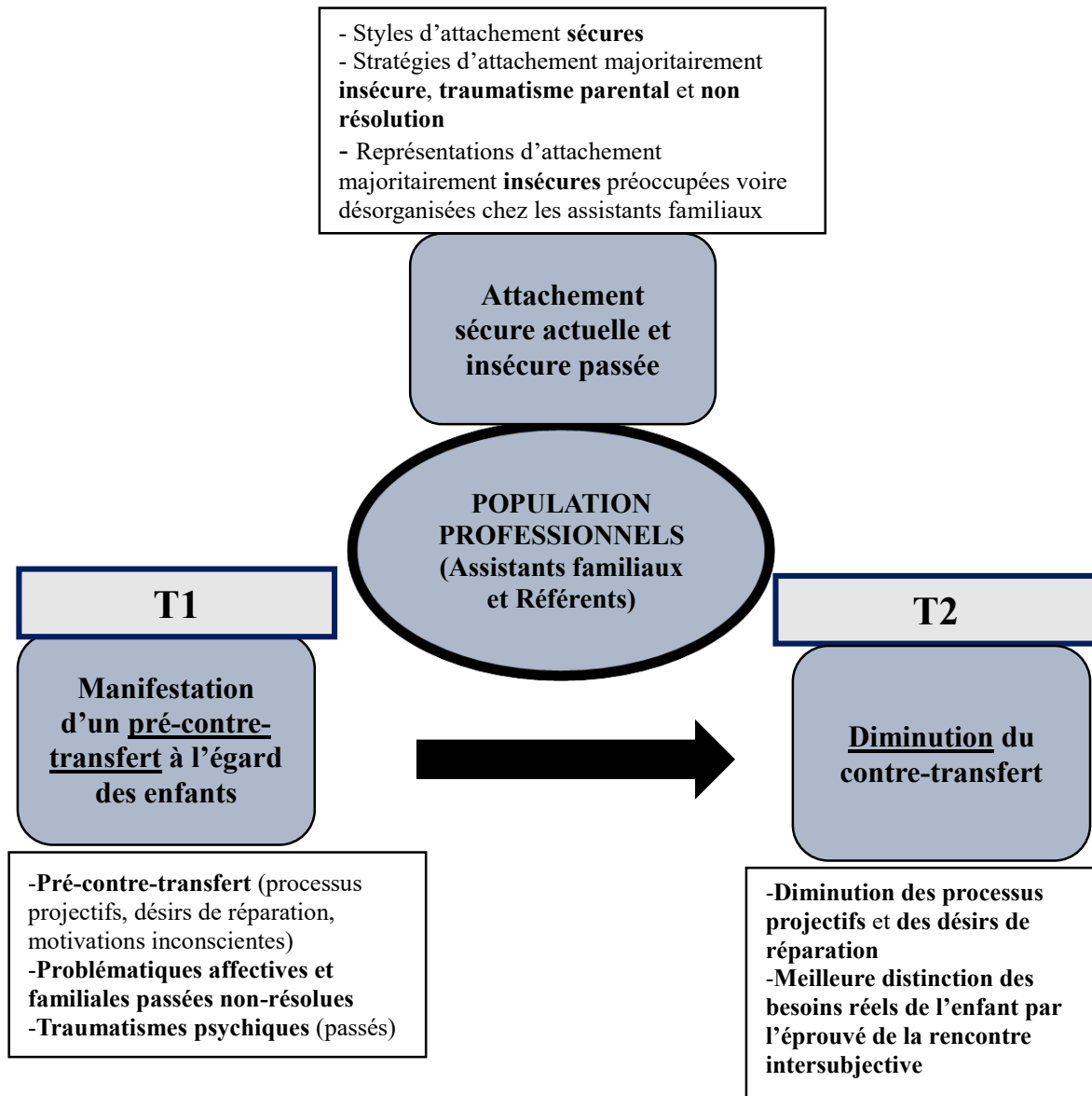
Tableau 44: Récapitulatif des résultats des assistants familiaux (N=10) au niveau de l'attachement (les styles d'attachement abordés par le RQ, les stratégies par le Ca-mir, et les représentations par l'Edicode) et de l'appréhension des mouvements de type contre-transférentiel au moment de l'arrivée des enfants en famille d'accueil (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 »), en fonction d'un résumé des problématiques affectives et des traumatismes psychiques des professionnels.

Dimensions / Professionnels	Attachement	Evolution des manifestations contre-transférentielles		Problématique affective et traumatisme psychique
		T1	T2	
Assistants Familiaux (AF)				
AF1	Style sécure, stratégie détachée et représentation préoccupée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatismes psychiques passés (sentiment de rejet continue de la mère et problématique autour de la filiation du côté du père)
AF2	Style sécure, stratégie désorganisée et représentation préoccupée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (violence physique du père, violence conjugale parentale)
AF3	Style sécure, stratégie et représentation détachées	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (carence affective et violence physique passée avec intervention ASE pendant son enfance pour violence et négligence, cadre de fonctionnement familial de type incestuel)
AF4	Style et stratégie sécures et représentation désorganisée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées non résolues (problématique d'affiliation parentale et idéalisation grand-parentale)
AF5	Style et représentation sécures et stratégie détachée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées non résolues (idéalisée résolue du père et non résolue de la mère)
AF6	Style sécure, stratégie détachée et représentation désorganisée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives actuelles non résolues (ressenti d'un manque d'amour parental, rupture avec le père en milieu de vie et décès récent du mari)
AF7	Style et stratégies sécures et représentation détachée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées non résolues (complexe fraternel avec la sœur : coupure des relations)
AF8	Style, stratégie et représentation sécures	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées résolues mais problématique de deuil non abordée (perte d'un enfant jeune)
AF9	Style sécure, stratégie désorganisée et représentation préoccupée	Pré-contre-transfert	Accentuation des mouvements contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (violences physiques massives, haine contre les parents de naissance)
AF10	Style sécure, stratégie et représentation préoccupées	Pré-contre-transfert	Accentuation des mouvements contre-transférentiels	Expériences affectives passées non résolues (rivalité parentale)

Tableau 45: Récapitulatif des résultats des référents (N=7) au niveau de l'attachement (les styles d'attachement abordés par le RQ, les stratégies par le Ca-mir, et les représentations par l'Edicode) et de l'appréhension des mouvements de type contre-transférentiel au moment de l'arrivée des enfants en famille d'accueil (au temps « T1 ») et un an après (au temps « T2 »), en fonction d'un résumé des problématiques affectives et des traumatismes psychiques des professionnels.

Dimensions / Professionnels	Attachement	Evolution des manifestations contre-transférentielles		Problématique affective et traumatisme psychique
		T1	T2	
R1	Style sécure, stratégie et représentation détachées	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées transgénérationnelles non résolues (peur du père qui a vécu des violences physiques pendant son enfance)
R2	Style sécure, stratégie préoccupée et représentation désorganisée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatismes psychiques passé et actuel (violences physiques passés comme nourrisson et violence conjugale actuelle)
R3	Style et représentation sécures et stratégie détachée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (violence physique pendant l'adolescence) et expériences affectives passées non résolues (parents)
R4	Style, stratégie et représentation sécures	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées résolues
R5	Style et stratégie sécures et représentation détachée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Expériences affectives passées résolues
R6	Style préoccupé, stratégie préoccupée et représentation désorganisée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (violences physiques et violence sexuelle pendant l'enfance, anorexie à l'adolescence)
R7	Style et représentation sécure et stratégie préoccupée	Pré-contre-transfert	Diminution des mouvements pré-contre-transférentiels	Traumatisme psychique passé (violence physique pendant l'enfance) et expériences affectives passées non résolues (rupture des relations avec le père)

Figure 12 : Représentation schématique du résumé de l'ensemble des résultats pour la population professionnels (assistants familiaux et référents) en fonction des appréciations réalisées sur l'attachement et des mouvements de type contre-transférentiel (au temps « T1 » et au temps « T2 »).



4 SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Cette partie concerne la synthèse générale des résultats de la recherche en récapitulant la description des données quantitatives et une première analyse des données qualitatives en fonction des deux populations rencontrées (les enfants et les professionnels), que cela soit les résultats issus de l'analyse de la dimension de l'attachement que les résultats appréhendant les processus de type transféro-contre-transférentiel selon une approche psychodynamique. Dans ce cadre, nous présentons dans un premier temps une synthèse des résultats des enfants envers les professionnels en ce qui concerne la dimension de l'attachement et des mouvements transférentiels observés en suivant l'évolution longitudinale de ces mesures. Dans un deuxième temps, nous proposons une synthèse des résultats des professionnels envers les enfants vis-à-vis de la dimension de l'attachement et de l'évolution des mouvements de type contre-transférentiel. Deux schémas sont présentés à la suite de cette présentation de synthèse générale des résultats de la recherche afin de souligner les dynamiques d'interaction entre les enfants et les professionnels (schéma 4 et schéma 5). Le premier schéma expose de manière synthétique l'ensemble des résultats obtenus qui ont été précédemment développés au sein de la partie des résultats de la recherche (figure 13). Le second schéma présente l'analyse des interactions en proposant les premières hypothèses qui seront développées au sein de la partie discussion de la recherche quant à l'évolution de la relation entre les enfants et les professionnels après un an de placement en famille d'accueil (figure 14).

► SYNTHÈSE DE TOUS LES RÉSULTATS DES ENFANTS (N=10)

- *Au niveau de l'attachement, nous nous attendions à observer un phénomène de sécurité progressive de l'expression de leur modèle d'attachement entre l'arrivée des enfants en famille d'accueil (soit au temps « T1 ») et un an après leur arrivée en famille d'accueil (soit au temps « T2 »).*

→ Les résultats indiquent que tous les enfants présentent une modification de leur modèle d'attachement en termes de sécurité d'attachement sur une durée d'un an de placement depuis leur arrivée en famille d'accueil, en manifestant beaucoup moins de désorganisation, et en privilégiant davantage la solution de détachement avec la famille de naissance (N=8).

● *Au niveau de l'appréhension des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels, nous nous attendions à ce que les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil expriment peu de manifestations transférentielles et qu'un an après leur arrivée, les enfants expriment davantage de mouvements de type transférentiel vis-à-vis des professionnels.*

→ Les résultats montrent que tous les enfants expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels (N=10). Cet investissement transférentiel a évolué en passant d'une dynamique négative pour les enfants les plus jeunes (dans laquelle la relation est ressentie comme méfiante voire menaçante), neutre et stéréotypé pour les sujets les plus âgés pour aller vers une expression transférentielle positive pour l'ensemble des enfants à l'égard des professionnels (N=8).

► **SYNTHESE DE TOUS LES RESULTATS DES PROFESSIONNELS (N=17)**

● *Au niveau de l'attachement, nous nous attendions à observer des modèles d'expression sécurés chez la quasi-majorité des professionnels, que cela soit en termes de relation d'attachement interpersonnelles actuelles, de stratégies d'attachement, que des représentations d'expériences d'attachement.*

→ Les résultats indiquent une différence des mesures d'attachement chez les professionnels entre l'étude des relations interpersonnelles actuelles d'attachement qui est sécurisée chez la quasi-totalité des professionnels, contre des stratégies et des représentations d'expériences d'attachement passées filiales et parentales insécures chez la majorité des professionnels (N=17).

● *Au niveau de l'appréhension des mouvements contre-transférentiels à l'égard des enfants, nous nous attendions à une faible (voire une absence) de manifestation de type contre-transférentiel en début de placement familial comparativement à un an après leur arrivée en famille d'accueil où nous nous attendions à ce que les adultes expriment des manifestations contre-transférentielles étendues vis-à-vis des enfants.*

→ Les résultats montrent que la majorité des professionnels expriment des mouvements contre-transférentiels organisés autour d'un contre-transfert d'accueil à l'égard des enfants qui

viennent d'arriver en famille d'accueil. En revanche nous observons qu'un an après l'arrivée des enfants en placement familial, les professionnels expriment peu de manifestation de type contre-transférentiel (N=17).

Figure 13: Représentation schématique de l'ensemble des résultats qui appréhendent le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement en famille d'accueil

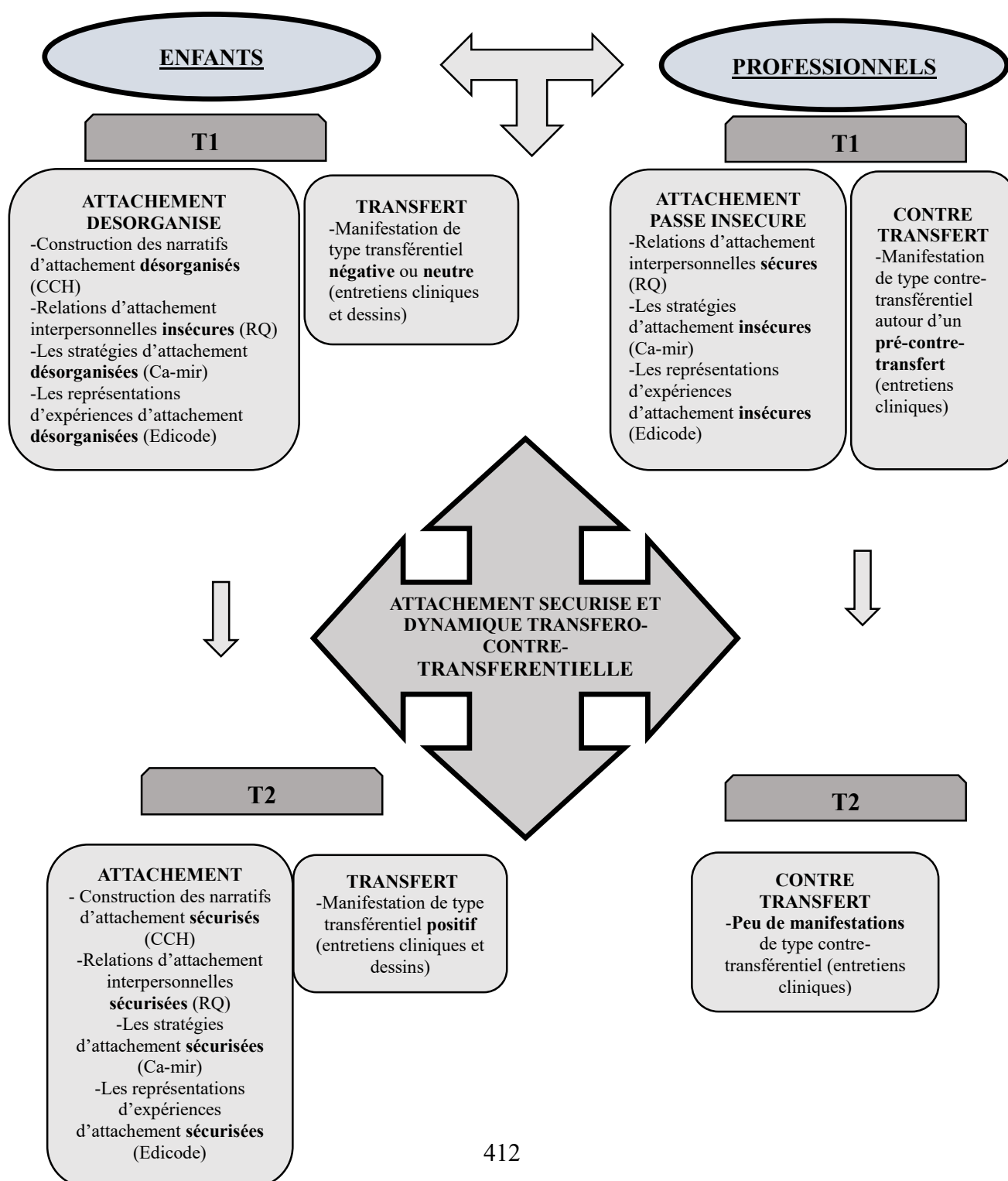
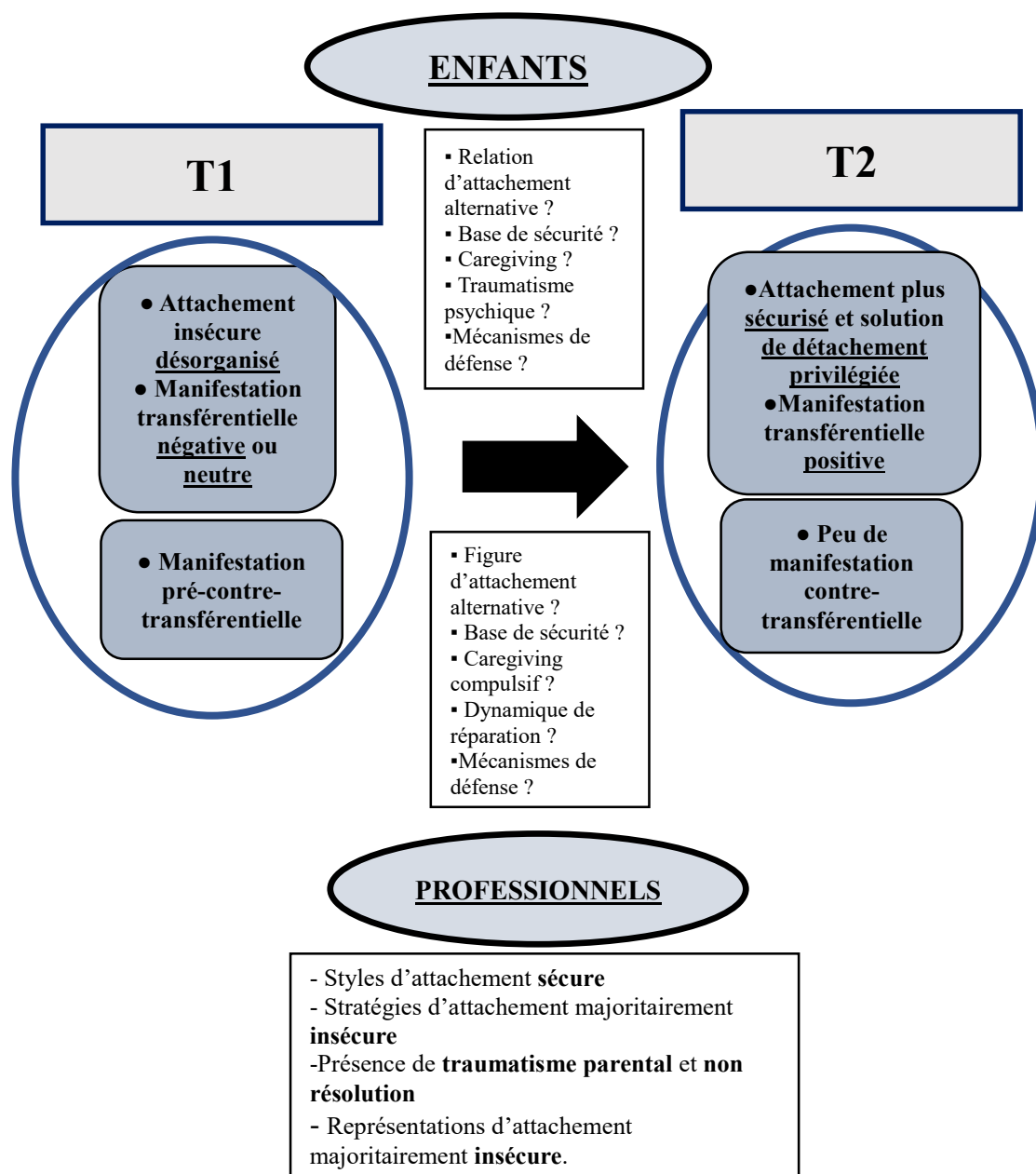


Figure 14: Représentation schématique de l'ensemble des résultats qui appréhendent le vécu de l'enfant placé en famille d'accueil au regard de son histoire familiale et des relations avec les professionnels après un an de placement en proposant les hypothèses principales développées au sein de la discussion



5 PRESENTATION DE SITUATIONS CLINIQUES DETAILLEES

Cette partie de la présentation des résultats de la recherche concerne l'étude de situations cliniques détaillées qui visent à approfondir l'analyse de la relation entre les enfants placés en famille d'accueil et les différents professionnels qui les entourent. L'analyse qualitative de ces situations constitue une illustration complémentaire aux données présentées au sein de la partie des résultats de la recherche, en soulignant les spécificités cliniques singulières des sujets qui n'ont évidemment pu être résumées de manière exhaustive. Pour cela, nous avons choisi de présenter deux situations qui engagent l'analyse approfondie de cinq sujets.

La première situation clinique concerne le sujet 4 que nous avons nommé précédemment « Tom »⁶⁹. Cette situation reflète l'évolution positive de la relation avec des professionnels (assistant familial et référent) qui expriment un attachement sécurisé sur tous les différents niveaux d'appréciations de leurs modalités d'attachement (en termes de relation d'attachement interpersonnelles, de stratégies et de représentation d'attachement). La deuxième situation clinique concerne le sujet 9 que nous nommons après anonymisation « Eliot ». Dans cette situation, nous mettons en évidence l'évolution complexe de la relation développée entre l'adolescent avec l'assistant familial au regard de l'histoire personnelle et familiale du sujet qui ont pu entrer en écho avec les problématiques familiales et affectives de la professionnelle.

Nous avons organisé chaque présentation autour de deux axes principaux d'analyse clinique. Le premier axe aborde l'évolution longitudinale des résultats de l'enfant avec les appréciations cliniques associées. Le deuxième axe porte sur les résultats des professionnels en se focalisant davantage sur leurs manifestations de type contre-transférentiel à l'égard de l'enfant.

⁶⁹ La vignette clinique de Tom est présentée page 357. Elle développe les motifs de placement et concerne les dessins libres au temps « T2 » au regard du « T1 ».

5.1 Première situation clinique détaillée : « Tom »

5.1.1 Les résultats et appréciations cliniques de Tom

5.1.1.1 *Analyse clinique des données de Tom à son arrivée en famille d'accueil*

5.1.1.1.1 Introduction

Tom est âgé de 5,5 ans lorsque nous le rencontrons pour la première fois en entretien clinique de présentation. Nous appelons l'assistante familiale de Tom « Madame K » et le référent « Monsieur L ». Au total, Tom a réalisé cinq entretiens cliniques de recherche, avec un premier entretien de présentation, deux entretiens cliniques dans les trois mois à la suite de son arrivée en famille d'accueil, et deux entretiens cliniques un peu moins d'un an après son arrivée en famille d'accueil. Les entretiens ont duré en moyenne une heure. Rappelons que Tom est le petit frère de Salomé (sujet 8), qui a été accueillie au même moment au sein d'une autre famille d'accueil (AF7 et AF8). Les motifs de placement de Tom ont été évoqués précédemment, lors de l'analyse de ses dessins libres (au temps « T1 » et « T2 ») que nous n'exposerons donc pas de nouveau dans cette partie.

Tom a été victime de maltraitance par l'exposition à de multiples situations de violences conjugales, avec des suspicions fortes de violences physiques directes sur l'enfant. De plus, il a souffert de carences éducatives et affectives majeures et de négligences graves comme par exemple de la malnutrition. A son arrivé en famille d'accueil, les professionnels pouvaient témoigner de son profond « état de délabrement ». Décrit comme étant véritablement « affamé » avec des attitudes compulsives d'hyperphagie, il a été livré à lui-même et mangeait de manière anarchique du sucré et du salé dès qu'il avait accès aux réserves de nourriture (comme le réfrigérateur). Il montre les mêmes attitudes à son arrivée en famille d'accueil, ce qui demanda à l'assistante familiale une grande disponibilité pour lui offrir un cadre de vie contenant, en commençant par l'encourager à respecter une rythmicité par la mise en place de repères temporels organisateurs dans la journée (se réveiller, se lever, se laver, manger un petit déjeuner, etc.).

Communiquant essentiellement sur un registre paraverbal avec l'aide de sons et d'onomatopées, Tom a pu au bout de quelques jours formuler des mots et des premières phrases courtes. Le changement d'environnement affectif l'aide très rapidement à sortir d'un défaut de

stimulation globale. Sur le plan moteur, Tom exprime des troubles de l'équilibre et une difficulté générale dans la coordination psychomotrice, probablement en raison d'une difficulté d'intégration du tonus somato-psychique lorsqu'il était nourrisson. Il adopte une démarche désarticulée de type « pantin » en arrivant en famille d'accueil et est sujet à des chutes involontaires permanentes. La négligence et les carences affectives précoces de l'enfant semblent avoir générées ce type d'hypostimulation.

Au niveau somatique, en raison de ses problèmes de carences, d'hygiènes et de négligences graves, Tom a dû se faire opérer à plusieurs reprises par un chirurgien pour des désordres majeurs de dentition, avec l'arrachage de 15 dents (rare pour son âge). Tom exprime aussi des attitudes de mises en danger inconsidérées, par exemple en traversant la route sans regarder. Tom manifeste également des épisodes réguliers d'énurésie et d'encoprésie diurne et nocturne. Sur le plan de la scolarité, Tom a accumulé beaucoup de retard et possède un niveau scolaire qui correspond à la moyenne section de maternelle. Un accompagnement global a donc rapidement été proposé à son arrivée en famille d'accueil, avec un suivi de la protection maternelle et infantile, une orientation en centre médico-psychologique (avec l'intervention d'un podologue, orthophoniste, psychomoteur, psychologue et pédopsychiatre) ainsi qu'un suivi auxiliaire de vie scolaire à raison de huit heures hebdomadaires actuellement. Au regard de ces aspects cliniques, nous avons hésité à inclure Tom au sein de la procédure de la recherche compte tenu du niveau de souffrance envisagée. Comme pour tous les sujets, nous avons consulté au préalable le référent puis l'assistante familiale avant de rencontrer Tom afin d'évaluer la possibilité de l'intégrer au cadre du protocole de la recherche. Les professionnels nous ont assurés que Tom avait réalisé d'énormes progrès depuis son arrivée en famille d'accueil et était tout à fait à même de participer à l'étude, ce que le premier entretien de présentation et d'évaluation clinique a pu confirmer. C'est dans ce contexte que nous avons rencontré Tom, après l'obtention de l'autorisation éclairée et consentie des parents de naissance.

5.1.1.1.2 Le deuxième dessin libre

En début d'entretien, l'assistante familiale Madame K se montre visiblement préoccupée par Tom. Elle explique d'emblée qu'il est responsable du retard en raison de son comportement à la garderie : Tom pouvait dessiner sur les dessins des autres enfants. Apparemment inquiète de ce « débordement », l'assistante familiale laisse Tom en lui précisant « ce n'était pas bien, tu n'avais pas le droit de faire ça ». Après son départ, Tom nous demande de dessiner avec lui.

Nous lui proposons le dessin de famille avec la figuration de l'assistante familiale, ce que refuse Tom, préférant réaliser une maison.

Il commence par le tracé de points de couleur rose sans rapport les uns avec les autres. Face à ces associations déliées, nous lui proposons notre aide dans la réalisation de son dessin, ce qu'accepte Tom. Pour marquer la liaison autour de ce premier travail de symbolisation, nous l'invitons à rassembler tous les points roses ensemble en utilisant une autre couleur (le violet), pour dessiner les contours d'une maison. Chaque élément de la bâtisse est ainsi défini (les murs, le sol et le toit). Nous lui demandons ensuite s'il souhaite ajouter autres choses à l'intérieur. Tom nous répond qu'il veut « un lit » ! Toujours avec la couleur rose, Tom commence alors à tracer de manière compulsive une succession de traits représentant les pieds du lit, donnant l'impression de barreaux. Tout en dessinant, l'enfant commente qu'il « faut plein de pieds ».

Ensuite, Tom souhaite dessiner un bonhomme puis précise qu'il « saute ». Nous lui répondons alors que nous pouvons faire un bonhomme qui dort dans son lit, en dénommant chaque partie du bonhomme (la tête, les pieds, etc.) tout en précisant l'existence d'une couette, afin de favoriser un travail sur la sécurité interne. A ce moment-là, Tom décide de dessiner un autre élément, une couverture, renvoyant probablement à un besoin de protection et de contenance. Celle-ci est représentée sous la forme d'un grand carré de couleur verte (la même couleur que le bonhomme), dans des dimensions qui recouvrent pratiquement l'intégrité de l'espace interne de la maison.

Tom établit un certain nombre de pièces dans la maison en commençant par la chambre, la cuisine, et les toilettes. Progressivement, l'enfant mélange les espaces qu'il venait au préalable de nommer, dans une confusion des repères. A ce moment-là, nous proposons de nouveau à Tom de l'aider et avec son accord, nous dessinons ensemble des zones bien délimitées pour figurer les différents espaces, en lui demandant l'emplacement et la couleur souhaitée. Tom nous suggère de dessiner la chambre en orange en haut à gauche sur le coin supérieur du carré de la couette. Pour les toilettes, Tom souhaite les intégrer à la chambre. Nous lui proposons alors de les placer à côté pour souligner la différenciation des lieux, ce qu'accepte Tom. Concernant la cuisine, Tom souhaite utiliser le marron. Avec son approbation, nous la dessinons en dehors du carré de la couette verte, au-dessus sur le coin supérieur droit de la maison. Ensuite, Tom nous montre un élément dans la salle d'entretien qui ressemble à un camion et nous demande de le dessiner sur les murs de la chambre dans la zone orange, en nous indiquant

d'utiliser le noir, car « j'aime bien la couleur noire », en poursuivant « le reste c'est le décor ». Nous énumérons chaque partie du camion au fur et à mesure de sa réalisation graphique. Tom souhaite aussi dessiner plein de points en dessous du camion, puis décide d'entourer le véhicule d'un trait rose. Nous lui proposons de transformer la représentation des points sous le camion en « route », ce qui lui convient. Il continue de tracer les points, toujours de couleur rose, en dessous du camion, en les reliant les uns aux autres, tout en précisant : « pour pas tomber ».

Sur le plan de l'analyse des processus expressifs, le dessin est plutôt polychrome avec des tonalités froides essentiellement introspectives (comme la couette vert clair sous le bonhomme, la couverture verte foncé au-dessus, les toilettes bleus) mais aussi des éléments dans des couleurs plutôt chaudes (comme le lit et le chemin sous le camion, le marron pour la cuisine et l'orange pour la chambre). Contrairement au dessin précédent dans lequel Tom avait demandé que nous l'accompagnions en dessinant à côté de lui, cette fois-ci, l'enfant souhaite que nous le réalisions ensemble. En tenant compte des remarques de l'assistante familiale envers Tom à son arrivée (qui traçait sur les dessins des autres enfants en garderie), nous sommes restés vigilants à soutenir un travail de coopération en demandant systématiquement à Tom s'il souhaitait être aidé pour telle représentation graphique. Ce dessin partagé de type squizzle, montre une meilleure intégration des éléments que Tom réalise de manière morcelée au début (uniquement des points), pour ensuite exprimer une surprenante possibilité de travail psychique de liaison en acceptant le passage des points en traits, jusqu'à en définir une forme (la maison). Cette capacité de symbolisation se remarque également lorsque Tom transforme lui-même les points sous le camion en route pour protéger le camion de ce qui pourrait s'apparenter à une chute dans le vide. La réalisation graphique témoigne d'un travail psychique autour de la recherche d'un sentiment de sécurité interne affectif qui s'effectue au rythme des associations de Tom. Par exemple, le traçage du contour d'un camion soutenu par des points en dessous semble lui permettre de ne pas perdre pied comme signifié à plusieurs reprises pendant l'entretien (les multiples pieds du lit, le personnage qui saute, le « pour pas tomber »). Enfin, nous ne retrouvons plus autant de traits qui se croisent contrairement au dernier dessin, ce qui traduit probablement une diminution des symbolisations conflictuelles voire traumatiques.

L'ensemble de ces éléments cliniques indique une mobilisation émotionnelle conséquente chez Tom pendant la passation. Les affects apparaissent plus variés et mieux contenus dans les espaces du dessin, avec des tendances à la recherche de rétention autour de la maîtrise anale, notamment en ce qui concerne la pièce de la cuisine et les toilettes de couleur marron. Le fait

que Tom désire représenter les sanitaires dans la chambre, semble indiquer un envahissement de la problématique anale de la propreté (correspondant à sa symptomatologie d'énurésie et d'encoprésie), avec une quête permanente des contenants (les espaces et les fonctions de chaque pièce).

Au niveau des processus narratifs, Tom exprime une associativité plutôt dense sur le plan de la symbolisation, encouragée probablement par la réalisation de ce dessin à deux, avec des processus verbaux qui n'étaient pas observés jusqu'à maintenant. La problématique de Tom semble s'organiser sur des préoccupations actuelles autour de l'analité par des tentatives de maîtrises sur ce qui peut l'envahir et les tendances à la dépendance affective par l'oralité (avec les toilettes qui s'immiscent dans l'espace intime de la chambre, l'hyperphagie dans la cuisine marron), probablement en lien avec son vécu passé.

5.1.1.1.3 L'analyse clinique de la construction des narratifs d'attachement

Dès la première histoire du C.C.H., Tom attache une importance particulière au personnage de la grand-mère et au chien Médor. Par exemple lorsque le gâteau tombe, tout le monde reste immobile sauf la grand-mère qu'il recherche en exclamant « la mamie, la mamie, elle est où ?! ». Nous lui montrons où est la mamie, ce qui amène Tom à associer sur le chien en disant « et le chien il est réveillé ». L'enfant résout la scène conflictuelle du gâteau en annulant la situation d'accident : le gâteau n'a pas bougé, « il faut le remettre ici » (sur la table de la cuisine du jeu). Tous les personnages restent inertes à l'exception de la grand-mère et du chien (seul personnage confronté à la situation conflictuelle car il est bien éveillé), laissant entrevoir une identification importante à ces personnages.

En ce qui concerne l'histoire du rocher, Tom aborde la chute de Kévin (le personnage enfant imaginaire de l'histoire) en faisant une nouvelle fois appelle à la grand-mère et au chien. La grand-mère (censée rester à la maison) est convoquée et dit « non » à Kévin, comme si c'était la figure grand-parentale qui posait l'interdit éducatif de protection face au danger. De leurs côtés, les parents ne bougent pas et semblent dans l'incapacité de formuler cet interdit protecteur. Puis, l'identification à l'animal amène Tom à prendre Médor, qui saute sur le rocher avec un « hop ». A cet instant, nous lui demandons s'il tombe du rocher, nous rendant compte dans l'après-coup que nous allons trop vite dans l'associativité de Tom qui rétorque : « non il tombe pas ! ». Puis Tom prend Kévin en disant « on réessaye », puis ajoute « hop » : Kévin

monte alors sur le rocher et ne tombe pas. Il répète ensuite cette véritable situation « de rebond psychique » en prenant le personnage de la grand-mère qui saute sur le rocher et « hop », sans qu'elle tombe. Puis c'est au tour du personnage du père et enfin de la mère.

L'histoire qui aborde la thématique du monstre est également surprenante. Lorsque le monstre apparaît, Tom décide de prendre tous les personnages (Kévin, la grand-mère, Médor et les parents) pour s'enfuir dans une autre maison, représentant probablement la séparation familiale et l'arrivée en famille d'accueil. Puis, Tom réinstalle Kévin dans sa (nouvelle) chambre sur le lit. Nous allons à ce moment trop vite dans le rythme des processus narratifs lorsque nous interrogeons « et là il n'y a plus de monstre ? » car Tom nous dit que « si ! ». Puis, dans une étonnante réflexivité qui traduit ici une bonne distance avec le jeu, Tom gratte sous la table pour annoncer l'apparition du monstre, à l'image de notre intervention de la première fois. Cette imitation témoigne d'un transfert positif au dispositif avec une inversion des rôles qui semble aider Tom à transformer la scène anxiogène du monstre en scène ludique de jeu : cette fois-ci, c'est Tom qui joue au monstre et de notre côté, nous jouons avec le personnage de Kévin. Afin d'accompagner la réflexivité de Tom, nous lui signifions « qu'en fait, c'était pour de faux, c'était un cauchemar ». Puis, Tom gratte de nouveau sous la table, que nous accompagnons alors en signifiant : « oh : Encore un bruit !? Mais, qu'est-ce qui se passe ? » et Tom s'écrit « un monstre ! » en riant. Nous lui demandons alors ce que pense Kévin et Tom nous dit « il veut pas ! » qu'il y ait de monstre. Nous continuons en questionnant « mais c'est pour de vrai ou pour de faux ? », ce à quoi Tom répond « c'est pour de faux ! ». Ensuite, Tom souhaite répéter la scène anxiogène en attente d'appropriation de la résolution en déclarant « ils vont dans une autre maison ! ». Afin de passer à la nouvelle histoire et d'encourager Tom dans cette narration, nous concluons en lui signifiant une nouvelle fois que « ils vont dans une autre maison. D'accord ! Et peut-être que dans la nouvelle maison, même s'il y a cauchemar, c'est pour de faux, et l'histoire est terminée. Je te remercie Tom, j'ai bien compris l'histoire de Kévin ».

La thématique de la séparation est plus difficile pour Tom. Au moment du départ, Tom se met debout et reste figé. Nous accélérons alors la narration sur le vécu de Kévin avec la grand-mère et le chien. Tom hésite et nous dit (un peu perdu) qu'il « joue avec le chien ». Nous décidons d'écourter cette expérience de séparation en introduisant plus rapidement la thématique des retrouvailles en relatant : « il joue avec le chien, d'accord. Alors le week-end il passe, on est le lendemain et Kévin il joue toujours avec le chien. Avant il a dormi on est le

dimanche maintenant, et mamie, elle regarde par la fenêtre de la cuisine et elle dit « ah, je crois que les parents rentrent de voyage ils sont en train de rentrer ! ». « Montre-moi qu'est-ce qui se passe ensuite ? ». Tom répond que « rentrent, les parents ! » pour affirmer aussitôt que « la nuit déjà ! C'est déjà la nuit déjà » en garant la voiture et en ajoutant que là il « faut dormir ».

Tom évite ainsi la scène des retrouvailles en essayant peut-être d'éteindre l'angoisse de séparation (voire d'abandon) par l'arrivée soudaine de la nuit et l'importance de dormir. Tom laisse tous les personnages dans la voiture et s'intéresse particulièrement au coffre en nous demandant s'il s'ouvre afin d'y installer Médor. Cette mise à l'abri par la contenance forte du coffre insiste sur l'identification que Tom déploie envers la représentation animale de Médor. L'angoisse semble se déplacer ensuite sur le lit, que Tom convoque dans la scène du jeu en déclarant « là y a pas de monstre ! ». Puis, Tom nous emmène de nouveau dans sa recherche d'appropriation de résolution de l'expérience anxiogène du monstre en nous disant « T'entends le bruit (*il mime avec ses doigts les pas du monstre dans le vide de manière très lente*), ça c'est un monstre ! ». A ce moment-là, le monstre devient incontrôlable et terrorise toute la famille. Nous répétons avec lui la scène pour l'accompagner une nouvelle fois jusqu'à sa résolution, tout en insistant sur la différence entre le « pour de faux » et le « pour de vrai ». Enfin, à la disparition du chien, Tom nous explique que c'est le monstre qui l'a enlevé. Il cache alors le chien sous la table et nous accompagnons Tom vers la représentation d'une grotte pour que le monstre soit contenu dans un espace symbolisé. Nous rassemblons ensuite la famille et signifions à Tom la fin du jeu.

Ainsi, la cotation des items du C.C.H. indique une modalité désorganisée dans la construction des narratifs d'attachement malgré l'ensemble de nos interventions cliniques pour que Tom ne soit pas trop mis à mal par les histoires. Si nous prenons en considération l'accompagnement thérapeutique proposé, ajouté au travail psychique exprimé dans le cadre des dessins, cet ensemble semble avoir soutenu Tom dans l'organisation de ses processus narratifs verbaux et scéniques à travers des recherches associatives qui tendent vers des solutions d'élaboration. Aussi, il semble que Tom identifie la grand-mère comme la représentation de son assistante familiale. En effet, Madame K, bien plus âgée que les parents de Tom, initie un travail sécurisant autour du « non », que Tom introduit dans l'histoire du rocher. De même dans le récit « l'accident du gâteau », Madame K semble représenter un repère sécurisant lorsque Tom demande « où est mamie », révélant une angoisse d'abandon. De plus, précisons que Tom ne manipule pas les figurines des parents, excepté lors du premier départ de

la maison de toute la famille pour fuir le monstre. Cet aspect semble conforter l'idée de la dimension anxiogène des représentations d'attachement des parents. Les résultats au C.C.H. montrent ainsi que Tom a tendance à investir l'assistante familiale comme une figure d'attachement alternative.

5.1.1.2 *Analyse clinique des données de Tom un an après son arrivé en famille d'accueil*

5.1.1.2.1 Le dessin de famille avec les professionnels

Un an plus tard, Tom répond cette fois-ci favorablement à la consigne du dessin de famille avec l'assistante familial que nous proposons après l'épreuve du dessin libre (présenté dans une vignette précédente). L'organisation narrative du dessin de famille ressemble, sur certains points, au travail associatif déployé dans le cadre du dessin libre. En effet, Tom dessine en premier le personnage le plus à gauche du dessin, colorié en orange avec des cheveux bleus. Tout le reste du dessin est monochrome de couleur bleue, hormis une gamelle, la plus au centre du dessin, coloriée en orange comme le premier personnage. Ensuite, Tom trace des représentations humaines qui apparaissent sans bras ni expression faciale, excepté le personnage, désigné comme le référent, qui a deux yeux, un nez et un grand sourire.

Le premier personnage de couleur orange représente Madame K selon Tom. Ensuite, le second personnage est décrit comme étant la maman (à côté de Madame K), puis en troisième (un peu plus à droite) le tonton non défini (pour qui nous faisons l'hypothèse de l'assistant familial relai). Ensuite, Tom dessine de manière inattendue le référent, sur le coin droit inférieur de la feuille pour après créer un chien avec quatre gamelles et un chat (précisons que contrairement au dessin libre, l'interaction entre les gamelles et les personnages sont nettement moins conflictuelles). La gamelle qui touche le chien est celle qui est coloriée à l'intérieur en orange. Plus loin en haut à droite, Tom dessine un enfant avec des cheveux longs qui représente selon lui « une fille », qui correspond probablement à l'autre enfant que Madame K accueille. Ensuite, Tom entoure sur l'entièreté de la feuille les personnages d'un mur, qui deviendra une maison avec la présence d'un loup à l'extérieur. Ce personnage est le plus méchant pour Tom (on remarque la même figuration menaçante pour Tom que dans le dessin libre). Puis, l'enfant dessine la cheminée et juste à côté, un cœur qui touche le mur de la maison.

Un an plus tard, Tom est en possibilité d'associer sur la famille d'accueil en incluant même le référent. La couleur la plus chaude est prêtée à l'assistante familiale, représentant peut-être le réconfort et l'affection. La problématique alimentaire est (comme dans le dessin libre) représentée par une gamelle orange, nommé toujours « bocal » par Tom, terme qui semble traduire la recherche de contenance d'une angoisse potentiellement débordante. Le personnage le plus méchant est le loup, que cette fois-ci Tom arrive à combattre, en faisant une croix dessus après avoir associé sur le cœur, symbole abstrait qui protège la maison et qui se retrouve dessiné à côté de la cheminée avec une fumée qui part dans sa direction. Madame K est située entre l'enfant et le loup, à l'extérieur de la maison, comme si elle constituait un rempart supplémentaire à l'intrusion potentielle de la menace du loup. Ainsi, Tom arrive à élaborer et mettre en scène plusieurs moyens de protection pour combattre le danger représenté par le loup parfois de manière abstraite et poétique (le cœur), et ce, dans une continuité des processus narratifs entre les deux dessins (libre et de famille). Enfin, soulignons que Tom précise davantage ses représentations en leur donnant des formes nettement plus identifiables.

Il est possible de relier la force de la protection que symbolise le cœur contre le loup par l'amour et les soins que Madame K apporte à Tom. En effet, celle-ci peut expliquer qu'au moment du coucher de Tom, elle adopte un certain nombre de rituels pour le rassurer : « souvent il a ses trois petits doudous qu'il a choisi, alors j'lui dis « ah ben tiens y'en a un le p'tit cœur » j'dis « ah ben il veut être près de toi le p'tit cœur, le p'tit cœur il veut être prêt de ton cœur », hop je lui mets le p'tit cœur, il a un gros cœur rouge, le p'tit cœur près du cœur, le p'tit chien « alors lui il est coquin » j'lui dis et puis c'est, c'est du grand théâtre hein que je fais et ils adorent ça les enfants. Je lui dis le soir « tiens, tiens ton p'tit chien lui au-dessus de ta tête », lui « t'as vu un peu que », et ça le fait marrer bien évidemment, le chien au-dessus de la tête, alors c'est un p'tit chien en peluche, je lui mets au-dessus de sa tête et puis j'lui dis « tiens le nounours ! Alors le nounou ohh le nounours il veut un p'tit bisou dans le cou nounours » Allez, hop j'lui mets le nounours dans le cou. Alors vous imaginez, le cœur, le p'tit bisou, il a le nounours dans le cou, il a le chien au-dessus de la tête et c'est ma façon, j'lui ai fait un p'tit bisou préalablement et c'est ma façon de lui dire au revoir, j'éteins la lumière et puis je lui dis « maintenant et puis si ils t'embêtent tes copains tu leur dis de te laisser tranquille parce que demain tu as école » et je quitte la chambre, je ferme la porte, et puis je sens il rit encore, il rit parce qu'il a un chien en équilibre instable sur la tête, voyez je sens que je lui crée une petite ambiance de, de voilà et puis je m'en vais ».

Ainsi, la figuration du cœur et du chien semble symboliser les objets transitionnels (Winnicott, 1973) que Tom a investi à travers Madame K, qui apparaît là encore comme une figure d'attachement alternative à l'image d'un objet maternel.

5.1.1.2.2 L'évolution de la construction des narratifs d'attachement

A la présentation des figurines pour introduire la première histoire, Tom se souvient très bien de tous les personnages. Nous décidons alors de changer le prénom du personnage enfant de Kévin en Pierre. De plus, la figurine de la grand-mère a été remplacée, ce que Tom ne manque pas de remarquer : « ça c'est qui ? » pour associer tout de suite sur « et le chien ! » en ajoutant « et il dort ». Il est possible que ce sommeil du chien fasse écho à la précédente passation. En effet, il y a un an, Médor était le seul personnage éveillé et conscient de la chute du gâteau. Il est possible qu'un an après, Tom redoute l'arrivée de cet épisode. Après l'énoncé de l'histoire, Tom nous demande où se trouve la voiture. Nous lui indiquons que la voiture interviendra plus tard dans le jeu, ce qui amène Tom à nous dire de « fait, faire un autre ! ». Nous le questionnons s'il souhaite que nous fassions un autre gâteau et Tom nous répond que « oui ! ». Nous lui demandons alors ce qui se passe ensuite et Tom prend la grand-mère et le gâteau et nous le donne directement en déclarant « un autre ! ». Nous encourageons ainsi cette association en répondant « un autre et hop ! Un nouveau gâteau » et nous lui redonnons le « jouet-gâteau » à notre tour. A ce moment-là, Tom reprend le gâteau avec la grand-mère et se dirige vers la table (du jeu) en chantant comme nous l'avons fait au début du jeu « joyeux anniversaire ». Nous chantons alors avec lui « joyeux anniversaire Pierre ». A notre question « qu'est-ce qu'il se passe après ? », Tom nous répond qu'il ne sait pas. Nous reformulons ainsi « tu ne sais pas, que le gâteau il est tombé, que maintenant il est réparé et que c'est un nouveau gâteau ? » et Tom nous répond « qu'il est content ». Nous appuyons cette résolution positive et déclarons : « il est content. D'accord ! Ok. Alors ils mangent, ils ont bien mangé le gâteau « miam miam miam ! Mmmh ! Il est très bon le gâteau de Pierre ! ».

Ainsi, contrairement au « T1 », nous remarquons que Tom n'a pas du tout la même identification à l'animal et développe un transfert encore plus important à notre égard : en nous adressant directement le gâteau pour en faire un nouveau. De plus, la scène n'est plus figée dans l'annulation de ce qui vient de se passer. Tom arrive à réparer le gâteau altéré par la chute et propose une continuité narrative avec beaucoup d'inventivité.

A l'histoire suivante du rocher, Tom fait directement tomber Pierre du rocher. Ensuite, l'enfant affirme « et maintenant, c'est le papa (*Tom parle du personnage père mais prend la figurine mère*) et non c'est la maman (*Tom prend alors la mère*) ». Puis Tom fait monter la mère sur le rocher, avec un rebond marqué sur le rocher, pour rejoindre après le personnage Pierre. Tom répète l'action de la même manière avec le père, mais dans un rebond découpé cette fois-ci en deux temps. Puis, Tom nous demande où nous avons trouvé le rocher. Nous lui répondons alors que c'est un rocher mystérieux. Tom poursuit en exprimant que « Nan-nan ! Pop Pop Pop ! Voilàà ! C'est fini la balade !! ». Tom rassemble alors tous les personnages de l'histoire. A la différence du dernier C.C.H., il n'y a que Pierre et les parents qui rejouent à la résolution du « rebond psychique » du rocher. Cette fois-ci, la grand-mère reste dans la maison avec Médor, traduisant une évolution de la situation projective.

En effet, Tom arrive à s'identifier plus facilement aux représentations humaines jusqu'à réussir à faire intervenir les parents, qui étaient délaissés auparavant. La grand-mère, puis Pierre, puis Médor, tous ces personnages n'ont plus besoin de montrer aux parents comment faire pour dépasser cet obstacle que semble représenter le rocher. Cependant, lorsque nous demandons ce que pense Pierre, Tom fait revenir le personnage enfant vers la grand-mère, reflétant probablement l'importance de la mentalisation que l'assistante familiale représente pour lui, par sa qualité de fonction réflexive parentale alternative.

En ce qui concerne la troisième histoire, Tom l'anticipe d'emblée en nous interpellant « et le lit ! » que nous n'avons pas encore sorti. Nous présentons les objets, racontons le début du récit et lorsque le monstre apparaît, Tom s'exclame en disant « maman ! Un monstre ! Un monstre ! Il reste deux maisons. Oh ! La voiture ! » Nous lui demandons ce qu'il se passe ensuite et Tom nous répond « il regarde » et prend le personnage de la mère qui vérifie alors sous le lit. Tom explique ensuite « oh oui il y a un monstre ! La voiture ! », « la voiture bleue ! », « il faut la voiture ». Nous lui expliquons que la voiture arrivera plus tard. Tom prend alors le père dans ses mains et dit « il faut changer de maison ». Nous demandons « il faut changer de maison. Et le père de Pierre qu'est-ce qu'il fait ? » ce qui amène Tom à associer directement sur « le monstre », en manipulant ensuite le personnage du père pour qu'il regarde sous le lit. Tom poursuit « et elle l'a vu elle ? » (*En prenant le personnage de la grand-mère*), ce qui nous amène à reformuler si elle a vu le monstre, conduisant Tom à nous répondre que : « elle a vu ! Et le chien (*Tom prend le chien*) Oh il y a un monstre, il y a un monstre ! Faut changer de maison !».

Nous remarquons que Tom aurait peut-être réussi à proposer une résolution de l'histoire si nous avions accepté d'introduire directement la voiture : c'est en effet un véhicule plus pratique (et attrayant) pour fuir le danger plutôt que de concevoir une histoire impliquant l'arrivée dans une nouvelle maison. Cette impossibilité conduit Tom à associer sur la figure du père qu'il assimile dans un premier temps spontanément au monstre, symbolisant peut-être la peur et le danger via les violences subies dans le passé avec son père et son beau-père. Ensuite, Tom insiste sur la solution de la voiture et finit par exprimer un narratif qui se délie, en faisant intervenir tous les personnages dans la situation de changement de maison. Comme au « T1 », les deux maisons semblent représenter la problématique de séparation avec sa famille de naissance et l'entrée en famille d'accueil. Tom aménage dans le récit une solution de fuite du danger que nous pouvons relier à la situation de protection de placement. Nous observons donc un travail psychique de symbolisation à l'œuvre autour de la problématique de placement en lien avec son vécu au sein de sa famille de naissance.

Tom persiste une troisième fois sur le recours à la voiture en nous disant « tu peux donner, s'il te plaît, une voiture bleue ? » et nous répondons alors « d'accord donc je te la donne plus tôt que prévu ! Donc là il y a la voiture bleue, et qu'est-ce qui se passe ensuite ? »⁷⁰. Tom nous donne alors le lit (peut-être pour nous confier la scène conflictuelle et anxiogène, comme avec le gâteau dans la première histoire) et associe comme il y a un an sur le coffre de la voiture en demandant : « Il est où le coffre ? ». Nous signifions que le coffre est toujours là mais qu'on ne peut pas l'ouvrir. S'en suit alors l'installation de tous les personnages dans la voiture, avec un jeu de chaises musicales sur le conducteur. Tom exclut d'emblée le père et place la grand-mère au volant pour y installer finalement Pierre en introduisant après le chien dans la voiture. Ensuite, Tom déclare « hop une nouvelle maison » et demande une nouvelle fois où est le lit. Nous lui montrons l'emplacement et Tom le remet à sa place initiale (avant la scène de l'apparition du monstre). Le personnage de Pierre semble satisfait de retrouver le lit, Tom le fait sauter de joie et s'exclame « Ouais ! Un nouveau lit (*à ce moment-là, Pierre et le père sont tous les deux ensemble*) ! Et là, c'est la salle (*Tom laisse alors Pierre sur son lit et éloigne le père dans la salle puis il sort le chien, la mère et la grand-mère de la voiture*). Là, c'est la salle

⁷⁰ Précisons que ce passage du C.C.H. reflète la difficulté particulière que nous avons rencontrée tout au long de la recherche et ce, particulièrement en ce qui concerne les enfants et les adolescents. En effet dans les passations cliniques, nous étions sans arrêt tiraillé entre le cadre de l'entretien clinique de recherche et le cadre d'entretien clinique thérapeutique. Lorsque la situation se présentait, nous avons systématiquement choisi la dimension thérapeutique de la rencontre. Nous développerons plus précisément cet aspect dans le prochain chapitre consacré à la discussion de l'étude dans la partie sur l'analyse de notre rapport à l'objet de recherche.

(tous les personnages sont alors dans la salle). La voiture, elle est là, je la laisse là. Pour demain (il éloigne la voiture de la scène principale). Et demain ! Bonne nuit ! Pierre ! (À ce moment, nous n'arrivons pas à distinguer si c'est la grand-mère, la mère ou le père qui parle) Y a Médor à côté de lui (le chien est allongé sur le lit avec Pierre) « Rho- pshht », « rho-pshht » (imitation du bruit du dodo) Ding dong ! C'est l'heure ! ».

Peu après, Tom fait alors intervenir la mère avec Pierre qui répond « bonjour maman ! (Pierre se lève et va en direction de la mère pour la saluer). Maintenant, on change de maison (Tom prend la voiture) ». Tom nous explique que « oui. Y a un tout petit peu monstre, un tout petit peu ». Afin d'encourager la terminaison de cette résolution, nous répondons alors à Tom que « un tout petit peu mais alors si Pierre il dit « oh il y a un monstre », et que maman elle regarde, et que papa aussi, et que mamie aussi, et s'ils disent « oh c'est pour de faux Pierre, tu as fait un cauchemar, le monstre il n'existe pas, on va rester dans cette maison, parce que là on est bien. Et que si jamais il y a de nouveau un cauchemar, tu nous appelles et on viendra vérifier ? ». Tom semble satisfait en nous répondant « oui ». Ainsi, nous remarquons que contrairement au temps « T1 », la répétition de la venue du monstre ne s'organise plus dans une problématique irrésolue autour de la recherche d'une représentation maternelle nouvelle et espérée protectrice (la symbolisation du changement de maison). Le monstre ne terrorise plus tous les personnages et ne semble plus incontrôlable. De plus, Tom convoque la figurine maternelle pour le réveil et les figurines parents vont même jusqu'à regarder chacune à leur tour sous le lit. Elles ne sont plus ignorées. Cependant, le besoin de soutien de la grand-mère qui « elle l'a vu » reste toujours présent. Le personnage de Pierre est beaucoup plus mis en avant que le chien comparativement au C.C.H. précédent. Tom est en capacité de proposer des interactions positives entre les personnages en intégrant les figurations parentales (les rebonds des parents sur le rocher, l'appel de la mère à la première apparition du monstre, la vérification sous le lit par les parents, le bonjour de la mère au réveil du personnage enfant).

Concernant la scène du départ, cette fois-ci, Tom n'apparaît plus sidéré en restant debout et immobile face à la situation de séparation. Il adresse même un « au revoir » et est en mesure d'éloigner la voiture. De plus, il trouve une solution ingénieuse de compromis pour probablement atténuer l'angoisse de séparation : il installe Médor dans la voiture (avec les parents) et le personnage Pierre quant à lui reste avec la grand-mère à la maison. Lorsque nous interrogeons Tom sur ce qui peut se passer après, il souhaite tout de suite faire revenir la voiture. Nous lui signifions alors « mais là ils partent en voyage, et là, ils sont partis ! ». Tom nous

explique « et après les jours, les enfants, la mamie de Pierre elle regarde la télé ». Cette situation conduit Tom à proposer une autre solution créatrice en disant « attend ! Fausse télé ! ». Notons que contrairement au « T1 », Tom semble avoir nettement mieux intégré le « faire semblant » du jeu par la trouvaille de cette télévision en la dénommant clairement comme « fausse ». A ce moment-là, Tom se lève, se dirige vers la chaise où sont installés tous les jeux (sans saisir la voiture présente avec les parents) et trouve un jouet pour figurer le téléviseur. Puis il retourne en courant vers la table du jeu, se rassoit et installe la télé devant la grand-mère. Pendant ce visionnage télévisuel, Tom nous dit que Pierre et Médor jouent à côté (après les avoir réunis de nouveau).

Lorsque nous questionnons la suite de l'histoire, Tom retarde la scène des retrouvailles en se levant pour aller chercher le lit (parmi les autres jouets), qu'il ramène sur la scène projective, en répétant alors « que le lit est là », « le lit il est là ». Il le positionne dans un premier temps derrière la télé pour le placer ensuite dessus, face à la grand-mère. Tom nous regarde alors avec insistance, comme s'il souhaitait que nous intervenions. Nous hochons alors de la tête en approuvant cet agencement original afin de soutenir Tom dans ses associations. La préoccupation exprimée par Tom au sujet de l'existence du lit qu'il place sous les yeux de la grand-mère, semble garantir sa protection face à l'attente de la scène des retrouvailles avec les parents imaginaires représentés par les figurines. Cette situation suscite ainsi à nouveau une certaine anxiété, que Tom semble solutionner là encore dans une recherche d'extinction de l'affect. En effet, lorsque nous invitons Tom à inventer la suite de l'histoire, il prend le personnage Pierre qu'il allonge sur le lit « maintenant il dort ». De la même manière, Médor finit par rejoindre Pierre en précisant « maintenant il dort ».

Par la suite, Tom s'exclame soudainement « c'est le matin ! Maintenant, le papa et la maman y reviennent ! ». A ce moment-là, il se précipite sur la chaise et ramène la voiture avec la mère et le père à l'intérieur, en saisissant le rocher. Tom montre ainsi des ressources surprenantes pour gérer cette situation de séparation et de retrouvailles par un travail psychique d'anticipation qui lui permet de réunir les personnages sans notre intervention pour signifier la consigne habituelle. Tom sort alors la mère puis le père de la voiture. Ce dernier dit bonjour à Pierre, à la grand-mère et à Médor. Précisons qu'entre temps, Tom a fait rouler la voiture sur le rocher, resté alors dessous. Ensuite, Tom exprime un nouveau travail psychique d'anticipation de la situation en empiétant sur l'histoire suivante. En effet, il mime l'étonnement tout en cachant Pierre derrière la voiture et explique qu'il est perdu : « Oh. Quoi ! Il est où Pierre, il est

où Pierre ? » (*Les parents cherchent Pierre*) Et maintenant c'est le chien ». Tom s'empare du chien qu'il cache derrière la voiture à côté de Pierre et nous regarde de manière attentive, comme s'il souhaitait vérifier nos réactions sur cette nouvelle proposition narrative. Nous soutenons à nouveau cette association de la tête et Tom prend alors les personnages des parents qui disent « on sait pas » (autrement dit, ils ne savent pas où se trouve Pierre et Médor). Puis Tom met en scène la surprise en faisant apparaître la cachette dans laquelle les deux personnages étaient : « il est là ». Puis, l'enfant ramène les figurines aussitôt vers la mamie.

Plus tard, Tom accélère le rythme du jeu, avec une certaine excitation. Après avoir recouché Pierre et le chien, il prend Pierre qui maintenant conduit et part en vacances avec Médor. Il fait alors rouler la voiture jusqu'au bout de la grande table de jeu et nous demande d'attendre. Situé pratiquement à l'autre bout de la pièce, il laisse la voiture à l'extrémité de la table avant de courir dans notre direction pour nous lancer « et le rocher il attend là » en nous montrant significativement la présence du rocher qu'il a placé à côté de nous. Nous lui signifions alors « et le rocher, il attend là. Et là il est bien loin du rocher Pierre », ce à quoi Tom répond « quoi ? ». Nous complétons « il est bien loin du rocher Pierre avec Médor (*nous regardons au loin la voiture qui est à l'autre bout de la pièce*). Ils sont partis ... explorer et faire de nouvelles aventures ! ». Tom nous regarde interrogatif puis se met à sourire, donnant l'impression d'un sentiment de soulagement. Nous indiquons à Tom que le jeu est terminé. Tom court vers la voiture à l'autre bout de la salle, la pousse avec force dans notre direction en s'écriant « Aventuuuure !!! ».

Ainsi nous observons qu'un an plus tard, Tom développe une narrativité élaborée autour des rebonds et des résolutions d'histoires. Le transfert est plus prégnant et s'actualise dans le jeu avec des objets porteurs de représentations conflictuelles voire d'une histoire potentiellement traumatique : le gâteau, le lit, le rocher, le monstre. De plus, Tom sort d'une position assez passive par sa recherche de maîtrise du déroulement des histoires dans une anticipation des éléments anxigènes, ce qui témoigne d'un travail psychique adaptatif plus mature. Les résolutions qu'il propose sont ainsi originales et particulièrement créatives. La dernière scène avec le rocher (qu'il nous confie aussi), représente probablement l'expression de sa base de sécurité, mise en scène par ce va et vient entre nous et la voiture. Tom arrive ainsi à investir une dimension exploratoire à travers le transfert de « l'aventure ». L'objet du rocher intégré à plusieurs reprises dans l'entretien, semble représenter les expériences angoissantes de disputes ou de violences : Pierre se fait mal en tombant du rocher, puis l'obstacle est évité par

le rebond de certains personnages, ou bien le rocher est écrasé par la voiture, ou encore il finit par être éloigné des personnages en nous invitant à le surveiller. La figurine de la grand-mère semble une nouvelle fois symboliser l'assistante familiale Madame K, même si elle est moins présente qu'il y a un an. Cependant, nous remarquons qu'elle reste incontournable dans toutes les situations que les parents n'arrivent pas à résoudre. Tom s'y réfère systématiquement : elle aide Pierre à réparer le gâteau, elle est la seule à reconnaître l'existence du monstre sous le lit (contrairement aux parents), elle reste aux côtés de Pierre pendant la scène de la séparation, elle surveille de manière protectrice le lit, et enfin c'est vers elle que se dirige Pierre et Médor au moment des retrouvailles avec les parents.

5.1.2 Les résultats et appréciations cliniques des professionnels présents dans la vie de Tom

5.1.2.1 *Du côté de l'assistant familial*

Pendant la première année de placement de Tom, nous avons rencontré Madame K à quatre reprises. Dans un premier temps, nous avons réalisé un entretien individuel afin de lui présenter notre travail de recherche. Dans un deuxième temps, Madame K a participé à la première partie de l'entretien de présentation de la recherche avec Tom. Ensuite, nous avons réalisé ensemble le premier et le deuxième entretien clinique de recherche du temps « T1 ». Un peu moins d'un an après, nous avons réalisé l'entretien du temps « T2 ».

Dans ce cadre, nous présentons la situation de Madame K en rappelant brièvement d'une part, les résultats sur l'attachement. D'autre part, nous développons certains aspects cliniques de l'Edicode, avant de décrire l'évolution des manifestations de type contre-transférentiel à l'égard de Tom sur une période d'un an pour en dégager des éléments de compréhension sur l'évolution de la dynamique relationnelle entre l'enfant et son assistante familiale.

→ PARTIES RETIREES POUR LA VERSION DE DIFFUSION

5.2 Deuxième situation clinique détaillée : « Eliot »

5.2.1 Les résultats et appréciations cliniques d'Eliot

5.2.1.1 Analyse clinique des données d'Eliot à son arrivée en famille d'accueil

Eliot est âgé de 15 ans. Il est accueilli au sein de la famille d'accueil « AF9 » que nous nommons après anonymisation « Madame R » et a pour référent l'éducatrice « R5 », que nous appelons après anonymisation « Madame O ». Rappelons qu'Eliot est le troisième d'une fratrie de cinq enfants et que sa petite sœur Anna (le sujet 7) et son petit frère Aymé (le sujet 6) ont été placés en même temps dans une famille d'accueil différente (l'assistante familiale « AF6 »).

Nous avons rencontré Eliot à cinq reprises en entretien individuel avec son consentement écrit que nous avons parcouru ensemble lors de l'entretien de présentation, en plus de l'autorisation parentale. Précisons que cette proposition apparaît indispensable pour favoriser l'alliance thérapeutique et qu'Eliot puisse se sentir acteur et libre de s'investir dans le travail clinique de recherche et ce, d'autant plus en raison des motifs de placement d'Eliot. En effet, ce dernier a lui-même formulé le souhait d'être séparé de sa famille de naissance pour être placé en famille d'accueil. Nous ne rappelons pas ici les motifs initiaux de placement, déjà présentés au sein des vignettes cliniques de sa fratrie⁷¹.

Dans ce cadre, nous présentons la situation d'Eliot en rappelant d'une part les résultats au temps « T1 » en termes d'attachement et en ce qui concerne les manifestations de type transférentiel, puis d'autre part, nous développons de la même façon l'évolution clinique de ces données en présentant les résultats au temps « T2 ».

5.2.1.1.1 Appréciations cliniques des résultats au niveau de l'attachement d'Eliot à son arrivée en famille d'accueil

En ce qui concerne l'attachement, Eliot manifeste des relations interpersonnelles d'attachement de type préoccupé dans la version catégorielle, tandis qu'il s'autoévalue comme davantage détaché dans la version dimensionnelle de l'épreuve. Ainsi, l'incohérence de ces

⁷¹ Les motifs de placement d'Eliot ont été présentés page 316 dans le cadre de l'illustration clinique du dessin de famille avec l'assistante familiale au temps « T1 », réalisée par sa sœur Anna (S7). Une autre vignette concerne le petit frère Aymé (S6) page 318 et illustre le dessin de famille avec les professionnels au temps « T2 ».

appréciations questionne l'aspect désorganisé de ses relations interpersonnelles d'attachement. De même, au niveau des prototypes relationnels d'attachement évalué au Ca-mir, nous retrouvons à la fois une préoccupation (59,7%) et un détachement notable (46,9%), ce qui soutient davantage l'inférence sur la non-résolution et la désorganisation des stratégies d'attachement. En effet, Eliot apparaît globalement insécure, en particulier aux échelles sur le traumatisme parental (77,3%), la démission parentale (69,2%), le blocage de souvenirs (57%), ainsi que la préoccupation familiale dans le présent (71,1%) et la rancune de rejet (65,7%). Nous pouvons souligner le lien étroit entre ces résultats et le vécu subjectif d'Eliot qui demande à s'éloigner de sa famille de naissance. Nous observons aussi une attente importante à l'égard des professionnels, que nous analyserons dans les manifestations transférentielles d'Eliot.

Par ailleurs, précisons que lorsque nous avons demandé à Eliot s'il souhaitait ajouter une question à la fin du Ca-mir, l'adolescent a proposé l'affirmation « la mort d'un proche » (rappelons qu'Eliot a perdu sa mère, décédée d'un accident de voiture). Cette association semble traduire la question de la perte de la mère d'Eliot. De plus, l'adolescent ajoute le thème sur la relation d'un père avec son fils, d'un « père qui soit plus près, plus proche des enfants », traduisant potentiellement la problématique relationnelle affective avec son père. Nous évoquerons plus loin ces aspects, notamment dans la partie qui aborde les appréciations cliniques propres à l'Edicode. En ce qui concerne les expériences d'attachement d'Eliot, la cotation inter-juge relève une faible fluidité narrative avec peu d'accès aux souvenirs, le discours est peu focalisé et structuré, une difficulté de prendre en considération ses états affectifs internes. La question des traumatismes subis dans le passé en termes de violence physique est aussi présente. Illustrons maintenant certains aspects cliniques des représentations désorganisées d'expériences d'attachement d'Eliot.

5.2.1.1.2 Appréciations cliniques principales de l'Edicode

Eliot commence l'entretien en nous expliquant qu'il a déjà déménagé à quatre reprises. Il précise qu'il ne sait pas pour quelles raisons ses parents avaient pris la décision de partir. Plus loin, il associe sur ses grands-parents décédés. Eliot exprime de la tristesse et des regrets vis-à-vis de la mort récente de son grand-père maternel (il y a un an), car celui-ci apportait beaucoup de joie de vivre dans la famille. Il explique ainsi que « bah ... la bonne humeur qu'il apportait (*temps de latence*). Parce qu'il était tout le temps en train de sourire, il faisait des blagues ».

Ensuite, l'adolescent affirme sa plus grande proximité affective avec sa mère. Il qualifie leur lien de « fusionnel » avec de « l'amour », sans pouvoir les rattacher à des souvenirs précis : « avec ma mère c'était bien mais voilà... ». Les descriptions restent vagues et normalisées : « on était tout le temps tout le temps ensemble on savait euh ... voilà » ou encore en parlant de son amour « parce qu'elle nous élevait comme une mère quoi (*à ce moment-là, Eliot parle très doucement*) ». Quant à son père, Eliot montre davantage de difficultés pour qualifier leur relation. Il explique qu'il était « nul » parce qu'il « criait tout le temps et nous disputait tout le temps », sans pouvoir proposer d'autres caractéristiques, ni d'exemples dans un premier temps. Plus loin dans l'entretien, l'adolescent évoque un père « menaçant » avec des accès de violences qu'il peut resituer lorsqu'il avait « quatre ou cinq ans », contre lequel il fallait se protéger et où il essayait de protéger sa mère. Ensuite, Eliot parvient à donner une représentation plus précise de ces événements : « mon père lui il arrivait il nous mettait des baffes, tout le temps », « plusieurs fois par semaine » en ajoutant que « bah non des fois c'était des coups de poing ». Ainsi, l'objet maternel semble particulièrement idéalisé tandis que l'objet paternel est associé à des représentations très négatives de menace voire de terreur.

Plus tard, Eliot raconte que lorsqu'il était plus jeune et qu'il était inquiet, il « passait dans sa chambre », sans être en possibilité de donner des exemples en contextualisant ces situations difficiles. Ensuite, l'adolescent partage qu'il s'est déjà senti rejeté par « ma grand-mère du côté de mon père, par mon père, et puis voilà » parce qu'ils « prêtent jamais d'attention » sans pouvoir une nouvelle fois illustrer ces expériences. La filiation paternelle de l'adolescent semble particulièrement vécue et représentée comme rejetant vis-à-vis de lui. Puis, l'adolescent revient sur l'annonce du décès de sa mère en expliquant que c'est son père qui lui a appris pour aussitôt rectifier en disant finalement que c'est son oncle paternel (avec lequel Eliot dit « s'entendre bien »).

Ainsi, cette annulation du porteur de la mauvaise nouvelle semble traduire également l'intensité de la colère qu'Eliot manifeste à l'égard de son père, comme si l'idéalisation maternelle était tellement puissante que le caractère sacré de l'annonce de la perte ne pouvait être entachée d'une personne aux représentations actuelles négatives. Dans ce cadre, il est possible que ce père menaçant soit aussi habité par le fantasme de celui qui a tué, le messenger dans ces circonstances pouvant être celui qui induit la mort.

Au cours de l'échange, Eliot réussit à verbaliser certains de ses éprouvés rattachés à cet événement, qu'il semble n'avoir jamais abordé jusqu'à présent. L'adolescent est en mesure de mettre des premiers mots sur les circonstances du décès de sa mère, en expliquant que « bah ma mère elle est partie voir ma tata, le soir, voilà elle était chez elle elle avait fait un tour, et

quand elle est repartie sur la route, du retour, bah il y avait deux voitures qui faisaient la course, et py euh ... (*temps de latence*) Py ils lui ont foncé dedans. (*Temps de latence*). Il y en a une qui a foncé dedans et l'autre qui est partie ». Ensuite, Eliot précise que « je suis je je le croyais pas. Je ne pouvais pas le croire ». Il arrive ensuite à expliquer qu'à l'enterrement il a « pleuré. Pleuré, pleuré » et qu'il n'a pas eu la possibilité d'avoir « l'attention quoi. Que j'aurais dû... aimer avoir ». A ce moment-là de l'entretien, Eliot a les larmes aux yeux et se referme aux échanges en répondant aux questions suivantes par « je ne sais pas ». Nous décidons alors de raccourcir l'entretien au regard de la durée de mobilisation psychique de la rencontre (plus d'une heure) et afin de respecter la sensibilité de la temporalité psychique d'Eliot sur cette expérience de perte douloureuse. Les ruptures associatives à l'évocation du décès de sa mère et de la violence de son père, difficilement symbolisable, soutiennent l'idée d'un impact traumatique notable sur l'adolescent.

5.2.1.1.3 Les manifestations transférentielles d'Eliot

Du côté de la famille d'accueil, Eliot a vécu un sentiment de soulagement à son arrivée. Il explique qu'il a ressenti « un peu de joie parce que », « comme ça je parlais de la maison », traduisant les conflits avec son père de naissance. Avant de rencontrer l'assistante familiale, Eliot imaginait que la vie « allait être dure hyper strict ». Ses premières impressions vis-à-vis de Madame R c'est qu'elle avait « un regard méchant » « mais qu'en fait non c'est cool » car elle « me laisse faire ce que je veux mais il y a des limites quoi », reflétant la recherche de l'interdit d'Eliot à travers l'éprouvé d'un cadre éducatif constant, fiable et prévisible. En revanche, Eliot montre des difficultés pour caractériser la dimension affective de la relation avec Madame R en expliquant par exemple qu'il ne sait pas ce qu'il aime le mieux en famille d'accueil. Cependant, Eliot est tout de même en possibilité de décrire ce qu'il aime le moins, c'est quand il est « puni » et qu'il fait des « bêtises » et « je suis pas content mais après, c'est moi qui ai fait la bêtise donc euh j'assume ».

Plus loin, Eliot raconte que Madame R est sympathique parce que lorsqu'il parle avec elle, il a l'impression qu'elle lui fait confiance, car « elle me laisse sortir plus longtemps au village ». Eliot reste ainsi neutre et ne prend pas le risque de caractériser davantage leur relation. Il précise néanmoins que la relation avec Madame R est « paisible », parce qu'on « se parle jamais méchamment, c'est tout le temps calme » reflétant encore une fois l'atmosphère de tension éprouvée au sein de sa famille de naissance. Il peut maintenant engager des conversations normales sans craindre que la situation ne dérape en dispute ou en coup. Ensuite, l'adolescent

poursuit que si Madame R serait quelqu'un de sa famille elle serait sa « tata » pour associer après qu'elle « a fait tout pour moi depuis que j'étais en famille d'accueil, elle m'élève comme si j'étais son fils » en développant ensuite que selon lui : « ma famille pense que je suis bien, car finalement vu dans les conditions j'ai pas eu mon enfance quoi, je pense que depuis la mort de ma mère j'aurais pu y aller dès le début, ça aurait évité que je perde mon enfance ».

En ce qui concerne la référente Madame O, Eliot montre encore plus de difficultés à décrire leur relation. Il n'arrive pas à mettre des mots sur ce qu'il a ressenti la première fois qu'il l'a rencontré et semble en difficulté pour associer. Il répond aux questions par « je ne sais pas ». En revanche, Eliot réussit à décrire en quoi consiste le travail de sa référente en expliquant qu'elle « nous aide pour nous pour notre avenir pour grandir mieux ». Selon lui, leur relation est « bien » et « sympathique ». Il la considère comme une « tata » qui est à l'écoute et la comprend parce que « à chaque fois elle demande si je suis d'accord de donner mon avis ». Enfin, Eliot montre une prise impressionnante de recul dans sa capacité à s'inscrire dans l'avenir qu'il souhaite construire, en expliquant que les trois souhaits qu'il a dans dix ans c'est « de rendre aux personnes qui m'ont aidé ce qu'ils ont fait et que je leur rende des choses », « de ne pas être comme mon père sans boulot » et que « si j'ai des enfants de bien les élever pour éviter d'arriver ce qu'il m'est arrivé ».

Ainsi, Eliot semble manifester dans un premier temps un transfert négatif à l'égard de l'assistante familiale (la suspicion, le regard méchant, le caractère strict). Mais très rapidement, il investit l'assistante familiale avec un transfert positif de type paternel par les recherches de l'éprouvé de la loi, de la médiation et du cadre. En deuxième intention, il la considère comme une « tata » pour finalement nous faire part de la dimension plus maternelle, dans sa façon de prendre soin de lui comme si « c'était son fils ». Du côté de la référente, Eliot exprime beaucoup plus de difficultés à décrire leur relation, probablement parce qu'elle représente à la fois la personne qui protège et celle qui sépare, mais aussi celle qui est le témoin de la fragilité de sa famille de naissance et par extension, probablement la représentation de sa propre fragilité. Autrement dit, la professionnelle symbolise peut-être le symptôme de la vulnérabilité de la problématique de placement familial d'Eliot. Par exemple, l'adolescent explique que sa famille considère sa référente « comme quelqu'un qui aide » et que lui-même définit son travail par l'aide qu'elle apporte pour qu'il « grandisse mieux », traduisant potentiellement la dimension culpabilisatrice qu'Eliot exprime à travers son souhait de rendre plus tard ce « qu'on lui a donné », c'est-à-dire de s'acquitter lui-même de cette dette.

Aussi, les processus adolescents d'Eliot mettent particulièrement en perspective l'importance de ses ressources psychiques, dans sa volonté de ne pas subir les contraintes de répétitions transgénérationnelles en reproduisant les mêmes erreurs de son père. La mobilisation de cette énergie psychique trouverait une partie de son origine dans la compensation affective apportée par la famille d'accueil, en se rendant progressivement compte qu'il lui est possible de faire autrement que de répéter le schéma familial de naissance. Dans ce sens, les processus adolescents semblent offrir une nouvelle possibilité de traduction des conflictualités œdipiennes d'Eliot. Le souhait d'exclure la moitié de sa filiation (du côté du père) ajouté aux premiers souvenirs de violence (lorsqu'Eliot avait cinq ans), semblent alimenter le fantasme de supprimer définitivement le père (d'ailleurs, nous verrons par la suite qu'Eliot n'a plus souhaité avoir de contact avec son père) en prenant éternellement sa place au côté de sa mère défunte, égarée dans une nostalgie idéalisée de la représentation maternelle, reflétant une problématique de deuil encore non résolue.

5.2.1.2 Analyse clinique des données d'Eliot après un an de placement familial

5.2.1.2.1 Appréciations cliniques des résultats au niveau de l'attachement d'Eliot

En ce qui concerne l'attachement, Eliot montre une sécurité progressive de l'attachement sur toutes les modalités mesurées. En effet, l'adolescent exprime des relations interpersonnelles sécurisées avec des auto-évaluations plus cohérentes dans leurs deux versions. Par rapport aux stratégies d'attachement, Eliot exprime toujours de l'insécurité en privilégiant les mêmes types de stratégies (détachées et préoccupées). En revanche, on observe une nette diminution des échelles appréhendant la non-résolution des expériences vécues, exceptée celle qui aborde le traumatisme parental (avec un score quasi-similaire). L'évolution la plus significative concerne un meilleur accès aux souvenirs. Vis-à-vis des représentations d'expériences d'attachement, Eliot montre une amélioration des processus narratifs sur tous les facteurs du discours. Les évolutions les plus probantes concernent la réflexivité (passant du détachement à la sécurité) et l'authenticité (passant du détachement pour tendre vers la sécurité), avec un discours plus engagé et spontané. Ainsi, Eliot exprime une meilleure régulation émotionnelle et arrive plus facilement à mettre du sens sur ses expériences passées, en prenant en considération leurs effets sur ses représentations actuelles.

5.2.1.2.2 Illustrations cliniques de l'Edicode

D'une manière générale, Eliot associe beaucoup plus facilement sur ses expériences en étant en possibilité de développer ses ressentis tout en les illustrant par des souvenirs concrets. Par exemple dès le début de l'entretien, Eliot raconte les différents déménagements qu'il a vécus en arrivant à les contextualiser dans l'espace et dans le temps, traduisant une meilleure capacité d'historicisation : « une fois je crois que j'avais quatre, non cinq ans. Quand on allait en « X » (*nom d'une ville*). Après une autre fois où je vais avoir huit... Huit. Ouais je devais avoir huit ans. C'était en novembre, « X » (*année*). Quand on est arrivé à « X » (*nom d'une ville et temps de latence*) Euh la troisième fois bah j'avais quat... treize ans. Quand on a déménagé à « X » (*nom d'une ville*) ». De même, Eliot évoque précisément les moments où il a pu se blesser : « en faisant du rugby je me suis ouvert le crâne, en match de rugby, on m'a marché dessus. Puis après je sais plus, mais j'ai pas euh... après j'ai plein de cicatrices des trucs comme ça mais c'est des coupures » en développant plus loin dans une virilité qu'il exhibe : « il y en a une là je devais avoir cinq, six ans (*Eliot montre ses cicatrices*) et il y en a une autre là, je devais avoir ... douze ans. Treize ans. Où j'ai eu euh... douze points de sutures ».

En ce qui concerne la manière qu'Eliot a de décrire sa relation avec ses parents, l'adolescent est en mesure d'exprimer les difficultés inhérentes à cet exercice, contrairement à l'année passée. Il nous fait part de ses ressentis en les illustrant par des souvenirs plus précis et n'a plus recours aussi massivement à la banalisation ou la généralisation. Par exemple, Eliot explique que par rapport à l'aspect fusionnel de la relation avec sa mère « on allait faire les courses, on se baladait, c'est elle qui m'emmenait chez le médecin quand j'étais malade. Elle s'occupait bien elle s'occupait tout le temps elle s'occupait plus de nous. Elle était très bien ». En ce qui concerne le père, l'exercice est encore délicat mais Eliot est de nouveau en mesure d'exprimer cette difficulté en racontant « après on était pas proche donc j'ai pas forcément... C'est dur à trouver hein ? ».

De plus, Eliot associe toujours sur le sentiment de rejet de son père, mais avec moins d'intensité. Par exemple, l'adolescent explique qu'on « lui demandait des choses il nous répondait pas il nous envoyait balader. Plein de petits trucs comme ça, et à force ça devenait, trop gros » et qu'à ce moment Eliot se sentait « triste », « parce qu'on voulait être gentil mais Lui non ». En cela, Eliot montre une réflexivité étonnante en mettant du sens sur les attitudes de son père, en proposant même des hypothèses sur les origines de cette forme de

dysparentalité tout en reconnaissant la subjectivité de ces expériences : « peut-être parce que son père il a, il a pas été là pour lui étant petit, je sais pas », « parce qu'après son père il l'a jamais connu donc euh, c'est peut-être le manque de n'avoir pas eu un père que c'est comme ça je sais pas. Après je suis pas dans sa tête mais ... C'est mon opinion ».

De même, Eliot est en possibilité de symboliser davantage les expériences de violence qu'il a subies. Il y a un an, son discours était discontinu avec des ruptures associatives aussitôt qu'il commençait à énoncer les coups qu'il recevait de son père. Aujourd'hui, il peut se remémorer d'autres scènes traumatiques en parvenant plus facilement à les représenter, en expliquant que son père « nous donnait des coups, des coups de tisonnier, plein de ..., il nous frappait », « quand on faisait une bêtise » et que c'était « pratiquement tout le temps. Pratiquement tous les jours hein. Et sinon quand j'ai commencé à me défendre, vers douze, treize ans, mais sinon j'étais pas assez costaud ». Eliot arrive à partager les épisodes de ces premiers affrontements avec son père lorsqu'il était en âge de se défendre, l'amenant à associer sur la force que cela lui a apportée en expliquant « je suis plus fort, plus fort grâce à ça. Ouais mentalement », et qu'après « moi j'aime pas être triste je suis tout le temps joyeux donc euh. Je sais pas du tout » et « ce qui peut me rendre faible en fait bah moi ça me rend fort ».

Dans ce cadre, il semble qu'Eliot exprime une forme de lutte-antidépressive pour ne pas aborder les affects conflictuels : il doit être toujours heureux et continuer à être fort, tout en ayant la possibilité de mettre des mots sur ce qu'il ressent. Les affects ont tendance à être mis fortement à distance comme dans l'exemple où il explique que son grand-père venait régulièrement à la maison pour leur apporter à manger lorsque le réfrigérateur était vide, et que cela « me soulageait. Même si je le montrais pas mais au fond de moi j'étais content ». De plus, remarquons qu'ici le grand-père (maternel) semble représenter une figure identificatoire paternelle importante pour Eliot (déjà observé à l'Edicode au temps « T1 »), qui se confirme dans la suite de l'entretien.

Eliot continue ainsi en expliquant qu'il n'exprime jamais ce qu'il ressent aux autres et surtout à sa famille, mais que de temps en temps, il est tiraillé entre le désir de vouloir leur parler et la honte de montrer ses émotions, comme si ces dernières représentaient une faiblesse, en expliquant que « j'aimerais mais après j'y arrive pas. C'est trop ... je sais pas. Il y a une partie en moi qui dit « vas-y » et l'autre qui dit « non » donc, je sais pas ». Sur les circonstances de la mort de sa mère, Eliot est davantage en possibilité de pouvoir livrer des souvenirs, en

racontant la scène des funérailles et en se laissant aller jusqu'à partager un souvenir agréable en associant que « je suis allé dans l'église mais j'ai pas eu le droit d'aller aux pompes funèbres, pour la voir et tout, parce que mon père il voulait pas. Sinon ma grand-mère mon tonton et tout ils m'auraient laissé y aller, mais mon père il a pas voulu » et continue en associant que « quand on est allé chez mon tonton et ma tata, j'étais avec elle, mon petit frère dans la voiture. C'était ... une journée familiale, on allait se baigner et manger un barbecue et tout. C'était vraiment euh « apaisant ». Ainsi, il apparaît que la problématique de deuil de la mère d'Eliot ne s'inscrit plus dans une idéalisation aussi intense qu'auparavant. L'adolescent arrive plus facilement à associer sur sa disparition et fait part plus aisément de ses ressentis, sans montrer d'envahissement émotionnel, contrairement au « T1 ».

Au sujet de son père, Eliot explique que leur relation s'est dégradée et lorsqu'il la compare à son enfance, le différentiel s'établit avec des procédés de dénégation : « c'est même pire. Il y a plus de contact. Donc c'est pire. Mais moi ça me dérange pas. Et moi je suis mieux comme ça » pour finir en formulant ses désirs pour l'avenir en expliquant qu'il aimerait avoir « une famille ». A ce moment-là, Eliot manifeste une contre-identification (Quinodoz, 1994) à l'égard de son père, lui permettant probablement de se construire autrement : le repère le plus subjectivant semble celui de ne pas faire comme son père : « être un bon père. Pas comme le mien. Montrer l'exemple bien et tout (*temps de latence*) puis faire plaisir à mes enfants, ma femme ». Remarquons que nous retrouvons ici dans la paternité fictive d'Eliot une dimension de plaisir dans son discours, au regard de la dynamique identificatoire paternelle qu'Eliot porte au grand-père (paternel).

De plus, Eliot semble être passé du désir fantasmatique de la suppression totale (de toute sa filiation) à une suppression fantasmatique « partielle » qui s'étaye dans le réel (Eliot ayant rompu la relation), soulignant peut-être l'importance de l'existence de son père par le choix délibéré de pouvoir choisir son absence (ou sa présence). De même, les propos sont moins négatifs avec une recherche sensible de mise en forme de la violence vécue et de mise en sens des attitudes de son père, jusqu'à restaurer cette partie de sa filiation en mettant en avant que celui-ci éprouve peut-être de la souffrance parce que lui-même n'a pas connu son propre père.

5.2.1.2.3 L'évolution des mouvements de type transférentiel à l'égard des professionnels

Un an plus tard, Eliot se sent « mieux » et « plus à l'aise qu'au début » en famille d'accueil. Il explique qu'il parle à l'assistante familiale « beaucoup plus qu'avant » mais pas encore comme il voudrait et que « peut-être un jour » cela sera possible « mais là je suis peut-être pas près ». De plus, Eliot arrive à exprimer sur ce qu'il préfère en famille d'accueil en associant « qui est plus de tension comme j'avais avec mon père ouais qu'il est pas d'embrouille que cela soit calme et tout que cela soit paisible » et ce qu'il aime le moins c'est « quand elle me punit des fois quand je fais des bêtises c'est normal parce que je le mérite aussi oui vraiment ». Cette thématique revient à plusieurs reprises dans l'entretien, lorsque par exemple il explique qu'il va parfois « trop loin » et fait des « grosses bêtises », et « mérite la punition ». L'adolescent semble ainsi toujours à la recherche de loi et de limite qu'il vient expérimenter dans la relation avec l'assistante familiale qui semble représenter inconsciemment une fonction tiercérisante, paternelle.

Eliot évolue dans la représentation qu'il a du rôle et de l'aide que l'assistante familiale lui apporte en expliquant que son travail consiste à « m'aider à mieux avancer dans ma vie, à mieux me préparer aussi, à ma future vie », mais aussi à un niveau identitaire lorsqu'il évoque que maintenant « je suis moi-même, je suis pas une autre personne ». De plus, la relation avec Madame R et ce qu'elle représente pour Eliot a également évolué de manière plus affinée et précise, comparée au temps « T1 ». L'assistante familiale n'est plus investie comme une tante voire une mère mais davantage comme une grand-mère, à l'image de la relation avec sa grand-mère maternelle : « elle prend soin de nous, quand on fait des bêtises elle nous le dit, un peu pareil que ma grand-mère, le caractère, très très, elle lâche pas, elle lâche pas du tout, quand elle a pas la vérité elle lâchera pas », en ajoutant que maintenant, il lui fait « entièrement confiance ». Ainsi, Eliot recherche la dimension fiable et solide de l'objet (Winnicott, 1956, 1973) dont la représentation se construit au fur et à mesure des expériences, ce qui nécessite une certaine temporalité pour construire une relation de confiance.

Vis-à-vis de sa référente, Eliot décrit plus facilement leur relation. Par exemple, il arrive maintenant aisément à associer sur les circonstances de leur première rencontre en expliquant que lorsqu'elle est venue pour la séparation de placement, cela s'est « bien passé », « elle était venue chez mon père elle avait pris euh le relais ! c'était une euh une bonne euh comment dire une bonne journée ». Plus loin, l'adolescent est en mesure de partager un souvenir marquant

avec Madame O en précisant qu'il se rappelle « quand elle m'a dit qu'on allait passer chez le juge pour savoir si on allait en famille d'accueil ou pas. Moi j'étais content quand elle m'a dit ça ». Madame O semble ainsi représenter un repère protecteur à travers la dimension séparatrice et médiatrice qu'elle incarne au sein de son vécu de placement (famille, juge, famille d'accueil).

Ensuite, Eliot souligne l'importance de l'écoute de Madame O, en précisant qu'il n'avait jamais rencontré quelqu'un comme cela auparavant. Il explique qu'elle « nous écoute beaucoup quand on lui parle on lui dit des trucs euh ... elle est à l'écoute, des gens, mais beaucoup ». Dans ces moments, il arrive alors de lui parler de sa famille de naissance et plus particulièrement sur « tout ce qu'il pense de son père » et que « ça le soulage un peu ». Une véritable relation de confiance s'est établie. Eliot souligne également l'importance de la continuité des liens avec sa référente qui représente en quelque sorte le fil conducteur de son histoire et de sa problématique de placement, en expliquant que si elle devait partir : « ça me ferait ... ça me ferait ... ça me ferait un peu en le disant poliment quoi, parce que ...j 'vais pas être vulgaire mais ... je serai dégouté ! Parce que déjà ma première éducatrice ça faisait cinq ans qu'on l'avait elle avait dû partir parce qu'elle avait trop de dossiers de famille donc ouais sachant que comme elle connaît bien le dossier Madame O de partir comme ça ça me ferait ... bizarre ». En cela, Eliot considère toujours Madame O comme sa tata mais en précisant cette fois-ci « du côté de ma mère », illustrant la dimension affective qu'il prête à sa référente, dans des ressentis maternels tendres.

Au niveau de ses relations avec ses pairs, Eliot explique qu'il lui est toujours difficile de partager ses problèmes. Il souligne ainsi qu'il a dû mal à reconnaître que certaine fois il a tort en précisant par exemple que « je le fais jamais, j'ai tout le temps raison » et que « j'aime pas parler c'est pour ça même si j'ai confiance j'aime pas ». En revanche, il comprend l'intérêt que cela peut avoir pour autrui. En effet, l'adolescent associe alors que cela arrive souvent que les autres lui parlent de leur problème. Par exemple, Eliot explique que « quand je vois les gens pas comme d'habitude ouais, c'est flagrant, je lui demande si il a besoin de parler des trucs comme ça, je lui demande ce que moi je fais pas, c'est bizarre mais du coup il en parle un peu, il s'extériorise, moi je garde pour tout pour moi » et qu'après « il se sent un peu mieux, c'est normal qu'il soit pas tout de suite mais ouais il se sent un peu libéré ».

Remarquons ici la problématique de réparation investie dans ses relations interpersonnelles, qui lui permet probablement à la fois d'être dans un partage d'affects et en même temps de ne pas prendre le risque de dévoiler sa propre vulnérabilité. Il est également

possible de relier cette réparation dans l'identification prêtée à la référente dans l'écoute qu'elle lui apporte, accentuer dans le transfert propre au cadre de recherche. De plus, nous pouvons relever le travail psychique identitaire à travers la recherche d'un groupe d'appartenance, en lien avec la période d'adolescence qu'il traverse. En effet, Eliot aspire à être considéré comme un adolescent ordinaire, en précisant que « je suis un enfant normal, maintenant, alors qu'avant j'y étais pas, enfin pour moi j'y étais pas ».

Pour conclure, les investissements transférentiels d'Eliot ont évolué pendant cette première année de placement. Du côté de l'assistante familiale, Eliot est plus en confiance et exprime moins de conformisme dans la relation. De plus, il semble effectuer un « saut générationnel » dans ses identifications : l'assistante familiale passe d'une représentation de « tata » à une mère pour arriver à l'identification plus stable (et désésexualisé) d'une grand-mère. Il est possible d'apprécier cette évolution comme une mise à distance défensive des assauts projectifs et attentes de Madame R, cette dernière souhaitant (inconsciemment) incarner la représentation maternelle. Aussi, cette évolution de ces mouvements intrapsychiques traduit l'avancée de la résolution de la problématique de deuil d'Eliot : le travail d'élaboration de la perte de la mère qu'il avait tendance à rechercher à l'extérieur semble moins nécessaire dans l'élaboration nostalgique de l'objet interne maternel qui ne se retrouve plus perdu dans la non-résolution, engendrant une meilleure différenciation avec ses objets externes.

Du côté de la référente, Eliot arrive à mieux représenter son rôle, sa place et ce qu'elle peut lui apporter dans sa problématique de placement. Elle semble investie davantage comme un tiers médiateur de confiance et comme garante de la continuité de son parcours de vie. Eliot manifeste également un transfert affectif envers son éducatrice identifiée comme une tata, en la situant cette fois-ci sur le versant maternel de sa filiation.

5.2.2 Les résultats et appréciations cliniques du côté de l'assistante familiale Madame R

Madame R, âgée de 55 ans, vit maritalement et a une fille d'une trentaine d'année. Elle est la septième d'une fratrie de neuf enfants. Madame R souhaite participer à la recherche afin de mieux comprendre Eliot et la relation qu'elle a avec lui qu'elle qualifie de « bizarre ». Nous avons rencontré à cinq reprises Madame R avec un entretien de présentation, deux entretiens de recherche au temps « T1 » et deux entretiens un an après. Nous présentons ici la situation de

Madame R en rappelant d'une part les résultats au niveau de l'attachement avant d'aborder l'évolution des manifestations contre-transférentielles à l'égard d'Eliot.

5.2.2.1.1 Les résultats au niveau de l'attachement

En ce qui concerne l'attachement, Madame R exprime des relations interpersonnelles d'attachement sécure sur le plan catégoriel et dimensionnel sans observer d'incohérence particulière entre ces deux modes d'auto-évaluations. En revanche, le prototype relationnel d'attachement est apprécié comme étant insécure désorganisé avec un niveau prépondérant de détachement (69,2%) et de préoccupation (59,2%). La non-résolution semble particulièrement centrale avec des scores positifs sur la majorité des échelles insécures, dont les niveaux les plus significatifs concernent l'indisponibilité parentale passée (80,8%), la rancune de rejet (74,7%), le blocage du souvenir (73,8%), la démission parentale (72%), le traumatisme parental (71,7%) et la rancune d'infantilisation (71,3%). De plus, précisons que pendant la passation du Ca-mir, Madame R associe beaucoup, reflétant la mobilisation d'un travail psychique prégnant. Elle pouvait ainsi se parler à elle-même à haute voix, passer du rire aux larmes et s'effondrer en pleurant après chaque étape de tri. A la fin de l'épreuve, Madame R s'effondre en larmes après nous avoir confié : « c'est qu'enfant, j'aurais aimé être placée en famille d'accueil ».

En termes de représentations d'expériences d'attachement, le discours de Madame R est désorganisé avec une fluidité associative importante, reflétant une recherche constante de mise en sens. Elle se montre plutôt cohérente dans son récit (facteur détaché) mais ses affects sont peu en adéquation avec ses représentations (facteur préoccupé), particulièrement lorsqu'elle aborde les événements de vie traumatiques. Elle fait preuve d'une importante réflexivité et authenticité, en lien avec une mobilisation psychique intense.

5.2.2.1.2 Illustrations cliniques de l'Edicode

Très rapidement, Madame R présente ses représentations familiales passées comme chaotiques et douloureuses dans une absence de relation : « on est pas une famille », « il n'y en avait pas (*de relation*). Du plus loin que je me rappelle (*temps de latence*). On a vécu comme ça (*temps de latence*) dans une maison ». Madame R associe alors très rapidement sur le sentiment de rejet, tant du côté de sa mère que de son père. L'assistante familiale explique alors que sa mère ne « s'occupait pas de moi, elle ne s'intéressait jamais à mes études, pff ! (*Temps*

de latence). Ni à mes soucis, ni à mon éducation de (tousse) de jeunes filles... c'est mes sœurs qui se sont occupées de moi, pas ma mère... Moi je prenais des claques quoi. Bah les autres aussi remarquez, pour le coup euh ... j'ai pas d'adjectifs euh pff ». Quant à son père, Madame R ajoute que « c'est encore pire ! (*Rire*). Alors pire dans le sens que de toute façon il était pas là. Il travaillait tout le temps. Quand il avait fini son travail, il travaillait encore au noir donc ... il rentrait pour manger il fallait se taire py voilà, donc pf ! euh adjectifs là euh pf euh pf, pf je pf ! je ... sais pas. (*Temps de latence*). Je peux même pas dire qu'ils étaient gentils. Ils étaient ... », « on peut dire méchants ». Nous pouvons souligner ici la dimension particulièrement négative et infantile de ses représentations, en lien avec des violences physiques, difficiles à aborder dans un premier temps : « on prenait une claque et voilà ! Une claque c'est gentil, on prenait une bonne trempe (*soupir*) mais voilà non, non. Ils ont jamais dit je vais te tuer ou je vais non. Mais euh ... ça tapait ça criait, ça c'est sûr », « depuis toujours et à n'importe quel âge oui ».

Selon l'assistante familiale, les effets de ses expériences sur sa personnalité actuelle se traduisent par le fait que « pour le coup je tape pas. Et puis je ... crie pas (*temps de latence*). Et ... ouais. C'est vrai que de par mon métier je discute beaucoup quand même, mais je crie pas et je tape pas. Et j'ai du mal à punir hein. Même si ... je sais dire non, je sais dire non, c'est vrai que bon voilà c'est vrai que l'éducatrice des fois elle me dit alors, « vous avez qu'à le punir de télé le punir de » je le fais mais ça me déchire. Oui ça c'est sûr. Pour moi euh punir de télé un gamin de truc euh ... ça me met très très euh ... ça me met en difficulté. Ouais. Ça me met en difficulté ».

Ensuite, cette situation amène Madame R à associé directement sur Eliot, reflétant l'intensité de ses mouvements projectifs dans la crainte de la répétition de la résurgence des expériences traumatiques. Ainsi, Madame R raconte que « d'ailleurs euh ... Eliot il le sait. Parce que je lui ai déjà dit je lui dis regarde « tu me pousses dans le truc que je veux pas aller, je vais pas te punir de télé comme si tu avais euh quatre ans » enfin c'est c'est pas euh ... pour moi j'ai ... j'ai du mal. J'ai du mal à punir, j'ai du mal à ... mais je suis obligée de jouer au gendarme parce que sinon je me ferais bouffer par mes petiots mais (*rire*) mais voilà. Ça c'est quelque chose que je fais mais ... contrainte et forcée. Parce qu'il faut bien mettre... mettre des limites hein ! Comme il y en avait trop chez moi, peut être que j'en mettais plus euh pf ! avec mes deux grands c'est vrai que j'étais très très ... laxiste. Ouais. J'ai laissé passer des choses que je n'aurais pas dû laisser passer. Mais pour le coup euh ... personne n'est parfait. (*Rire*) ».

De même, Madame R associe sur le manque d'affection qu'elle a reçu. Selon elle, ces carences affectives ont entraîné des difficultés dans ses rapports aux autres et qu'en raison de la violence, Madame R explique qu'elle est démunie pour partager ses ressentis, comme si cela constituait un danger, même si elle le désire fortement. Elle développe ainsi que dans sa famille, il n'y avait pas « de démonstration d'amour, de considération pour l'autre. Et du coup c'est vrai que, là c'est peut-être un peu par là où ça pêche pour moi parce que j'ai dû mal à exprimer, mon amour de l'autre. Même avec mon conjoint d'ailleurs. J'ai du mal à aller euh ... Ouais, c'est vrai. J'ai tellement pris de baffes, que d'ouvrir les bras, du coup ça me Voyez, ça ça peut être euh ... ça, c'est pas simple. Et du coup je me vois mal prendre Eliot dans mes bras, ça je vous le cache pas hein à quatorze ans en plus, bon les petites euh elles veulent euh... donc je les prends on se fait des câlins euh ... c'est pas simple mais on le fait. Mais du coup oui ça pourrait me poser des problèmes. Ça m'a toujours quand même posé des problèmes. Parce que trop de baffes euh, ça calme hein ? (*Soupir*) mais bon c'est comme ça ».

5.2.2.1.3 Les manifestations contre-transférentielles de Madame R au temps « T1 »

Tout au long de l'entretien, Madame R exprime des mouvements projectifs massifs à l'égard d'Eliot, reflétant l'intensité des problématiques infantiles non résolues. Tout d'abord, elle explique qu'elle a choisi de faire ce travail pour les enfants. L'assistante familiale associe ainsi que « je ne peux pas être proche des parents, je ne peux pas je ne peux pas ! », « j'en veux au parent car si les enfants sont placés c'est de la faute aux parents ». Ensuite, Madame R souligne la complexité de ce travail pour trouver sa place, et notamment dans ce qui fait résonance avec sa propre histoire : « on est une famille mais pas entièrement famille car ce n'est pas notre famille, car tout roulait mais je ne peux plus », c'est un travail qui « devient compliqué et ambigu et on ne doit pas trop les aimer », « car ce n'est pas nos enfants » en précisant que « c'est dur pour nous, dur pour notre famille, et qu'on est hors clou ». Aussi, il arrive à Madame R de partager son vécu personnel et familial avec les enfants, en leur racontant que « moi aussi j'ai été battue mais toujours là, quelques réflexions pour les interpeller et moi aussi ça m'est arrivée, et peut être on s'en sort on y arrive », traduisant ainsi la force de ses projections psychiques.

Vis-à-vis d'Eliot, Madame R affirme qu'elle a des difficultés à comprendre son attitude en mettant en avant sa bizarrerie. Celle-ci semble refléter son propre vécu lorsqu'elle souhaitait être placée en famille d'accueil. Cette étrangeté traduit probablement l'intensité du contre-

transfert d'accueil de Madame R, partagé entre des sentiments familiaux plus ou moins enfouis (le souhait d'être placé) et en même temps étrangers (car ils émanent de l'autre et ne lui appartiennent pas totalement) : « rien ne fonctionne par rapport à ce que je peux mettre en place et le placement familial c'est lui qui le voulait, mais j'ai des doutes en finalité à quoi il s'attendait », et « c'est bizarre comme situation, c'est bizarre, est-ce que c'est moi qui me trompe, si je fais bien, et quand je parle avec lui, il ne me dit rien ».

Dans ce sens, il apparaît que le moindre écart affectif semble intolérable pour Madame R, qui a tendance à être dans le catastrophisme en maximisant les attitudes de l'adolescent (qui ne sont pas observées comme telles dans le réel) : « j'ai tout essayé, contrainte punition gentillesse et violence dans les mots. Et y a rien, il écoute pas », « le collègue s'en plaint et l'orientation professionnelle c'est une catastrophe, il peut être très violent en classe dans son attitude, il répond et il provoque, mais en conclusion il est gentil, tout le monde s'arrête là, il est pas vulgaire, et propre » pour ensuite expliquer qu'au collègue Eliot n'est « pas compliqué vu les gamins qu'ils ont, et il a une moyenne pas dramatique ». De même, Madame R semble vivre la différenciation comme un rejet, la poussant à rejeter à son tour l'adolescent « et si ça se trouve il est pas bien chez moi » et poursuit en associant à plusieurs reprises que « personne n'est pas parfait si tu veux partir ».

De plus, cette intensité des mouvements contre-transférentiels de l'assistante familiale se retrouvent également à travers son rapport à la maladie qu'elle semble projeter sur l'adolescent. En effet, à l'Edicode, Madame R se décrit comme une enfant à la santé fragile « j'étais d'une santé très très très très très fragile », et qui tombait systématiquement malade lorsqu'elle se sentait troublée, en souffrance : « j'étais enfermée dans ma chambre, je pleurais, je vomissais euh, le docteur venait mais il savait pas, donc il fallait qu'on me fasse des piqûres parce que je mangeais pas », « j'ai toujours été malade, tout le temps », « depuis autant que je m'en souviens ».

En ce qui concerne Eliot, Madame R interprète de la même manière les attentes affectives qu'il pourrait avoir à son égard lorsqu'il est en détresse en se positionnant comme soignante contre la mort qui pourrait frapper l'adolescent, jusqu'à espérer qu'il soit malade pour mieux le soigner « en ce moment il est malade de crise d'asthme et pourquoi ces crises ? Il y en a eu une en relais, et en a refait. On venait de finir le traitement. Je me demande s'il n'a pas besoin de médicaments pour vivre. Car quand il est arrivé il avait plein de tubes de Ventoline et

j'ai tout confisqué car mon dieu qu'est-ce qui se passe ? Ça l'a peut-être mis en difficulté car plus de médicaments pour vivre et comment faire pour vivre, et il fait des allergies c'est vrai et il en refait une et il venait de finir le traitement car chez eux il devait être malade pour qu'on s'intéresse à vous ».

A certains moments, les mouvements contre-transférentiels sont tellement massifs que Madame R a recours à la fonction de l'agressivité pour contenir ses propres débordements. Elle associe ainsi « j'aimerais bien qu'il rentre dedans, mais il est trop gentil, c'est fatiguant, rentres-moi dedans je serais qui tu es ! Il me faut des solutions quand je pars ! » tout en expliquant qu'il « faut se méfier des ados, et des fois ça fâche, on peut mettre de la règle », « mais je ne peux pas, il m'oblige à sortir de mes gonds et d'être comme ça j'aime pas, j'aime pas les punitions ». Tout au long de l'entretien, Madame R oscille entre des représentations antagonistes d'Eliot, vécu à la fois comme un bon objet gentil et agréable et en même temps comme un mauvais objet dont il faut se méfier et qui peut être violent. L'adolescent semble ainsi incarner une surface projective majeure des propres objets internes de Madame R.

Enfin, l'assistante familiale exprime sa déception et le rejet qu'elle ressent de la part d'Eliot qui ne lui laisse pas prendre la place de la mère, malgré tout l'espace psychique potentiel pour incarner une mère idéalisée que la professionnelle désire ardemment incarner aux yeux de l'adolescent : « je remplace entre guillemet, je prends la place de ses parents, je suis là pour remplacer, à un moment donné de sa vie » « il voulait que je sois peut être comme maman de substitution qui demandait et l'attention et maman de cœur mais pas du tout », « il pleure encore sa maman, c'est douloureux, il a les yeux qui brillent et la maman de substitution, pas possible ». Plus loin, il semble que le rejet de la représentation maternelle qu'elle a d'elle-même, entraîne également un rejet de sa représentation de femme, dans une forme de confusion générationnelle et incestuelle entre l'adulte et l'enfant, entre l'homme et la femme : « c'est compliqué pour lui le rapport avec les femmes, c'est mieux avec les hommes » et « il a une copine qui vient de perdre sa maman donc cela les a rapprochés mais avec moi ... ».

A la fin des trois premières rencontres de ce temps « T1 », Madame R nous livre les bienfaits de sa participation à cette recherche dans la compréhension que cela lui a apporté dans sa relation avec Eliot, reflétant encore une fois les effets thérapeutiques inattendus de l'étude, et notamment à travers l'évocation, pour la première fois dans ce cadre, de son histoire et ses événements de vie douloureux. Madame R explique ainsi : « c'était bien c'était riche parce que

du coup voilà, avec Eliot j'ai mis d'autres choses en place (*nous avons effectivement travaillé autour des enjeux de l'accompagnement des adolescents*), voilà (*temps de latence*) Cool mais ferme ! (*Rire*) mais euh oui voilà après... non c'est bien. J'espère que cela fera avancer les choses et que ça soit ... bien pour lui. Qu'il puisse exprimer aussi ! Mais bon, il faut du temps, moi j'ai mis cinquante-cinq ans alors euh (*rire*) ! ».

5.2.2.1.4 Les manifestations contre-transférentielles de Madame R au temps « T2 »

Un an plus tard, Madame R manifeste toujours la même intensité projective par des mouvements contre-transférentiels qui semblent la déborder. Elle a tendance à diaboliser les attitudes d'Eliot en maximisant toujours ce qu'il ferait de « mal », alors que ces comportements ne coïncident toujours pas avec ce qui est observé dans le réel, en corroborant les dires de la référente et les entretiens avec Eliot. Ce dernier manifeste des attitudes très ordinaires aux processus développementaux propres à l'adolescence. Par exemple, l'assistante familiale souligne qu'Eliot « est toujours dans le refus de l'autorité et des conseils que pourrait lui prodiguer un adulte chez moi et au lycée, et il ne se remet jamais en question, pourquoi tu as cette attitude face à cette jeune. Il la harcèle moralement et physiquement. Tout le le village défile chez moi pour se plaindre d'Eliot, pour se plaindre du non de respect des autres. Il peut être violent. Je sais pas je sais plus je sais pas quoi faire je sais pas quoi faire ». Dans ce cadre, Madame R peut faire preuve d'intrusion en expliquant « faudra que je suis tout le temps que je sois dans le couloir du lycée pour que...Je pense que c'est son vécu mais ça n'autorise pas tout son vécu hein, pour moi hein, c'est facile de dire je suis malheureux personne ne m'aime ».

La projection des conflits internes de l'assistante familiale sur Eliot est telle qu'elle peut le considérer comme une personne dangereuse qui passe son temps à la persécuter, prête à préparer de mauvais coups en cachette dans l'objectif de nuire à Madame R, comme par exemple lorsqu'elle explique que « maintenant qu'on le connait il développe un truc qui est pas sain pour moi il veut pas consulter il veut rien faire » dans une position quasi-persécutée. Cette tendance schizo-paranoïde semble se résoudre à travers des positions dépressives centrées sur le rejet de la part de l'adolescent en associant que « moi je voudrais bien qu'il claque la porte de chez moi ». Dans ces moment-là, tout paraît inversé, comme si c'était Eliot qui abandonnait l'assistante familiale.

Madame R se sent alors à bout. La fonction de l'agressivité permet d'entretenir en l'état les mouvements projectifs de l'assistante familiale, avec la solution de la violence fantasmée du passage à l'acte « donc je prends de la distance parce que sinon je...voilà. Je serais capable de dire ou faire ce qu'il faudrait pas que je dise ou que je fasse » en continuant plus loin qu'il y a « plein de choses qui m'énervent parce qu'il veut pas l'intégrer et je serais capable de lui en coller une, carrément » en continuant à associer que « parce que y a des fois ils ont des réactions, alors sûrement comme moi hein, disproportionnées par rapport à ce qui se passe et puis du coup pouh...on se dit hola pff. Donc on perd, on sait plus quoi faire oui, on perd le contrôle de ce que oui, hum. Oui parce que bin on est pas parfait déjà et pis on sait pas tout et pis du coup voilà. Moi je pense qu'y a des fois je vais trop loin ou je dis des trucs je me dis oula attends. Et puis eux inversement donc oui c'est vrai. Aussi bien d'un côté de l'autre. On dérape aussi bien d'un côté que de l'autre ça c'est sûr. On est pas...c'est compliqué hein. La situation reste quand même complexe hein. Donc, ils dérangent mais moi autant qu'eux hein. Donc euh voilà. Eux ils ont peut-être l'excuse de leur enfance, leur passé, leur histoire, gnagna bon. Mais voilà on dérape tous les deux ».

Plus loin, Madame R atténue progressivement ses propos en précisant que finalement Eliot montre des attitudes insensées avec les autres et en dehors de chez elle mais que cela ne se produit pas dans leur relation : « en dehors de chez moi c'est la catastrophe », « il ne supporte pas les contraintes je sais pas mais moi il me manque pas de respect », en continuant « pour le moment chez moi ce n'est pas un gamin qui dérape », comme si l'extérieur (la représentation de la tiercérité du dehors viendrait remettre en question cette ébullition affective) était vécu comme une menace pour lui et leur relation. Dans ce cadre, Madame R se positionne une nouvelle fois comme soignante dans les attentes que pourraient avoir Eliot à son égard, toujours en écho avec sa propre histoire « il veut que je continue à...le soigner. Parce qu'il a toujours des petits maux de partout ».

Madame R semble rechercher une relation fusionnelle avec Eliot, à l'image d'une mère avec son enfant, ce que nous relevons à travers la rivalité que Madame R manifeste à l'égard de la grand-mère d'Eliot. Cette dernière constitue une représentation maternelle idéalisée, qu'il faut écarter dans un fantasme de mort qu'elle nous livre de manière inconsciente : « on espère que la grand-mère va tenir car s'il y a plus la grand-mère, y aura plus personne. Là ça va être compliqué. Mais bon, pour le moment elle est là ». De même, la problématique de la rivalité semble s'étendre dans les autres relations que pourraient avoir Eliot, dans la même dimension

incestuelle observée il y a un an. Ainsi, l'assistante familiale exprime que « sa face d'ange et ses deux beaux yeux n'excuse pas tout » et que « j'espère qui sera pas amoureux tout de suite, qu'il me laissera un peu de temps ».

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats de la recherche. Pour cela, nous avons exposé les données des enfants en fonction des mesures longitudinales au niveau de l'attachement et au niveau de l'analyse des investissements-transférentiels. En ce qui concerne les professionnels, nous avons développé les résultats au niveau de l'attachement puis dans une perspective longitudinale sur le plan des expressions contre-transférentielles. Nous avons résumé les résultats de chaque population (enfants et professionnels) par une synthèse à la fin de chaque partie concernée, avant de produire une synthèse générale de tous les résultats de la recherche. In fine, nous avons présenté tout au long de cette présentation des résultats un ensemble de vignettes cliniques qui illustrent la dimension qualitative de l'étude avant de développer deux situations cliniques détaillées à la fin de ce chapitre.

CHAPITRE 6.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Notre société, toute centrée sur l'adulte, va se trouver incapable de penser la différence spécifique qui fait qu'un enfant, dès sa naissance et même avant, est un être humain à part entière, capable de sensibilité, de souffrance et de mémorisation des traumatismes, et par conséquent particulièrement fragile.

(René Clément, 1981, 26).

CHAPITRE 6.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

La discussion théorico-clinique de la recherche est organisée en six parties. La première partie présente la relation entre l'attachement désorganisé et les conflits psychiques manifestes et latents du côté des enfants. La deuxième partie aborde le rapport entre la base de sécurité et la dynamique de réparation du côté des professionnels. Dans une troisième partie, nous évoquons la dimension de la recherche-action de l'étude. La quatrième partie présente l'analyse de notre rapport à l'objet de recherche. La cinquième partie concerne les perspectives thérapeutiques. La dernière partie expose les limites et les perspectives de la recherche.

1 L'ATTACHEMENT DESORGANISE, CONFLITS MANIFESTES ET LATENTS DU COTE DE L'ENFANT

Cette partie aborde la relation entre l'attachement désorganisé des enfants et des adolescents avec les conflits psychiques manifestes et latents éprouvés dans les liens institutionnels et familiaux. Dans ce cadre, les résultats de la recherche amènent à développer une discussion sur deux niveaux de lecture théorico-clinique : la résolution partielle des conflits psychiques manifestes qui constitue un premier indice de compréhension sur l'évolution des données et l'existence de conflits psychiques latents qui apporte un second degré de lecture dans l'appréciation longitudinale des résultats.

De cette manière, nous décrivons d'une part la qualité des modalités de soins des professionnels qui contribue à élaborer partiellement les conflits manifestes inhérents à la problématique de placement familial chez l'enfant. D'autre part, nous évoquons le deuxième stade de lecture des résultats en présentant l'existence de conflits psychiques latents, mis en relation avec les effets thérapeutiques de la recherche. Puis, nous approfondissons les processus psychiques en œuvre au sein de la désorganisation de l'attachement.

1.1 La résolution partielle des conflits manifestes liés au placement

La présentation de l'élaboration partielle des conflits manifestes liés au placement constitue notre premier niveau de lecture théorico-clinique des résultats. Pour cela, nous rappelons d'une part les résultats généraux de la recherche. D'autre part, nous développons l'importance des modalités de soins des professionnels, comme premier stade de lecture sur la compréhension de l'évolution longitudinale des données cliniques, tant du côté de l'attachement que du côté des manifestations transférentielles.

De plus, précisons que les données ne sont évidemment pas reprises dans leur intégralité avec les premières analyses qualitatives que nous avons choisies d'intégrer au sein de la partie résultats. Rappelons que ces analyses entrent dans le champ du traitement des données qualitatives, dans l'objectif de les contextualiser sur le plan clinique. N'ayant évidemment pas la possibilité de discuter l'ensemble des résultats point par point, nous avons décidé de souligner les éléments cliniques les plus importants pour répondre à la problématique théorique générale, aux hypothèses ainsi qu'aux objectifs principaux de la recherche.

1.1.1 Le rappel des résultats de la recherche du côté des enfants : premier niveau de lecture

1.1.1.1 *Synthèse des résultats des enfants et des adolescents à l'arrivée en famille d'accueil*

Au niveau de l'attachement, les résultats indiquent que tous les enfants et adolescents expriment un attachement de type insécuré essentiellement selon une modalité désorganisée de l'attachement. Ces résultats se confirment à la fois par l'analyse clinique en entretien de recherche semi-structuré mais également par l'évaluation des différentes dimensions de l'attachement (la construction des narratifs d'attachement, les relations d'attachement interpersonnelles, les stratégies et les représentations d'expériences d'attachement).

Sur le plan des manifestations transférentielles, les résultats montrent de manière inattendue que les enfants et les adolescents expriment des mouvements transférentiels à l'égard des professionnels dès leur arrivée en famille d'accueil. Ces manifestations transférentielles ne se traduisent pas de la même manière entre les enfants les plus jeunes et les adolescents.

Du côté des enfants les plus jeunes, quasiment tous les sujets cherchent à symboliser leurs expériences traumatiques vécues au sein de la famille de naissance (dessins libres et entretiens cliniques), entravant l'accès aux processus de symbolisation. En effet, les enfants expriment un sentiment de méfiance à l'égard de l'assistante familiale. Cette relation représente un risque voire un danger pour les enfants (dessins de famille avec l'assistant familial et entretiens cliniques). Les référents sont, quant à eux, difficilement représentables dans la mesure où ils convoquent à la fois la situation de séparation à l'origine du placement et en même temps la dimension de protection (dessins de famille avec le référent et entretiens cliniques). Rappelons que ce sont les référents qui ont réalisé la séparation des enfants avec leur famille de naissance. En ce qui concerne les adolescents, les manifestations transférentielles s'expriment de manière neutre et stéréotypée en essayant de répondre avec conformisme aux attentes affectives des professionnels.

1.1.1.2 Synthèse des résultats un an après l'arrivée des enfants et des adolescents en famille d'accueil

Au niveau de l'évolution des modalités d'attachement, les résultats indiquent que tous les enfants et adolescents présentent une modification de leur modèle d'attachement sur une durée d'un an de placement depuis leur arrivée en famille d'accueil. Cette modification se caractérise par un *phénomène de sécurisation* (apport en sécurité) de leur modèle d'attachement, soit en diminuant significativement l'intensité de l'attachement insécure désorganisé, soit en changeant complètement de modèle d'expression d'attachement, devenant alors sécuritaire. Cette évolution s'apprécie à la fois à travers les outils utilisés sur l'attachement et également par l'analyse clinique de la passation, associée aux entretiens cliniques de recherche pour l'ensemble des sujets.

Sur le plan de l'évolution des manifestations transférentielles, les résultats révèlent que tous les enfants expriment ce type de mouvements à l'égard des professionnels selon des représentations plus positives, contrairement à leur arrivée. De plus, nous observons qu'il n'y a plus de tentatives de symbolisation des expériences traumatiques vécues au sein de la famille de naissance, répercutées dans l'après-coup sur la relation qu'ont les enfants avec les professionnels. Ainsi, cette dynamique transférentielle à l'égard des professionnels a évolué d'une valence négative de méfiance (chez les enfants les plus jeunes) et stéréotypée (pour les sujets les plus âgés), vers une dynamique d'expression transférentielle positive pour l'ensemble

des sujets. Les résultats n'indiquent pas de difficultés spécifiques quant à la symbolisation de leur situation de séparation familiale. Les sujets semblent avoir davantage élaborés leur problématique de placement ainsi que l'influence des professionnels dans leur vécu au quotidien, contrairement à l'année précédente.

Abordons maintenant les processus psychiques qui pourraient éclaircir ces évolutions, notamment entre l'attachement désorganisé des enfants et les différentes modalités de soins des professionnels.

1.1.2 L'attachement désorganisé et les modalités de soins des professionnels

Nous estimons que l'évolution des résultats illustre une élaboration partielle des conflits manifestes inhérents à la problématique de placement familial, tant du côté de l'attachement que des manifestations transférentielles. Dans ce cadre, nous pensons que cette évolution s'apprécie sur la manière qu'ont les professionnels de prendre soin des enfants et des adolescents dans les réponses apportées aux besoins psycho-affectifs des sujets. Afin de présenter ces dynamiques interactives, nous présentons les conditions participatives à l'élaboration partielle des conflits psychiques manifestes inhérents à la problématique de placement familial.

1.1.2.1 Les conflits psychiques manifestes de la problématique de placement familial

Nous considérons que les conflits manifestes relevés correspondent à la problématique de placement familial en tant que telle et que les conflits psychiques latents se rapportent à l'émergence du syndrome de mal de placement. Dans ce cadre, rappelons brièvement les spécificités de la problématique clinique de placement familial avant de présenter une analyse théorico-clinique de l'évolution des résultats.

Cette problématique désigne « l'ensemble des forces psychodynamiques conflictuelles et interactives qui se développent entre l'enfant, ses deux familles (la famille de naissance et la famille d'accueil) et l'équipe au cours du placement » (David, 2004a, 2750). Elle est fonction de trois ensembles de considérations cliniques qui s'expriment pour tous les enfants confiés à l'A.S.E. et placés en famille d'accueil.

Ces trois considérations constituent des facteurs intriqués les uns aux autres. On retrouve ainsi : l'intensité de la souffrance vécue par l'enfant dans le passé au sein de sa famille de naissance jusqu'à la séparation de placement, qui continue à perdurer tout au long de son histoire de placement ; les angoisses de séparation voire d'abandon parfois inscrites dans des organisations abandonniques aux tendances antisociales avec ses comorbidités psychologiques et le conflit de loyauté possible entre la famille de naissance et la famille d'accueil, alimenté par les rivalités de chacune.

Nous estimons que les éléments cliniques appréciés dans le cadre de l'investigation des mouvements transférentiels des enfants et des adolescents montrent une résolution partielle de cette problématique. En effet, on observe qu'un an après l'arrivée des sujets en famille d'accueil, les représentations des professionnels sont plus positives ; qu'il y a une absence d'évocation ou de tentative de symbolisation des expériences traumatiques vécues au sein de la famille de naissance (qui se répercutent sur la relation qu'ont les enfants avec les professionnels) ; une absence de manifestation d'angoisses d'abandons majeurs avec des allures dépressives fortes ainsi qu'une absence de difficulté pour symboliser la situation de séparation familiale. Selon nous, cette évolution souligne l'apaisement des dynamiques affectives interactives conflictuelles observées en début de placement. Nous estimons que c'est dans ce cadre que s'opère un changement des manifestations transférentielles par une représentation des professionnels moins menaçante chez les sujets les plus jeunes et qui suscite moins de mouvements hyper-conformistes chez les sujets les plus âgés.

Au niveau de l'attachement, nous pensons que la résolution apparente de ces conflits manifestes reflète une évolution progressive des représentations des enfants à l'égard de leur nouvel environnement affectif perçu comme davantage prévisible avec la construction de nouveaux repères entraînant une sécurisation de leur attachement. Ainsi, la *paradoxalité d'attachement* dans laquelle l'enfant perçoit les réponses des professionnels à ses besoins d'attachement comme des éléments de danger, s'en retrouve progressivement atténuée

Dans ce cadre, nous considérons que cette évolution des résultats illustre le *travail d'intériorisation d'une nouvelle figure d'attachement*, qui comporte des effets de réaménagement sur *la conflictualité de la base de sécurité* des enfants. Autrement dit, la qualité de la relation d'attachement qu'a l'enfant avec l'assistant familial lui permet d'intérioriser progressivement un nouvel imago affectif, qui constitue une alternative aux représentations

parentales insécurisantes. Cette compensation hiérarchique des figures d'attachement semble avoir des répercussions sur la base de sécurité de l'enfant au niveau de ses propres capacités de mentalisation et d'élaboration de ses affects.

Ainsi, nous considérons que l'évolution de la construction des narratifs d'attachement reflète cette remise en route des processus d'élaboration. En effet, un an après leur arrivée en famille d'accueil, on observe que les sujets montrent une meilleure régulation émotionnelle (augmentation des scores aux expressions d'affects appropriés), une plus grande capacité d'élaboration (augmentation des scores aux échelles du narratif positif et de la compétence narrative) ainsi qu'une meilleure représentation parentale (scores plus élevés aux représentations de soutien parental). De la même manière du côté des adolescents, nous pensons que la diminution de la non-résolution au niveau des stratégies d'attachement, la plus grande associativité et la facilité d'accès aux souvenirs au niveau des représentations d'expériences d'attachement traduisent une meilleure mentalisation et résolution des affects. Dans ce cadre, nous estimons que les modalités de soins proposées par les professionnels aux enfants sont fondamentales.

1.2 Les conflits psychiques latents de la problématique de placement familial

Nous présentons les conflits psychiques latents de la problématique de placement familial en précisant d'une part, les effets thérapeutiques observés quant à la participation des sujets à la recherche. D'autre part, nous présentons le deuxième niveau de lecture des résultats. Ensuite, nous évoquons les conditions d'émergence de l'expression des conflits psychiques latents.

1.2.1 Les effets thérapeutiques de la recherche

Il nous semble essentiel de présenter ici les effets thérapeutiques de la recherche que nous avons constatés de manière inattendue lors de la phase de traitements des données. En effet, ces effets thérapeutiques semblent avoir notablement contribué à l'évolution longitudinale des résultats.

Ainsi du côté des enfants, certaines rencontres ont représenté de véritables entretiens cliniques, mettant au second plan la dimension recherche⁷². Par exemple, ces espaces ont pu constituer un premier accueil et dépôt des expériences traumatiques avec parfois un véritable travail psychique de narration et de symbolisation (Scelles, 2012), et ce d'autant plus au regard des conditions brutales de séparations familiales observées pour la plupart des enfants et des adolescents. Rappelons que pour la quasi-totalité des sujets, la séparation de placement a été réalisée dans l'urgence, pour des motifs immédiats d'éloignement visant à protéger l'intégrité physique et psychique des enfants.

De plus, précisons que nous avons signifié pour chaque sujet les conditions de séparation de placement, en mettant en perspective les difficultés des parents, le rôle du juge des enfants, la place et les fonctions de la famille d'accueil et des référents. Nous pensons que ces interventions cliniques périphériques à l'objet même de recherche ont contribué à soutenir une activité narrative subjectivante sur l'histoire et le contexte de placement des enfants en resituant les rôles de chacun des protagonistes. Elles se sont effectuées en présence de l'assistant familial pour les sujets les plus jeunes.

Du côté des professionnels, nous considérons que la participation aux entretiens cliniques de recherche sur une année a également engendré des effets thérapeutiques, en favorisant notamment le biais de désirabilité, avec un transfert parfois massif dirigé à l'endroit du dispositif de la recherche, comme nous l'avons présenté dans les résultats. Surtout, nous estimons qu'elle a mis en évidence l'importance de la relation avec les enfants, ce qui a probablement contribué à diminuer les intensités projectives émanant de la *confusion des histoires*, c'est-à-dire en opérant une meilleure distinction entre l'histoire familiale et affective du professionnel au regard de celles de l'enfant.

A l'instar de ce que nous avons développé dans les résultats, nous retrouvons cette dimension thérapeutique tout au long de l'étude : des raisons de participation (les professionnels souhaitaient en majorité approfondir la connaissance de la relation) aux vécus verbalisés dans les entretiens tout au long des mesures, jusqu'aux changements produits lorsque les professionnels évoquent ce que la recherche leur a apportée (dernière thématique abordée avec les professionnels au temps « T2 » des entretiens).

⁷² Nous discuterons de ces processus dans la quatrième partie de la discussion qui est consacrée à l'analyse de notre rapport à l'objet de recherche.

Partant de ce postulat, nous considérons que les effets thérapeutiques de la participation des sujets à la recherche ont très probablement contribué à l'élaboration partielle des conflits psychiques manifestes inhérents à la problématique de placement familial précédemment décrite, en intervenant sur les trois facteurs propres à cette problématique. En effet, la souffrance de l'enfant a été accueillie dès son arrivée en placement avec des représentations (familiales et institutionnelles) mises progressivement au travail sur plusieurs entretiens cliniques étalés sur une durée d'un an, avec la perspective porteuse co-construite de la restitution.

De plus, nous estimons que les entretiens cliniques de recherche ont permis d'aborder les expériences traumatiques, les angoisses d'abandon et la tolérance des professionnels dans l'intensité de la mise à l'épreuve de la relation. La participation à la recherche a possiblement contribué à mettre au travail le troisième facteur des rivalités internes et externes avec la famille d'accueil, en encourageant un travail associatif parfois très approfondi sur la place et le rôle des professionnels auprès de l'enfant, avec également des espaces de dépôt de leur propre histoire traumatique, ce qui a probablement participé à la diminution des identifications projectives. Dans ce cadre, il aurait été intéressant de mesurer ces effets thérapeutiques, en réalisant par exemple un troisième temps de mesure comparativement à d'autres groupes de sujets qui n'auraient pas bénéficié de cet accompagnement aux effets thérapeutiques indirectes.

Nous pensons que même si ces effets sont à prendre en considération et qu'ils ont probablement participé à l'expression de la qualité des modalités des soins que les professionnels ont prodiguée aux enfants (notamment en ce qui concerne le soutien dans la mise à l'épreuve de la relation), nous estimons que cela n'a évidemment pas permis d'élaborer totalement les conflits manifestes inhérents à la problématique de placement familial. C'est en cela que nous insistons sur le caractère partiel de cette résolution. En effet, l'évolution longitudinale des résultats montre dans le détail, l'existence de conflits psychiques latents que nous allons maintenant présenter.

1.2.2 Le rappel des résultats de la recherche : deuxième niveau de lecture

En dehors des axes généraux sur l'évolution longitudinale des résultats préalablement présentés qui décrivent une amélioration du vécu psychologique des enfants et des adolescents placés en famille d'accueil (diminution de l'intensité désorganisatrice de l'attachement ajoutée à l'évolution des manifestations transférentielles sur des représentations familiales et

institutionnelles plus « positives »), nous estimons qu'il existe des conflits psychiques latents éprouvés dans les liens institutionnels et familiaux.

1.2.2.1 Deuxième lecture sur l'évolution des résultats des enfants et des adolescents placés en famille d'accueil

En ce qui concerne les enfants les plus jeunes, nous pensons que la disparition des tentatives de symbolisation des expériences traumatiques est en lien avec la rencontre sécurisante des enfants avec les professionnels. Cependant, nous considérons que c'est pour cette raison que les enfants empruntent des voies de résolution de la situation de séparation familiale plus secondarisée, avec des angoisses d'abandon qui semblent s'être « névrotisées » en angoisses de séparation avec la famille d'accueil, générant une problématique de lien. Celle-ci se traduit notamment par la dépendance et l'agrippement, le tout animé par une quête affective exacerbée d'exclusivité de la relation.

De plus, nous observons un retournement de la problématique familiale avec la famille de naissance vers la famille d'accueil. Les conflits psychiques semblent davantage se diriger vers l'assistant familial dans une recherche de contenance et d'étayage. Nous pensons que le conflit externe inhérent à la situation de séparation familiale de placement entre les deux familles des enfants (famille de naissance et famille d'accueil), préalablement apprécié il y a un an, s'est déplacé en conflit interne autour du sentiment d'appartenance à la seule famille d'accueil.

Du côté des résultats des adolescents au temps « T1 », nous considérons que les manifestations transférentielles neutres, conventionnelles et stéréotypées s'expliquent par la pression psychique interne induite par l'exercice des mécanismes de défense en faisant appel à la solution du clivage transitoire qui pousse à exprimer des attitudes hyper-conformistes, pour faire face à la difficulté d'élaboration de la situation de séparation familiale. Selon nous, ces manifestations traduisent un obstacle pour symboliser la séparation familiale par le travail psychique complexe à réaliser autour du sentiment d'appartenance entre les deux familles (la famille de naissance avec la famille d'accueil). Cette situation semble s'accroître via le concours d'identification projective spécifique de la part des professionnelles, par exemple vis-à-vis des adolescents qui ont connu la perte d'un de leur parent.

Ainsi, l'évolution des résultats montre des relations interpersonnelles d'attachement sécure aux allures détachées, une distanciation familiale importante au niveau des stratégies d'attachement, et des représentations d'expériences d'attachement détachées. Cette évolution semble traduire une mise à distance de la problématique familiale de naissance, afin de ne pas réactiver les expériences traumatiques associées. En effet, rappelons que celles-ci ne sont plus au centre du discours des adolescents (ce qui est également observé au niveau des entretiens cliniques et des dessins pour les enfants les plus jeunes).

Cette forme d'évitement des problématiques familiales peut également s'élargir du côté des familles d'accueil. En effet, les adolescents semblent reconnaître les bénéfices des liens affectifs avec les professionnels en question, sans être pour autant dans une quête d'exclusivité relationnelle, contrairement aux enfants plus jeunes. La distance affective est probablement maintenue par crainte de répéter une désillusion déjà éprouvée au sein de leur famille de naissance.

Par ailleurs, les processus d'attachement spécifiques à l'adolescence semblent majorer cette mise à distance des expériences affectives. Pendant cette période développementale, la base de sécurité de l'adolescent est différente de celle d'un enfant plus jeune. Les systèmes affiliatifs à cette période de vie (liens d'amitié) deviennent progressivement des supports relationnels et émotionnels importants. Dans cette perspective, les adolescents montrent une forme d'hypermaturation à se représenter eux-mêmes comme figure d'attachement, à ne pas souhaiter reproduire les dysparentalités de leur parent de naissance et peuvent refuser de l'aide en expliquant que de toutes les façons, ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes.

1.2.3 L'existence de conflits psychiques latents

Au regard de la considération de ce deuxième degré de lecture théorico-clinique sur l'appréciation longitudinale des résultats, nous pensons que les sujets ne ressentent plus le vécu d'urgence lié aux traumatismes familiaux, ce qui semble atténuer la réaction défensive première manifestée par des sentiments de méfiance pour les enfants les plus jeunes et le conformisme relationnel du côté des adolescents. Les sujets souhaitent ainsi se présenter comme bon objet en répondant partiellement aux motivations inconscientes de la famille d'accueil, qui elle-même désire se présenter comme une famille idéale. Dans ce cadre, nous pensons que l'expérience d'une nouvelle relation d'attachement alternative, traduit une conflictualité psychique latente

liée à la désorganisation de l'attachement, elle-même reliée à la question des traumatismes vécus par les enfants au sein de leur famille de naissance.

Cette nouvelle situation affective du placement familial amène ainsi les sujets à mobiliser des solutions adaptatives (par exemple en recherchant pour les enfants les plus jeunes la relation exclusive en mettant à l'épreuve leur attachement aux professionnels, et pour les adolescents l'hyper-conformisme et la mise à distance des signifiants affectifs). Précisons que ces solutions présentent un coût économique psychique considérable, puisé dans des ressources fondamentales à préserver (notamment pour les enfants les plus jeunes). Le déplacement des conflits familiaux externes en conflit interne au sentiment d'appartenance de la famille d'accueil, les angoisses d'abandon qui s'organisent autour des problématiques de lien et de dépendance affective à l'égard des familles d'accueil, traduisent la conflictualité psychique qui sous-tend l'apparition de manifestations d'attachement d'intolérance mutuelle propre à la période de la désillusion et de la violence, que peut engendrer le syndrome de mal de placement.

Dans ce cadre, il nous apparaît indispensable d'approfondir les processus psychiques en œuvre au sein de la désorganisation de l'attachement, en mettant en perspective cette modalité d'attachement avec la question des traumatismes subis, des mécanismes de défenses et des relations d'objet entre les enfants et les professionnels.

1.3 Les processus psychiques à l'œuvre dans la désorganisation de l'attachement en placement familial

Conformément à nos analyses précédentes, les sujets rencontrés dans le cadre de la recherche n'ont pas exprimé autant de mouvements manifestes de violence et d'intolérance d'attachement réciproque, comparativement à ce qui est habituellement observé dans la pratique clinique. Les deux grilles de lectures d'analyse théorico-clinique sur l'évolution des résultats montrent que la résolution partielle des conflits manifestes inhérents à la problématique de placement familial, fait en quelque sorte « écran » à l'expression des conflits psychiques latents.

Dans ce sens, nous présentons tout d'abord, la relation entre l'attachement désorganisé et les processus traumatiques. En deuxième lieu, nous évoquons le rapport entre l'attachement désorganisé et les tendances antisociales. Ensuite, nous abordons la désorganisation des relations objectales des enfants placés, avant de présenter la relation entre l'attachement

désorganisé avec la dimension narrative contenue au sein des contraintes de répétition.

1.3.1 L'attachement désorganisé et les processus traumatiques

Tous les sujets rencontrés dans le cadre de la recherche ont subi des traumatismes psychiques, principalement organisés autour des violences physiques, sexuelles, psychologiques ou encore des négligences graves et sévères. Nous évoquons ici la question des processus traumatiques liés aux violences physiques et sexuelles, subis par la majorité des sujets.

Rappelons ainsi que les traumatismes de violence sont des actes réels et sont commis directement sur le corps de l'enfant par les adultes. Ils sont considérés comme étant des traumatismes objectifs en opposition aux traumatismes subjectifs, développementaux et structuraux. L'enfant qui a donc vécu des traumatismes réels, ne peut pas entreprendre un travail de subjectivation lié à l'élaboration des traumatismes développementaux. La culpabilité de liaison subjectivante qu'apporte le travail psychique du doute n'existe plus ici. C'est l'impitoyable certitude d'avoir fait l'expérience réelle que « c'est l'adulte qui me séduit », que « c'est l'adulte qui me bat » (Pellé, 2005).

Le traumatisme est alors vécu au dehors et non refoulé. Les violences subies font effraction au-dedans, dans l'appareil psychique de l'enfant ou de l'adolescent, qui ne peut ni les organiser, ni les penser, ni leur donner un sens. Cette effraction provoque notamment un état de sidération, un arrêt de la pensée et une désorganisation du langage. En conséquence, le passage à l'acte faisant irruption dans la réalité, c'est comme si la conflictualité infantile et le développement libidinal de l'enfant marquaient un arrêt et qu'on lui volait en quelque sorte son enfance, une enfance alors perdue (comme Eliot a pu le signifier), perdue dans le hors temps de la temporalité psychique (Kristeva, 2005).

L'enfant fait ainsi l'expérience d'un monde sans loi ni médiation. Son self suit un mouvement psychique qui va de l'intérieur vers l'extérieur en recherchant un autre psychisme, qui serait en capacité de pouvoir l'accueillir. A partir de ce moment, toute notion de limites ou de frontières entre lui et les autres est remise en question, car pour l'enfant, ses parties projetées poursuivent leur existence dans la continuité psychique de celui qui les accueille (Pellé, 2005).

Ce phénomène d'indifférenciation peut conduire à une désymbolisation si massive qu'elle peut possiblement s'organiser dans une solution traumatique de dépersonnalisation. La dépersonnalisation traumatique peut dans ce cadre se traduire par une distorsion de la réalité, via la construction d'un faux self (ou dans le meilleur des cas d'un « très » vrai self), par la mise en place d'une organisation limite avec des allures psychopathiques, voire la décompensation para-psychotique (Winnicott, 1960, 1973 ; Misès, 1999 ; Chagnon & Durand, 2007). Notons que ces violences subies n'atteignent pas le registre affectif de l'enfant qui, dans ce cadre, continue d'aimer ses parents. Ce qui semble spécifique pour les enfants rencontrés dans le cadre de la recherche et plus généralement ceux présents en contexte de placement familial, c'est qu'en plus d'avoir été victime de tels traumatismes, ils présentent majoritairement un attachement désorganisé. Rappelons maintenant les principales caractéristiques de ce modèle avant de décrire les processus de destructivité observés au sein des tendances antisociales.

1.3.2 L'attachement désorganisé et les tendances antisociales

Les enfants désorganisés rencontrés dans le cadre de la recherche, ont vécu l'expérience difficile de rechercher du réconfort auprès de leurs figures principales d'attachement en situation d'angoisse, mais ont été exposés à des personnes effrayants ou effrayées, sources de forte anxiété. « La peur sans solution » est ainsi l'élément fondamental des modèles d'attachement désorganisé (Main, 1991). Ce qui complexifie considérablement l'étude de ce type d'attachement, c'est que l'enfant peut posséder des modèles multiples pour une seule et même figure d'attachement, en général ses parents de naissance.

Une des conséquences possibles des manifestations de ces désorganisations de l'attachement pourraient s'exprimer par les tendances antisociales que l'enfant peut avoir à l'égard de son assistant familial (Winnicott, 1956). Très schématiquement, l'enfant en quête fantasmatique de l'objet perdu (le désir ultime de trouver ou de retrouver une mère vivante, tendre et aimante) peut « pousser à bout » l'assistant familial, comme nous l'avons observé dans les résultats. Cette destructivité vise à rechercher la résistance du professionnel qui prend soin de lui, entretenant l'espoir inconscient qu'il résistera à ses attaques. Cette survivance de l'objet par la résistance de l'assistant familial à cette destructivité parfois très massive et violente, peut représenter un processus véritablement sécurisant, si l'assistant familial est suffisamment malléable et sensible à la détresse de l'enfant.

Selon nous, cette recherche de destructivité de l'assistant familial ne se situe pas seulement à un niveau fantasmatique pour les enfants et les adolescents placés. Elle s'inscrit aussi dans le réel dans la mesure où elle est en lien avec les attitudes effrayantes/ effrayées des parents de naissance qui ont été intériorisées par l'enfant sous forme de représentations psychiques. Celles-ci s'actualisent dans la réalité matérielle de la relation avec le professionnel sous une forme hallucinée.

1.3.3 La désorganisation des relations objectales

Rappelons que les attitudes effrayantes effrayées sont décrites pour des parents qui ont subi dans le passé des traumatismes graves non résolus. Dans ce cas, ils expriment involontairement dans les interactions ordinaires avec leur enfant des effondrements inattendus et des changements imprévisibles dans les réponses aux besoins d'attachement de l'enfant, entraînant de véritables ruptures relationnelles dans la dynamique des interactions affectives.

Ainsi, nous pensons que l'enfant placé a intériorisé ces attitudes effrayantes et effrayées sous forme de représentations, qui viennent en quelque sorte altérer et corrompre les imagos parentaux. Dans les situations de tendances antisociales, nous pensons que *l'enfant projette sur le professionnel le parent effrayant, dans l'espoir de le détruire*, comme une tentative de mise en sens en recherchant une solution à cette peur. Nous considérons que ce phénomène projectif a pour conséquence de provoquer une *inversion de la conflictualité de la base de sécurité*. En effet, l'exploration se retrouve pervertie par le traumatisme du dehors qui cherche à expulser sur un objet réel et vivant le parent effrayant du dedans. Du côté du système d'attachement, l'enfant s'efforce de *réparer le parent effrayé introjecté* en lui-même, seule trace de l'objet perdu, aimant, vivant et surtout non effrayant. Nous pensons que cette *désorganisation des relations objectales ou relations objectales pathogènes* est en lien avec la répétition des interactions traumatiques que l'enfant a vécu avec ses parents, ce que l'on retrouve à la fois dans la désorganisation de l'attachement et dans les pathologies précoces.

1.3.4 L'attachement désorganisé et narrativité archaïque de la contrainte de répétition

Selon nous, l'intériorisation du parent effrayant qui se projette sur le professionnel, trouve notamment racine dans les contraintes de répétitions traumatiques précoces que l'enfant a vécu dans le passé avec son (ou ses) parent de naissance. Ces répétitions des expériences

traumatiques se mettent en scène dans les modalités interactives de la désorganisation de l'attachement, ainsi que dans l'expression des pathologies relationnelles précoces.

Précisons que dans la désorganisation de l'attachement, la répétition de ces interactions traumatogènes amène l'enfant à considérablement activer son système d'attachement qui reste en quelque sorte, figé par une peur profonde. Pour survivre à ces expériences précoces, le parent a intégré des mécanismes de défense de régulation des émotions traumatiques en adoptant des solutions de fuite (marquée par la dissociation ou le retrait par exemple) et d'attaques imprévisibles (tournées vers l'agression et la colère par exemple) (Miljkovitch, 2009).

L'intégration chronique de ces processus incohérents d'attachement amène la figure parentale à manifester un caregiving contradictoire qui peut à son tour être intériorisé par l'enfant, la peur devenant alors la réponse émotionnelle prépondérante à ses besoins fondamentaux de sécurité d'attachement lorsque l'enfant se retrouve en présence du parent (Miljkovitch, 2009). Dans ce cadre, la désorganisation ne se développe pas seulement en réaction au caractère pathogène de ces types d'interactions, mais elle se fonde sur l'expérience durable et répétée de rupture et d'absence de réponses aux besoins d'attachement de l'enfant.

En ce qui concerne les pathologies relationnelles précoces, rappelons qu'elles se traduisent par des interactions chaotiques, douloureuses et imprévisibles que l'enfant a subies dès son plus jeune âge, avec parfois un surplus d'excitation libidinale trop précocement érogène pour être contenu. La répétition de ces interactions pathogènes s'inscrit directement dans le non verbal et le registre corporel : l'enfant n'a pas pu mettre des mots sur sa souffrance. Trois caractéristiques fondent la dynamique organisationnelle de ces pathologies. Dans un premier temps, les effets traumatiques des interactions pathogènes sont d'autant plus dommageables pour l'enfant qu'ils sont précoces. Dans un deuxième temps, ces traumatismes relationnels précoces répétitifs s'inscrivent au sein du registre somato-sensoriel ou d'images à l'état brut : l'enfant ne fait plus ainsi la différence entre la perception de la réalité et ses pensées. Ces états ressurgissent par la suite sous forme de reviviscence hallucinatoire et parfois dans l'après coup de la rencontre présente du parent. La troisième caractéristique concerne le vide relationnel dans lequel l'enfant est plongé. N'ayant aucun adulte que ses parents de naissance à qui s'identifier, c'est dans la solitude la plus extrême qu'il vit ses angoisses profondes, car confronté à cette relation vide, à l'abandon voire à la violence. Cette « souffrance en creux » (Berger, 2011, 70) amène l'enfant à éprouver un sentiment profond de perte d'espoir, vécu comme un désastre interne qui se traduit par une sensation de partir en morceaux. Chaque élément éclaté

de la psyché de l'enfant se retrouve ainsi isolé les uns des autres et semblent souffrir chacun pour eux-mêmes, dans l'indifférence de l'unité qui a précédé cet éclatement. De plus, le caractère répétitif du traumatisme relationnel empêche l'enfant de situer l'origine de sa souffrance, à savoir si cela vient de lui ou du monde externe, entraînant un sentiment de honte traumatique primaire que l'on observe dans les tendances antisociales et le contrat masochique (Winnicott, 1956 ; Deleuze, 1993). L'enfant se pense et se vit mauvais d'autant plus s'il n'a pas été investi libidinalement comme attrayant par les parents notamment lors des premiers soins apportés.

Ainsi, nous estimons que ce qui semble prépondérant à la mise en place de l'attachement désorganisé se situe dans le caractère répétitif des traumatismes précoces. Ceux-ci provoquent des reviviscences hallucinatoires réactivées dans l'après-coup au sein des situations relationnelles et affectives qui suscitent ostensiblement l'attachement, comme dans la relation avec les professionnels à travers l'actualisation du traumatisme. Dans ce cadre, nous pensons que la répétition de la destructivité projetée sur le professionnel comporte une dimension narrative des traumatismes subis pendant l'enfance, eux-mêmes soumis à la contrainte de répétition. Les tendances antisociales par la mise à l'épreuve compulsive, désespérée et tragique du lien, constituent une sorte d'écho à la répétition des expériences traumatiques vécues dans le passé.

De cette manière, le caractère répétitif des interactions traumatiques précoces trouve une voie de résolution proto-archaïque par un phénomène de régression fondamentale qui s'étaye sur une rythmicité très ancienne, probablement celle des battements du cœur de la mère, rencontrée pendant la vie fœtale. Cette rythmicité apparaît comme l'un des facteurs qui structure l'organisation psychique du bébé. Nous pensons que cette *régression fondamentale à cette rythmicité primitive* constitue peut-être le seul point de repère subjectivant de ces expériences traumatiques. De cette manière, même si ces interactions pathogènes se répètent de manière chaotique et hautement imprévisible, l'attente d'une nouvelle interaction pathogène est peut-être l'une des principales manières d'anticiper l'événement traumatique et ainsi restaurer un sentiment de continuité. Autrement dit, l'enfant acquiert la certitude que l'expérience se reproduira, sans savoir ni quand, ni comment.

Ainsi, nous estimons que l'intégration intrapsychique de cette attente comporte en elle-même une première forme d'élaboration, déposée directement dans le registre corporel. Ces

traces marquent ainsi le corps, qui les garde alors en mémoire (Viodé-Bénony, 2008 ; Viodé, 2017). Elles peuvent ressurgir dans l'après coup en présentiel du parent (ou de tout signifiant affectif compensatoire déplacé comme avec le professionnel), dans des hallucinations traumatiques qui s'expriment sous la contrainte de répétition par l'agir. Ainsi, elles apparaissent comme le reflet mortifère de cette répétition désorganisée des interactions précoces. C'est de cette manière que lorsque la problématique de lien est éprouvée avec le professionnel, cette destructivité comporte en elle-même dans son organisation expressive une tentative d'élaboration en attente de symbolisation, en plus de trouver un réceptacle qui puisse survivre à cette destruction.

Cette situation fait une nouvelle fois remarquer l'importance des modalités de soins des professionnels. Comme nous l'avons précédemment souligné, ils contribuent à la mise en place d'un *travail d'intériorisation d'une nouvelle figure d'attachement*, qui comporte des effets de réaménagement sur *la conflictualité de la base de sécurité* des enfants. Le phénomène *d'inversion de la base de sécurité* s'estompe alors peu à peu et retrouve progressivement un équilibre à travers l'activation du modèle d'attachement émergeant avec le professionnel. L'exploration n'est alors plus pervertie dans la seule recherche réelle de destruction du parent effrayant. L'attachement n'est quant à lui plus orienté vers l'unique tentative espérée de réparation du parent effrayé qui a été introjecté, à travers un caregiving pathologique qui émergerait dans ce cas-ci beaucoup plus précocement qu'habituellement⁷³.

De plus, notons que de son côté l'enfant seul s'efforce de trouver des solutions pour sortir de ces situations interactives impossibles. Il mobilise déjà la solution adaptative du clivage transitoire dès son arrivée en famille d'accueil, voire lors des premières confrontations aux interactions pathogènes. Si jamais l'enfant n'a pas la possibilité de vivre cette expérience sécurisante avec une figure d'attachement alternative qui offre des modalités de soin de qualité, il encoure alors le risque que la solution transitoire et adaptative du clivage devienne fonctionnelle. Cette organisation psychique clivée peut accentuer le risque de désubjectivation et de dépersonnalisation, pouvant conduire à l'expression de processus psychopathologiques inscrits dans le registre narcissique et identitaire.

⁷³ Nous développerons plus particulièrement cet aspect dans la cinquième partie de la discussion consacrée aux perspectives thérapeutiques.

C'est dans ce cadre qu'il nous semble fondamental d'élaborer des perspectives thérapeutiques pour les enfants et les adolescents, qui seront présentées dans la troisième partie de la discussion, ainsi que de proposer des accompagnements spécifiques à destination des professionnels, que nous aborderons dans la partie consacrée à la dimension recherche-action de cette étude. Avant cela, présentons maintenant l'analyse théorico-clinique de l'évolution des résultats du côté des professionnels.

2 CAREGIVING ET REPARATION DU COTE DES PROFESSIONNELS

Cette deuxième partie concerne la relation entre le caregiving et les dynamiques de réparation du côté des professionnels. Pour cela, nous rappelons brièvement les résultats de la recherche avant d'approfondir la relation entre le caregiving compulsif, la base de sécurité et les désirs de réparation des professionnels. Dans un troisième temps, nous discutons du lien entre l'attachement, la sublimation et les processus de résilience.

2.1 Le rappel des résultats des professionnels

A l'instar de la population des enfants, nous rappelons les résultats des professionnels en soulignant les éléments principaux de discussion théorico-clinique en lien avec la problématique théorique générale, les hypothèses et les objectifs de la recherche. Dans ce cadre, cette synthèse s'organise autour de la présentation des données sur l'attachement avant d'apprécier de manière longitudinale les mouvements contre-transférentiels des sujets.

2.1.1 Le rappel des résultats des professionnels au niveau de l'attachement

D'une façon générale, les résultats des professionnels indiquent une différence de mesure tout à fait inattendue entre les modalités d'attachement. En effet, nous relevons un écart important entre les relations d'attachement interpersonnelles qui sont pour la quasi-totalité sécurisées chez les professionnels, tandis que les représentations d'expériences d'attachement apparaissent, quant à elles, insécurisées pour la quasi-majorité.

Les résultats indiquent également une prépondérance de stratégies d'attachement de type insécure, elles-mêmes associées à un niveau élevé de traumatisme familial avec une différence entre les assistants familiaux et les référents en ce qui concerne la rancune de rejet et d'infantilisation au sein de leur état d'esprit présent.

Les représentations d'expériences d'attachement des professionnels apparaissent majoritairement insécures préoccupées (voire désorganisées) chez les assistants familiaux. Cette préoccupation d'attachement chez les sujets renvoie à une difficulté à réguler leurs émotions liées au vécu infantile passé, et s'observe notamment à travers une rupture dans les processus associatifs entre leurs émotions et leurs représentations d'expérience d'attachement. Ce phénomène est particulièrement présent chez les professionnels qui ont subi des traumatismes psychiques pendant leur enfance (principalement organisés autour des violences physiques massives et répétées).

2.1.2 Le rappel des résultats des professionnels au niveau des manifestations contre-transférentielles

2.1.2.1 *Synthèse des résultats des professionnels au niveau des manifestations contre-transférentielles à l'arrivée des enfants en famille d'accueil*

Les résultats de l'analyse clinique des entretiens semi-structurés montrent que la majorité des professionnels expriment contre toute attente, des mouvements contre-transférentiels à l'égard des enfants à leur arrivée en famille d'accueil. Ces mouvements s'organisent comme des pré-contre-transferts ou contre-transferts d'accueil. Nous pensons qu'ils sont rattachés aux motivations inconscientes des professionnels. Autrement dit, ces manifestations traduisent des dynamiques de réparation singulière à travers lesquelles les motivations inconscientes s'appréhendent selon les histoires familiales et les conflictualités infantiles des professionnels, dont la majorité ont vécu des expériences traumatiques pendant l'enfance. Ces investissements contre-transférentiels amènent les professionnels à projeter sur les enfants leurs conflits familiaux et infantiles non résolus. Précisons que ce phénomène d'identification projective est particulièrement exacerbé chez les assistants familiaux.

2.1.2.2 Le rappel des résultats des professionnels au niveau des manifestations contre-transférentielles à l'arrivée des enfants en famille d'accueil

Contrairement à ce qui était attendu, les résultats indiquent une diminution de l'expression de mouvements contre-transférentiels comparativement au début du placement. Nous pensons que cette diminution des mouvements contre-transférentiels s'appréhende probablement à travers le vécu intersubjectif de la rencontre réelle avec l'enfant. Celle-ci atténue les dynamiques singulières de réparation en différenciant les besoins et les attentes des enfants de leurs propres besoins et attentes infantiles.

Aussi, les résultats indiquent que cette diminution se réalise conjointement à une meilleure qualité d'ajustement relationnel et affectif (que cela soit en termes de sensibilité, de réponses à leurs besoins primaires, d'absence de jugement des enfants et adolescents sans réduire leurs souffrances à un symptôme, de valorisation, de l'accueil chaleureux dans la famille d'accueil sans juger négativement les parents de naissance, de meilleure compréhension des émotions exprimées par les sujets, de résistance face aux expériences de mises à l'épreuve de la relation), dans la manière de prendre soin d'eux en répondant à leurs besoins, avec une tendance des enfants à la recherche d'une exclusivité affective. De plus, nous observons des effets thérapeutiques de la recherche sur les professionnels, qui ont eux-mêmes des répercussions de soins sur les enfants. Rappelons que ces deux derniers aspects (l'évolution des ajustements relationnels et affectifs ainsi que la dimension thérapeutique) ont été développés dans la partie précédente.

2.2 Caregiving compulsif, base de sécurité et dynamiques de réparation

Cette partie évoque la relation entre le caregiving compulsif des professionnels, avec la base de sécurité et les dynamiques de réparation. Dans un premier temps, nous présentons les différences d'appréciation des modalités d'attachement des professionnels associées aux évolutions des manifestations contre-transférentielles. Dans un deuxième temps, nous abordons le lien entre la base de sécurité et le caregiving compulsif. Ensuite, nous décrivons les représentations d'expériences d'attachement préoccupées, avant d'exposer la notion de réparation normale d'allure créatrice.

2.2.1 Les différences d'appréciations des modalités d'attachement et évolution des manifestations contre-transférentielles

La différence significative des résultats des professionnels en fonction des instruments utilisés sur l'attachement (style, stratégie, représentation) confirme selon nous, l'importance d'intégrer cliniquement dans notre cadre d'analyse théorique les deux perspectives de l'attachement. En effet, ces résultats posent une nouvelle fois la question du devenir de l'attachement dans le temps. Rappelons que dans une perspective psychosociale, d'autres modes de relations sont possibles à l'âge adulte et permettraient de constituer d'autres sources de sécurité (comme les relations sociales). Ainsi, il serait possible qu'une personne possède autant de « soi sociaux » que de relations. La qualité de l'attachement est donc susceptible de se modifier en fonction des expériences de vie. S'il est possible de rattacher un comportement d'attachement à un M.I.O. (construit lors d'une relation spécifique avec un *caregiver*), alors ces M.I.O. peuvent se diversifier ou se modifier en fonction des relations que le milieu permet à l'enfant de tisser.

Les professionnels qui participent à la recherche montrent une insécurité dans l'attachement filial et parental avec des conflits infantiles non résolus tout en exprimant un attachement interpersonnel sécurisé. Dans cette perspective, nous estimons que ces différences d'état d'organisation des modalités d'attachement (entre les styles sécurisés et les représentations insécurisées) rejoignent l'évolution des manifestations contre-transférentielles.

En effet, nous pensons que les professionnels ont tendance à projeter sur les enfants et les adolescents leurs conflits infantiles non résolus créant une confusion entre leur propre histoire et celle des enfants. Ce processus expliquerait la forte mobilisation contre-transférentielle appréciée en début de placement, qui semble s'estomper progressivement sous l'effet de la rencontre réelle et intersubjective avec l'enfant en ouvrant la voie de la tiercérité. Le phénomène de *confusion des histoires* est ainsi moins prégnant, encourageant davantage l'empathie par une identification à la souffrance de l'enfant, qu'ils rencontrent alors peu à peu « pour de vrai ». Ce processus projectif apporterait de la sécurité affective dans les relations actuelles, ce qui expliquerait l'attachement interpersonnel sécurisé. En revanche, les conflits infantiles non résolus, quant à eux, restent toujours non élaborés. En cela, on pourrait parler de M.I.O. multiples du côté des professionnels, avec un attachement sécurisé dans le présent, contrastant avec l'insécurité des représentations d'expériences d'attachement dans le passé.

Dans ce cadre, nous pensons que le caregiving du professionnel contribue au renforcement de la base de sécurité de l'enfant tout en participant à la consolidation de sa propre base de sécurité affective interne. Ces dynamiques reflètent l'existence d'une *base de sécurité partagée*, construite entre l'enfant et le professionnel (Mayaux & Viodé & Derivois, 2018). Abordons maintenant les processus psychiques qui pourraient être sous-jacents à l'expression de cette base de sécurité partagée en rappelant d'une part, la définition de la notion de base de sécurité, puis d'autre part, celle du caregiving compulsif.

2.2.2 La base de sécurité et le caregiving compulsif

D'une manière générale, on peut dire que la notion de sécurité dans la théorie de l'attachement amène à la notion de base de sécurité. Peu investigué dans l'étude de l'attachement adulte, ce concept suscite depuis une vingtaine d'années un regain d'intérêt pour la recherche. Rappelons qu'il signifie « la confiance dans l'idée qu'une figure de soin, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu en cas de besoin » (Guédeney, 2006, 19). Si l'enfant a constitué une base de sécurité suffisante, il pourra alors activer son système d'exploration et découvrir le monde car il sait qu'il lui est possible d'y revenir en cas de besoin. L'expression de la base de sécurité chez l'adulte diffère donc de celle de l'enfant. Elle se caractérise davantage par la réciprocité à travers laquelle chaque relation d'attachement répond à un processus de recherche de soutien et de caregiving réciproque, en plus des systèmes d'attachement chez l'adulte impliquant les couples anxiété-vigilance et attachement-exploration, comme nous l'avons précédemment exposé.

Au fur et à mesure de l'entrée dans l'âge adulte, le système d'exploration s'active de plus en plus, alors que parallèlement le système d'attachement diminue significativement (dans des conditions normales). Ces activités exploratoires se caractérisent par le fait de voyager ou encore à travers l'idée de « travailler à la réalisation d'objectif personnel important » (Guédeney, 2006, 92). Rappelons que nous retrouvons ici un des enjeux principaux du choix de ce type de métier pour les professionnels.

En ce qui concerne le caregiving compulsif, Bowlby définit cette notion par rapport à des adultes qui s'occuperaient toujours des autres notamment au travers d'activités associatives ou professionnelles mais qui ne s'occuperaient paradoxalement jamais d'eux-mêmes dans le sens qu'ils ne seraient pas dans une demande de recherche de soutien et d'aide de la part des autres, voire qu'ils n'exprimeraient jamais de détresse personnelle (Bowlby, 1988). Avant d'aller plus loin, rappelons les caractéristiques des représentations d'expériences d'attachement préoccupée retenues chez la plupart des professionnels assistants familiaux.

2.2.3 La représentation préoccupée d'expériences d'attachement

La représentation préoccupée d'expériences d'attachement se traduit par une forme d'hypervigilance émotionnelle avec une maximisation des demandes envers autrui, un sentiment de préoccupation pour les premières relations, un accaparement actuel et un manque de confiance en soi. Nous pensons que ce sentiment de préoccupation des professionnels trouverait son origine dans la problématique non résolue des premiers liens, qui viendrait par la suite influencer leur choix de profession jusqu'à y être directement confrontés au quotidien. Autrement dit, nous estimons que le désir de faire cette profession d'aide (famille d'accueil ou référent) dans un contexte de placement familial, est en lien avec une histoire d'attachement personnelle à l'origine *insécure* (et donc préoccupée voire désorganisée autour de la non-résolution) et que l'exercice de cette profession (dans les éprouvés de la pratique) vient valoriser une confiance en soi supposée défailante (car amoindri depuis l'enfance par l'expression de cette préoccupation d'attachement). Développons cette analyse, en introduisant la notion de réparation (au sens kleinien du terme).

2.2.4 La réparation normale d'allure thérapeutique créative

Laplanche et Pontalis désigne la réparation comme étant un « mécanisme, décrit par Mélanie Klein, par lequel le sujet cherche à réparer les effets sur son objet d'amour de ses fantasmes destructeurs. Ce mécanisme est lié à l'angoisse et à la culpabilité dépressive : la réparation fantasmatique de l'objet externe et interne permettrait de surmonter la position dépressive en assurant au moi une identification stable à l'objet bénéfique » (Laplanche & Pontalis, 2007, 409). Rappelons que Mélanie Klein (1968) envisage deux dynamiques de réparation : une réparation normale et une réparation pathologique. La réparation normale émane de la position dépressive dans une visée profondément créatrice. Elle se retrouve liée au respect et à l'amour de l'objet. En ce qui concerne la réparation pathologique, elle peut s'organiser sous différentes formes comme la réparation obsessionnelle ou maniaque.

Ainsi, nous pensons que les expériences douloureuses passées du professionnel, ont formé un contexte favorable à la constitution d'un *caregiving* précoce (en aidant les autres très jeunes ou en espérant que quelqu'un les aide), qui est devenu par la suite compulsif. Ce *caregiving* compulsif est avant tout animé par une dynamique autour de la question de la réparation. Dans ce cadre, qu'en est-il de l'état de la culpabilité dépressive de liaison et de la question de l'agressivité du professionnel ? Quel a été le degré de culpabilité du

« professionnel-enfant » pour alimenter une activité fantasmatique potentiellement destructrice, à l'égard de ses figures d'attachement ? Enfin, dans quelle mesure l'expression de ce *caregiving* trouverait une correspondance à travers le désir de réparation des enfants qu'ils ont professionnellement en charge ?

De cette manière, nous estimons que ce travail de réparation normale serait ici créateur des conditions d'émergence du *caregiving* compulsif par cette extension du rôle occupé pendant l'enfance (à vouloir prendre soin des autres dans l'irrésolution), sublimée en quelque sorte par le choix de ce type de profession. Néanmoins, cette réparation créatrice engendrerait un niveau de culpabilité considérable à l'égard de la figure d'attachement, se rapprochant de la « faute dépressive » (Kaës, 1979). Cette faute dépressive serait animée principalement par la nostalgie, le niveau de responsabilité et la préoccupation pour l'objet maternel. Ici, elle apparaît fondamentale dans le sens où le choix (inconscient) du professionnel s'est tourné vers des situations dans lesquelles il est au contact répété avec des problématiques de séparation.

Cette « *réparation normale créatrice sublimée* » comporterait en quelque sorte « *des allures de réparation pathologique* » dans la mesure où le professionnel chercherait à se soulager de sa culpabilité engendrée par les traumatismes infantiles (qui rappelons ne touche pas le registre affectif de l'enfant), à travers une confrontation répétée (inconsciente) à des séparations qui lui permettrait d'exercer autrement cette parentalité (par procuration en quelque sorte), transcendée et rendue légitime par le cadre de son travail (Mayaux & Viodé & Derivois, 2018).

Par ailleurs, notons que ces situations professionnelles ne sont pas sans conséquence, de par leur nature parfois potentiellement traumatique et désorganisatrice, sur un système déjà insécurisé, sachant qu'à chaque nouvelle séparation la solidité ou la fragilité des objets internes est une nouvelle fois mise à l'épreuve (Reynaud, 2011). Nous considérons que cette *réparation normale d'allure pathologique* explique ainsi le manque de confiance en soi précédemment décrit comme caractéristique du système d'attachement de type préoccupé, trouvant son origine dans l'intensité de la « faute dépressive » ressentie par le professionnel. Cette analyse corroborait la préoccupation qu'il aurait à l'égard des premières relations, traduisant l'expression de ces allures de réparations pathologiques, transformées de manière créative dans le cadre de son travail.

Ainsi, nous considérons que le cœur de la rencontre entre les enfants et les professionnels, se situent entre les traumatismes des enfants et le passé familial douloureux des professionnels. La *rencontre intersubjective croisée de ces souffrances*, souligne la force de la sensibilité créatrice des professionnels. Dans ce sens, cette énergie déployée de réparation normale serait plus thérapeutique et créative que pathologique. Elle pose ainsi directement la question de la sublimation et des processus de résilience du côté des professionnels.

2.3 L'attachement, la sublimation et les processus de résilience

Nous présentons dans cette partie la relation entre l'attachement, la sublimation et les processus de résilience, à travers la réparation normale d'allure thérapeutique et créative. Dans ce cadre, nous définissons brièvement les notions de sublimation et de résilience afin d'apprécier dans quelle mesure ces notions peuvent constituer un modèle de compréhension complémentaire à l'étude des interactions entre les professionnels et les enfants.

2.3.1 La sublimation des professionnels

Freud définit la sublimation comme un processus psychique permettant de « rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle ». Ainsi la « pulsion est dite sublimée, dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés » (Laplanche & Pontalis, 2007, 465).

En ce qui concerne les professionnels, nous pensons qu'il pourrait exister une intrication entre la sublimation et la pulsion épistémophilique. Cette intrication peut s'illustrer à travers la question de la recherche du savoir qui fait oublier les « vicissitudes originelles de la pulsion refoulée » (Green, 2012, 293). Dans quelle mesure les motivations des professionnels pour participer à la recherche (qui se résume à travers le souhait de vouloir mieux comprendre l'enfant), ne correspondraient-elles pas à la recherche épistémophilique du savoir de leur propre enfance souffrante. Autrement dit, dans quelle mesure les conflits infantiles non résolus des professionnels projetés sur l'enfant ne correspondraient-ils pas à la recherche de résolution de cet enfant, faisant oublier les vicissitudes du refoulé de l'expérience traumatique subie pendant l'enfance ? Ce processus psychique témoignerait du coût psychique relatif à la sublimation (la dialectique de l'intrication/désintrication pulsion de vie et pulsion de mort) qui se retrouverait à travers la réparation normale d'allure pathologique.

De plus, nous estimons que le choix de cette profession peut possiblement relever des processus de sublimation si la pulsion est comprise dans sa dimension sociale, comme valeur messagère tournée vers un autre but, qui serait ici représentée par le collectif, en apportant quelque chose à la société (Green, 2012). Cependant, même si la pulsion est comprise au sein de l'étayage du collectif, ce qui semble particulier dans ces situations c'est l'apport et les effets de cette relation d'aide sur le fait social.

En ce qui concerne les professionnels de la recherche, ils leur étaient difficile de répondre « en quoi leur travail était utile au collectif et à la société », reflétant selon nous l'importance du retour du refoulé des désirs réparateurs. Cet intérêt pour le collectif est pourtant bien présent et sous-jacent aux motivations professionnelles profondes des assistants familiaux et référents. C'est pourquoi il nous semble essentiel d'introduire la question des processus de résilience, qui pourrait dans ce sens constituer un modèle de compréhension sur le refoulé de cet apport au collectif, ne cantonnant pas la relation d'aide à sa seule satisfaction individuelle.

2.3.2 Les professionnels comme tuteurs de résilience

Depuis plusieurs décennies, la littérature scientifique a réalisé de nombreux développements conceptuels et a élaboré plusieurs théorisations autour de la notion de résilience (Anaut, 2002 ; Cyrulik & Duval, 2006 ; Aïn & *al.*, 2007 ; Derivois, 2012). En psychopathologie et en psychologie clinique, nous apprécierons l'approche de la résilience à des niveaux intrapsychiques et intersubjectifs par ses aspects processuels et psychodynamiques multiples, organisés autour de la question du traumatisme psychique, pour nous essentielle dans l'organisation même de ces processus, comme « agent de la résilience » (Anaut, 2002, 105 ; De Tychev, 2004). Ceci nous amène à apprécier plus précisément l'approche des processus de résilience sur le plan psychodynamique et intersubjectif en rejoignant la définition de Bessoles qui la définit comme la possibilité « individuelle à maintenir une homéostasie endopsychique et intersubjective, dans des contextes traumatogènes » (Bessoles, 2001 ; Anaut, 2002, 105-106). Partant de ce postulat, qu'est-ce qui serait véritablement résilient pour l'enfant dans sa relation avec le professionnel et dans quelle mesure ce dernier serait lui-même inscrit au sein de processus de résilience ?

Au regard de nos analyses qui portent sur l'étude de la sécurité de l'attachement de l'enfant conjuguée à une évolution transférentielle positive à l'égard des professionnels, nous pouvons nous demander en quoi le professionnel peut-il favoriser les conditions de l'émergence d'une résilience chez l'enfant ? Autrement dit, dans quelle mesure la figure d'attachement alternative

qu'il représente pour l'enfant peut également devenir une figure de résilience potentielle ? Dans ce cadre, décrivons dans un premier temps la notion de tuteur de résilience.

Lecomte (2010) décrit les tuteurs de résilience par un ensemble de caractéristiques, qui ne représentent évidemment par l'exhaustivité des situations, mais qui peuvent constituer un certain nombre de premiers points de repères. L'auteur énonce ainsi « l'empathie et l'affection, d'avoir une vision positive de la personne, de faire preuve d'humilité et d'avoir de la patience, de laisser la liberté à l'autre de parler ou de se taire, de ne pas se décourager face aux échecs, de respecter les processus de résilience d'autrui, de faciliter l'estime de soi d'autrui, d'associer le lien et la loi et enfin d'éviter les phrases qui font mal » (Lecomte, 2010, 41).

En début de placement, nous avons précisé dans la première partie de la discussion, l'importance de poser la question des mécanismes de défenses utilisés par l'enfant pour gérer cette situation de séparation familiale. Dans ce cadre, nous estimons qu'il est possible d'articuler l'utilisation du clivage avec la notion de « processus intégratifs salvateurs » décrite par Lemay, qu'il inscrit avant tout dans une visée adaptative et transitoire (Anaut, 2002 ; Lemay, 2006). En effet, l'utilisation du clivage comme solution défensive d'urgence permettrait à l'enfant de s'adapter et de survivre entre ces deux mondes : sa famille d'accueil et sa famille de naissance. L'enfant mobiliserait ainsi son énergie pour trouver un compromis et faire coexister cet attachement mutuel intense aux effets contraires et destructeurs, en essayant d'intégrer ce paradoxe impossible comme nous l'avons précédemment décrit. Les modalités de soin et d'aide apportées par le professionnel, encourageraient davantage l'enfant à transformer en quelque sorte ce clivage transitoire adaptatif en processus intégratif salvateur, lui permettant de mieux communiquer entre ses deux parties coupées de lui-même. En ce sens, le professionnel peut être envisagé comme un tuteur de résilience auprès des enfants qu'il accueille.

Cependant, il nous semble important de relever maintenant un des risques majeurs dans l'utilisation de cette notion. En effet, la compréhension de ce métier d'aide et de soin comme tuteur possible de résilience comporte le danger d'occulter la complexité et la relativité même de cette notion (Anaut, 2002 ; Cyrulnik & Duval, 2006 ; Aïn & *al.*, 2007). Il pourrait être très hasardeux de considérer les professionnels comme tels sans prendre en considération les difficultés réelles qu'ils rencontrent dans l'exercice de ce type de profession.

En effet, l'analyse des résultats de la recherche montre que les dynamiques relationnelles se révèlent d'une extrême densité, tant les enjeux identificatoires et projectifs interactifs sont massifs et puissants. Omettre la mesure de cet ensemble complexe risque de conduire à des facilités d'appréciations de cette notion de tuteur comme le fait d'évaluer sa prétendue valeur prédictive (Mayaux & Derivois & Viodé, 2019).

Dans ce cadre, ce qui nous semble essentiel à retenir ici, c'est que du côté des professionnels, beaucoup semblent avoir réussi à transformer certains vécus traumatiques grâce à un insight impressionnant. La souffrance ainsi générée serait peut-être devenue un acte de création, qui se traduirait à travers leurs choix de profession. La plupart des assistants familiaux et des référents semblent avoir beaucoup donné aux enfants dont ils ont la charge, et c'est peut-être ce don qui rend possible cette création (Aïn & *al.*, 2007). Nous avons souligné que le lien co-construit avec les enfants, dans une sensibilité et un ajustement de tous les instants, semble renforcer leur propre base de sécurité affective en plus de celles des enfants. Dans ce cadre, on ne sait finalement jamais à l'avance qui a été réellement tuteur de résilience pour un enfant placé, interrogation que l'on pourrait prolonger en ce qui concerne les figures d'attachement alternative. C'est uniquement dans l'après-coup de la rencontre qu'on apprécie en quoi elle aurait été fondatrice et résiliente pour l'enfant (Anaut, 2002).

Ainsi, la théorie de l'attachement, la fonction sociale messagère de la pulsion dans la sublimation et les processus de résilience qui amènent à considérer les professionnels comme tuteurs de développement potentiel pour les enfants, mettent considérablement en perspective l'importance des relations institutionnelles pour ces derniers, et donc de préciser la dimension recherche-action de cette étude dans laquelle ces relations s'inscrivent.

3 LA DIMENSION RECHERCHE-ACTION

Cette partie évoque la dimension de recherche-action de l'étude⁷⁴. Elle vise à souligner l'importance du développement du travail multidisciplinaire à l'Aide Sociale à l'Enfance, que nous présentons ici sur trois niveaux : la multidisciplinarité au service de l'enfant, la multidisciplinarité au service des professionnels et la multidisciplinarité au service de l'institution. L'objectif est de contribuer à l'amélioration des conditions de placement des enfants et des adolescents en favorisant une véritable démarche éthique autour de la notion de l'intérêt de l'enfant⁷⁵ rencontré dans un contexte de placement familial et plus largement dans le domaine de la protection de l'enfance.

Ces différents niveaux sont considérés comme intriqués les uns aux autres. Ils ont été élaborés dans le cadre du recueil des données qualitatives des entretiens cliniques de recherche avec les professionnels, et notamment en ce qui concerne les thématiques qui abordent le rapport des professionnels à l'institution ainsi que la partie qui analyse les pratiques interprofessionnelles entre l'assistant familial et le référent.

Notons que les données recueillies étaient particulièrement conséquentes sur ces thématiques. Dans ce contexte, nous avons choisi de ne pas restituer l'ensemble du traitement des réponses des professionnels au sein de la partie résultat, afin de concentrer l'homogénéité des données sur la problématique théorique générale, les hypothèses et objectifs de la recherche. De plus, au regard de ce qui a été développé dans le troisième chapitre, nous introduisons cette partie sur la multidisciplinarité en montrant l'intérêt de cette approche pour proposer deux autres notions que celles du transfert et du contre-transfert, avant de présenter les trois niveaux du travail multidisciplinaire.

3.1 L'investissement transférentiel et l'investissement contre-transférentiel

Conformément à ce qui a été présenté dans la revue de littératures qui justifie les enjeux épistémologiques d'utilisation des concepts de transfert et de contre-transfert, nous avons choisi d'évoquer dans cette partie l'intérêt de la multidisciplinarité pour proposer une définition alternative à l'utilisation de ces concepts. Dans ce cadre, nous rappelons rapidement dans un

⁷⁴ Précisons que nous ne présentons pas ici l'ensemble des formats de restitution formulés à l'institution concernée par la recherche, qui seront proposés sur différents espaces d'organisation du travail (avec des restitutions aux directions, en réunions de service centralisées par pôles, réunions de service territorialisées par agence, par missions).

⁷⁵ Nous définissons la notion d'intérêt de l'enfant dans le premier chapitre de la recherche qui aborde le placement familial.

premier temps les questions initiales posées sur le risque de l'utilisation élargie du transfert et du contre-transfert, avant de proposer une première définition autour des notions d'investissement transférentiel et d'investissement-contre-transférentiel.

3.1.1 L'investissement-transférentiel et contre-transférentiel comme premier élément de définition de la multidisciplinarité

3.1.1.1 *Définitions de l'investissement-transférentiel et l'investissement-contre-transférentiel*

Le développement réalisé dans le troisième chapitre de la partie théorique aborde les enjeux épistémologiques d'utilisation du transfert et du contre-transfert en dehors d'une situation thérapeutique. Après avoir présenté les différences entre le transfert, l'investissement, le contre-transfert, les contre-attitudes et les contre-investissements, nous avons choisi de nous référer aux concepts de transfert et de contre-transfert, les considérant comme étant les plus à mêmes à répondre aux objectifs de la recherche. Ces derniers ont en effet permis de construire une méthode d'exploration des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil. Néanmoins, nous souhaitons proposer dans le cadre de cette discussion un approfondissement de ces concepts, afin de ne pas participer à un élargissement démesuré d'appropriation de ces notions au sein d'autres sciences humaines et sociales. Ainsi, nous considérons qu'il est essentiel de préciser que la dynamique transféro-contre-transférentielle est dépendante du transfert et du contre-transfert, qui s'expriment tous deux en référence à la réalité psychique abordée dans un cadre psychothérapeutique de psychologie clinique psychanalytique, le tout avec un contre-transfert appréhendé dans un espace de supervision de contrôle de la pratique et d'analyse personnelle.

Dans cette logique, nous proposons la notion *d'investissement-transférentiel* pour décrire la relation entre les enfants et les adolescents avec les professionnels (l'assistant familial et le référent). Nous désignons celle-ci-ci par le déploiement de l'investissement libidinal dans le système conscient-préconscient, sans exclure la dimension de l'inconscient qui s'exprime notamment à travers la répétition de l'expérience traumatique actualisée dans la relation avec le professionnel.

De la même manière, nous proposons la notion *d'investissement-contre-transférentiel* pour décrire la relation entre les professionnels (l'assistant familial et le référent), les enfants et les adolescents. Nous désignons celle-ci par le déploiement de l'investissement libidinal dans le système conscient-préconscient des professionnels, sans exclure la dimension de l'inconscient qui s'exprime notamment à travers l'intensité des processus projectifs, alimentés par un désir

réparateur pour faire face à la réactivation des conflictualités libidinales et infantiles non résolus.

3.1.1.2 Définition de la multidisciplinarité

Nous abordons la démarche multidisciplinaire comme une approche commune complémentaire, qui doit nécessairement passer au préalable par le renforcement des identités professionnelles du champ disciplinaire concerné. Sans ce postulat essentiel, il est difficile de passer du travail interdisciplinaire (la juxtaposition de disciplines professionnelles différentes réunies autour de l'analyse du même objet clinique), au travail pluridisciplinaire (le croisement des disciplines professionnelles autour de l'analyse du même objet clinique) pour tendre vers le travail transdisciplinaire (la complémentarité des disciplines, susceptibles de contribuer à la création d'un nouveau concept commun, permettant d'approfondir l'analyse de l'objet clinique, qui devient alors partageable pour l'ensemble des disciplines professionnelles)⁷⁶.

Dans cette optique, il serait possible d'approfondir les notions d'investissement transférentiel et d'investissement contre-transférentiel en co-construisant plus largement cette épistémologie dans un travail étroit avec les sciences éducatives, propres aux professions d'assistant familial et de travailleurs médico-sociaux (éducateur spécialisé ou assistant social).

Ainsi, la multidisciplinarité pose d'emblée la question fondamentale des limites qu'impose tout questionnement éthique, et ce notamment entre la pratique et la théorie (Aubry & Fleury & Delfraissy, 2018), que l'on retrouve ici à travers la tentative de délimitation des champs multidisciplinaires. C'est dans cet état d'esprit que nous proposons un travail de multidisciplinarité au service de l'enfant, au service des professionnels et au service de l'institutionnel.

3.2 La multidisciplinarité au service de l'enfant placé en famille d'accueil

La multidisciplinarité au service de l'enfant placé en famille d'accueil peut se définir en premier lieu par la prise en compte de l'enfant dans sa singularité comme personne unique, dans une évolution dynamique permanente en perpétuelle changement. Autrement dit, la multidisciplinarité permet de considérer au cas par cas chaque situation d'enfant. En cela, elle

⁷⁶ Précisons que la multidisciplinarité est présentée ici dans son aspect générique de clarification avec les autres domaines disciplinaires.

constitue un véritable rempart à la toute-puissance (Clément, 1993) de différents professionnels qui interviennent dans la situation de l'enfant, et ce, quel que soit son métier. De cette manière, elle permet de réaffirmer l'importance de la temporalité du placement familial pour l'enfant, de sa phase préparatoire (si les conditions le permettent) jusqu'aux retrouvailles avec les parents de naissance, tout en soulignant le rôle fondamental de la continuité des liens institutionnels et familiaux dans le parcours et le devenir de l'enfant.

Nous illustrons cette multidisciplinarité en trois points. D'une part, en soulignant la multidisciplinarité comme garant du travail de placement à visée thérapeutique. D'autre part, en envisageant la multidisciplinarité comme un facteur prépondérant à l'expression des effets thérapeutiques de placement. Ensuite, en présentant la multidisciplinarité comme une des conditions principales qui favorise la réalisation du travail thérapeutique de placement, dans la qualité des accompagnements, lorsque ces derniers sont axés sur la continuité du parcours de vie de placement de l'enfant.

3.2.1 La multidisciplinarité est garant du travail de placement à visée thérapeutique

Dans la pratique clinique du placement familial, la séparation est régulièrement reliée à la notion de carence précoce, ce qui peut amener à poser la question suivante : le placement constitue-il une séparation traumatique ou une séparation thérapeutique ? A l'instar de ce que nous avons développé tout au long de la revue de littérature (chapitre 1), il s'agit de deux événements bien singuliers, tant dans leurs descriptions que dans leurs effets produits : la notion de carence engage une insuffisance quantitative des interactions mère-enfant contrairement à la séparation qui n'implique pas forcément un manque quantitatif des échanges. Dans ce cadre, nous estimons qu'il est fondamental de rappeler que toute séparation, y compris précoce, n'est pas forcément traumatique et source de carences, et ce, particulièrement dans un contexte de protection du développement de l'enfant.

Myriam David (2004a) expliquait que le placement devait être thérapeutique, sinon il n'existait pas (Berger, 2011). L'aspect thérapeutique se présente en premier lieu autour de l'importance de l'ensemble des conditions portées au placement comme premier reflet de l'intérêt porté à l'enfant. Ainsi, le placement d'éloignement ou de protection engage une véritable réflexion éthique multidisciplinaire sur la dimension thérapeutique de cette séparation manifeste pour la plupart du temps imposée par le judiciaire, dans le réel.

Cette dimension thérapeutique peut se présenter selon trois types de modalités thérapeutiques, interdépendantes les unes aux autres. On retrouve tout d'abord les effets thérapeutiques provoqués par la situation de séparation de placement en tant que telle, le travail thérapeutique du respect de la continuité du sentiment de la double appartenance entre la famille de naissance et la famille d'accueil et le but du placement à visée thérapeutique par le travail psychique possiblement réalisable en fonction de la dynamique de la problématique de placement familial. Dans ce cadre, le recours à la loi constitue d'emblée un premier acte thérapeutique majeur pour l'enfant, dans sa dimension protectrice de séparation.

3.2.2 La multidisciplinarité est un facteur contribuant aux effets thérapeutiques du placement

Myriam David (2004a) définit la notion du préplacement comme l'élaboration de la phase de préparation du placement qui peut comporter dans sa manifestation des effets thérapeutiques. Cette phase ne peut s'appuyer que sur un travail multidisciplinaire continu et régulier. En effet, la situation de placement a tendance à réactiver les angoisses de séparation des enfants, des familles et des intervenants, ce qui risque de retarder l'action même du placement. Ce procédé d'évitement qui consisterait à ne pas s'exposer aux expériences de séparation peut être délétère pour toutes les personnes concernées (la famille et l'équipe) et en particulier pour l'enfant qui peut être gravement en danger.

En revanche, une prise de décision claire et rapide sans faire émerger l'incertitude de la vraisemblance de l'acte de séparation peut comporter un véritable effet de soulagement, propice au travail de la séparation et des retrouvailles entre l'enfant et ses parents de naissance. Il convient évidemment que cette préparation ne soit pas soumise à des pressions diverses extérieures (émanant de la temporalité judiciaire et/ou administrative) qui transformerait alors les effets thérapeutiques de cette séparation suffisamment claire en situation d'urgence, passant de l'acte attendu de séparation en expérience de rupture imprévisible.

3.2.3 La multidisciplinarité comme une des conditions principales à l'émergence du travail thérapeutique de placement

Le placement familial apparaît particulièrement indiqué lorsque la séparation familiale permet de protéger l'enfant et ses figures parentales contre les dangers dont il est exposé au sein de sa famille de naissance. Dans ce cadre, il est délétère pour l'enfant de refuser toute séparation

de placement au prétexte de préserver et de protéger la continuité de ses liens familiaux. C'est au contraire cet éloignement qui constitue la meilleure solution pour protéger les enfants et les parents « contre des ruptures « internes » répétées et pour tenter d'assurer la reprise et la continuité de la poursuite de la maturation de ce lien, dans des conditions qui en éliminent ou réduisent les dangers » (David, 2004a, 2753). C'est dans un cadre multidisciplinaire que peut ainsi s'élaborer ces différents niveaux d'appréciations.

3.3 La multidisciplinarité au service des professionnels

A l'instar de ce qui vient d'être développé sur l'importance de la multidisciplinarité sur la temporalité de placement dans sa visée thérapeutique pour les enfants (du préplacement aux retrouvailles avec la famille de naissance), la temporalité de placement concerne selon nous tout autant les professionnels : de la préparation de l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil jusqu'au travail de la séparation (retour au domicile parental, changement de famille d'accueil, départ en établissement, l'approche de la majorité légale de l'adolescent). Ainsi, la dynamique de cette temporalité répond à une logique inverse de celle dans laquelle est inscrite l'enfant.

Dans ce sens, la multidisciplinarité se traduit par un accompagnement spécifique des professionnels. Pour cela, nous présentons d'une part les effets positifs du travail multidisciplinaire pour les professionnels (avec leurs répercussions sur l'enfant), puis d'autre part nous décrivons les fonctions principales de la multidisciplinarité pour les enfants, les familles de naissance et les professionnels.

3.3.1 Les effets positifs de la multidisciplinarité pour les professionnels

La multidisciplinarité du côté des professionnels permet tout d'abord de dissiper deux malentendus souvent observés en placement familial, du côté de la famille d'accueil, du côté du référent et du service A.S.E. En ce qui concerne les assistants familiaux, la multidisciplinarité met en perspective le fait que la majorité des difficultés vécues par un enfant en famille d'accueil ne sont pas consécutives d'une défaillance dans la prise en charge de la part des professionnels, mais avant tout révélatrices de l'étendue de la souffrance de l'enfant, majorée par sa propre problématique de placement familial. Du côté des référents et des équipes, la multidisciplinarité permet de mettre en lumière les origines des investissements contre-transférentiels voire les contre-attitudes possibles. En effet, comme nous l'avons développé

précédemment, précisons que ceux-ci ne sont pas consécutifs d'une mauvaise volonté ni d'une ignorance de la part des professionnels : elles résultent avant tout d'organisation défensive individuelle ou collective, face à un « sentiment d'impuissance et de culpabilité vis-à-vis de la souffrance de l'enfant et de ses parents » (David, 2004a, 2753). Nous retrouvons ici le travail d'ambivalence des identifications préalablement présentées (entre l'identification à la souffrance du parent plus intense que l'identification à la souffrance du parent).

Ainsi, la multidisciplinarité souligne la difficulté de penser simultanément le lien et la séparation, l'enfant et le parent, pour un professionnel seul qui ne bénéficierait pas de ce type d'espace. De plus, elle met en exergue que tous les professionnels (assistant familial, éducateur, cadre d'enfance, médecin P.M.I., sage-femme, infirmière puéricultrice, psychologue, etc.) peuvent être entraînés, sans s'en apercevoir, par l'enfant et la famille de naissance, au sein de la psychopathologie du lien. Dans cette perspective, relevons de manière non exhaustive quatre caractéristiques de la multidisciplinarité au service des professionnels, qui peuvent ainsi participer à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant.

Dans un premier temps, le travail multidisciplinaire agit sur la dissolution des responsabilités de chacun, dans ce « grand autre » que peut représenter le « tout institutionnel ». Autrement dit, de généraliser la conflictualité des situations selon des rationalisations externes qui justifieraient ce qui peut être vécu comme des échecs de certaines pratiques professionnelles, sans avoir la possibilité d'élaborer une analyse constructive de la situation (par exemple, via l'analyse des investissements contre-transférentiels). Cela concerne les difficultés présentées en introduction de cette partie, qui peuvent, dans certaines situations, amener les professionnels à perdre confiance dans la dimension protectrice et contenant du cadre institutionnel (Mellier, 2002, 2005) accentuant le risque de passage à l'acte (de prendre des décisions seules en dehors du cadre judiciaire par exemple ou sans avoir réalisé un travail de concertation multidisciplinaire) et notamment si l'institution a fait preuve d'inertie à plusieurs reprises face à des demandes urgentes de protection.

Dans un deuxième temps, le travail multidisciplinaire permet au collectif de porter à la place d'un seul professionnel une décision qui pourrait être difficile à prendre concernant la situation d'un enfant et de sa famille de naissance (réduction des droits de visites et d'hébergements par exemple), en élaborant la place et le rôle de chacun sur le « qui fait quoi » (le cadre qui annonce aux parents, le délégué, le référent, la famille d'accueil, que dire à

l'enfant, etc.) avant de soumettre la proposition au juge des enfants, seul décideur de la situation des droits de l'enfant et de sa famille.

Dans un troisième temps, le travail multidisciplinaire encourage les temps de liaison en s'ajustant au mieux aux différents besoins de l'enfant sans que celui-ci subisse les différentes temporalités propres à sa situation de placement, c'est-à-dire la temporalité affective (par exemple le délaissement parental qui entraîne des réaménagements psychiques chez l'enfant par l'expression de nouvelle position affective), la temporalité éducative (par exemple les enjeux de l'accompagnement éducatif face aux attitudes antisociales de l'enfant), psychologique (par exemple en travaillant l'importance du travail de liaison interinstitutionnelle entre psychologues lors de changement de lieux de vie de l'enfant), administrative (par exemple un changement de territoire suite au changement de domiciliation parentale qui entraîne un changement de référent) et judiciaire (par exemple un changement de droits de visites ou un arrêt inattendu de mesure comme la déjudiciarisation d'une assistance éducative, susceptible d'entraîner un retour à domicile).

Enfin, la multidisciplinarité permet de mettre en lumière les articulations entre idéologie du lien, l'échec d'un accompagnement et le sentiment d'impuissance. Par exemple, si jamais une réduction de droit des parents est proposée au juge des enfants, cela ne signifie pas « un recul » ou « un pas en arrière » de ne pas répondre à l'objectif ultime du retour à tout prix de l'enfant dans sa famille de naissance, ajouté à la crainte de perdre le travail de coopération avec le parent. Au contraire, cela peut représenter une avancée considérable dans la situation, en proposant des modalités de rencontre plus sécurisantes et protectrices pour l'enfant, d'autant plus si ce dernier montre un mal être important. Du côté des parents, l'arrêt brutal d'une coopération peut illustrer son caractère illusoire. Elle montre avant tout l'étendue de la problématique parentale (ou familiale), dans laquelle le parent est empêché par ses dysparentalités à prendre en considération la mesure du bien-être de l'enfant en étant notamment à l'écoute de sa temporalité psychique (qui est différente de celle du parent adulte) et sensible à la souffrance de l'enfant.

Par exemple, cela peut concerner la situation d'un parent qui décide de ne plus voir son bébé, en raison d'une demande de réduction de droits, faisant suite à l'expression d'une anorexie précoce sévère d'opposition, où le bébé refuse de manger et peine à boire sur plusieurs jours à chaque retour de visite, avec un temps de plus en plus long pour remettre en route des

processus psychiques tournés vers le lien affectif vivant et le monde extérieur. Le risque ici est de faire porter à l'enfant la problématique du parent par le *forçage du lien*, en le contraignant à puiser sur ses ressources (pourtant si fondamentales à préserver) pour s'adapter à la dysparentalité des parents, comme si la souffrance de l'enfant pouvait constituer un outil d'évaluation objectif de soutien au travail d'accompagnement à la parentalité (avec un discours parfois soutenu : « si cela ne va pas pour l'enfant, ce n'est pas grave on reviendra en arrière »).

Ainsi, le travail multidisciplinaire permet d'élaborer collectivement les enjeux propres à la problématique de placement familial. Cette temporalité du placement du côté des professionnels mise en exergue par cette multidisciplinarité demande ainsi : en amont un travail d'accompagnement éducatif (au minimum) de la famille d'accueil à l'arrivée de l'enfant. Des temps individuels ou collectifs de supervision des assistants familiaux et des professionnels du service, sur un rythme suffisant qui conditionne le déploiement de ce travail (a minima hebdomadaire, bimensuel ou mensuel) ainsi que des temps d'analyse partagée en petit groupe de professionnel (par missions), étayés également sur le même rythme significatif, en présence de tous les professionnels qui accompagnent l'enfant (du côté des enfants placés avec la présence de l'assistant familial, le référent, le cadre d'enfance, le psychologue et du côté du champs de la prévention les équipes socio-éducatives ainsi que les professionnels de la P.M.I.).

3.3.2 Les fonctions de la multidisciplinarité pour les enfants, les familles et les professionnels

A l'instar de la présentation réalisée sur les évolutions législatives et institutionnelles, ce n'est finalement que depuis une vingtaine d'années qu'est clairement reconnu l'importance de la notion de continuité dans le parcours de l'enfant, que cela soit dans son lieu de placement que dans la relation avec le référent. Indépendamment des aspects institutionnels que nous développerons dans la prochaine partie, le travail multidisciplinaire fonde ce principe de continuité, particulièrement essentiel pour l'enfant. Dans ce cadre, nous présentons trois fonctions de la multidisciplinarité qui ont des effets bénéfiques voire thérapeutiques pour les enfants, les familles et les professionnels.

La première fonction du travail multidisciplinaire est de garantir un niveau de préoccupation permanent autour de la continuité et du maintien du placement, en étant particulièrement vigilant autour des signes cliniques potentiellement révélateurs de crise, « afin

qu'elle n'entraîne pas de rupture de liens de l'enfant, ni avec ses parents, ni avec sa famille d'accueil » (David, 2004a, 2758). Le soin apporté à ces crises illustre l'activité thérapeutique de l'équipe A.S.E. qui accompagne l'enfant, que cela soit pour apprécier les risques de ces crises pour l'enfant que d'isoler spécifiquement la problématique de placement familial, comme nous l'avons développé tout au long de la recherche.

La deuxième fonction du travail multidisciplinaire est le soin des relations entre les enfants et leur parent. Celui-ci est tout d'abord en partie conditionné par le juge des enfants qui organise les droits des enfants et parents, d'une part en fonction du choix de modalité de rencontre (visite avec hébergement, visite libre, visite accompagnée, visite semi-accompagnée, visite en lieu neutre et visite médiatisée) et d'autre part en fonction du rythme des rencontres (pluri-hebdomadaire, hebdomadaire, en quinzaine, mensuel, à chaque vacances scolaire, trimestriel, annuel, de réserve ou de suspension). Dans ce cadre, rappelons que seul le juge des enfants est habilité à conditionner les droits des parents en les restreignant ou en les élargissant. Cependant, c'est au sein du travail multidisciplinaire que s'apprécie le meilleur ajustement possible entre les besoins et la protection du développement de l'enfant avec le travail possible des parents, qui pourra ensuite faire l'objet de propositions qui seront par la suite soumises au magistrat, dans un contradictoire fondamental entre les propositions de l'A.S.E. et les demandes/droits des parents.

La troisième fonction de la multidisciplinarité concerne l'appréciation de l'accompagnement possible à réaliser du côté des parents dans une perspective de continuité, en fonction de la potentialité de leur mobilisation psychique, elle-même dépendante de l'étendue de leur dysparentalité. Dans ce cadre, les parents ont besoin de « l'attention psychique de l'équipe et que celle-ci vienne à leur rencontre pour surmonter la blessure narcissique infligée par leurs troubles de la parentalité, pour pouvoir résister à leurs impulsions agressives et autodestructrices, celles d'abandons et de reprises intempestives de leur enfant, et pour exercer au mieux leur parentalité dans la situation de placement » (David, 2004a, 2759). La mise en place d'une bonne distance entre la famille de naissance et la famille d'accueil s'avère donc particulièrement nécessaire pour que le lieu de vie de l'enfant soit préservé, comme nous l'avons développé dans le cadre de cette étude.

Cette distance permet aussi d'élaborer des pistes de travail pour les parents lorsqu'ils reçoivent par exemple l'enfant à leur domicile, tout en les accompagnant avant ou après les rencontres afin qu'ils puissent faire part de leurs ressentis sur le déroulement des rencontres, voire d'exprimer leurs désirs ou leurs rancœurs aux professionnels. De plus, cette sensibilité apportée à l'accompagnement de la parentalité en placement permet aux équipes d'apprécier ce qui peut être amélioré dans l'environnement social et familial du parent et qui pourrait contribuer au travail psychique de parentalité. Cette démarche multidisciplinaire engagée autour de la continuité d'accompagnement des parents est aussi fondamentale à signifier pour les enfants, qui ressentent alors que leur parent ne sont pas négligés ou abandonnés, et ce particulièrement lorsque les enfants sont en souffrance dans leur problématique de placement familial.

3.4 La multidisciplinarité au service de l'institutionnel

Nous abordons l'importance du travail multidisciplinaire au service de l'institutionnel en présentant d'une part, les effets des organisations institutionnelles sur la continuité du parcours de l'enfant. D'autre part, nous exposons le rôle fondamental de l'institution pour les professionnels qui peut dans une certaine mesure, représenter une véritable « métabase » de sécurité.

3.4.1 Les effets des organisations institutionnelles sur la continuité du parcours de l'enfant

Force est de constater qu'aujourd'hui l'organisation des politiques territoriales au sein de l'action sociale est différente dans chaque département (ONPE, 2018), soit une multiplicité d'organisations en ce qui concerne la France métropolitaine (avec 96 départements). Par exemple, certaines collectivités ont continué à centraliser les services A.S.E., d'autres les ont à l'inverse décentralisées en territorialisant les différentes missions du Conseil Départemental dont la mission A.S.E. s'est retrouvée progressivement diluée au sein de la thématique famille voire solidarités, dans une logique de transversalité et de décloisonnement des services (Ferrandi, 2009 ; Delalande, 2009 ; Galopin, 2012 ; Poli, 2012). On assiste donc à une multiplicité d'organisation institutionnelle qui peut complexifier considérablement la question de l'organisation des pratiques d'accompagnements socio-éducatifs et psychologiques pour les enfants et les familles, en termes notamment de continuité du parcours de vie des enfants.

A cela s'ajoute les disparités des organisations institutionnelles au sein d'un même département par le recours de plus en plus intensif au « rééquilibrage » entre le placement dit « publique » et le placement dit « privé » au profit d'acteurs à but lucratif comme les Services d'Accueil Familial privé (ou S.A.F.). Les services d'accueil familial sont gérés par des associations privées qui interviennent sous délégation de l'Aide Sociale à l'Enfance, leur cadre réglementaire et de subventions budgétaires sont alors imposés et de plus en plus contrôlés par les collectivités via des phénomènes de contractualisation.

Dans certains départements, nous assistons depuis plusieurs années à une recrudescence significative d'intervention de ces associations privées, reflétant un désengagement sensible des collectivités territoriales, dans un contexte national des politiques publiques sous très fortes tensions financières (Ferrandi, 2009 ; Delalande, 2009 ; Galopin, 2012 ; Poli, 2012), partagé entre la question budgétaire du domaine du sanitaire qui serait opposé à celui du médicosocial. Face à certains mouvements de retrait budgétaire dans le domaine du droit commun et du sanitaire (C.M.P., pédopsychiatrie, place en I.M.E., etc.), se conjugue un phénomène de désengagement progressif du secteur du médico-social, les territoires étant eux-mêmes pris sous l'étau de la contrainte limitée des taux des subventions⁷⁷.

Ce véritable phénomène de « politisation de la protection de l'enfance » s'illustre particulièrement dans l'accompagnement des adolescents majeurs âgés de 18 ans (avec un renforcement considérable des demandes d'évaluations objectivées sur ce qui est nommé comme étant les « capacités d'autonomie psychoaffective » des adolescents, pour accorder des contrats d'Accueil Provisoire pour les Jeunes Majeurs ou A.P.J.M.) ou encore en ce qui concerne la situation des Mineurs Non Accompagnés (ou M.N.A.) (Derivois & *al.*, 2018).

L'augmentation des mesures réalisées par les prestataires privés semblent de plus en plus s'imposer aujourd'hui comme une des solutions économiques possibles pour que les institutions aient la capacité de répondre aux missions de la protection de l'enfance. En conséquence, cette modification des dispositifs A.S.E. accentue les disparités à l'intérieur d'un même département, du fait que ces structures obéissent à leurs propres modalités de fonctionnement et d'organisation du travail. En d'autres termes, un enfant ne bénéficie pas des mêmes conditions d'accueil et d'accompagnement, d'un département à un autre, d'une ville à une autre et d'un

⁷⁷ Les conseils départementaux sont contraints à ne pas dépasser un certain seuil de dépenses publiques, avec la règle des 1,2% de budget des subventions d'état.

territoire à un autre au sein d'un même département.

L'accélération de ces phénomènes de désinstitutionalisation est complémentaire au choix de l'externalisation des services et semblent répondre depuis une vingtaine d'année à une logique gestionnaire, essentiellement animé par des variables économiques et budgétaires (Soula Desroche, 2013). Ces logiques quantitatives à court terme ne sont pas sans conséquence dans le quotidien des enfants, notamment en ce qui concerne la majoration des risques de discontinuité et de rupture dans leur parcours de vie. Par exemple, dans le cas d'une assistante familiale qui arrête son activité pour partir à la retraite, l'enfant pourra changer d'organisme d'accueil si jamais le placement public décide de ne plus recruter de famille d'accueil.

Précisons que ces principes d'organisation gestionnaire et de contrôle managérial du travail semblent s'élargir dans la plupart des institutions de soins. Selon certains auteurs, ces organisations ne semblent pas être fondées sur une ignorance ou un déni de l'histoire institutionnelle qui établit notamment le lien d'appartenance des professionnels à l'institution (à travers l'émergence progressive de valeurs qui ont institué les structures), mais posent la question de l'intention active de ne pas tenir compte de ces spécificités (Soula Desroche, 2013). Une des difficultés semble ainsi résider dans le fait que ces formes de principes de fonctionnements gestionnaires ne sont pas présentées et nommées comme étant des principes régissant les organisations du travail.

La prépondérance « du tout quantitatif » dans l'analyse des activités professionnelles, crée ainsi un vide de la pensée qui se nourrit lui-même par le vide de la procédure centrée sur la recherche permanente de l'objectivation via la primauté de la logique de l'expertise : « un univers de procédures vient combler le vide institutionnel et cette absence de pensée génère elle-même un empêchement de penser. Dans le domaine des sciences humaines, il est patent que les activités à consignes et l'application des procédures sont en contradiction avec l'objet et le sens du travail. Ce sont des structures coopératives surtout, parfois technocratiques, toujours en partenariat et avec des liens en réseau, qui sont les plus appropriés pour qu'une élaboration en commun soit la base de la pratique. L'autorité est de compétence et non plus hiérarchique » (Soula Desroche, 2013, 57).

A l'A.S.E., la prévalence progressive du pouvoir administratif sur le pouvoir judiciaire, peut conduire à l'élaboration de nouvelles procédures d'accompagnement éducatif qui peuvent

interroger sur les risques encourus par l'enfant. Ces organisations du travail peuvent ainsi nourrir la croyance de l'autosuffisance du professionnel dont la professionnalité serait essentiellement définie par ses conditions de travail, en concentrant de plus en plus son activité professionnelle par la seule justification de cette activité. Ainsi, c'est dans ce cadre que le travail multidisciplinaire au service de l'institutionnel peut être formulé à travers la « métabase » de sécurité que peut représenter l'institution pour les professionnels, dans l'objectif du « caring for the caregiver », autrement dit de souligner l'importance de prendre soin des professionnels qui prennent soin des enfants (Guédeney & Guédeney, 2010, 302).

3.4.2 L'institution comme base de sécurité

A l'image du modèle théorique de la base de sécurité (Schofield & Beek, 2006), l'institution peut constituer une source sécurisée pour les professionnels à travers la valorisation d'un travail multidisciplinaire qui peut s'effectuer sur différents niveaux d'activités. Nous reprenons les cinq caractéristiques du caregiving pour illustrer l'importance de cette base de sécurité si l'institution est garante de la démarche multidisciplinaire. Ces caractéristiques résument la récolte des données à ce sujet.

→ Dans un premier temps, le travail multidisciplinaire porté par l'institution permet de signifier une disponibilité à l'égard des professionnels. L'écoute des difficultés de ce travail complexe d'accompagnement, et la prise en compte des demandes qui permettrait d'améliorer les conditions de placement de l'enfant, peuvent tous deux encourager le développement d'un sentiment de confiance chez les professionnels. La valorisation de ces ressources s'effectue alors par la mesure du « travail invisible » non objectivable de ses activités (par exemple la complexité du travail d'accompagnement réalisé pendant les visites, l'éprouvé de situation de violence familiale parfois directement dirigée dans ce que peut représenter le professionnel pour les familles à un moment particulier de leur histoire, etc.). En outre, cette disponibilité peut favoriser une continuité d'appartenance au sein de l'institution.

→ Dans un deuxième temps, le travail multidisciplinaire porté par l'institution permet de signifier une sensibilité à l'égard des professionnels. La considération de la complexité des missions favorise ainsi le renforcement de l'identité professionnelle des intervenants, reconnue alors par l'institution. Dans ce cadre, cette sensibilité participe à une meilleure distinction entre

l'identité personnelle et professionnelle, comme nous l'avons développé dans les résultats de la recherche.

→ Dans un troisième temps, le travail multidisciplinaire porté par l'institution favorise une liberté d'accueil du professionnel, sans le réduire à une faute commise dans une situation qui remettrait en question sa « bonne professionnalité ». En effet, comme nous l'avons développé dans la partie précédente, ce qui peut être perçu comme une faute, une erreur de pratique (qui peut encourager le contrôle managérial et la perte de confiance dans les savoir-faire des professionnels) reflète avant tout l'intensité des infiltrations des problématiques familiales qui peuvent se rejouer dans les fonctionnements institutionnels. De plus, cette liberté d'accueil peut contribuer à améliorer le sentiment de reconnaissance et de soutien des professionnels, notamment en ce qui concerne les assistants familiaux.

→ Dans un quatrième temps, le travail multidisciplinaire porté par l'institution favorise la coopération avec le professionnel, engendrant possiblement une dynamique de travail de liaison qui peut s'ouvrir jusqu'à l'extérieur de l'institution avec d'autres partenaires.

→ Dans un cinquième temps, le travail multidisciplinaire porté par l'institution facilite le travail d'appartenance du professionnel au sein d'un espace de travail dédié à l'élaboration d'une activité professionnelle qui s'inscrit dans un cadre institutionnel identifié comme étant celui de la protection de l'enfance.

Ainsi, cette approche multidisciplinaire portée par l'institution peut se réaliser en intra-institutionnel et en extra-institutionnel. Au niveau de l'intra-institutionnel elle peut se décliner en fonction des missions (pour les équipes travaillant en prévention et/ou en protection) et des thématiques (pour l'ensemble des professionnels du département travaillant en protection de l'enfance). Sur le plan extra-institutionnel elle peut se formuler à travers la création d'espace départemental de réflexion éthique, centré sur la question de l'intérêt de l'enfant.

L'intérêt supérieur de l'enfant pose la question fondamentale des limites qu'impose tout questionnement éthique, et ce notamment entre la pratique et la théorie. Cet intérêt supérieur de l'enfant oblige ainsi à questionner dans leur extrémité l'importance des discussions psychologiques, philosophiques, morales, sociétales et politiques, toutes nécessaires à mobiliser pour aborder cette question (Petitpierre & Scelles & Bungener & Detraux & Tremblay, 2016).

La tenue même de ces débats passionnés comporte intrinsèquement une dimension éthique qui a une visée préventive, afin que ces passions ne se transforment pas en idéologies, avec le risque que celles-ci se retrouvent alors dans le fonctionnement des organisations institutionnelles aux répercussions délétères possibles dans les prises en charges concrètes de placement des enfants.

Dans ce cadre, les Conseils Départementaux comme chef de file de la protection de l'enfance, peuvent être les garants de la réalisation d'une démarche éthique qui peut se formuler par « l'étude et l'analyse de la morale » car « elle renvoie à une recherche de morale nouvelle, prospective et dans une perspective a-religieuse » (Bachmann, 2004, 3071). Autrement dit, dans une recherche respectueuse de mise en forme et de mise en sens si fondamentale à consacrer pour ces questions de la protection de l'enfant en placement familial (Kristeva, 2005).

4 ANALYSE DU RAPPORT A L'OBJET DE RECHERCHE

L'analyse de notre rapport à l'objet de recherche rejoint un des fondements de l'approche complémentariste qui consiste à étudier l'effet de l'observateur sur l'observé (Devereux, 1972), que nous avons choisi d'illustrer ici par l'analyse de notre contre-transfert. Dans ce cadre, nous présentons dans un premier temps la dimension du contre-transfert institutionnel présent dans notre contre-transfert de clinicien. Dans un deuxième temps, nous abordons les effets de notre contre-transfert de chercheur sur notre contre-transfert de clinicien.

4.1 La dimension du contre-transfert institutionnel dans notre contre-transfert de clinicien

A l'instar de la spécificité clinique de l'environnement institutionnel du placement familial présenté dans le premier chapitre de la recherche, le domaine de la protection de l'enfance recouvre différents niveaux de cadres interprétatifs qui peuvent refléter la façon qu'une société a de se construire une représentation de l'enfant : historique, socio-culturelle, législative, juridique, politique, idéologique, institutionnelle, éducative et psychologique. Par exemple, l'histoire des évolutions législatives offre un cadre interprétatif qui tente de caractériser l'évolution socio-culturelle des liens familiaux à travers la promulgation de loi sur le lien (les lois sur la famille) et la séparation (les lois de protection de l'enfance) de l'enfant placé.

Autrement dit, la société se construit une représentation de la séparation de l'enfant à travers un cadre interprétatif spécifique et dynamique, tout comme celui par exemple qu'élabore le juge des enfants (que nous pouvons retrouver dans les variabilités intra-professionnelles et interprofessionnelles des jugements rendus⁷⁸), des institutions (par exemple, le point de vue sur la séparation de protection de l'enfant ne sera pas le même en centre parental qu'à l'A.S.E. tout comme le point de vue de la psychiatrie peut être différent de celui de la pédopsychiatrie sur cette question de la séparation protégée avec des parents vulnérable souffrant de psychopathologie), des professionnels quel qu'il soit (avec par exemple l'idéologie du lien et les investissements contre-transférentiel), des enfants placés et de la famille de naissance.

La superposition de ces cadres interprétatifs représente selon nous la dimension du contre-transfert institutionnel éprouvé dans notre contre-transfert de clinicien. En effet, les ressentis d'impuissance et de doute parfois rencontrés dans la clinique peuvent résulter d'une incohérence d'un (ou de plusieurs) de ces niveaux de cadre interprétatif : une nouvelle loi de protection de l'enfance qui peut changer les orientations d'accompagnement des familles, la décision d'un juge qui ne suit pas les propositions de l'A.S.E. élaborées dans un cadre multidisciplinaire, ou encore l'arrêt d'une prise en charge à la majorité des 18 ans de l'adolescent sans validation d'un contrat d'accueil provisoire jeune majeur. Ainsi, le travail d'intériorisation du cadre (Green, 2013) peut être long et particulièrement bousculé par le poids de ce contre-transfert institutionnel nécessairement instable. Dans ce sens, si nous considérons que le processus est au cadre ce que le contenant est contenu (Bion, 1963), qu'en serait-il de notre contre-transfert de chercheur ?

4.2 Les effets du contre-transfert de chercheur sur notre contre-transfert de clinicien

L'intériorisation de notre cadre d'entretien clinique de recherche nous a également demandé un travail de supervision qui s'est axé sur notre contre-transfert de chercheur. Dans ce sens, notre contre-transfert de chercheur peut se résumer à travers les contraintes d'objectivations que nous avons ressenties dans l'exercice de la recherche. Celles-ci peuvent se présenter selon quatre éléments constitutifs de notre cadre d'entretien clinique de recherche.

⁷⁸ Précisons que nous entendons ici la diversité des jugements que peut prononcer un même juge des enfants dans l'évolution d'une situation, ainsi que la diversité des jugements de différents juges des enfants par rapport à une même situation (par exemple lorsque l'enfant change de juge des enfants).

Tout d'abord dans la référence à la théorie de l'attachement. En effet, ayant une pratique de psychologie clinique psychanalytique en placement familial, le travail réalisé dans un cadre de recherche avec des enfants et des adolescents qui viennent d'arriver en placement a perturbé notre cadre clinique habituel dans lequel la notion de temporalité est primordiale. Par exemple, la clinique avec des enfants qui ont subi des violences physiques graves demande un long travail d'alliance pour que l'enfant en question ne puisse rien que commencer à s'asseoir, sans vérifier à chaque fois qu'il rentre dans la salle d'entretien, si tous les éléments présents dans la pièce sont bien toujours là comparativement à la dernière fois qu'il est venu.

Ensuite, les outils mobilisés ne sont pas les mêmes que ceux que nous utilisons dans notre pratique clinique. En effet, nous nous appuyons essentiellement sur une clinique à main nue pour les adultes et les adolescents et sur des outils de médiation pour les enfants les plus jeunes (pâte à modeler, dessins, jeux de rôles et psychodrame). Dans le cadre de la recherche, les outils utilisés pour apprécier l'attachement convoquent les problématiques de séparation et de lien. Malgré le travail de préparation inhérent à la procédure de passation en essayant de garantir les conditions éthiques et déontologiques nécessaires au bien-être des enfants et des adolescents, nous pensons que les outils mobilisés ont certaines fois atteint leur limite d'investigation, nous obligeant évidemment d'arrêter les passations lorsque la situation clinique l'imposait. Dans ces moment-là, nous changions en quelque sorte de cadre, en passant de l'entretien clinique de recherche à l'entretien clinique « classique ».

La pression des règles explicites du cadre des entretiens cliniques de recherche a exercé une forte influence dans le déroulement des entretiens et dans l'expression de notre contre-transfert de chercheur. Par exemple, nous avons éprouvé de la difficulté à trouver des dates avec les professionnels, d'organiser les déplacements (ayant dû nous déplacer sur l'ensemble du territoire) en mutualisant les entretiens, de gérer les retards et leurs conséquences sur le déroulement de la recherche (avec d'autres entretiens programmés après), ou la durée (certains entretiens étant plus long que d'autres) avec l'exigence d'essayer de réaliser la passation de l'ensemble des épreuves sur l'échéance impartie par la temporalité matérielle de la recherche doctorale.

Ainsi, l'ensemble de ces éléments nous amène à formuler la question suivante : dans quelle mesure notre rapport à l'objet de recherche par l'analyse de notre contre-transfert de chercheur vient mettre au travail notre contre-transfert de clinicien dans la rencontre avec « l'objet de la clinique » ? Autrement dit, en quoi les limitations inhérentes au dispositif de recherche ne viendrait-il pas mettre davantage en lumière les enjeux déontologiques de la sensibilité et du doute propre au domaine de la psychologie clinique ?

L'exploration de cette dialectique entre ces contraintes d'objectivation (reliées aux exigences de scientificité) et cette recherche de subjectivité (propre à la clinique) explique probablement la sous-estimation des effets transférentiels des sujets à l'endroit du dispositif de recherche, conduisant à un manque d'anticipation des effets thérapeutiques de l'étude dans la compréhension de l'évolution longitudinale des résultats. Cette dimension « méta » de la recherche n'est apparue qu'à travers l'investigation de ces différentes formes de contre-transfert, en premier lieu d'analyse entre la posture de clinicien et la posture de chercheur en psychologie clinique. Abordons maintenant les perspectives thérapeutiques principales de la recherche.

5 LES PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Les perspectives thérapeutiques de la recherche rejoignent tout d'abord les effets bénéfiques relevés de la participation des sujets à cette étude. Il s'agit de l'importance de préparer, de penser et de mettre des mots sur la séparation (d'autant plus si elle s'est faite dans l'urgence), tant du côté des enfants que de celui des professionnels. A l'inverse, les tendances projectives risquent alors de s'intensifier : l'enfant est davantage en position affective de demande de réparation, accentuant la recherche de réparation des professionnels par les motivations inconscientes associées.

De plus, nous avons souligné que même si les conditions minimums d'accompagnement étaient réunies, la résolution des conflictualités liée au placement n'est que partielle. Les conflits psychiques latents inhérents à la problématique de placement familial restent quant à eux, toujours présents. Ils peuvent donner lieu à la période de désillusion et de violence, jusqu'à l'émergence du syndrome de mal de placement. Comme nous l'avons précédemment développé, celui-ci peut se traduire notamment par un phénomène d'indifférenciation psychique. Dans ce cadre, la solution principale qui semble être privilégiée par l'enfant pour se

différencier et sortir de cette intolérance d'attachement mutuel intense aux effets contraires et destructeurs, passe notamment par l'expression d'attitudes aux tendances antisociales : éprouvé le lien en recherchant des limites externes dans l'espoir de construire des limites internes, comme tentative de résolution des traumatismes familiaux qui s'actualisent dans la relation avec le professionnel. Face à cette réalité clinique très régulièrement observée, deux dispositifs thérapeutiques peuvent soutenir un travail psychique autour de la différenciation de l'enfant avec ses parents et donc, de limiter les répercussions possibles sur le lien des enfants avec les professionnels : la différenciation étayée dans le réel par l'exercice des visites médiatisées lorsque les troubles de la parentalité sont trop massifs et la différenciation psychique soutenue dans le cadre d'une psychothérapie institutionnelle.

5.1 La différenciation psychique soutenue dans le réel à travers les visites médiatisées

A l'instar de ce qui a été présenté sur la psychopathologie du lien en placement familial, on remarque ainsi que toutes les pathologies interactives, qu'elles soient dans le registre des troubles relationnels précoces, de dissociations traumatiques, de trauma psychique interpersonnel, des pathologies relationnelles précoces, de la répétition des ruptures des interactions précoces chaotiques et imprévisibles des attitudes effrayantes/effrayées du parent dans le cas de la désorganisation de l'attachement : elles interrogent la dimension traumatique présente au sein des processus projectifs des parents vers l'enfant, en actualisant la question de la continuité et de la discontinuité.

Lorsque l'enfant se retrouve en présentiel avec son parent pendant une visite, il peut se retrouver comme « perdu » au sein du prolongement narcissique parental. Dans ces situations, le parent peut avoir un discours centré-sur lui-même, et s'approprier la moindre différenciation affective de l'enfant. L'enfant est alors investi comme objet partiel et n'existe plus que par intermittence, en « pointillé », jusqu'à progressivement être aspiré par le gouffre parental. Par exemple, l'enfant en visite avec son parent, pourra raconter une sortie avec sa famille d'accueil, et le parent peut avoir tendance à ramener systématiquement cet événement de vie dans la répétition de son histoire, en expliquant que « moi aussi j'ai vécu pareil ». Ce phénomène est particulièrement accentué lorsque le parent a été lui-même placé pendant son enfance, comme fondement majeur du placement pathologique transgénérationnel.

Ainsi, le placement familial pose la question des enjeux de la différenciation lorsque la séparation manifeste est imposée dans le réel pour des raisons de danger et de traumatismes subis. La différenciation psychique est un long processus avant d'élaborer la problématique de séparation avec ses objets internes qui permet de se séparer à l'extérieur sans trop en souffrir. En cela, le placement familial est un défi clinique sur le plan thérapeutique : dans quelle mesure est-il possible d'engager un travail autour de la différenciation psychique, alors que les traumatismes précoces ont maintenu opérant l'état de cette indifférenciation et que le travail de séparation externe s'est imposé dans le réel par le placement (sans que l'enfant est élaboré au préalable le travail de différenciation et de séparation interne) par la nocivité même des traumatismes ?

Dans ce cadre, les visites médiatisées permettent d'engager ce type de travail autour de la différenciation. Ces espaces mériteraient un long développement de présentation et de définition que nous n'avons pas la possibilité de réaliser maintenant. Précisons simplement que les visites médiatisées sont des rencontres parent-enfant sous contrainte (Gutton & Bagnulo & Jeanblanc, 2011), en présence d'un travailleur social et d'un psychologue. Elles sont soumises à des règles explicites et implicites strictes (durée, lieu, accompagnement permanent, arrêt de la visite au moindre signe d'anxiété de l'enfant et/ou du parent, etc.). L'indication principale justifiant la mise en place d'un tel dispositif fait suite à une décision judiciaire, afin de protéger l'enfant de la nocivité potentielle du contact des parents sur le fonctionnement psychique et psychosomatique de leurs enfants (Berger, 1999).

Les visites médiatisées offrent un dispositif d'accueil et d'écoute, centré sur le vécu de l'enfant. En cela, le cadre même des visites a valeur de différenciation psychique entre l'enfant et les parents : c'est avant tout le parent qui vient rendre visite à l'enfant, permettant à l'enfant de ne pas ressentir dans l'après coup la culpabilité intériorisée du parent d'être responsable du placement. Ensuite, trois fonctions essentielles peuvent être relevées dans le cadre des visites médiatisées qui encouragent le travail de différenciation psychique (Cornalba, 2012). Tout d'abord, elles ont une fonction de par-excitation : l'enfant et le parent peuvent ainsi jouer, fantasmer, transformer et faire part de leur état affectif, sans avoir peur de subir des représailles. Elles ont aussi une fonction de métabolisation : les enfants et les parents peuvent s'approprier les contenus et de « transformer ce matériel indifférencié en matériel psychique » (Cornalba, 2012, 134). Enfin, elles comportent une fonction de « retraitement des éléments psycho-affectifs » (Cornalba, 2012, 134) : par exemple, en soulignant que l'histoire du parent est différente de celle de l'enfant, que les parents de l'enfant ne sont pas les parents du parent.

5.2 La différenciation psychique en psychothérapie institutionnelle

Rappelons que la désorganisation de l'attachement peut être traversée par des phénomènes d'indifférenciation à travers les relations objectales pathogènes. Dans ce cadre, les tendances antisociales, comme tentative ultime de différenciation par la recherche de destructivité de la relation dans la réactualisation des événements traumatiques précoces : le parent effrayant halluciné est projeté sur le professionnel, dans l'espoir de trouver l'objet perdu du parent effrayé introjecté, vivant et surtout non effrayant.

Si l'enfant ne rencontre pas de personnes susceptibles de survivre à l'éprouvé de ces attaques, la destructivité du dehors peut alors s'intensifier, ce qui renforce l'idéalisation voire la colonisation parentale coercitive du dedans : la recherche de réparation nostalgique du parent effrayé se transforme alors en quête mélancolique. L'objet effrayé se perd encore plus profondément dans le psychisme de l'enfant. Les tensions intrapsychiques sont dans ce cas tellement intenses que la seule voie de décharge réside dans le passage à l'acte auto voire hétéro-agressif. Ces agir agressifs peuvent alors se répéter et s'accroître en attitudes déviantes et délinquantes à l'adolescence, dont l'une des solutions d'organisation psychopathologique possible réside à l'extrême dans les processus psychopathiques (Bowlby, 1944 ; Diatkine, 2004). De même, le surmoi comme instance de transmission psychique et d'intériorisation des modèles générationnelles, n'est pas totalement constitué donc mal opérant. C'est peut-être à ce niveau que se situe les répétitions de placement transgénérationnel : les enfants placés devenus adultes puis parents, toujours accaparés par la quête mélancolique de l'objet perdu, ne peuvent faire autrement que de reproduire les dysparentalités. La contrainte de répétition liée aux traumatismes précoces, est trop forte.

Dans ce cadre, le travail thérapeutique à engager peut-être facilité si deux conditions sont réunies : un accompagnement éducatif ou psychologique du côté de la famille d'accueil pour soutenir et mettre du sens sur les mises à l'épreuve du lien qui illustre l'importance de la souffrance de l'enfant (et donc son humanité). Et la question des visites médiatisées du côté des parents, pour protéger l'enfant des projections parentales, tout en accompagnant les parents (lorsque c'est possible). La liaison entre les différents intervenants apparaît fondamentale à effectuer au sein d'instances multidisciplinaires, afin d'apprécier les écarts d'attitudes et vécues de l'enfant dans ces différents espaces de vie et de rencontre (les réactions possibles des enfants avant, pendant et après les visites, les retours en famille d'accueil, les changements d'états affectifs entre le lieu d'accueil et l'école par exemple, etc.).

Ensuite, le travail thérapeutique peut se construire autour du rapport de l'enfant au parent effrayé introjecté, afin que la quête de l'objet perdu reste en quelque sorte à un niveau nostalgique, qui permettra par la suite d'élaborer de manière plus secondarisée une position dépressive nécessaire au travail d'individuation à venir. Pour cela, il semble évidemment essentiel de ne pas participer à la lutte contre la dépréciation de l'objet, en essayant par exemple de minimiser les dysparentalités. A l'inverse, il semble tout aussi indispensable de ne pas participer à la dépréciation de l'objet d'amour, au risque de voler le travail de culpabilité que l'enfant doit engager lui-même au moment où il peut, et notamment sur la question de l'empêchement des parents à « faire » et « être » parent. Ainsi, la dynamique de travail sur cette question (en parallèle du travail spécifique autour des traumatismes) peut très schématiquement se résumer de la manière suivante : soutenir la dimension vivante des parents de naissance qui aiment l'enfant et qui l'ont donc désiré pour qu'il vienne au monde. Cet aspect peut aider l'enfant à travailler sur les fantasmes de ses origines et de scène primitive (Freud, 1909b), afin qu'il ne se vive pas comme venant de nulle part et suspendu à rien, au risque de tomber dans le vide de la mélancolie entretenu par les pathologies d'indifférenciation parentale de confusion des histoires. Ce travail peut aider aussi l'enfant à se raconter autrement dans l'élaboration de son roman familial (Freud, 1909b) dans une autre histoire, de mettre en sens d'autres affiliations et filiations narcissiques et affectives, avec notamment par exemple, la famille d'accueil.

Dans un deuxième temps et toujours en fonction de la temporalité psychique de l'enfant, il est possible de travailler sur ce qui empêche les parents d'être parents, sur les raisons qui expliquent que certains adultes ne savent pas faire les parents (violence, abandon, psychopathologie). Si l'enfant est jeune, il peut s'avérer utile de souligner qu'il sera possible de faire ce travail s'il en a envie et qu'il a tout le temps et la liberté d'explorer les raisons de cet empêchement plus tard s'il le souhaite et qu'à l'heure actuelle, l'enfant, lui, sait faire plein de chose et qu'à ce titre, il est comme n'importe quel enfant de son âge. Ce travail peut permettre à l'enfant tout d'abord de « se reposer psychologiquement » sans être complètement envahi par la psychopathologie du lien des parents (qui est suffisamment sollicitée dans le réel, pouvant se réactiver par exemple après chaque visite avec ces derniers, chaque appel téléphonique, chaque venu du référent en famille d'accueil, chaque audience devant le juge des enfants, etc.). Ensuite, il permet de signifier à l'enfant qu'il a le droit de vivre son enfance comme tous les autres enfants. Les questions plus spécifiques sur les raisons de cet empêchement pourront venir et être travaillées progressivement dans un cadre psychothérapeutique, en fonction du type de traumatisme et de la problématique de placement familial de l'enfant.

Pour conclure, nous pouvons dire que le placement est une expérience douloureuse et conflictuelle pour l'enfant, notamment à travers son partage et tiraillement entre les deux familles. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de protéger la continuité de ce double attachement, de ce double sentiment d'appartenance entre sa famille de naissance et sa famille d'accueil. C'est à travers le respect de la préservation de la continuité de ces relations, que l'enfant sera davantage en possibilité d'élaborer ses imagos parentaux, de mobiliser ses processus d'individuation et d'assouplir ses mouvements identificatoires (David, 2004a). Il pourra ainsi plus librement mettre au travail psychique ses expériences d'appropriations subjectivantes nécessaires à son devenir. Dans ce cadre, la dimension thérapeutique se déploie tout au long de l'histoire du placement de l'enfant, de sa préparation jusqu'à la majorité de l'enfant qui signe l'engagement de ces processus d'autonomisation après son départ en famille d'accueil, dans les cas où le travail réalisé avec les parents de naissance n'a pas pu préalablement aboutir à un retour au domicile familial.

6 LES LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

A notre connaissance, il existe très peu de recherche en psychologie clinique et psychopathologie aujourd'hui en France dans le domaine de la protection de l'enfance et plus particulièrement en ce qui concerne le placement familial. De plus, nous retrouvons également très peu de données dans la littérature scientifique en ce qui concerne l'étude de la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil, appréciée en fonction du paradigme clinique de la spécificité de la problématique clinique du placement familial, et ce d'autant plus lorsque les interactions sont analysées selon une perspective complémentariste en utilisant deux modèles psychologiques différents que sont ceux de la théorie de l'attachement et de la psychanalyse. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'étudier la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé selon le paradigme de la spécificité de la problématique clinique de placement familial en fonction d'une approche complémentariste.

Rappelons que ces différents choix ont été motivés d'une part, dans l'idée de ne pas réduire l'enfant à une souffrance donnée (qui pourrait être caractérisée par un motif de placement ou un type de traumatisme). D'autre part, nous avons fait le choix d'approfondir qualitativement la relation qui nous intéresse ici entre les enfants et les professionnels. Cependant, ces choix

engendrent un certain nombre de limites et notamment sur le plan méthodologique, tout en ouvrant des perspectives de recherche à venir, que nous allons maintenant aborder.

6.1 Les limites de la recherche

Les limites principales de la recherche sont principalement d'ordre méthodologique : sur le plan de l'approche mixte, de la taille des échantillons, du choix des populations et des instruments de mesure utilisés.

En ce qui concerne l'approche mixte, nous avons rencontré des difficultés tout au long de la recherche entre la dimension quantitative et la dimension qualitative. En effet, la taille des échantillons n'est pas suffisante pour inférer des analyses statistiques en isolant des facteurs explicatifs et dans le même temps, la taille des échantillons est trop conséquente pour approfondir au mieux chaque situation clinique dans sa singularité, son histoire unique et sa complexité. Nous étions ainsi pris en permanence entre ces deux niveaux d'analyse, ce qui s'illustre dans la partie des résultats entre les appréciations réalisées sur les mesures d'attachement et celles réalisées sur le investissements-transférentiels et contre-transférentiels. Cependant, il aurait été selon nous quasi-impossible de construire des groupes homogènes en contrôlant au mieux les hétérogénéités intergroupes et interindividuelles dans le temps du doctorat imparti, sachant que nous avons déjà pu bénéficier d'une certaine facilité d'accès à la population, en tant que psychologue travaillant à l'A.S.E.

Par rapport à la taille des échantillons, cette limite complète celle préalablement présentée. En effet, si nous avons choisi de nous concentrer sur un seul groupe par population (par exemple uniquement les enfants les plus jeunes ou uniquement les adolescents et du côté des professionnels essentiellement les assistants familiaux ou les référents), l'analyse des données aurait pu induire des inférences statistiques plus stables et significatives. Cependant, il aurait fallu tripler voire quadrupler le nombre d'enfants jeunes par exemple (pour arriver à la constitution d'un groupe de sujets de quinze voire vingt personnes, avec un seuil de significativité mesurable mais néanmoins toujours très faible) et de doubler au minimum le nombre d'une catégorie professionnelle, ce qui n'est pas possible dans la réalité matérielle de la temporalité de la recherche. En effet, le critère d'inclusion étant un premier placement, le temps d'attente pour intégrer chaque sujet dans ce critère (en fonction de l'âge par exemple) n'aurait pas permis de réaliser les appréciations longitudinales, qui constituent selon nous l'axe

essentiel de la méthodologie. C'est pourquoi nous avons choisi de nous référer à la problématique de placement familial, en incluant des âges différents et des professionnels différents. Cette inclusion élargie permet du côté des enfants, de ne pas les stigmatiser sur une problématique ou un traumatisme donné, au risque d'approfondir uniquement la dimension psychopathologique. Du côté des professionnels, cette inclusion des deux catégories professionnelles donne son importance à la dimension recherche-action de l'étude, qui comme nous l'avons présenté avec les effets thérapeutiques potentiels de la participation des sujets à la recherche, offre la possibilité de proposer des accompagnements spécifiques concrets qui peuvent contribuer directement ou indirectement à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant.

Vis-à-vis du choix des épreuves psychologiques, l'importance du nombre d'outils alourdit les passations. En dehors du fait que ces instruments ne captent qu'un aspect illustratif dans un moment « T » d'un fonctionnement général éminemment plus complexe, nous pensons que si par exemple nous avions restreint les épreuves qu'à l'Edicode ou le RQ pour les professionnels, nous n'aurions pas eu la possibilité d'analyser les résultats de cette manière. Cette diversité instrumentale nous a ainsi permis de travailler l'articulation entre la base de sécurité partagée et les dynamiques de réparation du côté des professionnels.

De plus, certains des outils mobilisés semblent avoir montrés leurs limites par rapport à la spécificité de la population des enfants et adolescents placés. En effet, il serait intéressant de construire des histoires spécifiques à la problématique de placement par exemple au niveau du C.C.H. Les thématiques proposées ont certaines fois été trop anxiogènes pour les enfants, nous obligeant à arrêter la passation. En ce qui concerne les professionnels, il semblerait pertinent de réfléchir à la construction d'un entretien semi-structuré qui apprécie le caregiving compulsif des professionnels, adapté au contexte de placement familial.

6.2 Perspectives de recherche

Les perspectives principales de la recherche peuvent se décliner en quatre axes : clinique, théorique, méthodologique et des thématiques connexes à la recherche.

Sur le plan clinique, il aurait été pertinent d'approfondir les effets thérapeutiques potentiels de la participation des sujets à la recherche, en incluant un temps « T3 ». Cette troisième mesure permettrait d'apprécier si la continuité ou l'arrêt d'un accompagnement minore la période de la désillusion et de la violence, en restreignant l'expression du syndrome de mal de placement. Dans ce cadre, nous espérons avoir des indications cliniques à ce sujet lors de la phase des entretiens de restitution avec les enfants, leurs parents et les professionnels. De plus, il apparaît nécessaire d'approfondir sur le plan clinique les processus psychiques sous-jacents à la désorganisation de l'attachement, notamment en termes de destructivité. Une recherche qui permettrait d'investiguer plus précisément les fonctionnements psychologiques des enfants pendant les périodes où ils peuvent exprimer des tendances antisociales, donnerait des indications supplémentaires à ce sujet, et notamment dans l'élaboration de dispositifs thérapeutiques.

Sur le versant théorique, il semble nécessaire d'explorer la lecture métapsychologique (d'un point de vue topique, dynamique et économique) des processus de désorganisation des relations objectales, tout comme la dimension narrative de recherche de destructivité comme processus primaire d'élaboration. De plus, il serait intéressant d'étudier plus précisément l'existence du caregiving précoce, qui pourrait trouver son origine après la constitution du surmoi (dans les identifications) et s'apprécierait cliniquement à travers les premiers jeux de rôle où les enfants jouent aux parents. Dans ce sens, la relation entre le caregiving précoce et la question de la réparation libidinale pourraient être investiguée. Dans le même sens, l'ouverture aux processus de résilience souligne la nécessité de faire appel à d'autres modèles théoriques entre attachement, psychanalyse avec les théories de la narrativité, qui s'illustre notamment à travers les effets thérapeutiques de la recherche dans l'importance d'accueillir et de mettre des mots sur les séparations en rupture (tant du côté des enfants que celui des professionnels).

En ce qui concerne le niveau méthodologique, il apparaît essentiel de faire appel à d'autres modalités d'appréciation des fonctionnements intrapsychiques, notamment à travers l'utilisation d'épreuves projectives. Précisons que nous avons réalisé la passation du CAT et du TAT pour les enfants et les adolescents, mais que nous n'avons pas eu le temps d'inclure ces données au sein de l'analyse des résultats. Dans ce cadre, il aurait été intéressant de coupler ces projectifs avec l'épreuve du Rorschach. Pour les adolescents, le recours à cette méthodologie projective aurait peut-être permis de mieux apprécier les vécus traumatiques des adolescents au temps « T1 » ainsi que la distanciation et le détachement observés au temps « T2 », en

s'appuyant sur la notion de « catastrophe de symbolisation » (Roman, 2003, 2017) pour investiguer davantage les phénomènes de ruptures dans les processus de symbolisation des adolescents (comparativement à ceux observés dans l'Edicode).

Vis-à-vis des thématiques connexes à celle étudiée dans le cadre de cette recherche, il semble nécessaire d'approfondir la question du complexe fraternel entre les fratries de naissance placées au sein de la même famille d'accueil avec les enfants de la famille d'accueil. En effet, d'autres systèmes motivationnels (comme le système affiliatif) et d'autres conflictualités pourraient émerger entre les enfants, qui pourraient s'avérer aidante dans la façon de rechercher des solutions de résolutions compensatrices sur le sentiment d'appartenance des enfants au sein de la famille d'accueil. Du côté des professionnels, la question de l'émergence d'une nouvelle forme de parentalité alternative des assistants familiaux semble se poser. En effet, les assistants familiaux ont pu à plusieurs reprises évoquer les conséquences de ce travail difficile sur leurs familles et notamment sur leurs propres enfants. La relation de couple « assistants-familiaux » sous le prisme de l'attachement romantique pourrait ainsi refléter la recherche de création d'une nouvelle forme de parentalité alternative avec les enfants accueillis au regard des échecs éducatifs ressentis vis-à-vis de leurs propres enfants. Enfin, il semble fondamental d'investiguer le rapport à l'objet de soins pour tous les professionnels de la relation d'aide (éducateur, assistant social, assistant familial, assistant maternel, psychologue, médecin, psychiatre, infirmier, aide-soignant, etc.), afin d'apprécier dans quelle mesure le caregiving compulsif n'aurait pas des caractéristiques homogènes dans la base de sécurité partagée animée par la dynamique de réparation normale d'allures pathologique, thérapeutique ou créatrice ?

Ce chapitre a pour objectif de présenter la discussion théorico-clinique de la recherche au regard des résultats précédemment développés. Pour cela, nous avons exposé du côté des enfants la relation entre l'attachement désorganisé et la problématique de placement familial à travers l'expression de conflits psychiques manifestes et latents qui se répercutent dans les relations institutionnelles et familiales. Du côté des professionnels, nous avons abordé le rapport entre la base de sécurité et la dynamique de réparation. Ensuite, nous avons présenté la dimension recherche-action de l'étude en formulant des propositions concrètes qui visent à contribuer à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant. Puis, nous avons développé l'analyse de notre rapport à l'objet de recherche avant de proposer les principaux enjeux thérapeutiques de la recherche pour, in fine, présenter les limites et les perspectives de l'étude.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'objectif de la recherche présentée est d'étudier la qualité des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil, en partant du paradigme de la spécificité de la problématique clinique de placement familial, abordée sous un angle complémentariste, en se référant à la fois à la théorie de l'attachement et selon une perspective psychodynamique. Rappelons que cette recherche a trois objectifs généraux : clinique, théorique, et de recherche-action. Dans ce cadre, nous avons essayé d'appréhender cliniquement le vécu psychologique de l'enfant placé en famille d'accueil, ce qui nous amène à préciser trois séries de développements théorico-cliniques qui nous semble essentiel à retenir : du côté de l'enfant, du côté des professionnels et du côté de la recherche-action.

Du côté de l'enfant, nous avons tout d'abord abordé la difficulté de construire une représentation de l'enfant séparé de sa famille de naissance, représentation soumise à différents biais subjectifs et interprétatifs (historique, socio-culturelle, juridique, institutionnelle, professionnel et individuel). De plus, nous avons précisé que les motifs de placement s'inscrivent dans un environnement familial à haute potentialité d'expression psychopathologique. Dans ce cadre, les solutions défensives pour s'adapter à ces contextes traumatogènes sont très coûteuses pour l'enfant, et sont puisées dans des ressources psychiques essentielles à son développement. Ainsi, nous avons observé qu'au niveau de l'attachement, la quasi-totalité des enfants qui arrivent pour la première fois en famille d'accueil expriment un attachement désorganisé, avec des modèles internes opérants multiples dont le clivage dans sa visée adaptative et transitoire semble être la solution privilégiée. Au moment du placement, les enfants vivent l'intensité des traumatismes passés subis en les actualisant dans la relation avec les professionnels, et plus particulièrement avec l'assistante familiale, à travers un investissement-transférentiel négatif ou neutre. La relation est vécue comme menaçante et source potentielle de danger. La difficulté de symbolisation de la relation semble d'autant plus importante avec les référents qu'ils sont présents au moment de la séparation familiale. Ainsi, ils convoquent à la fois la dimension de séparation et de protection, représentations inconciliables pour les enfants à ce moment du placement. Au bout d'un an d'accueil, les enfants expriment une diminution d'insécurité de leur modalité d'attachement et des investissements-transférentiels plus positifs envers les professionnels. Cette évolution serait liée au travail d'intériorisation de la figure d'attachement alternative qui a des effets de

réaménagements sur la conflictualité de la base de sécurité de l'enfant par compensation avec les figures d'attachement insécurisantes des parents de naissances préalablement introjectés. De plus, la participation des enfants à la recherche leur a permis de déposer leur expérience traumatique avec parfois un véritable travail psychique de narration et de symbolisation et ce, d'autant plus au regard des conditions brutales de séparations familiales observées pour la plupart des enfants et des adolescents de la recherche. Ce travail de narration autour de l'histoire et du contexte de placement des enfants en situant les rôles et fonctions de chacun des professionnels a probablement contribué à l'élaboration partielle des conflits psychiques manifestes, soulignant l'importance de l'accompagnement des enfants et des professionnels dans leurs temporalités de placement. Cependant, les résultats des enfants montrent qu'ils expriment en parallèle des conflits psychiques latents qui peuvent concourir à l'avènement du temps de la désillusion et de la violence, signe de l'émergence du syndrome de mal de placement. Dans ce cadre, un approfondissement des processus psychiques sous-jacents à la désorganisation de l'attachement montre la spécificité clinique des problématiques rencontrées en contexte de placement familial : les recherches de résolution des traumatismes s'inscrivent dans le réel par l'agir. Elles s'observent notamment à travers la désorganisation des relations objectales et la dimension narrative de la destructivité. Dans ce cadre, on retrouve un mécanisme défensif par lequel l'enfant projette le parent effrayant sur le professionnel afin de le détruire, animé par la réparation du parent effrayé introjecté, principale trace positive d'un parent vivant, qui lui, ne terrifie pas. La répétition de la recherche de destructivité du lien dans l'hallucination traumatique comporte dans ce sens une forme de narrativité des expériences douloureuses subies par l'enfant dans le passé qui sont marquées, elles aussi, par la répétitivité. La robustesse des répétitions des tendances antisociales s'étaye ainsi sur une rythmicité subjectivante qui a constitué la seule possibilité d'anticiper l'événement traumatique, en acquérant la certitude dramatique de subjectivation, que, de toutes les façons, le traumatisme relationnel se reproduirait. Dans ce cadre, des perspectives thérapeutiques peuvent être proposées à l'enfant pour travailler autour de la massivité des processus d'indifférenciation dans la psychopathologie du lien qui peuvent conduire à ces tendances antisociales, en centrant notamment l'intervention thérapeutique sur la question du rapport de l'enfant à l'objet parent introjecté effrayé.

Du côté des professionnels, les résultats indiquent des différences importantes dans l'appréciation de leurs modalités d'attachement, avec des relations d'attachement interpersonnelles sécurisées (RQ) et des représentations d'expériences d'attachement filial et parental via des conflits infantiles non résolus, associés à une forte présence de traumatisme psychique vécu pendant l'enfance (Edicode, Ca-mir et entretiens cliniques). Cette différence de résultats, ajoutée à l'analyse clinique, amène à établir l'hypothèse que les professionnels manifestent un investissement contre-transférentiel très important à l'égard de l'enfant, et ce dès son arrivée en famille d'accueil. Ces tendances projectives de leurs conflits infantiles non résolus sur l'enfant accueilli diminuent au fur et à mesure de la rencontre réelle avec l'enfant. Ainsi, le souhait de réparer l'enfant sécurise leur attachement actuel dans leur relation, sans pour autant résoudre les traumatismes de leurs premiers liens. Autrement dit, la consolidation de la base de sécurité de l'enfant permet de sécuriser leur propre base de sécurité. Nous pensons que cette base de sécurité partagée est animée par une recherche de réparation normale d'allure créatrice, qui pourrait se retrouver dans tous les métiers de la relation d'aide. La force du don et d'ajustement relationnel permanent des professionnels à se confronter à des problématiques affectives parfois impossibles à accueillir (en raison de la massivité des traumatismes), semblent dégager une énergie créatrice qui apparaît s'étayer sur le plan de la sublimation et des processus de résilience. De plus, les effets thérapeutiques de la participation des sujets à la recherche soulignent l'importance de la temporalité de placement du côté des professionnels et la nécessité qu'ils puissent bénéficier d'accompagnements spécifiques pour répondre à l'étendue de la complexité des missions qui leurs sont demandées, afin de « prendre soin des professionnels qui prennent soin des enfants ». C'est dans ce cadre que la dimension recherche-action de l'étude se formule.

La dimension recherche-action de l'étude se présente autour de l'intérêt de la multidisciplinarité comme facteur essentiel à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant. Du côté de l'enfant, le travail multidisciplinaire permet de penser la temporalité de placement, de la séparation avec la famille de naissance jusqu'aux retrouvailles avec les parents. Ce travail multidisciplinaire s'engage en début et tout au long de l'histoire de placement en encourageant la continuité des liens avec la famille de naissance lorsque les troubles de la parentalité n'empêchent pas ce maintien, la continuité des relations avec la famille d'accueil comme préservation des liens affectifs alternatifs, et la continuité des liens avec le référent, comme fil conducteur subjectivant de l'histoire de l'enfant. Du côté des professionnels la multidisciplinarité permet de penser la temporalité de placement, qui répond à la logique inverse

de celle de l'enfant : de l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil (d'autant plus si les conditions de séparation ont été brutales comme dans le cas des placements d'urgence) et la séparation de l'enfant (que cela soit pour un retour à domicile, un changement de lieu d'accueil, etc.). Le travail multidisciplinaire pour l'enfant ou le professionnel entraîne des effets thérapeutiques directes et indirectes et participe dans ce sens très significativement à l'amélioration des conditions de placement de l'enfant. En plus de ces réalisations intra-institutionnelles autour du travail d'équipe pluriel, la multidisciplinarité peut être portée par l'institution au niveau départemental, comme chef de file de la protection de l'enfance, en engageant une démarche de réflexion éthique sur la question de l'intérêt de l'enfant en protection de l'enfance, en réunissant tous les acteurs intervenants autour de ces questions sensibles, que cela soit au niveau judiciaire, philosophique, anthropologique, sociologique, historique, psychologique et économique. Ainsi, l'objectif recherché serait que la passion des débats autour de ces questions ne se transforment pas en idéologie, qui pourrait avoir des impacts sur la continuité du parcours de vie des enfants à protéger, et permettrait de réduire notamment le risque d'infiltration de ces idéologies dans la manière de se construire une représentation de l'enfant séparé de sa famille, que cela soit dans un registre juridique, institutionnel, professionnel et personnel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Achil, J. & Terradas, M.M. (2013). « Arrête de faire semblant on joue pour de vrai ! ». Intégration des techniques basées sur la mentalisation à la psychothérapie d'enfants d'orientation psychanalytique. *La psychiatrie de l'enfant*, 56, 439-465.

Aïn, J. (2007). *Résilience : réparation, élaboration ou création ?*. Ramonville Saint-Agne: Erès.

Ainsworth, M.-D.-S. & Bell, S.-M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Ainsworth, M.-D.-S. & Blehar, M.-C. & Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Ainsworth, M.-D.-S. & Wittig, B.-A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss, B.M. (Ed.), *Determinants of Infant Behavior*, 4, 111-136, London: Methuen.

Allen, J.-P. (2008). Attachment in adolescence. In: Cassidy, J. & Shaver, P.R., *Handbook of attachment: Theory, research clinical applications* (2d edition) (pp. 419-435). New York : The Guilford Press.

American Psychiatric Association (1995). *D.S.M. IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition*, trad. franç. sous la dir. de J.-D Guelfi. Version Internationale, Washington, DC : Author. Version française, Paris : Masson, 1996.

American Psychiatric Association (2000). *D.S.M IV T-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé*. Paris : Masson, 2004.

American Psychiatric Association (2013). *D.S.M V T-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, texte révisé*. Paris : Masson, 2015.

American Psychiatric Association. (1980). *D.S.M. III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^{ème} édition*. Washington, DC : Author.

Ammaniti, M. & Baumgartner, E. & Candelori, C. & Perucchini, P. & Pola, M. & Tambelli, R. & al. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 167-182.

Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77, 101-118.

André, J. (2019). Toutes folles ! *Le Carnet Psy*, 226, 25-28.

Anzieu, D. & Anzieu, A. & Guillaumin, J. & al. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.

Anzieu, D. (1990). L'attachement au négatif. In : Anzieu, D. *L'épiderme nomade et la peau psychique* (pp115-129). Paris : éditions Aspygée.

Arbisio, C. (2003). Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychologie clinique et projective*, 9, 29-58.

Aubry, R. & Fleury, C. & Delfraissy, J.-F. (2018). Les enjeux éthiques du vieillissement, *Etudes*, 7-8, 43-54.

Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin.

Bachmann, J.-P. (2004). Ethique et psychiatrie de l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 4*, (pp. 3071-3082). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Bacro, F. & Rambaud, A. & Humbert, C. & Sellenet, C. (2012-2013). *La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance : l'exemple de la Loire Atlantique*. Appel d'offre thématique 2010 –Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger.

Balier, C. & Diatkine, G. (2004). Psychopathie chez l'enfant et l'adolescent. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1363-1412). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.-M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.

Bass, D. & Pelle, A. (2002). *Le placement familial, une vieille histoire à réinventer*. Paris: Erès.

Bates, J. & Maslin, C. & Frankel, K. (1985). Attachment security, mother-child interactions, and temperament as predictor of behavior problem ratings at age of three years. In: Bretherton, I. & Waters, E., *Growing Points of Attachment Theory and Research* (pp. 167-193). Chicago: University of Chicago Press.

Beauchesne, H. & Broussaud, G. (2004). L'épilepsie chez l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 733-756). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Beine, A. (2016). De l'abandon à l'adoption. *Adolescence*, 34, 773-784.

Benenson, J.-F. (1996). Gender differences in the development of relationships. In: Noam, G.G. & Fischer, K.W., *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 263-286). Hillsdale : Erlbaum.

Bénony, H. & Bénony-Viodé, C. & Dumas, J. (2012). *Psychopathologie des affects et des conduites*. Bruxelles : De Boeck.

Bénony, H. & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.

Bénony, H. & Chahraoui, K. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

- Bénony, H. (2010). Sexualité infantile et lien d'attachement. Notes sur la refonte de la métapsychologie proposée par Laplanche. *L'évolution psychiatrique*, 75, 287-301.
- Berger, M. & Bonneville, E. (2007). Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec. *Erès*, 170, 49-62.
- Berger, M. (1999). Les visites médiatisées. *La lettre de l'A.S.E.*, 49, 11-19.
- Berger, M. (2002). L'échec de la protection de l'enfance en danger ou l'impossible changement. *Devenir*, 14, 197-238.
- Berger, M. (2003). *L'enfant enfant et la souffrance de la séparation*. Paris : Dunod.
- Berger, M. (2004). *Les séparations à but thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Berger, M. (2006). Médiation et intérêt de l'enfant. *Dialogue*, 170, 7-16.
- Berger, M. (2011). Fondements théoriques et cliniques. In: Gutton, P. & Bagnulo, A. & Jeanblanc, F. (2011). *Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance* (pp. 61-96). Paris : GREUPP.
- Berger, M. (2012). *Soigner les enfants violents*. Paris : Dunod.
- Berger, M., Ciccone, A., Guédeney, N. & Rottman, H. (2004). La résidence alternée chez les enfants de moins de six ans : une situation à haut risque psychique, *Devenir*, 16, 213-228.
- Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergès, J. (2004). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1571-1590). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Bernier, A. & Ackerman, J.P. & Stovall-McClough. (2004). Predicting the quality of attachment relationship in foster care dyads from infant's initial behaviours upon placement. *Infant Behavior & Development*, 27, 366-381.

Bernier, A. & Dozier, M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal state mind-mindedness. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 355-365.

Bessoles, P. (2001). « Processus originaires et facteurs de résilience », *Synapse*, 172, 1.

Betan, E., Heim, A.K., Conklin, C.Z. & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *Psychiatry*, 162, 890-898.

Bideaud, J., Houdé, O. & Pedinielli, J.L. (1994). *L'homme en développement*. Paris : Presse Universitaire de France.

Billette de Villemeur, T., Rapoport, D. & Saudubray, J.M. (2004). Manifestations psychiatriques et maladies héréditaires du métabolisme. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 809-854). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bion, W.R. (1963). *Eléments de psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

Blatt, S.J. & Blass, S.A. (1996). Relatedness and self-definition: a dialectic model of a personality, In: Noam, G.G. & Fischer, K.W., *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (pp. 309-338). New York: Erlbaum.

Bleger, J. (1967). Psychoanalysis of the psycho-analytic frame, *Int. J. Psycho-Anal.*, 48, 511-519.

Bleger, J. (1981). *Symbiose et ambiguïté. Étude psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Block, J. (1978). *The Q-Sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

Bonneville, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53, 31-70.

Boulanger, J. (2018). Le système perception-conscience, de Freud à Dehaene. *Revue française de psychanalyse*, 82, 779-790.

Bouville, J.-M. (2015). Se dépendre des idéologies. *La Lettre de l'A.S.E.*, 110, 13-22.

Bowlby, J. (1977a). The making and breaking of affectional bonds (part 1). *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.

Bowlby, J. (1977b). The making and breaking of affectional bonds (part 2), Some Principles of Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.

Bowlby, J. (1978a). *Attachement et perte. L'attachement (vol 1)*. Paris : traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1978b). *Attachement et perte. La séparation : angoisse et colère (vol 2)*. Paris : traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. La perte, tristesse et séparation (vol 3)*. Paris : traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London : Tavistock/Routledge.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Elsevier Masson, coll. « les âges de la vie ».

Brennan, K.-A., Clark, C.-L., & Shaver, P.-R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson, J.A. & Rholes, W.S., *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. In: Thompson, R., *Nebraska symposium on motivation: Vol. 36. Socioemotional development* (pp. 59-113). Lincoln: University of Nebraska Press.

Bretherton, I. (1993). From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationship. In: Nelson, C.A., *Memory and affect in development, Minnesota symposia for child development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 26, 237-263.

Bretherton, I., Page, T.-P. & Golby, B. (1998). *Parent-child attachment and authority as portrayed in story completions by preschoolers from postdivorced families*. Paper presented at the XVth Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, July 1-4, Bern, Switzerland, 1998.

Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship. An attachment story completion task for 3-year-olds. In: M. Grennegerg, D., Cichetti, E.-M., *Attachment during the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.

Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1956.

Bruel, A. (2001). L'enfant dans le droit- Evolution contemporaine. *La Lettre de l'A.S.E.*, 57, 19-22.

Brun, A. & Chouvier, B. (2010). *La sexualité infantile*. Paris : Dunod.

Brun, A. (2019). Haines passionnelles dans le lien mère/enfant. *Le Carnet Psy*, 226, 39-45.

Brusset, B. (2004). L'expression somatique. L'anorexie mentale des adolescents. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1693-1712). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Brusset, B. (2006). Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 70, 1213-1282.

Brusset, B. (2014). Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Anzieu, Rolosato, d'André Green. *Revue française de psychanalyse*, 78, 553-560.

Burguière, A. (2015). La famille sous l'éclairage de l'histoire. *Figures de la psychanalyse*, 30, 45-57.

Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. « le fil rouge ».

Bydlowski, S. (2019). Passions et constructions après la naissance. *Le Carnet Psy*, 226, 34-39.

Canestri, J. (2013). Le paternel, le tiers et la tiercéité. *Revue française de psychanalyse*, 77, 1582-1585.

Canivez, P. (2013). *L'éthique et le soi chez Paul Ricœur : huit études sur soi-même comme un autre*. Paris : Septentrion presses universitaires.

Capelier, F. (2016). Analyse du contenu de la loi. *La Lettre de l'A.S.E.*, 116, 9-21.

Carlson, V., Cichetti, D., Barnett, D; & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.

Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation, *Child Development*, 69, 1107-1128.

Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N.J. & al. (2009). Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behavioral Therapy*, 40, 23-38.

Chabert, C. (2006). Pulsions, emprise et narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, 70, 1307-1313.

Chabert, C. (2019). Parle-moi de ma mère ! *Le Carnet Psy*, 226, 20-24.

Chabot, A. & Achim, J. & Terradas, M. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter : perspectives théoriques et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58, 207-240.

Chagnon, J.-Y. & Durand, M.-L. (2007). La prépsychose : un concept toujours actuel en psychopathologie de l'enfant ? *Psychologie clinique et projective*, 13, 123-171.

Chouvier, B. & Attigui, P. (2012). *L'entretien clinique*. Malakoff : Dunod.

Chudzyk, L. (2014). Les différentes étapes de l'évaluation thérapeutique. *Le journal des psychologues*, 323, p 28-31.

Ciccone, A. & Ferrant, A. (2008). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod.

Ciccone, A. (2014). Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. In : Roussillon, R. (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, (pp. 233-238), Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2^{ème} édition.

Clément, P. (1993). *Parents en souffrance*. Paris : Stock.

Clément, P. (1994). Hommage à René Clément. *La lettre de l'A.S.E.*, 28, 5-18.

Clément, R. (1981). Objets de soins et de mesures...ou personnes en devenir ?. In : Pernoud, L., *Enfants en souffrance*, (pp 19-35). Paris : Editions Stock.

Cognet, G. (2011). *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*. Paris: Dunod.

Cohn, D.-A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162.

Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-63.

Corbet, E. & Robin, P. & Bourgeaux, I. & Guye, O. & Fontaine-Gavino, K. & Jacob, I. & Fiasson, D. (2012). *La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance*. Appel d'offre thématique 2010-Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, Etude conjointe CREA-RA, ORS –RA et IREPS Rhône Alpes, Département de Haute –Savoie, 2012.

Corman, L. (1961). *Le test du dessin de famille*. Paris : Presses Universitaires de France.

Cornalba, V. (2012). Contenir, transformer, retraiter. Trois fonctions des visites médiatisées. *Dialogue*, 197, 131-140.

Craik, K. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cramer, B. (1999). *Que deviendront nos bébés ?* Paris : Odile Jacob.

Cramer, B. (2004a). L'expression somatique. La potomanie. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1839-1842). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Cramer, B. (2004b). Psychothérapies du nourrisson. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*, (pp. 2093-2102). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Cramer, B. (2015). Comment résister aux projections parentales ? *Le Carnet Psy*, 190, 37-38.

Crittenden, P. (1992). The quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.

Cyrułnik, B. & Duval, P. (2006). *Psychanalyse et Résilience*. Paris : Odile Jacob.

Danon-Boileau, H. (2009). Transfert latéral, analyse sauvage et contre-transfert. Ou pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? *Revue française de psychanalyse*, 52, 691-713.

David, M. (2004a). L'enfant en placement familial, In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M. (pp 2745-2763). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*. Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

David, M. (2004b). *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : Dunod, 5^{ème} édition.

David, M. (2005). Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? *Dialogue*, 168, 97-105.

De Tychev, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 49-68.

De Tychev, C. (2004). « La résilience au regard de la psychanalyse ». In : Manciaux, M. (dir.), *La Résilience : résister et se construire, op. cit.*, (pp. 145-157) ; Lighezzolo, J., Tychev, C. de, *La résilience : se (re)construire après le traumatisme*, Paris, Editions In Press, coll. « Psych-Pocket ».

Dejours, C. & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13, 75-91.

Delalande, C. (2007). La chose publique (II). *La Lettre de L'A.S.E.*, 80, 27-29.

Delalande, C. (2009). La chose publique. *La lettre de l'A.S.E.*, 87, 25-28.

Delalande, C. (2016). La politique de la chose (II). *La Lettre de L'A.S.E.*, 116, 23-31.

Deleuze, G. (1993). *Critique et clinique*. Paris : Minuit.

Delhaye, P. & Cardière, J. & Leroy, D. (2018). Oser la recherche-action vers un changement de posture professionnelle. *La psychiatrie de l'enfant*, 61, 119-134.

Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70, 331-350.

Denis, P. (2009). L'expression latérale du transfert. *Revue française de psychanalyse*, 52, 649-666.

Derivois, D & Marchal, H. (2013). Qu'accueille la famille d'accueil ?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 356-364.

Derivois, D. & al. (2018). Accompagner le déménagement des mineurs non accompagnés : une étude exploratoire en protection de l'enfance. *Annales médico-psychologique*, 176, 567-571.

Derivois, D. & Kim, M.-S. (2012). Enjeux psychiques de l'entretien clinique de recherche en contexte interculturel. *L'encéphale*, 39, 360-366.

Derivois, D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 1 (11), 1-9.

Derivois, D. (2017). *Clinique de la mondialité*. Bruxelles : De Boeck supérieur.

Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris : Flammarion.

Devereux, G. (1980). *L'argument*. Paris : Flammarion.

Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M. (2004a). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*. Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M. (2004b). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*. Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M. (2004c). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*. Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M. (2004d). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 4*. Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Diatkine, R. (1994). *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

Diatkine, R. (2004). Les troubles de la parole et du langage. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1599-1634). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris: Dunod.

Dozier, M. & al. (2002). Intervening with foster infant's caregivers, targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541-554.

Dozier, M. & Lindhiem, O. & Ackerman, P. (2005). Attachment and biobehavioral catch up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In : Berlin, L.J. & Ziv, Y. & Amaya-Jackson, L. & al., *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (pp. 178-194). New-York: Guilford Press.

Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care : The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467-1477.

Dréano, G. (2009). *Guide de l'éducation spécialisée*. Paris : Dunod.

Dumont, J.-F. (2010). Emotions et relation éducative. *Erès*, 80, 150-156.

Duparc, F. (2009). Des transferts : latéraux, centraux, négatifs ou limites (et des contre-transferts qui vont avec). *Revue française de psychanalyse*, 73, 731-742.

Ehrental, J.-C. & al. (2009). Evaluation of the German version of the attachment questionnaire "Experiences in Close Relationships—Revised. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59, 215-23.

Ein-Dor, T. & Doron, G. (2015). Psychopathology and attachment. In: Simpson, J.A. & Rholes, W.S., *Attachment Theory and Research. New Directions and Emerging Themes* (pp. 346-373). New-York: The Guilford Press.

Euillet, S. & al. (2008). Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés. *Enfance*, 60, p 63-70.

Euillet, S. (2010a). La professionnalisation des assistants familiaux : un processus aux enjeux relationnels multiples. *Empan*, 80, 2010/4.

Euillet, S. (2010b). Quels attachements pour les enfants accueillis ? *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Rapport de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 51-58.

Even, M. & Sutter-Dallay, A.-L. (2019). La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. *L'encéphale*, 1168, 1-5.

Fairbairn, W.R.D. (1940). Les facteurs schizoïdes de la personnalité. In : *Etudes psychanalytiques de la personnalité* (pp. 3-27). Paris : Editions au Monde Interne, 1998.

Fairbairn, W.R.D. (1998). *Etudes psychanalytiques de la personnalité*. Paris: Editions au Monde Interne.

Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H., Lapsley, A.M. & Roisman, G.I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.

Ferenczi, S. (1928). Élasticité de la technique psychanalytique. In : *Psychanalyse 4, Œuvres complètes* (pp. 53-65). Paris : Payot, 1982.

Ferenczi, S. (1933). Confusion des langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. In : *Psychanalyse 4, Œuvres complètes* (pp. 125-128). Paris : Payot, 1982.

Fernandez, L. (2008). *Le test de l'arbre. Un dessin pour comprendre et interpréter*. Paris : In press.

Ferrandi, R. (2009). De l'ordre gestionnaire. *La lettre de l'A.S.E.*, 87, 18.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.

Foliot, C. (2004). L'expression somatique. L'asthme. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1843-1858). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Fombonne, E. (1989). The Child Behavior Checklist and the Rutter Parental Questionnaire : a comparison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, 19, 777-785.

Fonagy P. (1995). Mental representations from an intergenerational cognitive science perspective. *Infant Mental Health Journal*, 15, 57-68.

Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne: Erès.

Fonagy, P. & Steele, M. & Steele, H. & Higgitt, A. & Target, M. (1994). The manuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience, *J. Child Psychiatry*, 35, 2, 231-257.

Fonagy, P. & Steele, M. & Stelle, H. & Moran, G.-S. & Higgitt, A.-C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-219.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.

Frechon, I. & Dumaret, A.-C. (2008). Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. GRASS- INED-CERMES, in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* : Elsevier Masson.

Freud, A. (1927). *Le traitement psychanalytique des enfants*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard, 1968.

Freud, S. (1909a), Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans, trad. R. Lainé, J. Stute-Cadiot. In : *Œuvres complètes, tome IX*, (pp. 1-130). Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

Freud, S. (1909b). *Le roman familial des névrosés et autres textes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, coll. « psychanalyse », 2004.

Freud, S. (1913). Le début du traitement. In trad. Berman, A., *De la technique en psychanalyse* (pp. 121-144). Paris : Presses Universitaires de France, 1970.

Freud, S. (1915). Deuil et Mélancolie. In : *Métapsychologie*. Paris : Folio essais Gallimard, 1968.

Freud, S. (1918). « Remémoration, répétition et perlaboration ». *Libres cahiers pour la psychanalyse* 2004, 9, 9-22.

Freud, S. (1918). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot (1982).

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Presses Universitaires de France, 2013.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. In : *Œuvres complètes, tome XVII* (pp. 203-297). Paris : Presses Universitaires de France, 1992.

Freud, A. (1938). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses Universitaires de France (1949).

Galopin, P. (2012). Une case vide ... pour penser ! *La Lettre de l'A.S.E.*, 100, 13-15.

George, C. & Salomon, J. (1999). The caregiving system. In: *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Application* (2nd Edition). New-York: Guilford Press.

George, C. & Salomon, J. (2011). Caregiving helplessness: The development of a screening measure for disorganized maternal caregiving. In: Salomon, J. & George, C., *Disorganized attachment & caregiving* (pp. 133-166). New York: Guilford Press.

Ghil, M. (2007). Georges Devereux, de la physique quantique à l'ethnopsychiatrie complémentariste. *Le Coq-Héron*, 190, 55-64.

Golse, B. & Missonnier, S. (2005). *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Cahors : Erès.

Golse, B. & Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. France : Presses Universitaires de France, collection « le fil rouge ».

Golse, B. (2001). De la différenciation à la séparation : it's a long way to go ! *Revue française de psychanalyse*, 65, 369-380.

Golse, B. (2004). La pulsion d'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 47, 5-25.

Golse, B. (2006a). *L'être bébé*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. « le fil rouge ».

Golse, B. (2006b). Le pédopsychiatre-psychanalyste face au concept de résilience. La résilience avant l'après-coup ? ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas ... Sigmund Freud ! In : Cyrulnik, B. & Duval, P. (pp 61-76). *Psychanalyse et Résilience*. Paris : Odile Jacob.

Golse, B. (2010). La théorie de l'attachement dans le cadre de l'accueil et du placement familial. *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Rapport de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 120-131.

Golse, B. (2011). La thématique de la séparation. L'accueil familial et la séparation thérapeutique. *La lettre de l'A.S.E*, 95, 5-12.

Golse, B. (2012). Entre neurosciences et psychanalyse. *Adolescence*, 80, 269-285.

Golse, B. (2019). Sexualité infantile et attachement. *Le Carnet Psy*, 69, 12-16.

Govindama, Y. & De Maximy, M. (2012). Conflit de loyauté et conflit psychique. Une articulation anthropologique, clinique et judiciaire. *Enfances & psy*, 56, 46-56.

Granjon, E. (1989). Transmission psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique. *Gruppo*, 5, 47-58.

Granqvist, P. & Sroufe, A. & Dozier, M. & Hesse, E. & Steele, M. & Van Ijzendoorn, M. & Solomon, J. & Schuengel, C. & Fearon, P. & Bakermans-Kranenburg, M. & Steele, H. & Cassidy, J. & Carlson, E. & Madigan, S. & Jacobvitz, D. & Foster, S. & Behrens, K. & Rifkin-Graboi, A. & Gribneau, N. & Spangler, G. & J Ward, M. & True, M. & Spieker, S. & Reijman, S. & Reisz, S. & Tharner, A. & Nkara, F. & Goldwyn, R. & Sroufe, J. & Pederson, D. & Pederson, D. & Weigand, R. & Siegel, D. & Dazzi, N. & Bernard, K. & Fonagy, P. & Waters,

E. & Toth, S. & Cicchetti, D. & H Zeanah, C. & Lyons-Ruth, K. & Main, M. & Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers, *Attachment & Human development*, 19, 6, 534-558.

Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : les éditions de minuit, coll. « critiques ».

Green, A. (2012). *La clinique psychanalytique contemporaine*. Paris : Ithaque.

Green, A. (2013). *Illusion et désillusion du travail psychanalytique*. Paris : Odile Jacob.

Grelley, P. (2010). Contrepoint – Intérêt de l'enfant : un renouveau. *Informations sociales*, 160, 41.

Grice, P. (1975). Logic and conversation. In: Cole, P. & Moran, J.L., *Syntax and Semantics III : Speech Acts*, New York: Academic Press, 41-58.

Griffin, D.W. & Bartholomew, K. (1994a). The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. In : Bartholomew, K. & al., *attachment processes in adulthood*, vol. 5 (pp 17-52). London : Jessica Kingsley Publishers ltd.

Griffin, D.W. & Bartholomew, K. (1994b). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.

Groh, A.M., Roisman, G.I., Van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Feraon, R.P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.

Grossman, K.-E., Grossman K. & Zimmerman, P. (1999). "A wider view of attachment and exploration : stability and change during the years of immaturity". In : Cassidy J., Shaver, P., *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York, London, 1999.

Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 51, 44-68.

Guédénéy, N. & Guédénéy, A. (2006). *L'attachement : concepts et applications*. Paris: Masson.

Guédénéy, N. & Guédénéy, A. (2009). *L'attachement : approche théorique*. Paris : Masson, 3^{ème} édition.

Guédénéy, N. & Guédénéy, A. (2010). *L'attachement : approche clinique*. Paris : Masson, 2^{ème} édition.

Guédénéy, N. (2007). Le domaine de la protection de l'enfance, l'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement. *Perspectives Psy*, 2007, 46, 11-17.

Guédénéy, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 20, 101-117.

Guédénéy, N. (2011). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : éditions Fabert.

Gutton, P. & Bagnulo, A. & Jeanblanc, F. (2011). *Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance*. Paris : GREUPP.

Gutton, P. (2006). Parentalité. *Adolescence*, 55, 9-32.

Guyomard, P., Ainsenstein, M., Widlöcher, D., Plon, M., Barazer, C., Baldacci, J.-L., & André, J. (2011). *Lacan et le contre-transfert*. Paris : PUF, coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse ».

Haag, G. (1990). Le dessin préfiguratif de l'enfant, quel niveau de représentation ? *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 9, 91-131.

Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 157-172.

Hanus, M. (2004). Le deuil chez l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1463-1476). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Haxhe, S. (2008). La parentification : étude d'un processus. *Thérapie familiale*, 29, 175-178.

Hazan, C., & Shaver, P.-R. (1987). Romantic Love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social Psychology*, 52, 511-524.

Hiburn-Cobb, C. (2004). Adolescent psychopathology in terms of multiple behavioral systems: The role of attachment and controlling strategies and frankly disorganized behavior. In Atkinson, J. & Golberg, S., *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 95-133). Hillsdale, E.-U. : Lawrence Erlbaum.

Hochmann, J. (2009). *Histoire de l'autisme*. Paris: Broché.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and the attachment theory*. London: Routledge.

Houzel, D. (2001). L'enfant et la garantie judiciaire. *La Lettre de l'A.S.E.*, 57, 31-33.

Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, 46, 395-434.

Houzel, D. (2004). L'expression somatique. Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1667-1692). Paris: Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 671-687.

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, 373-384.

Jeammet, P. (2004). L'expression somatique. Traitement du trouble des comportements alimentaires. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1723-1730). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Julien, D. (2007). Vingt ans !. *La Lettre de l'A.S.E.*, 80, 1.

Kaës, R. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.

Kaës, R. (1989). Le pacte dénégatif dans les ensembles intersubjectifs. In : Missenard, A. & Rosolato, G. & coll. *Le négatif – Figures et modalités* (pp. 101-136). Paris : Dunod.

Kaës, R. (2008). Définitions et approches du concept de lien. *Adolescence*, 65, 763-780.

Kerlinger, F.N. (1964). *Foundations of behavioral research: Educational and psychological inquiry*. London : Holt, Rinehart & Winston.

Kim, M.-S. & Derivois, D. (2012). Enjeux psychiques de l'entretien clinique de recherche en contexte interculturel. *L'encéphale*, vol. 39, 360-366.

Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : Presses Universitaires de France, 1959.

Klein, M. (1935). Contribution à la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In : *Essais de psychanalyse*, (pp. 311-340). Paris : Payot, 1968.

Klein, M. (1968). *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.

Kobak, R.-R., Cole, H.-E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W.-S. & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis », *Child Development*, 64, 231-245.

Kreisler, L. & Soulé, M. (2004). L'enfant prématuré. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*, (pp. 1893-1916). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Kreisler, L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse : Privat.

Kreisler, L. (2004a). L'expression somatique. La pathologie psychosomatique. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1641-1666). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Kreisler, L. (2004b). Le nourrisson. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*, (pp. 1995-2092). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Kristeva, J. (1993). *Les nouvelles maladies de l'âme*. Paris : Fayard.

Kristeva, J. (1997). *La révolte intime*. Paris : Fayard.

Kristeva, J. (2000). *Pouvoirs et limites de la psychanalyse. Tome 2 : La Révolte intime*. Paris : Poche.

Kristeva, J. (2005). *La haine et le pardon*. Paris : Fayard.

Ladame, F. (2004). Le suicide chez l'enfant et l'adolescent, approche clinique. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1517-1526). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lamb, M.-E. (1996). *The role of the father in child development* (3e ed.). New York : Wiley.

Lamour, M. & Barraco De Pinto, M. (2006). Accompagner les professionnels. *Devenir*, 18, 169-189.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967, 2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 5^{ème} édition.

Laplanche, J. (2007). *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lazaratou, H. & Golse, B. (2016). L'exposition des enfants à la violence intrafamiliale. La transmission du trauma psychique interpersonnel des parents aux enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, 2016/1, 59, 309-332.

Lebovici, S. (2004a). Approche familiale. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*, (pp. 45-74). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Lebovici, S. (2004b). Le syndrome foeto-alcoolique. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*, (pp. 1993-1994). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Lebovici, S. (2004c). Psychiatrie générale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*, (pp. 15-23). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Lecomte, J. (2010). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.

Lemay, M. (2006). La résilience, mythe ou réalité. In Cyrulnik, B. & Duval, P. (pp 61-76). *Psychanalyse et Résilience*. Paris : Odile Jacob.

Liebert, P. & al. (2010). Quelle utilisation de la théorie de l'attachement dans la réflexion et l'organisation des pratiques professionnelles. *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Rapport de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 92-106.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In Salomon, J. & Georges, C., *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York: The Guilford Press.

Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Training*, 41, 472-486.

Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of trauma and dissociation*, 7, 55-74.

Lussier Y. (1992). Traduction française de l'auto-questionnaire RQ (Bartholomew et Horowitz, 1991). Document inédit. *Département de psychologie*, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A. & Cibelli, C.D. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictor of hostile-aggressive behavior in in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-658.

Lyons-Ruth, K. & al. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind. Expressions in mother-infant interaction. In: Salomon, J. & George, C., *Attachment disorganization* (pp. 33-69). New York: Routledge.

Lyons-Ruth, K. & al. (2006). From Infant Attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinic of North America*, 29, 63-86.

Lyons-Ruth, K., Eastbrooks, M.-A. & Cibelli, C.-D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33 : 681-692.

MacDougall, J. (1985). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.

Mahler, M. & Pine, F. & Bergman, A. (1975). *La naissance psychologique de l'être humain*. Paris: Payot, 1980.

Main, M. & Weston, D.R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.

Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: a working paper. In: Immelmann, K. & Barlow, G. & Petrinovich, L. & Main, M., *Behavioral development: The Bielefeld Interdisciplinary Project*. New York: Cambridge University Press.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, 33, 48-61.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research. In: Parkes, C.M. & Stevenson Hide, J.S. & Marris, P., *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 127-159). London, New York: Tavistoc-Routledge.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M.T. & Cichetti, D. & Cummings E.M., *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M.T. & Cichetti, D. & Cummings E.M., *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations. In: Bretherton, I. & Waters, E., *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2 serial No. 209), 66-104.

Marcelli, D. (2009). *Il est permis d'obéir, l'obéissance n'est pas la soumission*. Paris : Albin-Michel.

- Marcelli, D. (2016). Parents-enfants : une relation asymétrique. *La Lettre de l'A.S.E.*, 116, 4.
- Marchal, H. & Derivois, D. (2014). Liens mère-enfant et violences conjugales. *Dialogue*, 206, 87-98.
- Martin-Blachais, M.-P. (2017). *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* (rapport remis le 28 février 2017 par Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes). Paris: France.
- Marvin, R.-S. (1977). An ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behavior. In: Alloway, T. & Pliner, P. & Krames, L., *Advances in the study of communication and affect, Vol. 3, Attachment behavior* (pp. 25-60). New York : Plenum.
- Matot, J.-P. (2014). Passion, névrose actuelle et objets internes agonisants. *Revue française de psychanalyse*, 78, 1563-1568.
- Mayaux, F.-X. & Derivois, D. & Viodé, C. (2019). L'assistant familial : un tuteur de résilience suffisamment bon ? *Dialogue*, 226, (accepté).
- Mayaux, F.-X. & Viodé, C. & Derivois, D. (2018). La dynamique relationnelle entre l'éducateur et l'enfant en contexte de placement familial. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 183-188.
- McCarthy, D. (1972). *McCarthy scales of children's abilities*. New York: Psychological Corporation.
- McDougall, J. (1996). *Eros aux mille et un visages*. Paris: Gallimard.
- McKeown, B. & Thomas, D. (1976). Q-Methodology. *Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*. Series No. 07-066. Newbury Park, London and New Delhi: Sage Pubns.

Mellier, D. (2002). Le soignant en équipe, culpabilité structurante ou culpabilité paralysante ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 47, 69-76.

Mellier, D. (2005). La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499.

Miermont, J. (2004). Ethologie et développement de l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*, (pp. 203-226). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France, Coll. « le fil rouge ».

Miljkovitch, R. (2009). L'attachement au niveau des représentations. In : Guédeney, N. & Guédeney, A., *L'attachement : approche théorique*. Paris : Masson, 3^{ème} édition.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. & al. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15, 143-177.

Milner, M. (1950). *L'inconscient et la peinture*. Paris : Presses Universitaires de France, 1^{ère} édition.

Misès, R. & Perron, R. (2004). Etude psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 1535-1570). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Misès, R. (1999). *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris : Presses Universitaires de France.

Misès, R. (2012). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*. Presses de l'école des hautes études en santé publique.

Missonnier, S. (2007). « Je t'aime, moi non plus » : théorie de l'attachement et psychanalyse. In : Pierrehumbert, B. *L'attachement, de la théorie à la clinique* (pp. 7-15). Paris ; Erès.

Moïse-Durand, B. & Von Münchow, P. & Simon, A. & Rizzi, A. & Moro, M.-R. (2013). Un enfant ne parle pas : analyse anthropologique, psychanalytique, linguistique et transculturelle d'une psychothérapie d'enfant. *L'autre*, 14, 285-311.

Moreau-Ricaud, M. (2007). *Michael Balint, le renouveau de l'école de Budapest*. Paris : Erès.

Moro, M.-R. & Nathan, T. (2004). Ethnopsychiatrie de l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*, (pp. 423-446). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Moro, M.-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants migrants*. Paris : Dunod.

Neyrand, G. (2005). La parentalité d'accueil. *Dialogue*, 167, 7-16.

Nguyên, K.-C. (1989). *La Personnalité et l'épreuve de dessins multiples, maison, arbre, deux personnes*. Paris : Presses Universitaires de France.

Noël, J. & Soulé, M. (2004). L'enfant « cas social ». In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 4*, (pp. 2337-2364). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Observatoire National de Protection de l'Enfance (2014). « *Estimation de la population des enfants et des jeunes en protection de l'enfance au 31/12/2014* » Note d'actualité, (novembre 2016).

Observatoire National de Protection de l'Enfance (2015). L'accueil familial : quel travail d'équipe ? *Rapport d'étude coordonné par Anne Oui, chargée de mission, Ludovic Jamet et Adeline Renuy, chargés d'études*. La documentation française.

Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance, Groupement d'intérêt public Enfance en danger (2018). *La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2016 : les disparités départementales*. Notes d'actualité (septembre 2018).

Oppenheim, D., Nir, A., Warren, S. & Emde, R.-N. (1997). Emotion regulation in mother-child narrative co-construction: associations with children's narratives and adaptation. *Developmental Psychology*, 33, 284-294.

Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10e édition (cim-10)*, vol.1 Paris : Masson, 1993.

Palacio, M. (2007). Une protection mouvante et ambiguë. *La Lettre de l'A.S.E.*, 80, 5-9.

Pariset, O. (2009). Identification à l'agresseur et travail de contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 73, 109-125.

Pédinielli, J.-L. & Bénony, H. (2001). Psychologie clinique. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 1-10.

Pellé, A. (2005). Mais qui donc aime l'enfant placé ? *Dialogue*, 167, 61-69.

Perner, J., & Howes, D. (1992). « He thinks he knows »: And more developmental evidence against the simulation (role-taking) theory. *Mind and Language*, 7, 72-86.

Petitpierre, G., Scelles, R., Bungener, M., Detraux, J.J. & Tremblay, M. (2016). Mener une recherche en partenariat avec les acteurs sociaux, économiques et politiques. Réflexion pour une collaboration fructueuse et respectueuse de la recherche. *Contraste*, 256-265.

Pierrehumbert, B. (2003). Attachement et psychopathologie. *Enfance*, 55, 74-80.

Pierrehumbert, B., Dieckmann, S., Miljkovitch de Heredia, R., Bader, M., & Halfon, O. (1999). Une procédure d'analyse des entretiens semi-structures inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir*, 11(1), 97-126.

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. & al. (1996). Les modèles de relations : Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.

Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 175, 7-14.

Pinel-Jacquemin, S. & Savard, N. (2010). L'attachement parent-enfant. *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Rapport de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 9-23.

Poli, F. (2012). ... De rêve d'évolution en révolutions. *La Lettre de l'A.S.E.*, 100, 31-32.

Quinodoz, J.-M. (1994). Le psychanalyste, conteneur actif de la contre-identification projective. *Revue française de psychanalyse*, 58, 1597-1600.

Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud*. Paris : Presses Universitaires de France.

Rank, O. (1924). *Le traumatisme de la naissance*. Paris : Payot, 2002.

Rey, M. (2004). La psychopathologie de certains enfants sourds. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2*, (pp. 921-930). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Reynaud, M. (2011). Le modèle d'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression. *Thèse, psychologie*.

Robertson, J. & Bowlby, J. (1952). Responses of Young Children to separation from Their Mothers, *Courrier CIE*, 2, 131-142.

Robertson, J. (1972). Young Children in Brief Separation, *The psychoanalytic Study of the Child*, XXVI. New York: International University Press Inc, 264-315.

Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J. (1995). *The MarArthur Narrative Coding System*. Denver, CO: University of Colorado Health Sciences Center, Program for Early Developmental Studies.

Roheim, G. (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Paris : Gallimard.

Rojas-Urrego, A. (2015). Agonies primitives et clivages. *Le Carnet Psy*, 189, 25-31.

Roman, P. (2003). Les aménagements pseudo : figures paradoxales de la résolution de la crise adolescente. *Psychothérapies*, 23, 139-147.

Roman, P. (2014). Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. In : Roussillon, R. (pp. 547-588), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier-Masson, 2^{ème} édition.

Roman, P. (2017). Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, 550, 265-273.

Rosenczveig, J.-P. (2016). Petit historique critique de la loi. *La Lettre de l'A.S.E.*, 116, 5-8.

Rottman, H. & Richard, P. (2009). *Se construire quand même*. Paris : Presses Universitaires de France.

Rouchon, J.-F. (2007). La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques. *Thèse, Médecine*.

Rousseau, D. et al. (2011). *Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire entre 1999-2001*. Appel d'offre thématique 2010-Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 2011-2016.

Roussillon, R. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier-Masson, 2^{ème} édition.

Royer, J. (2001). Dessin et abus sexuel. *Le journal des professionnels de l'enfance*, 13, 60-63.

Salmona, M. (2018). Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*, 3, 69-70.

Scelles, R. (2011). Frère ou sœur de ... *L'école des parents*, 592, 26-28.

Scelles, R. (2012). Point de vue – Placement conjoint des fratries et maltraitance infraternelles dans l'Aide Sociale à l'enfance. *Informations sociales*, 173, 114-119.

Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.

Schmit, G. & Soulé, M. (2004). L'expression somatique. L'énurésie infantile. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1751-1770). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Schofield, G., & Beek, M. (2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. BAAF.

Sibertin-Blanc, D. (2004). L'expression somatique. Le nanisme psychogène. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1811-1828). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Simpson, J.A, Rholes, W.S, & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation. The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.

Sirol, F. (2004a). L'expression somatique. Les céphalées récurrentes de la grande enfance et de l'adolescence. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1783-1798). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Sirol, F. (2004b). L'expression somatique. Les douleurs abdominales récurrentes de la grande enfance et de l'adolescence. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1799-1810). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463

Soula Desroche, M. (2013). L'analyse d'institutions sous une emprise gestionnaire. *Revue de psychothérapie psychanalytique*, 61, 55-62.

Soulé, M. & Lauzanne, K. & Colin, B. (2004). L'expression somatique. Les troubles de la défécation : encoprésie, mégacolon fonctionnel de l'enfant. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2, (pp. 1770-1782). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Soulé, M. & Lauzanne, K. & Leblanc, N. (2004). Les carences des soins maternels et ses effets. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 4, (pp. 2529-2548). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition

Spitz, R.A. (1947). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF, trad. 1968.

Sroufe, L.A. (2003). Attachment categories as reflections of multiple dimensions : comment on Fraley and Spieker. *Developmental Psychology*, 39, 413-429.

Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A. & Collins, W.A. (2009). *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.

Stephenson, W. (1935). Correlating persons instead of tests. *Charact. & Pers.*, 4, 17-24.

Stern, A. (1966). *Une grammaire de l'art enfantin*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

Stern, D.-N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : Presses Universitaires de France.

Stissi, M. (2011). La protection de l'Enfance de 1945 à 2010. *La Lettre de l'A.S.E.*, 95, 4.

Tereno, S. & al. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188.

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson, *Organization of memory*. Oxford, England: Academic Press.

United Nations of International Children's Emergency Fund. (1989). *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*.

Van Ijzendoorn, M.-H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403

Van Ijzendoorn, M.-H., Kranenburg, M.-J., Zwart-Woudstra, H.-A., Van Busschbach, A.-M. & Lambermon, M.-W.-E. (1991). Parental attachment and children's socio-emotional development: some findings on the validity of the adult attachment interview in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 14, 375-394.

Van Ijzendoorn, M.-H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.-J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Vasse, D. (2004). *La grande menace*. Paris : éditions du seuil.

Vattier, G. & Rochotte-Triboulot, C. (1991). *Introduction à l'éducation spécialisée*. Toulouse : Privat.

Velotti, P. (2006). Le transfert dans le travail avec la famille. *Revue française de psychanalyse*, 73, 109-124.

Vicente, C. & Schom, A.-C. & Robert, P. (2014). L'institution et la place des familles en protection de l'enfance, *Dialogue*, 206, 35-46.

Vinay, A. (2007). *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.

Viodé, C. (2017). Jim, le magicien aux failles narcissiques et identitaires précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, 60, 87-100.

Viodé-Bénony, C. (2008). De l'entrave corporel à l'urgence de la mise en récit. In Golse, B. & Missonnier, S. (pp153-160). *Récit, Attachement et Psychanalyse, pour une clinique de la narrativité*. Ramonville Saint-Agne: Erès.

Von Klitzing, K., Kelsay, K., Emde, R., Robinson, J. & Schmitz, S. (2000). Gender-specific characteristics of 5-year-olds' play narratives and associations with behavior ratings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1017-1023.

Vuailat, S. (2003). Les relations précoces entre la mère et l'enfant : la théorie de la relation d'objet selon Fairbairn. *Devenir*, 15, 289-299.

Vuailat, S. (2004). Les personnalités schizoïdes entre la théorie de la relation d'objet de Fairbairn et les théories de l'attachement. *Perspectives Psy*, 43, 269-274.

Weil-Halpern, F. (2004). Les jeunes mères toxicomanes et leurs bébés. In : Diatkine, R. & Lebovici, S. & Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3*, (pp. 1985-1992). Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition.

Weismann-Arcache, C. (2001). Du gribouillage au dessin figuratif. *Le journal des professionnels de l'enfance*, 13, 39-41.

Westen, D. & Chang, C. (2000). Personality pathology in adolescence: Review. *Adolescent psychiatry*, 25, p 61-100.

Widlöcher, D. (1981). Pratique clinique et recherche clinique. *Revue de Psychologie Appliquée*. 31, 17- 129.

Widlöcher, D. (2000). *Sexualité infantile et attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Winnicott, D. (1984). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».

Winnicott, D.W. (1945). Le développement affectif primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp.33-47). Paris : Payot, 1976.

Winnicott, D.W. (1958). La préoccupation maternelle primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris : Payot, 1976.

Winnicott, D.W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 237-256). Paris : Payot, 1976.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Winnicott, D.W. (1973). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard.

Zahn-Waxler, C., Cole, P.-M., Barrett, K.-C. (1991). Guilt and empathy: Sex differences and implications for the development of depression. In: Gerber, J. & Dodge, K.A., *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge, England : Cambridge University Press, 243-272.

Zaouche-Gaudron, C. & Pierrehumbert, B. (2008). Numéro thématique d'Enfance : comportements et représentations d'attachement dans l'Enfance. *Enfance*, 1.

Zazzo, R. (1979). *Le colloque sur l'attachement*. Neuchâtel, Paris : Delachaux, & Niestlé.

Zeanah C. H., & Anders T. F. (1987). Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working models. *Infant Mental Health Journal*, 8, 3, 237-250.

Zeanah C. H., Benoit D., Hirshberg L., Barton M. L., & Regan C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1, 1-14.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :

Les formulaires d'information et de consentement pour la recherche (version enfant : la version pour les adolescents et les professionnels se réfèrent au même modèle)



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE PARTICIPANT A UNE RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Le psychologue clinicien et doctorant en Psychologie clinique et Psychopathologie, François-Xavier Mayaux, sous la direction de Monsieur Derivois, psychologue clinicien et Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie, Habilité à Diriger des Recherches, et la co-direction de Madame Viodé, psychologue clinicienne, psychanalyste et Maître des Conférences en Psychologie Clinique et Psychopathologie, tous membres du Laboratoire de Psychologie Médicale et de Psychopathologie de l'Université de Bourgogne (LPPM)⁷⁹, propose que mes enfants puissent participer à la recherche intitulée « Etude de la qualité des liens institutionnels et familiaux de l'enfant confié en famille d'accueil ». En tant que responsable légal, l'investigateur m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de donner l'autorisation pour que mon enfant puisse participer à cette recherche.

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

Il m'est proposé que mon enfant puisse participer à une étude concernant l'étude de la qualité des liens institutionnels et familiaux de l'enfant confié en famille d'accueil. Cette recherche a pour but d'approfondir les connaissances théorico-cliniques en matière de problématique de placement familial et de proposer une réflexion autour de l'analyse des pratiques interprofessionnelles (entre l'assistante familiale et le travailleur social référent). Les contraintes concernent le temps consacré à l'étude à savoir trois séances enregistrées dont deux filmées d'une heure chacune. Deux séances seront effectuées d'ici le mois de juin 2016 et une autre séance d'ici le mois de décembre 2017. La première séance comprendra un entretien de présentation à l'enfant de la recherche. La deuxième et la troisième séance comprendront un entretien filmé avec la réalisation d'un jeu, des questions sur la relation entre l'enfant et les professionnels qui l'entourent ainsi que la production de dessins. Un entretien de restitution de recherche organisé sous la forme d'un compte rendu oral sera proposé à l'enfant et aux responsables légaux entre janvier 2017 et décembre 2020. Les bénéfices que je peux en obtenir sont d'une meilleure compréhension de la situation de mon enfant en famille d'accueil.

J'accepte que les données nominatives concernant mes enfants recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « informatique et liberté » s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude.

⁷⁹Le LPPM (Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale) a évolué en PSY-DREPI (Dynamiques Relationnelles et Processus Identitaires) au cours de la thèse.

Les données recueillies demeurent strictement confidentielles et soumis aux règles qui régissent le code de déontologie des psychologues. Elles ne pourront être consultées que par l'investigateur François-Xavier Mayaux, et sa direction de recherche, à savoir Monsieur Derivois et Madame Viodé. Ces données pourront après anonymisation être intégrées à une publication scientifique.

Je peux à tout moment demander toute information complémentaire à Monsieur Derivois (03 80 39 39 84) et Madame Viodé (03 80 39 39 76).

Après avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement volontairement de fournir l'autorisation pour que mon enfant puisse participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux à tout moment retirer mon consentement et l'autorisation donnée et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi en tant que responsable légal.

Ainsi, après avoir pris connaissance de l'ensemble des informations présentées ci-dessus, je soussigné(e) et je soussigné(e)....., autorisant mon enfant de participer à cette recherche en réalisant cinq entretiens successifs avec le chercheur psychologue. Pour cela, j'autorise que mon enfant soit enregistré dans un entretien audio et vidéo pour les besoins de cette recherche, cet enregistrement étant utilisé uniquement afin d'exploiter au mieux les données recueillies pendant l'entretien et ne feront l'objet d'aucune divulgation publique.

L'investigateur - psychologue clinicien :

NOM : MAYAUX
Prénom : François-Xavier
Date :
Signature :

Enfant(s) concerné(s) pour participer à cette recherche :

NOM :
Prénom :

Responsable légal donnant l'autorisation parentale:

NOM :
Prénom :
Date :
Signature :

NOM :
Prénom :
Date :
Signature :

(Toutes les pages doivent être paraphées). Ce document doit être réalisé en deux exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur et l'autre remis à la personne donnant son consentement.

Annexe 2 :

Auto-questionnaire sur les perceptions des relations d'attachement dans sa version catégorielle (RQ)

A

RQ : Questionnaire de perception des relations

QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION

Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux. Nous vous demandons de choisir une seule description.

1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul(e) ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.
2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.
3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.
4. Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

© Développé par Bartholomew, 1990. Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D., 1992.

Annexe 3 :

Auto-questionnaire sur les perceptions des relations d'attachement dans sa version dimensionnelle (RQ)

QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION DES RELATIONS

Consigne : Répondez à chacun des énoncés en indiquant à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre choix :

1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul (e) ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.

Fortement En désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant (e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.

Fortement En désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé (e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.

Fortement En désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

4. Je me sens embarrassé (e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

Fortement En désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

Développé par Bartholomew, 1990. Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph. D., 1992.

46

Annexe 4 :

Auto-questionnaire sur les Cartes des Modèles Individuels des Relations (Ca-mir)

Feuille de cotation du CaMir

Prénom _____

Date _____

No	Proposition	Etape 2	Etape 3
1	Dans notre famille, les expériences que chacun fait à l'extérieur sont une source de discussion et d'enrichissement pour tous		
2	Enfant, on me laissait peu d'occasions pour faire mes expériences		
3	Les menaces de séparation, de placement ou de rupture des liens familiaux sont une composante de mes souvenirs d'enfance		
4	Dans ma famille, chacun exprime ses émotions sans craindre les réactions des autres		
5	Mes parents étaient incapables d'avoir de l'autorité quand il le fallait		
6	En cas de besoin, je suis sûr(e) que je peux compter sur mes proches pour trouver un réconfort		
7	J'aimerais avoir des enfants plus autonomes que je ne l'ai été		
8	Dans la vie de famille, le respect des parents est très important		
9	Enfant, je savais que je trouverais toujours un réconfort auprès de mes proches		
10	Je pense avoir su rendre à mes parents l'amour qu'ils m'ont donné		
11	Les relations avec mes proches durant mon enfance m'apparaissent comme globalement positives		
12	Je déteste le sentiment de dépendre des autres		
13	Même si c'est parfois difficile à admettre, j'éprouve une certaine rancune à l'égard de mes parents		
14	Je ne compte que sur moi pour résoudre mes problèmes		
15	Lorsque j'étais enfant, mes proches se montraient souvent impatients et irritables		
16	Quand j'étais enfant, mes parents avaient démissionné de leur rôle de parents		
17	Il vaut mieux ne pas trop se lamenter autour d'un deuil pour pouvoir le dépasser		
18	Je passe souvent du temps à discuter avec mes proches		
19	Mes proches ont toujours donné le meilleur d'eux-mêmes pour moi		
20	Je ne peux pas me concentrer sur autre chose, si je sais que l'un de mes proches a des problèmes		
21	Enfant, j'ai trouvé suffisamment d'amour auprès de mes proches pour ne pas en chercher ailleurs		
22	Je suis toujours inquiet(e) de la peine que je peux faire à mes proches en les quittant		
23	Enfant, on avait une attitude de "laissez-faire" avec moi		
24	Les adultes doivent contrôler leurs émotions envers l'enfant, qu'il s'agisse de plaisir, d'amour ou de colère		
25	J'aime penser à mon enfance		
26	A l'adolescence, personne dans mon entourage n'a jamais vraiment compris mes soucis		
27	En famille, lorsque l'un de nous a un problème, les autres se sentent concernés		
28	Actuellement, je pense comprendre les attitudes de mes parents durant mon enfance		
29	Mes désirs d'enfant comptaient peu pour les adultes de mon entourage		
30	Enfant, les adultes me paraissaient comme des personnes préoccupées avant tout par leurs propres problèmes		
31	Lorsque j'étais enfant, nous avions beaucoup de peine à prendre des décisions en famille		
32	J'ai le sentiment que je ne surmonterais jamais le décès d'un de mes proches		
33	Enfant, j'avais peur de mes parents		
34	Les enfants doivent sentir l'existence d'une autorité respectée, dans la famille		
35	Mes parents n'ont pas bien réalisé qu'un enfant qui grandit a besoin d'avoir sa vie à soi		
36	Je me sens en confiance avec mes proches		

37	Je ne me souviens pas vraiment de la façon dont je voyais les choses lorsque j'étais enfant		
38	Dans ma famille d'origine, on discutait des autres plutôt que de nous-mêmes		
39	Enfant, j'étais inquiet(e) d'être abandonné(e)		
40	Enfant, on m'a encouragé(e) à partager mes sentiments		
41	On ne m'a pas suffisamment préparé(e) psychologiquement aux réalités de la vie		
42	Mes parents m'ont laissé(e) trop libre de faire tout ce que je voulais		
43	Les parents doivent montrer à l'enfant qu'ils s'aiment		
44	Enfant, je montais les adultes les uns contre les autres, pour obtenir ce que je voulais		
45	Enfant, j'ai dû faire face à la violence d'un de mes proches		
46	Jc n'arrive pas à me faire une idée claire de mes parents et de la relation que j'avais avec eux		
47	On ne m'a pas laissé profiter de mon enfance		
48	J'étais un enfant peureux		
49	Il est essentiel de transmettre à l'enfant le sens de la famille		
50	De mon expérience d'enfant, j'ai compris qu'on n'est jamais assez bien pour ses parents		
51	J'ai de la peine à me remémorer précisément les événements de mon enfance		
52	J'ai le sentiment de n'avoir pas pu m'affirmer dans le milieu où j'ai grandi		
53	Même si ce n'est pas la réalité, j'ai le sentiment d'avoir eu les meilleurs parents du monde		
54	Enfant, on a été tellement soucieux de ma santé et de ma sécurité, que je me sentais emprisonné(e)		
55	Enfant, on m'a inculqué la crainte d'exprimer son opinion personnelle		
56	Lorsque je m'éloigne de mes proches, je ne me sens pas bien dans ma peau		
57	Je n'ai jamais eu une vraie relation avec mes parents		
58	Mes parents m'ont toujours fait confiance		
59	Quand j'étais enfant, mes parents abusaient de leur autorité		
60	Chaque fois que j'essaie de penser aux bons côtés de mes parents, ce sont leurs mauvais côtés qui me reviennent		
61	J'ai le sentiment d'avoir été un enfant rejeté		
62	Mes parents ne pouvaient pas s'empêcher de tout contrôler, mon apparence, mes résultats scolaires ou encore mes amis		
63	Quand j'étais enfant, il y avait des disputes insupportables à la maison		
64	Dans ma famille, on vivait en vase clos		
65	Il est important que l'enfant apprenne l'obéissance		
66	Enfant, mes proches me faisaient sentir qu'ils avaient du plaisir à partager du temps avec moi		
67	Quand je me remémore mon enfance, j'éprouve un vide affectif		
68	La perspective d'une séparation momentanée d'un proche me laisse un sentiment diffus d'inquiétude		
69	Il y a une bonne entente entre les membres de ma famille		
70	Enfant, j'avais souvent le sentiment que mes proches n'étaient pas sûrs du bien-fondé de leurs exigences		
71	Dans mon enfance, j'ai souffert de l'indifférence de mes proches		
72	Souvent, je me sens préoccupé(e) sans raison par la santé de mes proches		

Annexe 5 :

Grille d'entretien et échelles sur les représentations d'expériences d'attachement (Edicode)

Canevas AAI français / BI. 25.2. 11.11.92

Canevas AAI français

1. (2-3 min. au plus) Sit. familiale dans l'enfance (où vivaient, déplacements, activité de la famille, etc);
 - gds-parents connus ? Décédés avant naissance ? Si oui, mère (père) avait quel âge ? A parlé de ces gds-parents ?
 - frères, sœurs ou qqn autre vivant sous même toit ? Actuellement vivent alentour ou dispersés ?
2. Décrire relations avec parents quand jeune enfant. Commencer en remontant aussi loin que possible.
3. Cinq adjectifs reflétant relation avec mère. Temps de réflexion.
 - la relation (ou il/elle) était...; un souvenir, un événement à l'esprit ? (pour chacun).
4. Cinq adjectifs reflétant relation avec père. Temps de réflexion
 - questions comme ci-dessus.
5. De quel parent le plus proche ? Pourquoi pas même sentiment à l'égard de l'autre ?
6. Qd. était troublé (bouleversé, perturbé,...), faisait quoi ?
 - a) qd. émotionnellement perturbé; événements spécifiques ?
 - b) si blessure ou mal physiquement; événements ?
 - c) qd malade, qq se passait ?
7. Première séparation que se souvient. Comment a réagi, comment parents ont réagi ? D'autres séparations ?
8. A pu se sentir rejeté comme enfant ?
 - quel âge ? Que ressentait; comment réagi ?
 - pourquoi attitude parent; parent réalisait qu'il/elle rejetait ?
9. Arrivé que parents menacent (p-être pour discipline; ou en plaisantant) ?
 - arrive que parents interrogés aient souvenirs de menaces de abandonner ou éloigner; arrive aussi que souvenirs de mauvais traitements. Est-ce arrivé; dans la famille ?
 - à quel âge, quelle gravité, quelle fréquence ?
 - affecté comme adulte par cette expérience ? Cela affecte attitudes avec propres enfants ?
 - parfois inquiet, préoccupé comme enfant ? Événement ?
10. Pense effet de ces expériences sur la personnalité adulte ? Quelque expérience ayant influencé négativement son développement ?
11. Comprend attitudes des parents durant son enfance ? Pourquoi pense qu'ils se sont comportés de telle ou telle façon ?
12. D'autres adultes proches durant enfance, ou autres adultes particul. importants (même si pas parenté) ?
 - (-âges; vivaient dans le ménage ?
 - avaient responsabilités éducatives ?
 - pourquoi important ?)
13. Perte d'un parent ou d'autres proches durant enfance ?
 - âge; circonstances ?
 - comment réagi à l'époque; événem. soudain ou attendu ?
 - souvenir des sentiments à l'époque ?
 - sentiments face à ce départ ont changé par la suite ?
 - souvenir de funérailles ?
 - effet sur le(s) parent(s) restant(s) ?
 - effet sur sa personnalité d'adulte ?
 - effet sur attitude envers propre enfant ?
- 13a. Autres personnes importantes décédées durant enfance; questions comme plus haut.
- 13b. Idem durant âge adulte; questions comme plus haut.
14. Beaucoup de changements dans relation avec parents depuis enfance ?
15. Genre de relation avec parents, maintenant comme adulte ?
16. Sentiments actuellement, lorsque séparé de son propre enfant ?
 - Se sent parfois préoccupé relativement à son enfant ?
17. Trois désirs pour son enfant dans 20 ans. Quelle sorte de futur souhaiterait à enfant. Laisser temps de réflexion.
18. Une chose particulière tirée de propre expérience comme enfant ? Que souhaiterait que son enfant tire de sa relation avec ses parents ?

Selon M. Main. Trad.: Blaise Pierrehumbert, S.U.P.E.A., 25 A, Rue du Bugnon, CH - 1005 - Lausanne

16

(cocher les barres suivantes d'une croix)

1	blocage(s)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	discours non interrompu
2	aisé à suivre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	difficile à suivre
3	envahissement émotionnel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	recul adéquat
4	attribue (soi et autres) motivations, désirs, émotions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	peu d'attributions subjectives
5	clichés, lieux communs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	discours authentique
6	commentaires abondants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	commentaires restreints
7	discours désorganisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	discours structuré
8	reconnait sa subjectivité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ignore sa subjectivité
9	hors sujet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	réponses appropriées
10	facilité d'évocation spontanée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	manque d'évocation persistant
11	labilité des thèmes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	thèmes suivis
12	implication émotionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	retrait émotionnel, froid
13	perd le fil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	focalisé
14	évaluation globale positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	évaluation globale négative
15	se voit passif ds relations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	se reconnaît un rôle dans les relations
16	discours élaboré	1	2	3	4	5	6	7	8	9	discours superficiel
17	absence souvenirs ou souvenirs globalisants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	souvenirs précis
18	une idée globale se détache	1	2	3	4	5	6	7	8	9	difficile de dégager une idée globale
19	avidité relationnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	satisfait des relations
20	variété des sentiments attribués	1	2	3	4	5	6	7	8	9	attributions peu variées
21	excessivement factuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	vivant

Outil d'interprétation de l'AAI – L'Edicode de Pierrehumbert B. & al.

Annexe 6 :

Items sur les narratifs d'attachement (CCH)

ANNEXE 95

TABLEAU 1. — Liste des 65 items du CCH.
Des traductions des items du CCH sont disponibles
en allemand, anglais, coréen, espagnol, français et italien

N°	Item
1	Absence de narratif ; l'enfant reste inhibé face au matériel, à la situation ; refus
2	Dans le jeu ou la manipulation, l'enfant évite les figures parentales ; joue avec les personnages enfants à la place de jouer avec les personnages adultes
3	Dans ses réponses, l'enfant évoque les deux figures parentales
4	(Départ) Face à la séparation, l'enfant reste inactif (par ex., l'enfant pleure ou reste dans son lit, il dort quand les parents partent)
5	(Départ) L'enfant évoque un sentiment lié à la séparation (perte, anxiété, tristesse, désir du retour)
6	(Départ) L'enfant fait face à l'absence des parents et ne tente pas d'empêcher la séparation (par ex., joue avec la grand-mère, demande quand les parents reviennent, etc.)
7	(Départ) Les personnages restent ensemble dans l'attente du retour
8	(Départ) Sentiments liés à la séparation entièrement évoqués dans le narratif-jeu scénique
9	Distance symbolique claire entre l'enfant et le personnage du jeu (par ex., ne dit pas « je » au lieu de « il » ou « elle » lorsqu'il parle des personnages)
10	Face aux sentiments négatifs évoqués dans l'histoire, l'enfant fait intervenir les figures parentales (sentiment de peur, de douleur, etc.) quel que soit leur rôle : protecteur ou non
11	L'enfant attribue à la grand-mère des sentiments positifs (réparateurs/protecteurs)
12	Les personnages réagissent de façon appropriée aux émotions des autres personnages, ne les ignorent pas
13	L'enfant attribue à un personnage-enfant le rôle de « réparateur » (réponses de réconfort, aide, etc.) plutôt qu'aux personnages parentaux (au moins une fois)
14	L'enfant attribue aux figures parentales des comportements de surprotection ou d'intrusion
15	L'enfant attribue aux parents des comportements de contrôle et/ou de pression parentale (par ex., évoque plusieurs fois des réponses de discipline, d'autorité, etc., de la part des parents)
16	L'enfant attribue aux parents le rôle d'autorité
17	L'enfant attribue des rôles et des sentiments différents au père et à la mère
18	L'enfant cherche la proximité de sa mère
19	L'enfant commence souvent des phrases sans les terminer
20	L'enfant complète les histoires seulement après avoir été encouragé par l'expérimentateur (il peut mettre en scène mais a besoin de stimulation)
21	L'enfant comprend rapidement la tâche proposée
22	L'enfant décrit ou commente l'état émotionnel des personnages ou le rend explicite par la manipulation
23	L'enfant décrit verbalement ses actions, les commente, les justifie
24	L'enfant différencie adéquatement les générations (rôles des parents et des enfants)
25	Les figures parentales sont présentées d'après des facettes différentes et changeantes
26	L'enfant propose des résolutions originales plutôt que des suites conventionnelles et attendues

- 27 L'enfant donne une image des figures parentales comme étant disponibles (accessibles, sensibles, prévisibles, adéquates)
- 28 L'enfant entre aisément en relation avec l'expérimentateur
- 29 L'enfant établit des liens entre les personnages (liens de proximité, etc.) ou interaction entre les personnages
- 30 L'enfant évite de compléter les histoires proposées (par ex., il change de sujet de discussion, il demande l'histoire suivante, il répond « Je ne sais pas », que « rien » va se passer, etc.)
- 31 L'enfant évoque des affects (colère, excitation, peur, etc.) qui sont médiatisés par le jeu (ne jette pas par exemple le matériel par terre ou ne tape pas les figurines contre la table)
- 32 L'enfant évoque des comportements d'agression et/ou de destruction (par ex., punitions sévères)
- 33 L'enfant évoque des sentiments de peur, de crainte ou d'anxiété à l'égard des figures parentales (ou d'une figure parentale; par ex. : l'enfant part se cacher lorsque le père le réprime, etc.)
- 34 L'enfant maintient l'intérêt pour la tâche proposée tout au long de la session
- 35 L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif)
- 36 L'enfant montre des comportements d'anxiété : gestes, actions indiquant une appréhension ou une crainte (par ex., comportements autocalmants comme se balancer, se sucer le pouce) ; actions compulsives
- 37 L'enfant montre des expressions de timidité lorsqu'il parle ; retenu dans ses gestes lorsqu'il manipule le matériel
- 38 L'enfant prête clairement des émotions aux personnages (par ex., projection d'émotions trahie par l'expression faciale, le ton de la voix, etc.) ; éventuellement les personnages réagissent aux émotions des autres personnages
- 39 L'enfant provoque des événements négatifs (par ex., frappe les personnages) au lieu de résoudre l'histoire
- 40 L'enfant réagit au thème négatif contenu dans l'histoire par une expression positive inadéquate (rire, sadisme, persécution, etc.)
- 41 L'enfant reconnaît le thème négatif de l'histoire (par ex., rocher) qu'il propose ou non une résolution
- 42 L'enfant répond avec plaisir (plaisir explicite, gai, affable, etc.)
- 43 L'enfant répond principalement par « oui » et « non » aux questions de l'expérimentateur, ne s'engage pas dans une narration
- 44 L'enfant restitue une image globalement positive des parents (par ex., il leur attribue des comportements d'affection, de chaleur, de soins, d'attention)
- 45 L'enfant s'implique dans la tâche par le jeu scénique avec le matériel uniquement
- 46 L'enfant s'investit beaucoup dans la situation (par ex., il adapte les mouvements des personnages à l'histoire, il change le ton de la voix selon les personnages et la narration ; les réponses sont médiatisées par le jeu mais vivantes)
- 47 L'expression émotionnelle et/ou la mimique du visage sont en désaccord avec le contenu de l'histoire
- 48 La tonalité globale des émotions est positive (dominance de plaisir, joie, etc.)
- 49 Le langage de l'enfant est peu compréhensible (par ex., il vocalise sans articuler, onomatopées, etc.)
- 50 Le narratif est verbal plutôt que scénique
- 51 Les actions restent symbolisées. L'enfant fait jouer les personnages plutôt que de se comporter comme s'il était lui-même un des personnages

- 52 Les attitudes parentales coercitives (punitions, discipline, colère, etc.) sont exprimées de façon ni violente ni extrême
- 53 Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence
- 54 Les rôles parent-enfant sont inversés (par ex., l'enfant prend soin des parents ; il s'attribue un rôle parental ; les parents sont infantilisés, recherchent le réconfort, etc.)
- 55 Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant décrit les personnages comme étant inactifs (par ex., il dit que le personnage-enfant va se coucher, etc.)
- 56 Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant évoque un comportement de soutien de la part des figures parentales
- 57 Lorsque des conflits sont évoqués (par ex., un conflit entre parents et enfants), la résolution est bloquée, perturbée (excitation, etc.)
- 58 Lorsque l'enfant évoque des comportements de protection/réconfort de la part des parents, il montre des comportements d'excitation, d'expressions exagérément positives, des transformations en thème négatif
- 59 Malgré les encouragements de l'expérimentateur pour continuer, l'enfant persiste à répondre « Je ne sais pas », à résister, à éviter (par ex., détourner son attention sur les objets)
- 60 L'enfant élabore un narratif (verbal et/ou scénique) plutôt que de rester muet ou de manipuler le matériel sans symbolisation
- 61 Parents décrits comme normalement protecteurs/réparateurs/autoritaires
- 62 (Réunion) Le comportement de l'enfant ne devient pas désorganisé ou incohérent (par ex., ne frappe pas les parents)
- 63 (Réunion) L'enfant évite la scène, pense à autre chose, digresse
- 64 (Réunion) L'enfant exprime la joie (ou autre affect positif) des personnages-enfants
- 65 (Réunion) L'enfant fait repartir les parents (ou un des parents) ; les parents rejettent l'enfant ; rejoue le départ des parents
-

Annexe 7 :

Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le transfert au temps « T1 » (adolescents, passation différente pour chaque professionnel)

1. Est-ce que tu pourrais me dire en quelques mots les raisons qui expliquent que le juge des enfants a décidé que tu sois en famille d'accueil ?
2. Comment tu te sens dans ta famille d'accueil ?
3. Qu'est-ce que tu aimes le mieux ?
4. Qu'est-ce que tu aimes le moins ?
5. (*Professionnel*) depuis combien de temps tu la connais ?
6. Est-ce que tu pourrais dire en quoi consiste le métier (*réfèrent*) ou (*famille d'accueil*) en quelques mots ?
7. Est-ce que tu pourrais me dire en essayant de remonter le plus loin possible le premier souvenir que tu as avec (*professionnel*) ?
8. Est-ce que tu te souviens de la première fois que tu as vu (*professionnel*) ?
9. Qu'est-ce que tu as ressenti ?
10. Quels sont les principaux moments avec lesquels tu es avec (*professionnel*) ?
11. Quel est le moment où tu préfères le plus être avec (*professionnel*) ?
12. Quel est le moment où tu préfères le moins être avec (*professionnel*) ?
13. Est-ce que tu as fait un rêve particulier dernièrement ?
14. Est-ce que tu aurais un souvenir agréable que tu aurais partagé avec (*professionnel*) ?
15. As-tu déjà ressenti de la colère en pensant à (*professionnel*) ?
16. D'une manière générale, quand tu as des difficultés comment tu fais ?
17. Est-ce que tu en parles à quelqu'un ?
18. Quand cela ne va pas, que tu te sens préoccupé, comment réagis (*professionnel*) ?
19. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de t'inquiéter que (*professionnel*) ne puisse pas t'aider quand tu as des difficultés (ou des problèmes) ?
20. Est-ce que tu sais si tu es le seul enfant dont (*professionnel*) s'occupe ?
21. Pour toi, si (*professionnel*) serait quelqu'un de ta famille, qui serait-il (mère, père, frère, sœur, tante, etc.) ?
22. Quelle relation il y va-t-il entre (*professionnel*) et tes parents ?
23. Si tu étais doté de super pouvoir et que tu avais une baguette magique, est-ce que tu aurais trois vœux ?

Annexe 8 :

Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le transfert au temps « T2 » (adolescents, passation différente pour chaque professionnel)

1. Comment, aujourd'hui, tu te sens dans ta famille d'accueil ?
2. Comment tu imaginais que cela serait avant d'arriver en famille d'accueil ?
3. Quelles sont les principales différences entre comment cela se passe quand tu es dans ta famille de naissance et quand tu es en famille d'accueil ?
4. Qu'est-ce que tu aimes le mieux en famille d'accueil ?
5. Qu'est-ce que tu aimes le moins ?
6. Quelle est la personne de ton entourage qui compte le plus pour toi aujourd'hui ?
7. Est-ce que tu pourrais dire en quoi consiste le métier (*professionnel*) en quelques mots ?
8. Est-ce que tu te souviens de la première fois que tu as vu (*professionnel*) ?
9. Qu'est-ce que tu as ressenti à ce moment-là ?
10. Est-ce que tu pourrais me dire les principaux moments avec lesquels tu es avec (*professionnel*) ?
11. Quel est le moment où tu préfères le plus être avec (*professionnel*) ?
12. Quel est le moment où tu préfères le moins être avec (*professionnel*) ?
13. Quel est le souvenir, agréable ou désagréable, le plus marquant que tu es vécu depuis que tu habites en famille d'accueil avec (*professionnel*) ?
14. Est-ce que tu te souviens d'un rêve marquant que tu aurais fait dernièrement ?
15. As-tu déjà ressenti de la colère en pensant à ton (*professionnel*) ?
16. D'une manière générale, quand tu as des difficultés comment tu fais aujourd'hui ?
17. Quand cela ne va pas, que tu te sens préoccupé, comment réagis ton (*professionnel*) ?
18. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de t'inquiéter que ton (*professionnel*) ne puisse pas t'aider quand tu as des difficultés (ou des problèmes) ?
19. Pour toi, si (*professionnel*) serait quelqu'un de ta famille, qui serait-il (mère, père, frère, sœur, tante, etc.) ?
20. Quelle relation il y va-t-il entre (*professionnel*) et tes parents ?

21. Qu'est-ce que tu penses que ton (*professionnel*) puisse t'apporter ?
22. Est-ce que tu sens que tu peux compter sur ton (*professionnel*) ?
23. Est-ce que tu sens que ton (*professionnel*) te comprend ?
24. Est-ce que par moment, tu n'as pas confiance dans le point de vue de ton (*professionnel*) (exemples) ?
25. Quand tu as des difficultés, est-ce que tu crois que vous avez des idées semblables avec ton (*professionnel*), sur la nature de tes difficultés (exemples) ?
26. Est-ce que tu respectes l'avis de ton (*professionnel*) à ton sujet ?
27. Est-ce que tu aimes bien ton (*professionnel*) en tant que personne ?
28. Est-ce que tu penses que tu as une bonne relation avec ton (*professionnel*) ?
29. Est-ce qu'il te semble que (*professionnel*) est expérimenté dans son travail pour aider les enfants ?
30. Est-ce que cela t'arrive des fois de n'être pas d'accord avec ton (*professionnel*) ?
31. Est-ce que tu crois que l'assistante familiale t'aime bien en tant que personne ?
32. Est-ce que cela t'arrive de parler de tes parents à ton (*professionnel*) (exemple) ?
33. Qu'est-ce que tu ressens quand tu parles de tes parents à ton (*professionnel*) ?
34. Est-ce que certaines fois, tu trouves que ton (*professionnel*) paraît distant (exemple) ?
35. Est-ce que cela t'arrive de ne pas avoir envie de parler de ta famille mais qu'on t'y pousse quand même ?
36. Est-ce que cela t'arrive de ressentir les sentiments des autres ?
37. Est-ce que cela t'arrive de faire le clown des fois ?
38. Est-ce que cela t'arrive de penser que ta situation doit être changée mais que tu pourrais te sentir impuissant à ce sujet ?
39. De quelle manière pourrais-tu décrire ta vie aujourd'hui ?
40. Est-ce que cela t'es déjà arrivé de te sentir coupable de tes actes ?
41. Est-ce que cela t'es déjà arrivé de raconter aux autres ton histoire ?
42. Qu'est-ce que tu penses que tu puisses apporter aux autres aujourd'hui ?
43. Si tu avais une baguette magique, quel serait tes trois vœux dans cinq ans ?

Annexe 9 :

Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le contre-transfert au temps « T1 » (professionnels : passation adaptée pour chaque métier)

« Je vais vous poser quelques questions générales sur votre ressenti par rapport à votre profession vis à vis de certaines situations avec les enfants. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses ».

A. Questions sur la pratique professionnelle (en fonction des assistants familiaux ou des référents)

1. Pouvez-vous rappeler pour quelles raisons vous avez décidé de participer à cette recherche ?
2. Est-ce que vous pourriez me décrire en quelques mots votre parcours professionnel ?
3. Qu'est-ce qui a motivé le choix de cette profession ?
4. Est-ce que vous pourriez me décrire en quelques mots en quoi consiste votre profession ?
5. Comment ressentez-vous l'avenir de votre profession ?
6. Qu'aimeriez-vous plus faire dans le cadre de votre profession ?
7. Qu'aimeriez-vous moins faire dans le cadre de votre profession ?
8. Comment définiriez-vous votre vie professionnelle ? Idem pour vie personnelle ?
9. Selon vous, existerait-il un lien entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle ?
10. Selon vous, en quoi ce lien pourrait-il constituer une richesse ?
11. Selon vous, en quoi ce lien pourrait-il constituer un handicap ?
12. En essayant de remonter aussi loin que possible, vous souvenez-vous de la première fois que vous avez aidé, pris soin de quelqu'un ?
13. Avez-vous déjà ressenti une inquiétude de ne pas être en possibilité d'aider un enfant que vous avez accueilli ?
14. Quel est l'accueil le plus difficile que vous ayez vécu ? Pourquoi ?
15. Est-ce que vous estimez être suffisamment soutenu dans votre profession ? Est-ce que vous auriez un exemple ?
16. Est-ce que vous estimez que votre point de vue est suffisamment pris en compte dans les décisions prises pour l'enfant ?
17. Est-ce que vous estimez être suffisamment reconnu dans votre profession ? Est-ce que vous auriez un exemple ?
18. Est-ce que vous pensez que votre point de vue n'est pas considéré de la même manière que les autres professionnels ?
19. Selon vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
20. Avez-vous une personne identifiée en cas de difficulté dans le cadre de votre profession ?
21. Quel est le professionnel qui vous semble le plus important pour un enfant placé en famille d'accueil ? Pourquoi ?
22. Quels seraient les principaux regrets que vous avez depuis que vous travaillez comme (*professionnel*) ?
23. Si vous en aviez la possibilité, qu'auriez-vous changé ?

24. Quelles seraient les différences selon-vous, entre la manière dont vous exerciez votre profession au début et aujourd'hui ?
25. Comment imaginez-vous que votre famille considère votre profession ?
26. Est-ce que vous auriez trois mots qui traduiraient la manière que votre famille a de se représenter votre profession ?
27. Selon vous, que pensez vos enfants de votre profession ?

B. Questions sur la relation avec le service

1. Selon vous, comment définiriez-vous la relation entre la cellule accueil familial et le service ASE ?
2. Comment définiriez-vous votre relation avec la cellule accueil familial ?
3. Comment définiriez-vous votre relation avec le service ASE ?
4. Quel serait selon vous, le rôle de l'assistant familial avec l'enfant ? Avec le parent ? Avec le référent ? Avec le service ?
5. Quel serait selon vous le rôle du référent avec l'enfant ? Avec le parent ? Avec l'assistant familial ? Avec le service ?
6. Quel serait selon vous le rôle du service avec l'enfant ? Avec le parent ? Avec l'assistant familial ? Avec le référent ?
7. Que pensez-vous de votre présence au sein des commissions techniques ?
8. Est-ce que vous auriez trois mots qui caractériseraient la relation que vous avez avec le référent ?
9. Qu'est ce qui, selon vous, pourrait améliorer la relation que vous avez avec les autres professionnels ?
10. Quel lien pourriez-vous faire entre la connaissance de l'histoire familiale de l'enfant avec les professionnels qui l'entourent ?
11. Quelle différence existe-t-il selon vous entre une famille d'accueil et une institution ?
12. Selon vous, quelle place est donnée au point de vue des parents des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance ?
13. Selon vous, quelle place est donnée à l'intérêt des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance ?
14. Selon vous, existerait-il une différence dans la place donnée aux parents en fonction que l'enfant soit en établissement ou en famille d'accueil ?

C. Auto-questionnaire sur la pratique professionnelle et le rapport à l'institution : Veuillez classer ce qui vous semble du plus important au moins important parmi les propositions suivantes (de 1 à 6) :

- Une présence plus importante du travailleur social référent de l'enfant ?
- Une présence plus importante de la cellule accueil familial ?
- Un temps individuel d'analyse de la pratique plus important ?
- Un temps collectif d'analyse de la pratique plus important ?
- Un temps de formation continue plus important ?
- Des temps institutionnels plus régulier avec l'équipe ASE (référent, cadre, psychologue) en termes d'échange et de prises de décision sur le projet de l'enfant ?
- Autres :
-
-

D. Questions sur la relation avec l'enfant

1. Est-ce que vous pourriez me décrire dans quelles circonstances vous avez été amené à accueillir l'enfant ?
2. Est-ce que vous vous souvenez de la première fois que vous avez vu l'enfant ?
3. Est-ce que vous pourriez me présenter les principaux moments avec lesquels vous êtes avec l'enfant ?
4. Quel est le moment où vous préférez être avec l'enfant ?
5. Quel est le moment qui vous semble être le plus difficile pour l'enfant ?
6. Quel est le moment où vous préférez le moins être avec l'enfant ?
7. Quelle situation (de par votre présence) vous semble être la plus importante pour l'enfant ?
8. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que certaines situations d'enfants accueillis vous fassent penser à des moments personnels, issus de votre propre histoire ? Avez-vous un exemple ?
9. Et inversement est-ce qu'il vous est déjà arrivé que des expériences personnelles vous fassent penser à votre travail ? Avez-vous un exemple ?
10. Comment avez-vous l'habitude de réagir dans ces moments ?
11. Est-ce que vous auriez trois mots qui caractériseraient la relation que vous entretenez avec les enfants de cette étude ?
12. Quels seraient, selon vous les attentes de l'enfant à votre égard ?

13. Selon vous, qu'est ce qui ferait que l'enfant serait déçu par vous ?
14. Avez-vous déjà vu l'enfant que vous accueillez dans une situation de détresse ?
15. Est-ce que vous êtes confiant vis à vis de l'évolution de la situation de l'enfant ?
16. Avez-vous déjà ressenti de la colère par rapport au parent de l'enfant de la recherche ? Aux parents de manière générale ?
17. Que pensez-vous pouvoir apporter à l'enfant ?
18. Est-ce que vous pensez que vous pouvez incarner une figure affective particulière pour l'enfant ? Une figure familiale particulière ?
19. Est-ce que vous pensez que cette figure puisse être différente de celle que peuvent représenter les autres professionnels qui entourent l'enfant ?
20. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de rêver de certaines situations ?
21. Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvé dans un lien impossible avec l'enfant que vous accueillez ?
22. Selon vous, quels effets ont eu ce travail sur votre personnalité actuelle ?
23. Est-ce que vous imaginez une autre question qui pourrait convenir à la situation que celles que je vous ai posées jusqu'à présent ?

Annexe 10 :

Thématiques des entretiens cliniques de recherche semi-structurés sur le contre-transfert au temps « T2 » (professionnels : passation adaptée pour chaque métier)

1. Est-ce que vous pourriez me décrire, en quelques mots, ce qui a changé dans la relation que vous avez avec l'enfant depuis son arrivé en famille d'accueil jusqu'à aujourd'hui (école, famille de naissance, fratrie, avec le professionnel en question, le (ou la) compagnon si c'est l'assistante familiale qui est en entretien ou les membres de sa famille, etc.) ?
2. Est-ce que vous pourriez me présenter les principaux moments avec lesquels vous êtes avec l'enfant aujourd'hui ?
3. Aujourd'hui, quel est le moment qui vous semble être le plus difficile pour l'enfant ?
4. Quelle situation (de par votre présence) vous semble actuellement être la plus importante pour l'enfant ?
5. Quels seraient les trois mots aujourd'hui qui caractériserait la relation que vous entretenez avec l'enfant de cette étude ?
6. Quelles seraient, les attentes que l'enfant aurait à votre égard aujourd'hui ?
7. Selon vous, qu'est ce qui ferait que l'enfant serait déçu par vous aujourd'hui ?
8. Avez-vous déjà vu l'enfant que vous accueillez dans des situations de détresse depuis la dernière fois où nous nous sommes rencontrés ?
9. Qu'est-ce que vous pensez des parents de l'enfant ?
10. Qu'est-ce que vous pouvez ressentir aujourd'hui à leur égard ?
11. De quelle manière pourrait évoluer la situation des parents de l'enfant aujourd'hui ?
12. De quelle manière pourrait évoluer la situation de l'enfant aujourd'hui ?
13. Que pensez-vous pouvoir apporter à l'enfant aujourd'hui ?
14. Depuis notre dernière rencontre, est-ce qu'il vous est arrivé de rêver de certaines situations ?
15. De quelle manière considérez-vous les rencontres fratrie pour l'enfant ?
16. Que pensez-vous que l'enfant vous apporte ?
17. De quelle manière pourriez-vous décrire la relation qu'a l'enfant avec les autres membres de votre famille ?

18. Aujourd'hui de quelle manière pourriez-vous caractériser les types d'échanges que vous avez avec l'enfant ?
19. Est-ce que cela est déjà arrivé que vous ayez des échanges très constructifs avec l'enfant ?
20. Est-ce que cela est déjà arrivé que vous ayez des échanges peu fructueux avec l'enfant ?
21. Selon vous, qu'apporte votre travail à la société ?
22. Selon vous, est-ce que l'enfant sent qu'il peut compter sur vous ?
23. Selon vous, est-ce que l'enfant sent que vous le comprenez ?
24. Selon vous, est-ce que l'enfant sent que vous souhaitez qu'il réussisse (exemples) ?
25. Est-ce que cela arrive que par moments, l'enfant n'a pas confiance dans votre point de vue ?
26. Selon vous, est-ce que vous pensez que l'enfant attend une aide ?
27. Est-ce que vous croyez que l'enfant a des idées semblables que vous sur la nature de certaines de ses difficultés ?
28. Selon vous, est-ce que l'enfant respecte en général votre avis à son sujet ?
29. Selon vous, est-ce qu'il est déjà arrivé que l'enfant croit que les méthodes que vous utilisez dans le cadre de votre travail, ne conviennent pas bien à ses besoins ?
30. Selon vous, est-ce que l'enfant vous aime bien en tant que personne ?
31. Selon vous, est-ce qu'il y a des situations où vous trouvez des solutions communes, vous et l'enfant, pour l'aider dans ses difficultés ?
32. Selon vous, est-ce que l'enfant pense que la relation que vous établissez avec lui l'influence dans l'avancement de sa situation personnelle et familiale ?
33. Selon vous, qu'est-ce que pense l'enfant du type de relation qui s'est formée entre vous ?
34. Selon vous, est-ce que l'enfant pense que vous êtes expérimenté pour aider les gens ?
35. Selon vous, l'enfant imagine que vous pensez quoi de lui ?
36. Est-ce que cela vous est déjà arrivé, que, dans certaines situations, l'enfant vous ressente comme distant ?
37. Et de votre côté, avez-vous déjà ressenti un sentiment de distance avec l'enfant ?
38. Est-ce que vous avez déjà ressenti un sentiment de perte de contrôle lorsque vous êtes avec les enfants que vous accueillez ?

39. Est-il déjà arrivé que l'enfant aide et s'occupe des autres ?
40. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir peur des enfants que vous avez accueilli ?
41. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que l'enfant vous frappe, vous donne des coups de pieds ou vous morde ?
42. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir le sentiment qu'il n'y aurait rien que vous puissiez faire pour discipliner l'enfant que vous accueillez ?
43. Est-ce que l'enfant sait mettre les autres à l'aise ?
44. Lorsque vous êtes avec l'enfant, l'avez-vous déjà ressenti comme ayant des difficultés à garder le contrôle de lui-même ?
45. Est-ce que vous avez déjà ressenti l'enfant comme faisant la comédie, le clown ou le comédien de la famille ?
46. Avez-vous déjà évoqué votre situation professionnelle, ou personnelle, ou familiale, pour aider l'enfant à mieux comprendre ses difficultés ?
47. De quelle manière pourrait se comporter l'enfant face aux sentiments et aux besoins des autres ?
48. Qu'est-ce que vous pourriez ressentir lorsque l'enfant est en situation d'échec ?
49. Comment pouvez punir l'enfant que vous accueillez par rapport à vos autres enfants ?
50. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que l'enfant soit tellement bouleversé, qu'il soit difficile à apaiser ?
51. De quelle manière se comporte l'enfant lorsqu'il est séparé de vous ?
52. Est-ce qu'il vous ait déjà arrivé, que, dans certaines situations, l'enfant agisse comme s'il avait peur de vous ?
53. Qu'est-ce que vous pouvez faire avec l'enfant qui pourrait le rendre heureux ?
54. Que ressentez-vous dans ces moments ?
55. Avez-vous déjà ressenti des moments d'impuissance avec l'enfant ?
56. Est-ce qu'il est déjà arrivé, que l'enfant vous traite de façon grossière ou sarcastique ? (Ou les enfants de manière générale) ?
57. De quelle façon pouvez-vous parler aux autres de l'enfant ?
58. Est-ce que vous imaginez une autre question qui aurait pu convenir à la situation ?

Annexe 11 :

Article 1

Annales Médico-Psychologiques 176 (2018) 183–188



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

La dynamique relationnelle entre l'éducateur et l'enfant en contexte de placement familial



Relational dynamics between educator and child in foster care context

François-Xavier Mayaux, Christelle Viodé, Daniel Derivois*

Pôle AAFE, esplanade Érasme, université Bourgogne Franche-Comté, Psy-DREPI, BP 26513, 21065 Dijon cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 9 février 2016
Accepté le 22 octobre 2016
Disponible sur Internet le 22 novembre 2016

Mots clés :
Attachement
Placement de l'enfant
Relation enfant adulte
Sujet
Transfert
Travailleur social

Keywords:
Adult child relationship
Attachment
Child's placement
Social worker
Subject
Transfer

RÉSUMÉ

Cet article porte sur l'analyse de la relation entre l'éducateur spécialisé et l'enfant dont il est référent, dans un contexte de placement familial. À partir de la théorie de l'attachement croisée avec une approche psychodynamique, nous nous sommes demandés dans quelle mesure l'éducateur spécialisé exerçant dans le service de placement familial à l'Aide Sociale à l'Enfance entretiendrait une relation d'attachement spécifique avec l'enfant et en quoi cette relation d'attachement alternative serait susceptible de favoriser chez le professionnel l'expression d'éléments d'insécurité d'attachement, du fait de son exposition répétée à des situations où l'attachement est majoritairement de type *insécure*. À partir de données quantitatives et qualitatives obtenues auprès d'enfants placés en famille d'accueil ($n = 4$) (Cartes pour le Complètement d'Histoire, le RQ et le Ca-mir) et leurs éducateurs référents ($n = 4$) (l'Edicode et l'Auto-questionnaire de perception des relations), il ressort que la relation d'attachement spécifique favorise chez l'enfant l'expression d'éléments de sécurité d'attachement de son système supposé désorganisé sur fond de mouvements de transfert et de contre-transfert importants.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To our knowledge, there is not a lot of research to understand relationship between educator and child in foster care context analyzed by the attachment theory and a psychodynamic approach. For that, we will think about dynamics of this relationship in this specific institution with this approach complementary. We will ask ourselves to what extent educator has a specific attachment relationship with child placed in foster home. Reciprocally for professional we will ask how this alternative attachment relationship promoted an insecure attachment expression, and what is link with his *caregiving* compulsive system. To better thinking about complexity of this relational dynamic between two protagonists of this meeting, we will suppose existence of counter-transference phenomena for professional. For child, we will suppose existence of transference phenomena.

Patients or materials and methods. – For this study we have eight subjects divided into two main conditions (educators and children placed in foster care). The tools used to measure professional's attachment are Edicode which is an interview inspired by Adult Attachment Interview and the relationship questionnaire (or RQ). We will evaluate counter-transference by a clinical interview experimental research semi-structured of thirty items. To measure children's attachment we used these instruments: the CCH, the RQ and the Ca-mir. Transference will be experimentally evaluated through a clinical interview semi-structured search and by drawing test.

Results. – For children, results show an attachment insecurity and transference phenomena expression. In addition, results demonstrate existence of an attachment relationship between children placed with their educators, these last thus constituting for them a figure of alternative attachment. For professionals, we find different results depending on the instruments used. In more Edicode shows attachment insecurity and counter-transference phenomena.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : daniel.derivois@u-bourgogne.fr (D. Derivois).

Conclusions. – In our view, lack of attachment disorganization among children could be explained on the one hand, because of the small size of our sample and secondly because lack of sensitivity on our instruments on this type of attachment. For that, we believe necessary to strengthen methodology by other measuring instruments such as the use of Edicode for children from 10–12 years. Moreover, we think that kind of attachment is important to understand secure base among children placed. About educator we feel it would be an alternative attachment figure and we question about his secure base, namely to what extent this security base would be dependent on construction of that child. Finally we believe that study concern of educator's attachment must be articulated with a psychodynamic approach by introducing two concepts that we consider key in his understanding: the process of parentification and the notion of repair (in Klein's view).
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Ce travail exploratoire propose d'analyser, sous le regard de la théorie de l'attachement croisée avec une approche psychodynamique, certains enjeux de la dynamique relationnelle existant entre l'éducateur spécialisé et l'enfant dont il est référent, dans un contexte de placement familial.

Deux courants théoriques de l'attachement se dégagent de la littérature scientifique depuis les premières théorisations faites par Bowlby : le courant développemental et le courant psychosocial. Ces courants se différencient, notamment à travers la considération qu'ils attribuent aux Modèles Internes Opérants (MIO) que l'on peut caractériser brièvement ici par des constructions cognitivo-émotionnelles plus ou moins accessibles à la conscience et qui s'activeraient dès que des événements liés à l'attachement surviennent.

Dans le courant développemental, les MIO construits pendant la première année restent influents tout au long de la vie et l'on parle de représentations d'attachement et de développement de stratégies d'attachement. Ces modèles sont appréciés à travers leur stabilité entre l'enfance et l'âge adulte, constituant ainsi une forme de continuité de l'attachement. Ici, les figures d'attachement sont organisées hiérarchiquement et se multiplient dans l'environnement affectif de l'enfant comme périphérique à la figure d'attachement principal. Le courant psychosocial quant à lui remet en cause l'équivalence faite par l'approche développementale entre l'attachement chez l'adulte et l'attachement filial et parental. Il se concentre sur l'émergence d'autres représentations d'attachement avec l'existence d'attachement spécifique comme l'attachement romantique [15]. Ici, le modèle des MIO se caractériserait par une révision permanente des représentations existantes. Cette vision de l'attachement a permis d'avancer sur la compréhension de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte en faisant émerger les concepts de style d'attachement, appréciés au sein de MIO multiples avec un MIO de soi et un MIO des autres. Contrairement à la vision développementale, pour les défenseurs de MIO multiples, la hiérarchisation des figures d'attachement n'est pas conforme au phénomène des compensations mutuelles des figures d'attachements face à la survenue d'une expérience de vie potentiellement traumatique. Elle serait plutôt une source de réorganisation potentielle [12].

Selon nous, ces approches sont non antagonistes et participent à l'enrichissement de la théorie de l'attachement. Resterait à apprécier dans quelle mesure ce contexte institutionnel spécifique de placement familial à l'Aide Sociale à l'Enfance viendrait influencer, voire réorganiser les modalités d'expression de l'attachement de l'enfant et des professionnels.

2. Théorie de l'attachement et psychanalyse

Nous estimons que la théorie de l'attachement peut s'enrichir par l'apport d'autres modèles théoriques, notamment ceux de la

psychologie clinique d'orientation psychanalytique, non pas dans le déni de leurs différences, mais dans la valorisation de leurs possibles points de ressemblances.

Cette approche complémentariste nous semble essentielle car la théorie de l'attachement a été depuis sa création au centre de débats épistémologiques polémiques au sein des courants psychanalytiques et elle a fait l'objet de véritables affrontements entre théoriciens de l'attachement et psychanalystes. Ne souhaitant évidemment pas développer ici de manière plus approfondie l'évolution de l'histoire de la théorie de l'attachement au regard des évolutions théoriques de la psychanalyse, rappelons brièvement que de nombreux auteurs, tels Lebovici [20], Benony [2], Fonagy [7], Missonnier [9] ou encore Golse [9–11], les considèrent sur certains points comme étant parfaitement complémentaires.

3. Problématique du placement familial et théorie de l'attachement

Myriam David, que l'on peut considérer comme l'une des principales pionnières dans le domaine de la protection de l'enfance, définit le placement familial comme une problématique spécifique. Il se caractériserait par « l'ensemble des forces psychodynamiques conflictuelles et interactives qui se développent entre l'enfant, les deux familles et l'équipe au cours du placement » [6]. Partant de ce postulat, quelle serait l'importance du lien que l'enfant placé en famille d'accueil entretiendrait avec certains professionnels intervenants ? Et de quelle manière ces professionnels se positionneraient-ils avec ces enfants ?

Avant d'aller plus loin, regardons l'apport de la théorie de l'attachement dans la compréhension des problématiques de placement familial.

Actuellement, il semble difficile d'évoquer l'enfant en situation de placement familial sans parler de la théorie de l'attachement. Ces enfants, de par leur situation de placement, sont considérés comme ayant un passé et une « histoire traumatique de l'attachement » et leurs systèmes d'attachement posséderaient certaines particularités [13,14]. Tout d'abord, le contexte de placement familial solliciterait fortement et en quasi-permanence leurs systèmes d'attachement. Ensuite, leurs MIO seraient multiples. Cela rendrait difficile l'établissement de nouveaux liens avec les professionnels intervenant dans un état constant de vigilance attentionnelle. Les enfants seraient ainsi méfiants à l'idée de toute nouvelle rencontre, avec le risque d'arriver à une situation paradoxale dans laquelle la bonne qualité de l'accueil du professionnel pourrait être perçue comme une menace potentielle par l'enfant. Selon nous, ce contexte de placement familial met ainsi en lumière les enjeux existants autour de la qualité des liens institutionnels que l'enfant construit avec les professionnels qui l'entourent, comme son éducateur référent. Et c'est dans ce cadre que nous allons maintenant proposer une réflexion autour de l'analyse de la dynamique du lien entre l'enfant placé en famille d'accueil et son éducateur référent, sous le regard de la théorie de

l'attachement croisé avec une approche psychodynamique, le tout afin de mieux répondre à la complexité extraordinaire que représente l'étude de cette relation particulière au sein de ce contexte institutionnel spécifique.

3.1. Problématique

Du côté de l'enfant placé en famille d'accueil et du point de vue de l'attachement, nous limiterons ici notre analyse à travers la formulation de deux questionnements. Dans un premier temps nous nous demanderons dans quelle mesure il y aurait une sur-représentation de l'attachement de type désorganisé par rapport à la population générale comme le suggèrent les résultats de plusieurs études [13,14,22,26]. Puis nous questionnerons la base de sécurité de l'enfant placé en nous demandant quel rôle pourrait jouer l'éducateur à travers l'expression de cette base de sécurité. Par la suite, nous croiserons ces deux questions posées autour de l'attachement avec une approche psychodynamique. Celle-ci nous permettra d'avoir un regard différent sur ce lien, avec la possibilité d'introduire d'autres concepts, et d'ajouter l'hypothèse d'un phénomène de type transférentiel de l'enfant vers son éducateur.

Du côté de l'éducateur référent et du point de vue de l'attachement, nous restreignons ici notre analyse à travers la formulation de deux interrogations. D'une part, nous nous demanderons dans quelle mesure il pourrait représenter une figure d'attachement alternative pour l'enfant, d'autre part, nous questionnerons le lien possible existant entre son *caregiving* et son *caregiving* compulsif. Autrement dit, dans quelle mesure sa manière de prendre soin des autres se retrouverait à travers son métier d'éducateur référent d'enfant confié en famille d'accueil.

3.2. Caregiving et caregiving compulsif

Bowlby présentait le *caregiving* comme un système motivationnel particulier, qui se caractériserait par le fait de prendre soin ou de fournir des soins à quelqu'un [4]. Ce *caregiving* organiserait les soins parentaux en répondant aux différents besoins d'attachement de l'enfant. George et Solomon [8] ont beaucoup étudié ce système du *caregiving* et le présentent comme « un ensemble organisé de comportements guidés par la représentation actuelle parent-enfant » [14]. Dans ce sens on peut dire que le système du *caregiving* est le système complémentaire (ou réciproque) du système d'attachement de l'enfant. Le *caregiving* compulsif quant à lui s'exprimerait à travers des adultes qui s'occuperaient toujours des autres (dans le cadre d'activités associatives ou professionnelles) mais qui paradoxalement ne s'occuperaient jamais d'eux-mêmes. Ils ne seraient pas dans une demande de recherche de soutien et d'aide de la part des autres, et n'exprimeraient jamais de détresses personnelles. Ces différentes notions sur l'attachement seront appréciées selon un regard psychodynamique, en utilisant des notions comme les processus de parentification ou le rôle de la réparation au sens kleinien du terme. De plus, nous ferons l'hypothèse de l'existence d'un phénomène de type contre-transférentiel chez l'éducateur.

Nous sommes conscients que l'utilisation de ces notions en dehors d'un contexte thérapeutique peut faire discussion. Cependant, nous motivons ce choix pour deux raisons principales. D'une part, nous souhaitons investiguer la dynamique relationnelle qui nous intéresse ici à un niveau intersubjectif en prenant en considération les mouvements inconscients du professionnel (dans ce cadre, l'utilisation de ces concepts paraît répondre à cet objectif), d'autre part, vu qu'il est globalement reconnu qu'un type de transfert peut agir en dehors d'une situation thérapeutique [19], nous pensons nécessaire de conserver l'idée d'une relation

symétrique réciproque entre l'enfant et l'éducateur, ne souhaitant pas parler de transfert du côté de l'enfant et de contre-attitude, par exemple, du côté de l'éducateur.

Cela dit, dans quelle mesure l'éducateur spécialisé exerçant dans le service de placement familial de l'Aide Sociale à l'Enfance entretiendrait une relation d'attachement spécifique avec l'enfant dont il est référent, favorisant chez ce dernier l'expression d'éléments de sécurité d'attachement d'un système supposé désorganisé ? Réciproquement, nous nous demanderons en quoi cette relation d'attachement serait susceptible de favoriser chez le professionnel l'expression d'éléments d'insécurité d'attachement, le tout rentrant directement en compétition avec son *caregiving* considéré ici comme compulsif.

4. Méthode

Ce travail exploratoire s'organise selon un modèle mixte, utilisant à la fois une approche quantitative (par l'utilisation d'instruments de mesure standardisés) et qualitative (par l'utilisation de trois entretiens cliniques de recherche semi-structurés dont deux expérimentaux). La population étudiée est répartie en deux conditions principales avec d'un côté les professionnels référents d'enfants placés en famille d'accueil (condition 1) et de l'autre les enfants placés en famille d'accueil (condition 2). Concernant les professionnels, nous avons décidé d'étudier particulièrement un métier en choisissant les éducateurs spécialisés. Ces professionnels devaient être détenteurs du diplôme d'État d'éducateur spécialisé, titularisés et référents d'enfants en famille d'accueil. Vis-à-vis des enfants, nous les avons sélectionnés indépendamment de leur âge (afin d'exploiter au maximum le caractère prospectif de cette étude) et de leurs modalités de placement (c'est-à-dire sans les discriminer en fonction de leurs motifs, leurs durées ou encore leurs histoires de placement). Ils devaient être placés en famille d'accueil et dépendants d'une mesure judiciaire d'assistance éducative. L'étendue de la problématique théorique générale de cette recherche se justifie par son caractère exploratoire, mais oblige néanmoins la formulation d'hypothèses opérationnelles précises, qui se traduiront différemment en fonction de la population étudiée (professionnels ou enfants). Pour chaque condition, quatre hypothèses opérationnelles principales ont été retenues ici, et seront présentées dans la partie Résultats.

Les outils utilisés diffèrent en fonction de la mesure recherchée (l'attachement ou l'étude du transfert chez l'enfant par exemple), de la population (les enfants ou les professionnels) ou encore l'âge des sujets pour les enfants. Vis-à-vis des professionnels les mesures de l'attachement ont été réalisées avec l'Edicode et l'Auto-questionnaire de perception des relations. L'Edicode est un entretien semi-structuré inspiré de l'*Adult Attachment Interview* de Marie Main [21] et évalue l'attachement narratif des sujets (c'est-à-dire la manière que les professionnels ont de se représenter leurs relations d'attachement parentales via une analyse du discours) [24]. L'auto-questionnaire de perception des relations (ou RQ) dans ses deux versions (catégorielle et dimensionnelle) évalue les styles d'attachement [1]. La mesure du contre-transfert chez les professionnels s'appréciera à travers un entretien clinique de recherche semi-structuré expérimental de 30 items (construits sous la base des modèles des auto-questionnaires sur le contre-transfert et l'alliance thérapeutique du thérapeute [3,27]).

Pour les enfants, les mesures de l'attachement ont été appréciées avec les Cartes pour le Complètement d'Histoire, le RQ et le Ca-mir. Les Cartes de Complètement d'Histoire (CCH) mesurent l'attachement narratif chez l'enfant à partir de trois ans (en dégagant quatre stratégies prototypiques d'attachement et sept échelles) [28]. Le RQ s'utilise de la même manière que pour les professionnels avec un âge minimum de 10–12 ans. Le Ca-mir est un questionnaire sur les modalités de relation dans la famille et

Tableau 1
Résultats pour l'ensemble des sujets des deux conditions (en fonction des outils d'évaluations utilisés).

Condition 1 : éducateurs spécialisés	RQ catégoriel (style d'attachement)	RQ dimensionnel (style d'attachement)	Edicode (attachement narratif)	Entretien sur le contre-transfert
Sujet 1 : « M »	Le test traduirait un style sécurisé	Le test traduirait un style sécurisé	Le test traduirait une représentation d'attachement préoccupé	L'entretien révélerait l'existence de manifestations contre-transférentielles
Sujet 2 : « P »	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait une représentation d'attachement préoccupé	L'entretien révélerait l'existence de manifestations contre-transférentielles
Sujet 3 : « MY »	Le test traduirait un style détaché	Le test traduirait un style détaché	Le test traduirait une représentation d'attachement sécurisé	L'entretien révélerait l'existence de manifestations contre-transférentielles
Sujet 4 : « S »	Le test traduirait un style sécurisé	Le test traduirait un style sécurisé	Le test traduirait une représentation d'attachement préoccupé	L'entretien révélerait l'existence de manifestations contre-transférentielles
Condition 2 : enfants	RQ catégoriel (style d'attachement)	RQ dimensionnel (style d'attachement)	Ca-mir (stratégie d'attachement)	Entretien sur le transfert
Sujet 1 : « B » (16 ans)	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait un style préoccupé	L'entretien révélerait l'existence de manifestations transférentielles
Sujet 2 : « N » (11 ans)	Non réalisé	Non réalisé	Non compréhension de la consigne	Non réalisé
Sujet 4 : « ME » (13 ans)	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait un style préoccupé	Le test traduirait un style détaché	L'entretien révélerait l'existence de manifestations transférentielles
		CCH (stratégie d'attachement)		Dessin sur le transfert
Sujet 3 : « G » (5 ans)	Non réalisé	Non significatif (trouble de l'attachement non discriminé par le test)		Non compréhension de la consigne

mesure les processus et stratégies d'attachement en fonction de quatre patterns d'attachement organisés sous trois temporalités différentes. Il permet de fournir treize échelles sur l'attachement et concerne les enfants à partir de 12 ans [24]. La mesure du transfert chez les enfants s'apprécie à travers un entretien clinique de recherche semi-structuré expérimental de 19 items (construits sous la base des modèles des auto-questionnaires sur le contre-transfert et l'alliance thérapeutique du thérapeute). Il s'utilise pour les enfants âgés au minimum de six ans. En deçà de cet âge, un test expérimental du dessin sur le transfert a été utilisé et conçu sous le même modèle du test de dessin de famille de Corman [5].

5. Résultats

Le tableau ci-dessous présente la synthèse des résultats pour l'ensemble des sujets des deux conditions (éducateurs spécialisés et enfants placés en famille d'accueil) en fonction des outils d'évaluations utilisés. Une analyse de ces résultats est proposée à la suite de ce Tableau 1 récapitulatif.

Pour les professionnels, les résultats obtenus conduisent à la validation des hypothèses une, trois et quatre mais ne valident pas la deuxième hypothèse. En effet, chez trois de nos quatre sujets (tous ayant un attachement narratif de type insécurisé excepté le sujet 3), nous pouvons dire que le système d'attachement de l'éducateur spécialisé exerçant à l'Aide Sociale à l'Enfance référent en famille d'accueil comporte des éléments traduisant une insécurité d'attachement de type préoccupé par l'évaluation de son attachement narratif via la passation à l'entretien sur les représentations d'attachement de l'Edicode. Notre première hypothèse est ainsi validée. Notre deuxième hypothèse n'est quant à elle pas vérifiée, car nous ne pouvons pas exprimer le fait que le système d'attachement de l'éducateur comporterait des éléments traduisant une sécurité d'attachement par son évaluation de son style d'attachement via la passation à l'auto-questionnaire des Perceptions des Relations. En effet, seule la moitié des sujets présentent une sécurité d'attachement à cette évaluation (sujets 1 et 4) contre l'autre moitié insécurisée (sujets 2 et 3). Vis-à-vis de notre troisième hypothèse, nous pouvons dire que pour trois de nos quatre sujets (excepté le sujet 2), les résultats issus de l'Edicode sont différents de ceux issus de l'auto-questionnaire des perceptions des relations pour un même sujet, quel que soit le type

d'attachement trouvé (*sécuré* versus *insécuré*). Dans ces conditions, notre troisième hypothèse est validée. Enfin, les résultats positifs chez nos quatre sujets valident notre quatrième hypothèse, à savoir que les items sélectionnés dans l'entretien clinique semi-directif sur le contre-transfert confirment l'existence de manifestation contre-transférentielle chez l'éducateur référent d'enfant placé en famille d'accueil.

Vis-à-vis des enfants, les résultats obtenus valident les hypothèses une et trois mais rejettent les hypothèses deux et quatre. Vis-à-vis de la première hypothèse de cette condition, nous estimons que le système d'attachement de l'enfant placé en famille d'accueil comporte des éléments traduisant une insécurité d'attachement quel que soit l'outil d'évaluation utilisé (Ca-mir, RQ, CCH). En effet, deux de nos quatre sujets obtiennent des résultats révélant une insécurité de leur système d'attachement (sujet 1 et sujet 4) et nous pensons que les deux autres sujets ne peuvent être considérés comme *sécuré*, du fait des observations qui suivent. En effet le sujet 2 n'a pas saisi la consigne car fortement inquiet de ne pas savoir pour quelle famille renvoyait chacune des 72 affirmations du test. Ensuite, l'observation d'une perturbation du comportement d'attachement pour le sujet 3 (non évalué par le test) via une sociabilité indiscriminée [26] rejette les résultats *sécuré* trouvés (il a sauté dans nos bras et il s'est agrippé fortement alors que nous ne l'avions jamais rencontré auparavant). Dans ces conditions et du fait de ces observations, nous estimons que cette hypothèse est vérifiée car nous considérons que les systèmes d'attachement de ces enfants placés sont tous de type *insécuré*. Ensuite, les résultats ne valident pas notre deuxième hypothèse car aucun des sujets interrogés ne possède d'éléments traduisant l'existence d'un système d'attachement de type désorganisé, quel que soit l'outil d'évaluation utilisé (Ca-mir, RQ, CCH). En effet, le sujet 1 a été évalué comme ayant un système d'attachement préoccupé à la fois au RQ et à l'Edicode et le sujet 4 a été évalué comme ayant un système d'attachement préoccupé au RQ et détaché à l'Edicode. De plus, même si nous estimons nos autres sujets comme *insécuré*, nous ne pouvons pas déterminer de système d'attachement particulier. Aussi, nous considérons que notre troisième hypothèse est validée, confirmant l'existence de manifestation transférentielle de l'enfant vers son éducateur. Enfin, au vu des résultats obtenus de la part du sujet 3, nous estimons que le test du dessin sur le transfert ne révèle pas

d'éléments confirmant l'existence de manifestations transférentielles pour ce sujet.

6. Discussion

Selon nous, l'absence de désorganisation d'attachement chez les enfants s'expliquerait, d'une part, en raison de la faible taille de notre échantillon et, d'autre part, du fait du manque de sensibilité de nos outils quant à l'évaluation de ce type d'attachement (excepté le CCH mais qui n'a été utilisé que pour un seul sujet). En cela, il nous semble nécessaire pour nos prochains travaux de renforcer la méthodologie par d'autres instruments de mesure comme l'utilisation de l'Edicode pour les enfants à partir de 13-15 ans. De plus, nous estimons que cette question autour de la surreprésentation d'un système d'attachement de type désorganisé pour cette population serait à prolonger car, rappelons qu'outre leurs histoires traumatiques d'attachement, les situations de maltraitance, de traumatisme non résolu et le comportement effrayé/effrayant du parent peuvent contribuer significativement à l'émergence d'un tel système [7]. Cette désorganisation pourrait constituer un facteur de vulnérabilité supplémentaire qu'il faudrait ajouter à ceux de conditions sociales défavorables et de compétences parentales insuffisantes. Remarquons que chez l'enfant placé, en dehors de ses caractéristiques spécifiques personnelles, ces autres conditions sont le plus souvent réunies.

La mesure de cette désorganisation de l'attachement permettrait aussi de souligner l'importance de la notion de base de sécurité pour l'enfant placé. En effet, cette notion appelle l'activation de deux systèmes différents : un système d'exploration et un système d'attachement. Ces derniers s'équilibrent et peuvent entrer en compétition dans des situations particulières, comme l'exposition à des situations de séparation. Vu les systèmes mobilisés et leurs activations sensibles au contexte de séparation, on comprend que cette notion puisse constituer un intérêt primordial pour l'enfant placé. Elle traduirait selon nous l'importance du rôle de l'éducateur dans l'établissement de celle-ci. Sa continuité de référence permettrait de constituer une figure d'attachement de confiance, répondant ainsi aux critères de définition qu'Howes prête au *caregiver*.

Selon Howes, trois éléments permettraient à l'adulte d'avoir une fonction de *caregiver* [16]. Il s'agirait d'une personne prenant soin émotionnellement et physiquement de l'enfant, l'investissant émotionnellement, et qui serait présente de manière importante et régulière dans sa vie. Ici, on peut dire que par son travail, l'éducateur prend soin émotionnellement de l'enfant (par exemple suite à une visite des parents qui se serait mal déroulée). Il a aussi une présence régulière et importante au côté de l'enfant tout au long de son histoire de placement : il est « son référent ».

Partant de ce postulat, qu'en serait-il de la base de sécurité du professionnel ? On sait qu'au fur et à mesure de l'entrée dans l'âge adulte, le système d'exploration s'active de plus en plus alors que, parallèlement, le système d'attachement diminue fortement. Ces activités exploratoires se caractériseraient par le fait de voyager ou par la réalisation d'objectifs personnels supérieurs. Du fait de ce contexte institutionnel, on peut se demander dans quelle mesure la base de sécurité de l'éducateur ne se retrouverait pas dans des conditions d'expressions atypiques. En effet, son système d'attachement est en permanence sollicité, car au contact de problématiques d'attachement difficiles. Parallèlement, on peut imaginer que ses activités exploratoires pourraient s'exprimer, notamment par son désir de devenir éducateur spécialisé. Dans ce cadre, en quoi la base de sécurité du professionnel parviendrait-elle à trouver un équilibre, entre un système d'attachement sans cesse sollicité, et une activité exploratoire qui pourrait être liée au choix de ce métier ? Si l'on admet que le lien existant entre l'enfant et l'éducateur favoriserait l'établissement d'une base de sécurité

chez l'enfant, on pourrait se poser la question inverse : dans quelle mesure l'enfant pourrait-il constituer une base de sécurité pour le professionnel ? Autrement dit, en quoi la base de sécurité du professionnel serait liée avec celle de l'enfant ? Est-ce que le *caregiving* compulsif de l'éducateur pourrait s'apprécier à travers le versant exploratoire de sa base de sécurité ? Dans ce cas, quel lien possible avec le système d'attachement préoccupé du professionnel, que nous retrouvons majoritairement ici chez trois de nos quatre sujets ?

Afin de donner quelques pistes de réflexion comme premiers éléments de réponse, précisons d'abord que pour Pierrehumbert, la préoccupation de l'attachement se traduit à l'Edicode par une forme d'hyper-vigilance émotionnelle, avec une maximisation des demandes envers autrui, un sentiment de préoccupation pour les premières relations, un accaparement actuel et un manque de confiance en soi [23]. Concernant l'éducateur on peut se demander dans quelle mesure ce sentiment de préoccupation des premières relations viendrait influencer le choix de cette profession, jusqu'à y être directement confronté au quotidien. Dans ce cas, dans quelle mesure le choix de devenir éducateur à l'ASE viendrait « faire travailler » et mettre à l'épreuve ce manque de confiance en soi ? Autrement dit, en quoi le désir de devenir éducateur référent d'enfant en situation de placement à l'ASE serait en lien avec une histoire d'attachement personnelle à l'origine *insécure* (ici préoccupée) ?

Développons cette analyse en introduisant deux notions qui s'apprécieraient au sein d'une approche psychodynamique : le processus de parentification et la question autour de la réparation (au sens kleinien du terme). Avant de développer ces réflexions, précisons maintenant que ces notions mériteraient évidemment un temps de présentation et un travail de définition conséquent qui dépasseraient largement l'enjeu de leur simple évocation dans le cadre de cette discussion, mais illustrent selon nous la richesse susceptible d'être apportée par une approche complémentariste, particulièrement dans l'étude du phénomène qui nous intéresse ici.

Pour le professionnel, l'enjeu de l'existence d'un phénomène de parentification pendant l'enfance pourrait être en lien avec l'expression de son système d'attachement préoccupé. Mais alors, quel lien serait-il possible de faire avec son *caregiving* compulsif supposé ? Autrement dit, dans quelle mesure le contact volontaire à ses problématiques de séparation ne serait-il pas notamment un prolongement de son rôle pendant l'enfance, lui permettant ainsi de continuer à « fonctionner » de la même manière en s'occupant de parents défaillants. L'existence de ce processus de parentification comme réponse à la gestion d'une relation d'attachement insécurisée via l'expression d'un système d'attachement préoccupé faciliterait-elle la construction d'un *caregiving* précoce, qui deviendrait par la suite compulsif ? Et dans ce cas, ce *caregiving* compulsif ne constituerait-il pas à la fois sa plus grande force (via sa connaissance experte de ces situations) et sa plus grande fragilité (car émanant d'un système insécure) ? Le risque potentiel pour l'éducateur étant de ne plus être en condition de pouvoir constituer une base de sécurité pour l'enfant.

Afin de prolonger cette réflexion, on peut supposer que le processus de parentification du professionnel, comme contexte favorable à la constitution de son *caregiving* précoce, qui deviendrait par la suite compulsif, serait avant tout animé par une dynamique autour de la question de la réparation. Rappelons que Klein [18] distingue deux types de réparation : une réparation normale qui serait de nature créative, liée au processus de sublimation au cours de la position dépressive et liée à l'amour et au respect de l'objet ; et une réparation pathologique qui peut prendre des formes diverses – obsessionnelle ou maniaque.

Qu'en serait-il pour le professionnel ?

On peut supposer que l'éducateur ayant vécu une forme de parentalisation engendrerait un niveau d'activité fantasmatique destructeur essentiellement dirigé à l'égard de sa figure d'attachement, la considérant responsable de cette position d'enfant parental, favorisant possiblement l'émergence d'une réparation de type normal. Celle-ci serait créatrice et à l'origine de ce *caregiving* compulsif par cette extension du rôle occupé pendant l'enfance, sublimée en quelque sorte par le choix de ce type de profession. Cependant, cette réparation créatrice engendrerait en parallèle un niveau de culpabilité considérable à l'égard de la figure d'attachement, ce que Grinberg [17] nomme la « faute dépressive ». Cette faute dépressive serait animée principalement par la nostalgie, le niveau de responsabilité et la préoccupation pour l'objet maternel. Dans ce cas, serait-elle si importante qu'elle obligerait inconsciemment le professionnel à se retrouver dans une situation dans laquelle il serait répétitivement au contact de problématiques de séparation difficile ? Dans quelle mesure cette « réparation normale créatrice sublimée » comporterait en quelque sorte « des allures de réparation pathologique » dans le sens que, pour soulager le sentiment de culpabilité, le professionnel se confronterait de manière répétée à des séparations qui lui donneraient l'occasion de retrouver un niveau de responsabilité en intervenant au sein de ces problématiques de séparation familiale ? Notons que l'exposition répétée à ces situations de séparation ne serait pas sans conséquence de par leur nature potentiellement traumatique et désorganisatrice sur un système qui serait déjà insécurisé, sachant qu'à chaque nouvelle séparation, la solidité ou la fragilité des objets internes est une nouvelle fois mise à l'épreuve [25].

7. Synthèse

Cette étude exploratoire a permis de récolter certaines données qui nous semblent utiles dans la compréhension des liens institutionnels et familiaux de l'enfant confié en famille d'accueil. En ce qui concerne les enfants, les notions de désorganisation et de base de sécurité semblent essentielles à approfondir. L'élargissement de la taille de l'échantillon ainsi qu'un renforcement du dispositif méthodologique pourraient aider à préciser leur importance. Ces notions permettraient d'apprécier différemment la problématique de placement familial et de voir l'importance des liens institutionnels de l'enfant dans l'expression de celle-ci. Dans ce cadre, les manifestations de type transférentiel appréciables ici permettraient d'éclairer l'étendue du lien que l'enfant tisse avec son référent. L'étude de ces manifestations demande donc à être approfondie, en se réalisant par exemple sur un nombre d'enfants plus conséquent avec des âges encore plus variés.

Concernant les éducateurs référents, les notions de base de sécurité, de *caregiving* et de *caregiving* compulsif semblent rendre compte d'une partie de la complexité de ce lien institutionnel. Dans ce cadre, nous considérons que leur rôle est essentiel, car ils représentent des figures d'attachement alternatives pour les enfants. La mesure de ce rôle nous a donné l'occasion de comprendre l'importance des questions que ce type de lien soulève : quelle est la part d'influence de leurs propres histoires personnelles et familiales dans la constitution de ce lien ? Dans quelle mesure l'expression de la base de sécurité du professionnel est dépendante de l'expression de celle de l'enfant ? En quoi le versant exploratoire de sa base de sécurité pourrait correspondre à l'expression de son *caregiving* compulsif ? Dans quelle mesure le processus de parentification serait lié à la préoccupation d'attachement du professionnel et en quoi ce processus viendrait

faciliter l'expression d'un *caregiving* précoce qui deviendrait par la suite compulsif ? Enfin, dans quelle mesure la question de l'existence d'une « réparation normale d'allure pathologique », avec ses degrés de culpabilité réelle et fantasmatique, viendrait éclairer les mécanismes en jeu ici ? Nous espérons approfondir toutes ces questions dans un prochain travail.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226–44.
- [2] Benony H. Sexualité infantile et lien d'attachement. Notes sur la refonte de la métapsychologie proposée par Laplanche. *Evol Psychiatr* 2009;75:287–301.
- [3] Betan E, Kegley Heim A, Zittel Conklin C. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Psychiatry* 2005;162:890–8.
- [4] Bowlby J. *A secure base*. London: Routledge; 1988.
- [5] Corman L. Le test de dessin de famille. Paris: PUF; 1961.
- [6] David M. L'enfant en placement familial. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, editors. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 4. Paris: PUF; 2004. p. 2745–63.
- [7] Fonagy P. *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris: Erès; 2004.
- [8] George C, Salomon J. The caregiving system. In: Cassidy J, Shaver R, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application* (2nd edition). New-York: Guilford Press; 2008. p. 833–56.
- [9] Golse B, Missonnier S. *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Cahors: Erès; 2005.
- [10] Golse B. La pulsion d'attachement. *Psychiatr Enf* 2004;47:5–25.
- [11] Golse B. La thématique de la séparation. L'accueil familial et la séparation thérapeutique. *La lettre de l'ASE* 2011;95:5–12.
- [12] Grossmann K, Grossmann KE. Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance* 1998;51:44–68.
- [13] Guédény N, Guédény A. *L'attachement : approche clinique*. Paris: Masson; 2010.
- [14] Guédény N, Guédény A. *L'attachement : approche théorique*. Paris: Masson; 2009.
- [15] Hazan C, Shaver P. Romantic Love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:511–24.
- [16] Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy J, Shaver R, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application* (2nd edition). New-York: Guilford Press; 2008. p. 671–87.
- [17] Kaës R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod; 1979.
- [18] Klein M. *Essais de psychanalyse*. Paris: PUF; 1974.
- [19] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1967.
- [20] Lebovici S. *L'attachement chez l'enfant*. In: Pierrehumbert B, editor. *L'attachement, de la théorie à la pratique* (2nd edition). Toulouse: Erès; 2012. p. 51–60.
- [21] Main M. Cross-cultural studies of attachment organisation: recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Hum Dev* 1990;33:48–61.
- [22] Observatoire National de l'Enfance en Danger. *Dossier thématique. La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Paris: ONED; 2010 [136 p].
- [23] Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Heredia R, Bader M, Halfon O. Une procédure d'analyse des entretiens semi-structures inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir* 1999;11:97–126.
- [24] Pierrehumbert B, Karmaniola A, Sieye A, Meister C, Miljkovitch R, Halfon O. Les modèles de relations : développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatr Enf* 1996;1:161–206.
- [25] Reynaud M. *Le modèle d'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression [thèse]*. Dijon: Université de Bourgogne; 2011.
- [26] Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir* 2007;19:151–88.
- [27] Westen D, Chang C. Personality pathology in adolescence: review. *Adolesc Psychiatr* 2000;25:61–100.
- [28] Zauche-Gaudron C, Pierrehumbert B. Numéro thématique d'enfance : comportements et représentations d'attachement dans l'enfance. *Enfance* 2008;1.

Annexe 12 :

Article 2

Mayaux, F.X. & Derivois, D. & Viodé, C. (2019). L'assistant familial : un tuteur de résilience suffisamment bon ? *Dialogue*, 226, (parution en décembre 2019).

(Version du manuscrit en « Word »)

Le Kremlin-Bicêtre, le 25 octobre 2018

A l'attention de François-Xavier Mayaux

Objet : Attestation de publication

Cher auteur,

Nous avons le plaisir de vous confirmer que votre article intitulé « **L'assistant familial : un tuteur de résilience suffisamment bon ?** », co-écrit avec Daniel Derivois et Christelle Viodé, a été retenu pour une publication dans le numéro 226 de la revue *Dialogue* (sortie décembre 2019).

Nous vous prions de recevoir, cher auteur, l'expression de toute notre estime.

Aude Payzan
Secrétaire de rédaction

L'assistant familial : un tuteur de résilience « suffisamment bon » ?

François-Xavier Mayaux, Daniel Derivois et Christelle Viodé

Résumé

Cet article propose d'étudier les tuteurs de résilience des enfants confiés en famille d'accueil à partir de la théorie de l'attachement dans une perspective psychodynamique. Il met en évidence la complexité de la relation entre l'enfant et l'assistant familial en tant que figure d'attachement alternative, tuteur de résilience possible. Cette réflexion s'appuie sur une pratique de psychologue clinicien travaillant au sein de l'aide sociale à l'enfance. L'articulation théorico-clinique issue de cette expérience discute des effets résilients potentiels qu'ont les assistants familiaux sur le vécu des enfants confiés en famille d'accueil en termes de processus de consolidation de la base de sécurité de l'enfant par la qualité du *caregiving* du professionnel. Il pose ainsi la question de la complexité de cette dynamique relationnelle interactive et du danger dans le risque d'utilisation excessive de cette notion de tuteur.

Mots-clés

Placement familial, tuteur de résilience, approche psychodynamique, théorie de l'attachement.

The family assistant: resilience tutor “good enough”?

Abstract

This article proposes to study the resilience tutors of children in foster care from the perspective of attachment theory with psychodynamic approach. It highlights complexity of the relationship between the child and the caregiver as an alternative attachment figure that tutor possible resilience. This thinking is based on practice of clinical psychologist working within foster care. The theoretical-clinical articulation resulting from this clinical experience analyses the potential resilient effects that professionals have on experience of children in foster care in terms of the process of securing the child's secure base through the quality of the caregiving of professional. It thus raises the question of the complexity of this interactive relational dynamic and the danger in risk of excessive use of this notion of tutor.

Keywords

Foster care, resilience tutor, psychodynamic approach, attachment theory.

Introduction

Notre pratique clinique au sein de l'aide sociale à l'enfance nous amène à rencontrer en entretien clinique des bébés, des enfants et des adolescents confiés en famille d'accueil. Dans ce contexte, nous avons remarqué que la relation avec les assistants familiaux qui les accueillent au sein de leur famille est primordiale dans leur devenir et influence directement leur développement psycho-affectif. Dans quelle mesure cette rencontre pourrait-elle être véritablement résiliente pour l'enfant confié ? Cet article propose ainsi de discuter autour de cette notion de tuteur de résilience au sein du contexte institutionnel spécifique du placement familial. Il aborde cette question à partir de notre expérience clinique en prenant en compte à la fois le modèle des processus de résilience et celui de la théorie de l'attachement dans une perspective psychodynamique. Deux situations cliniques illustrent cette pratique, dans lesquelles les

données ont été anonymisées et ont fait l'objet d'une retranscription en prise de notes systématique *in extenso* à la fin de chaque rencontre.

Les enfants confiés en famille d'accueil

Les enfants qui arrivent en famille d'accueil partagent en commun une problématique clinique spécifique, nommée par Myriam David (2004) « problématique de placement familial ». Celle-ci se caractérise par « l'ensemble des forces psychodynamiques conflictuelles et interactives qui se développent entre l'enfant, les deux familles et l'équipe au cours du placement » (David, 2004, 2749). Cette problématique complexe souligne l'importance des liens institutionnels de l'enfant confié en famille d'accueil avec les professionnels qui l'entourent, et plus particulièrement avec l'assistante familiale qui accueille l'enfant au sein de sa famille.

Attachement des enfants en famille d'accueil

De quelle manière serait-il possible d'appréhender le vécu des enfants confiés en famille d'accueil du point de vue de l'attachement ? Selon Bowlby et les théoriciens de l'attachement, l'enfant naît avec un besoin fondamental de recherche de proximité et de contact (Bideaud, Houdé et Pardinielli, 1994). La relation d'attachement s'établit si la mère satisfait ce besoin fondamental (par des caresses, des soins, des bercements, etc.) assurant une fonction de protection. Dans ce sens, la notion d'attachement désignerait dans un premier temps un système de comportements du sujet (le niveau comportemental observé à l'enfance) dont l'objectif ultime serait la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique : la figure d'attachement. Progressivement, un lien d'attachement se constituerait et représenterait l'aspect psychodynamique de l'attachement (Howes, 1999). Le lien d'attachement organiserait l'expression de stratégies d'attachement et de comportements d'attachement avant d'être intériorisé sous forme de modèles internes opérants qui auront une influence sur les conduites exprimées autour des expériences d'attachement. Ces modèles sont en quelque sorte des représentations mentales de l'attachement (Bretherton, Ridgeway et Cassidy, 1990). Ils se caractérisent par des constructions cognitivo-émotionnelles et psycho-affectives complexes, à la fois conscientes et inconscientes, et se manifesteraient tout au long de la vie et particulièrement dès que des événements liés à l'attachement s'expriment (Guédeney et Guédeney, 2010). En ce qui concerne les enfants confiés en famille d'accueil, on observerait une spécificité de ces comportements et modèles internes opérants.

Modèles internes opérants multiples et attachement désorganisé

Tout d'abord, on remarque qu'arriver dans un environnement qu'ils ne connaissent pas, en dehors de la présence de leurs figures d'attachement principales, risque de profondément perturber l'établissement des repères ordinaires des enfants et d'entraîner une suractivation de leurs mécanismes de défense habituels. Ensuite, on constate que, pour tous les enfants, l'origine de leurs souffrances du temps où ils étaient au sein de leurs familles de naissance continue à s'exprimer tout au long de leurs histoires de placement. Du point de vue de l'attachement, cette souffrance pourrait expliquer le fait que tous les enfants placés ont des modèles internes opérants multiples – la désorganisation de l'attachement étant une des solutions pour s'adapter à la contradiction des réponses émanant d'une seule figure d'attachement – avec pour conséquence un état de confusion important rendant difficile l'établissement d'une relation de confiance avec l'assistant familial (Dozier et coll., 2001 ; Dozier et Rutter, 2008). L'enfant se retrouve alors au sein d'une situation paradoxale dans laquelle plus le professionnel exprimera un accueil sécurisant et bienveillant, plus l'enfant pourra le considérer comme menaçant. Les

modèles internes opérants multiples trouveraient leurs origines dans le type de modèle d'attachement des enfants confiés, principalement désorganisé, contrôlant et non résolu (Bernier, Ackerman et Stovall-McClough, 2004 ; Dozier et coll., 2001). Les enfants manifestant ce type de modèle d'attachement ont en général vécu l'expérience difficile d'être exposés à des personnes effrayantes ou effrayées alors que, en situation d'angoisse, ils recherchaient du réconfort auprès de leurs figures d'attachement principales – expérience source de forte anxiété. « La peur sans solution » est l'élément fondamental des modèles d'attachement désorganisé (Main, 1991). L'enfant possède ainsi des modèles multiples pour une seule et même figure d'attachement, en général ses parents de naissance.

L'assistante familiale : une figure d'attachement alternative pour l'enfant

À notre connaissance, il existe peu de recherches visant à apprécier cette relation complexe entre l'enfant confié en famille d'accueil et l'assistant familial. Si on analyse les études appréciant la relation entre l'enfant et certains professionnels de l'enfance, celles-ci mettent en avant le fait que l'enfant peut développer plusieurs relations d'attachement avec plusieurs adultes différents (Dozier et coll., 2001 ; Dozier et Rutter, 2008). Le lien d'attachement serait orienté soit du sujet le plus vulnérable à celui qui serait en mesure de protéger, soit l'inverse. Dans ce cas, les ressentis de la figure d'attachement s'expriment par le comportement de prendre soin de l'enfant qu'il protège. Ce comportement de soin est en quelque sorte la réciprocité de l'attachement. Il reflète l'expression d'un modèle plus global et complexe : le modèle du *caregiving* (Georges et Salomon, 1999). Les modèles de l'attachement et du *caregiving* sont donc complémentaires et se manifestent particulièrement dans l'interrelation entre l'assistant familial et l'enfant. Dans ce cadre, l'assistant familial serait donc capable de constituer une véritable figure d'attachement alternative pour l'enfant, comme *caregiver* de premier plan, en remplissant trois fonctions essentielles (Howes, 1999). Il s'agirait d'une personne prenant soin émotionnellement et physiquement de l'enfant, l'investissant affectivement et qui serait présente de manière importante et régulière dans sa vie. Si nous prenons l'exemple des assistants familiaux, on peut considérer qu'ils prodiguent des soins physiques et affectifs primordiaux aux enfants qu'ils accueillent et qu'ils ont une présence régulière et importante dans l'organisation de leur contexte de vie au quotidien en leur fournissant, par exemple, l'éducation et les soins dont ils ont besoin.

Attachement et résilience

Depuis plusieurs décennies, la littérature scientifique a réalisé de nombreux développements conceptuels et a élaboré plusieurs théorisations autour de la notion de résilience (Anaut, 2002 ; Cyrulnik et Duval, 2006 ; Derivois, 2012). En psychopathologie et en psychologie clinique, nous apprécierons l'approche de la résilience à des niveaux intrapsychique et intersubjectif par ses aspects processuels et psychodynamiques multiples interactifs, organisés autour de la question du traumatisme psychique, essentielle dans l'organisation même de ces processus comme « agent de la résilience » (Anaut, 2002 ; Tychev, 2001). Dans ce cadre, de nombreux auteurs ont avancé l'idée d'une complémentarité théorique et clinique entre la théorie de l'attachement et la résilience (Anaut, 2002 ; Guédeney et Guédeney, 2010 ; Aïn, 2007 ; Golse, 2006 ; Lecomte, 2010). La notion de *tuteur de résilience* nous semble ici parfaitement illustrer cette complémentarité. Nous la situons ici d'un point de vue descriptif pour aller vers une proposition d'analyse qui visera à souligner la spécificité des processus de résilience en œuvre entre l'enfant et l'assistant familial.

Les tuteurs de résilience

Jacques Lecomte (2010) décrit les tuteurs de résilience par un ensemble de caractéristiques qui ne représentent évidemment pas l'exhaustivité des situations, mais qui peuvent constituer un certain nombre de premiers points de repère. L'auteur invite ainsi à « faire preuve d'humilité et de patience, à laisser la liberté à l'autre de parler ou de taire, à ne pas se décourager face aux échecs, à respecter les processus de résilience d'autrui, à faciliter l'estime de soi d'autrui » (*ibid.*, p. 41).

D'un autre point de vue, on pourrait isoler certaines spécificités des processus résilients des tuteurs de résilience. Retenons ici la « capacité de rêverie maternelle » (Bion, 1963 ; Anaut, 2002 ; Tychev, 2001). Bion a conceptualisé la capacité de rêverie maternelle afin d'illustrer la « capacité de contenance et de transformation du psychisme de la mère, qui doit pouvoir "rêver", c'est-à-dire métaboliser et transformer » les premières expériences du bébé afin qu'il puisse les intégrer. La mère prête dans une certaine mesure son « appareil à penser les pensées » (Golse, 2006, p. 64). Pour Bion, cette transformation de ces éléments *bêta* en éléments *alpha* est nommée « fonction *alpha* ». Ainsi, il est observé que mieux la mère aura assumé cette fonction de transformation des contenus psychiques de l'enfant bébé, mieux l'enfant sera en possibilité d'affronter plus tard les potentielles adversités de son existence, d'autant s'il n'a pas pu trouver au sein de sa famille de naissance une personne assurant cette fonction. Mais qu'en serait-il pour les enfants en situation de placement familial ? Y aurait-il un défaut de cette intériorisation de la capacité de rêverie, par rapport à l'étendue des troubles des interactions précoces et des pathologies interactives que vivent beaucoup d'enfants placés ? Dans quelle mesure l'assistant familial, comme figure d'attachement alternative, pourrait-il avoir une « fonction *alpha* alternative » ? En quoi cette fonction viendrait-elle consolider le sentiment de sécurité interne de l'enfant, ce que Bowlby (1988) nomme la « base de sécurité » ? Et dans quelle mesure serait-il possible d'aider l'enfant à se sentir intérieurement en sécurité lorsque sa souffrance est telle qu'il se retrouverait dans une position inconsciente à vouloir attaquer le lien qui l'unit au professionnel ?

Désorganisation et attitudes antisociales

La problématique spécifique de placement familial ainsi que l'expression de modèle d'attachement désorganisé de l'enfant confié en famille d'accueil peuvent amener ce dernier à exprimer des attitudes antisociales (Winnicott, 1956). Très schématiquement, l'enfant, en quête fantasmatique et souvent réelle de l'objet perdu (le désir ultime de trouver ou de retrouver une mère vivante et aimante), peut « pousser à bout » l'assistant familial. Cette destructivité vise à éprouver la résistance de l'assistant familial qui prend soin de lui, entretenant l'espoir qu'il résistera à ses attaques. L'enfant essaierait d'élaborer ce contrat masochique (Deleuze, 1967) en cherchant à se faire punir pour soulager un sentiment de culpabilité primaire dans lequel il se croit et se vit mauvais. Cette survivance de l'objet par la résistance de l'assistant familial à cette destructivité, parfois très massivement déployée, recouvre un processus qui peut être véritablement résilient à travers la fonction *alpha* alternative que le professionnel exprime par ses qualités de malléabilité (Milner, 1990). En effet, l'assistant familial ne serait suffisamment malléable que s'il « est imprimable (l'enfant peut y inscrire quelque chose en lui) », s'il est « indescriptible (l'enfant peut l'étouffer d'amour ou l'attaquer sans le détruire) », s'il est doté de « capacité d'auto-restauration » (il serait inaltérable, c'est-à-dire en possibilité de revenir directement à son état premier) et s'il est « suffisamment plastique pour que l'enfant puisse y jouer en alternance des mouvements de fusion, de défusion, de refusion » (Golse, 2006, p. 68). En cela, si l'enfant rencontre un assistant familial ayant de telles qualités, on pourrait le

considérer comme tuteur de résilience.

Cette malléabilité peut être très directement mise en lien avec les processus de sécurisation de la base de sécurité de l'enfant (selon le modèle de la base de sécurité de Schofield et Beek, 2006) par les qualités du *caregiving* du professionnel. La disponibilité de l'assistant familial (le fait d'aider l'enfant à avoir confiance en lui et aux autres en mettant en avant ses ressources et ses réussites), sa sensibilité (en aidant à ressentir et contrôler les sentiments et les comportements de l'enfant), sa liberté à accueillir l'enfant (en aidant l'enfant à être « enfant », sans l'associer à sa problématique familiale et son histoire de placement), sa coopération (en aidant l'enfant à se sentir efficace et coopératif) et son sentiment d'appartenance (en considérant l'enfant comme faisant partie de la famille d'accueil) constituent des qualités du *caregiving* du professionnel qui peuvent contribuer au processus de sécurisation de la base de sécurité de l'enfant.

Première situation clinique

Kévin est âgé de 5 ans et demi lorsque nous le rencontrons pour la première fois avec son assistante familiale. Il arrive en placement en famille d'accueil dans un état de santé préoccupant, à la suite de négligences graves. Après quinze jours de placement, l'assistante familiale repère des premiers troubles du comportement et un mal-être important chez l'enfant. Il manifeste une hypervigilance au monde et au moindre bruit extérieur, des angoisses d'abandon massives manifestées par un sentiment de panique au moindre éloignement physique de l'assistante familiale, une sociabilité indiscriminée à la rencontre (désinhibition face aux étrangers) et une agitation motrice en équivalent dépressif (Bénony, Bénony-Viodé et Dumas, 2012) par des activités excessives sans répit (agitation comportementale compulsive en procédés autocalmants). Kévin se montre très envahissant sur le plan affectif, semblant s'agripper au moindre signifiant affectif. La désorganisation affective semblerait ici s'exprimer comme une modalité défensive majeure, en tentant de réunifier un moi multiclivé par l'expression des modèles internes opérants multiples. La désorganisation maintiendrait le clivage dans sa fonction transitoire et adaptative afin d'apaiser l'expression d'angoisse d'abandon. Face à ces véritables « assauts affectifs » qui peuvent provoquer chez beaucoup de professionnels un sentiment ambivalent entre fusion et rejet, l'assistante familiale développe ici des qualités relationnelles et affectives surprenantes, d'une sensibilité très appliquée aux difficultés exprimées par Kevin. La professionnelle répète avec bienveillance des comportements d'assurance et de contenance, valorise ses ressources, en le complimentant sur la réalisation de ses dessins, par exemple, et sur tout ce qu'il peut entreprendre en général : « Oui, tu sais faire plein de choses. » Elle ne lui pose aucune question sur son histoire familiale, sauf lorsque l'enfant en parle, en faisant bien la distinction entre son rôle et celui de la référente auprès des parents : « On pourra en parler à Séverine. » Dans un dialogue comportemental et affectif éayant, l'assistante familiale semble se présenter exactement là où se trouve Kévin, renforçant ainsi sa sécurité affective interne par des qualités de résistance et de fonction *alpha* alternative créatives, vraisemblablement résilientes pour Kévin. Progressivement, sur une période de trois ans d'accueil familial, Kévin a commencé à hiérarchiser ses rencontres – il ne dit plus bonjour au moindre inconnu, par exemple – et il a montré beaucoup moins d'agitation motrice dans ses comportements en faisant preuve de plus en plus d'autocontenance dans le jeu, en arrivant par exemple à s'arrêter de jouer de lui-même.

Tuteurs de résilience et destructivité

Le vécu de la séparation de placement : entre clivage transitoire et solution salvatrice par identification primaire

En début de placement, la question des mécanismes de défense utilisées par l'enfant pour gérer cette situation de séparation semble ici être au centre de la question des processus de résilience, et notamment l'articulation possible entre l'utilisation du clivage (Freud, 1938) et la notion des « processus intégratifs salvateurs » décrite par Lemay (2006). Un premier niveau de cette articulation pourrait s'observer au sein de l'expression du modèle d'attachement des enfants confiés, pour la majorité désorganisée (Dozier et coll., 2001). Comme nous l'avons dit précédemment, l'enfant possède des modèles multiples pour une seule et même figure d'attachement, en général ses parents de naissance, ce qui le contraint à utiliser des modalités défensives immatures, essentiellement tournées vers le clivage. En situation de placement en famille d'accueil, l'enfant utiliserait de nouveau massivement cette solution défensive d'urgence du clivage pour s'ajuster à ce nouvel environnement affectif. Cela lui permettrait de s'adapter et de survivre entre ces deux mondes : sa famille d'accueil et sa famille de naissance. L'enfant trouverait comme solution cette tentative de compromis par la désorganisation affective, pour faire coexister cet attachement mutuel intense aux effets contraires et destructeurs, en essayant d'intégrer ce paradoxe impossible. La fonction *alpha* alternative de l'assistant familial permettrait à l'enfant de remettre en route un processus d'élaboration, en lui offrant une base de sécurité par l'expression d'un comportement de soin et d'aide protecteur. Cela pourrait l'encourager davantage à transformer en quelque sorte ce clivage transitoire en processus intégratif salvateur, lui permettant de mieux communiquer entre ses deux parties coupées de lui-même. Cette identification à l'assistant familial permettrait donc à l'enfant de se sentir intérieurement en sécurité et pourrait peut-être même diminuer la contradiction intérieure qu'il a à l'égard de ses parents de naissance en apaisant, voire en réaménageant, l'intensité des paradoxes affectifs et identificatoires émanant de la coexistence de ses modèles d'attachement multiples.

Dans ce cadre, on peut se demander si les attitudes antisociales, contrôlantes et les proximités agressives des enfants envers les assistants familiaux ne seraient pas une tentative de maîtrise des représentations effrayées des parents de naissance que les enfants projettent sur les assistants familiaux. La recherche de destructivité du lien avec le professionnel permettrait à l'enfant de trouver un sens sur l'incohérence de ses représentations parentales, vécues comme imprévisibles, à la fois bonnes et mauvaises, effrayées et effrayantes. Ainsi, si le professionnel résiste à cette mise à l'épreuve par ses qualités de *caregiving* et sa malléabilité, il pourrait aider l'enfant à apaiser l'aspect effrayant de ses parents qu'il a introjetés dans une forme d'identification à l'agresseur. Du côté du professionnel, cette situation peut être vécue de manière extrême. Cette attaque du lien risque d'augmenter le sentiment de rejet par rapport au refus de l'enfant de répondre aux pouvoirs réparateurs inconscients du professionnel, en mobilisant la dynamique de ses contre-investissements.

Deuxième situation clinique

Sophie est une enfant âgée de 5 ans lorsque nous la rencontrons pour la première fois, après le délaissement de sa mère. Sophie a été placée en famille d'accueil six mois plus tôt en raison d'un signalement judiciaire, pour cause de carence éducative et affective et en raison d'une absence de coopération de la mère avec l'équipe éducative intervenant en prévention dans un cadre judiciaire. Très instable et présentant une immaturité affective (cinq déménagements en

cinq ans avec quatre compagnons différents), la mère n'est plus venue en visite rencontrer sa fille sans causalité externe précise. Elle aurait déménagé dans un autre département car elle aurait rencontré un nouveau compagnon. Sophie n'a ainsi plus aucune nouvelle de sa mère depuis deux ans. Son père ne l'a pas reconnue et ne s'est jamais manifesté depuis sa naissance. Très affectée par un vécu d'abandon réel, Sophie exprime une tristesse profonde et pleure intensément pendant les premières séances, donnant l'impression d'une souffrance infinie et inconsolable. Pendant ces moments, l'assistante familiale semble terrorisée par les affects exprimés par Sophie, ne semblant pas supporter qu'elle puisse souffrir autant pendant les entretiens, ni qu'elle soit triste après, nous confiant : « Est-ce que c'est obligé qu'elle vous voie ? » Par ailleurs, Sophie semble être comme bombardée de messages énigmatiques de son assistante familiale, jusqu'à ne plus savoir pourquoi elle est en souffrance, comme si son affect n'était plus rattaché à rien, hormis un corps qui souffre, qui pleure (Viodé-Bénony, 2008). Pour tenter d'apaiser cette profonde tristesse, l'assistante familiale s'est engagée dans un travail de réparation obsessionnelle d'achat compulsif de cadeaux, dans l'espoir que Sophie puisse oublier son chagrin. Le professionnel semble ainsi vivre les émotions de Sophie comme une réactivation de ses propres angoisses infantiles archaïques de séparation, voire d'abandon, issue de la conflictualité infantile de ses premiers liens (Bénony, 2010). On comprend mieux pourquoi cette souffrance est insupportable pour l'assistante familiale. Elle signifie inconsciemment la mise en échec de ses tentatives d'apaisement, rejetant ses pouvoirs réparateurs.

Discussion

Les tuteurs de résilience : une résilience à deux

Dans ce cadre, on peut supposer que le fait de contribuer à la consolidation de la base de sécurité de l'enfant participe à la consolidation de la base de sécurité des professionnels – qui pour la plupart sont inscrit dans un processus résilient. Il existerait entre l'assistant familial et l'enfant une « base de sécurité partagée » ...

Relativité et risque de l'utilisation du concept de tuteur de résilience

Ce dernier point nous semble essentiel car il nous permet de mettre en exergue un des risques majeurs dans l'utilisation de cette notion de tuteur de résilience. En effet, la compréhension de la profession d'assistant familial comme pouvant relever d'une forme de tuteur potentiel de résilience comporte le danger d'occulter la complexité et la relativité même de cette notion (Anaut, 2002 ; Cyrulnik et Duval, 2006), propre à toute relation. Il pourrait en effet être très hasardeux de considérer les assistants familiaux comme des tuteurs de résilience sans prendre en considération les difficultés réelles que rencontrent ces professionnels à exercer ce type de métier d'aide et ce « prendre soin » au quotidien. Omettre la mesure de cet ensemble complexe risque de conduire à des erreurs d'appréciation du concept qui peuvent se révéler dangereuses, en mettant par exemple en avant sa prétendue valeur prédictive. La question des tuteurs, de la résilience et de l'attachement impose de remettre au centre de ces approches la dynamique des traumatismes psychiques vécues par l'enfant. Nous parlons alors de tuteurs *potentiels* de résilience. Les difficultés d'accueil rencontrées par les professionnels ne peuvent leur être imputées et se résumer à un jugement simpliste linéaire causal de leur pratique en tout bon ou tout mauvais, mais signent avant tout l'étendue de la souffrance vécue par l'enfant et de la manière dont cette souffrance résonne dans la dynamique transféro-contre-transférentielle. Dans ce cadre, ce qui semble essentiel à retenir, c'est qu'on ne sait finalement jamais à l'avance qui a été réellement tuteur de résilience pour un enfant confié. C'est essentiellement dans

l'après-coup de la rencontre qu'on apprécie en quoi elle aurait été fondatrice et résiliente pour l'enfant (Freud, 1918 ; Anaut, 2002). À l'image d'un après-coup du traumatisme, l'idée que « la résilience est toujours résilience après-coup » (Derivois, 2017, p. 114) ouvre ainsi d'autres perspectives dans l'analyse de la nature des traces laissées par les assistants familiaux dans la psyché des enfants.

Bibliographie

- Aïn, J. (sous la direction de). 2007. *Résilience : réparation, élaboration ou création ?*, Toulouse, érès.
- Anaut, M. 2002. « Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance », *Connexions*, 77, 101-118.
- Bénony, H. 2010. « Sexualité infantile et lien d'attachement. Notes sur la refonte de la métapsychologie proposée par Laplanche », *L'évolution psychiatrique*, 75, 287-301.
- Bénony, H. ; Bénony-Viodé, C. ; Dumas, J. 2012. *Psychopathologie des affects et des conduites*, Bruxelles, De Boeck.
- Bernier, A.; Ackerman, J.-P; Stovall-McClough, C.K. 2004. « Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement », *Infant Behavior and Development*, 27, 366-381.
- Bideaud, J. ; Houdé, O. ; Pedinielli, J.-L. 1994. *L'homme en développement*, Paris, Puf.
- Bion, W.R. 1963. *Éléments de psychanalyse*, Paris, Puf, 1979.
- Bowlby, J. 1988. *A secure base. Clinical applications of attachment theory*, Londres, Tavistock/Routledge.
- Bretherton, I.; Ridgeway, D. ; Cassidy, J. 1990. « Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds », In M. Greenberg, D. Cicchetti et E. Mark Cummings, *Attachment in the Preschool Year*, University of Chicago Press, 273-308.
- Cyrlunik, B. ; Duval, P. 2006. *Psychanalyse et résilience*. Paris, Odile Jacob.
- David, M. 2004. « L'enfant en placement familial », dans R. Diatkine, S. Lebovici et M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 1*, Paris, Puf, 2745-2763.
- David, M. 2004. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*, Paris, Dunod.
- Deleuze, G. 1967. *Présentation de Sacher-Masoch*, avec le texte intégral de *La Vénus à la fourrure*, Paris, Minit.
- Derivois, D. 2017. *Clinique de la mondialité. Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*, Bruxelles, De Boeck.
- Derivois, D. 2012. « L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti », *Sciences croisées*, 11, 1-9.
- Diatkine, R. 1994. *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Dozier, M.; Stovall, K.C.; Albus, K.E.; Bates, B. 2001. « Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind », *Child Development*, 72, 1467-1477.
- Dozier, M.; Rutter, M. 2008. « Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care », dans *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 698-717.
- Freud, S. 1918. *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1982.
- Freud, S. 1938. *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, Puf, 1949.
- Golse, B. 2006. « Le pédopsychiatre-psychanalyste face au concept de résilience. La résilience avant l'après-coup ? ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas... Sigmund Freud ! », dans B. Cyrlunik et P. Duval, *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odile Jacob, 61-76.
- Guédeney, N. ; Guédeney, A. 2010. *L'attachement : approche clinique*, Paris, Masson.

- George, C. ; Salomon, J. 1999. « The caregiving system », dans J. Cassidy et P. R. Shaver (sous la direction de), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*, New York, Guilford Press, 649-670.
- Howes, C. 1999. « Attachment relationships in the context of multiple caregivers », dans J. Cassidy et P. R. Shaver (sous la direction de), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, New York, Guilford Press, 671-687.
- Lecomte, J. 2010. *Guérir de son enfance*, Paris, Odile Jacob.
- Lemay, M. 2006. « La résilience, mythe ou réalité », dans B. Cyrulnik et P. Duval, *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odile Jacob, 61-76.
- Main, M. 1991. « Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment », dans C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde et P. Marris (sous la direction de), *Attachment across the life cycle*, New York, Tavistock/Routledge, 127-159.
- Milner, M. (1990). « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les deux conceptions du symbole ». *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8, 1990, p 244-278.
- Schofield, G.; Beek, M. 2006. *Attachment handbook for foster care and adoption*, Londres, BAAF.
- Tychev (de), C. 2001. « Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience », *Cahiers de psychologie clinique*, 16, 49-68.
- Viodé-Bénony, C. 2008. « De l'entrave corporel à l'urgence de la mise en récit », dans B. Golse et S. Missonnier, *Récit, attachement et psychanalyse, pour une clinique de la narrativité*, Toulouse, érès, 153-160.
- Winnicott, D. W. 1956. « La tendance antisociale », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, 175-184.

Annexe 13 :

Article 3

Mayaux, F.X. & Derivois, D. & Viodé, C. (2019). Attachment and separation in foster care families in France (article soumis)

(Version du manuscrit en « Word »).

Attachment and separation in foster care families in France

1. Attachment and separation in foster care families in France.
2. Qualitative research.
3. François-X. Mayaux ; Daniel Derivois ; Christelle Viodé.
4. Mayaux/University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Dijon / France.
Derivois/University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Head of the Research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Dijon / France.
Viodé/University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Dijon / France.
5. Mr. Doctoral student Mayaux FX / University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Pôle AAFE esplanade Erasme / BP26513 / 21065 Dijon cedex / France / fxmayaux@gmail.com.
Mr. Prof. Derivois D / University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Head of the research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Pôle AAFE esplanade Erasme / R10 office / BP26513 / 21065 Dijon cedex / France / Daniel.Derivois@u-bourgogne.f.
- Mrs lecturer Viodé C/ University of burgundy Franche-Comté / psychology department / Psy-Drepi psychology laboratory (Relational Dynamics and Identity Processes) / Research team in clinical psychopathology and psychotherapy / EA-7458 / Pôle AAFE esplanade Erasme / R10 office / BP26513 / 21065 Dijon cedex / christelle.viode@u-bourgogne.fr.
6. Key messages:
 - Child protection
 - Foster care
 - Attachment
 - Separation

7. Abstract. **Background.** This research studies dynamics of the child's institutional and family ties in foster care using a complementary approach (between attachment theory and the psychodynamic approach). **Methods.** Methodology is mixed (quantitative and qualitative) and longitudinally. We only present quantitative attachment results for the children we met (N = 10) aged 2.5 to 15 years. **Results.** The outcomes obtained show that the attachment model of all children placed in foster care over a period of just under a year (10.3 months) became more secure, with disparities according to tools and ages. **Conclusions.** We have found that for all children, the source of their suffering while in their biological families persists throughout their care history. In the rest of our research, we propose to carry out a qualitative analysis on the interactive dynamics of these relationships in order to better understand their effects on the evolution of children's attachment. In this context, it should be recalled that psychological processes that cannot be reduced to a linear description of simple attachment behaviour.
8. Keyword: child protection, foster care, attachment, psychodynamic, separation, ties
9. Attachment and separation in foster care families in France (main body)

A.1 Background. The International Convention on the Rights of the Child passed by the United Nations General Assembly on November 20, 1989 proclaims: "Mankind owes to the Child the best that it has to give" (1). The treaty, which defines the international legal texts for protecting children, declares that the child is a human being with inherent rights and dignity. The problems of child protection vary across the world depending on the political, socio-cultural and economic context of the countries where children live. These difficulties include (but are not limited to) child labour, child marriage, female genital mutilation / cutting, justification of domestic violence, violent methods of discipline, gross negligence, physical mistreatment, and psychological and sexual abuse (2).

The key feature of the administrative and legal child-protection measures in most English-speaking and European countries is the unambiguous separation of the child from his or her birth family. Placing a child in foster care is the very last resort for protecting a child, who is entrusted either to a host family or a specialized institution. In 2014, 290,000 minors in France were subject to a child protection order, i.e. 19.8% of children under 18 years of age. Of the 76% of children who were placed in care under a judicial order, 50% were in foster families and 38% in specialized institutions. The average age of children in care was 12, and there were higher numbers of boys (57%) than girls (43%) (3). Although the reasons for placement are many and varied, they can be grouped under the four following categories (4, 5, 6):

1. A child's physical or mental handicap is so severe that the birth family can no longer take care of him or her.
2. There is a family crisis involving hospitalization, imprisonment, psychiatric committal, conflict and violence within the parental couple, suicide attempts or accidents.
3. One of the parents dies or leaves the family home.
4. There is a report that the child has been abandoned, seriously neglected, subjected to suspected or actual abuse, primarily in the face of physical, sexual and / or psychological violence.

This unambiguous separation, based on removing and protecting the child, gives children immediate physical and psychological security. We view the issue of attachment in terms of

developmental continuity linked to bonding and separating, as do most studies on attachment in the field of child protection and adoptive families (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). In this context, we undertook scientific research to learn about the experiences and psychological functioning of these children by analyzing their psycho-emotional development over time. We took into account the development of a child's attachment as well as the impact of his or her relationship with the most significant professionals in his or her daily life: the foster family and the child's key worker. A psychodynamic analysis was used to understand this complex and interactive inter-relationship in tandem with a study of the manifestation of the child's attachment over time. The focus here will largely be on the child's attachment over a period of approximately one year following his or her initial placement in a foster family.

According to Bowlby and attachment theory, a child is born with a fundamental need: the quest for closeness and contact (15). An attachment relationship is established if the mother satisfies this basic need by, for example, caressing, handling and cradling the child. This relationship serves to protect the child. In this sense, the idea of attachment initially denoted the subject's system of behaviour: the behavioral level observed in childhood. Its ultimate goal, it was argued, was to seek out and stay close to one specific person: the attachment figure. An attachment bond would then gradually be formed, representing the psychodynamic aspect of the attachment (16). The attachment bond organises the manifestation of the attachment strategies and behaviours before being internalised in the shape of functioning internal models. These models are, in a way, the psychic representations of the attachment (17), characterised by complex cognitive-emotional and psycho-affective constructs, which are both conscious and unconscious (18).

Schematically, there are four main models of attachment in children. The secure model is the most common type of attachment, when children do not systematically react to a separation situation by crying. They seem happy to be with their mother and investigate the environment in her presence. They are confident in the relationship with their attachment figure, who gives them a sense of security. The insecure-avoidant model may manifest itself in children who are not specifically attached to their mother. They respond in the same way to their attachment figure as they do to adults they do not know. They avoid relational situations that remind them too much of attachment experiences (such as reunions or separations). They exhibit little affect or behaviour related to exploration. In this type of attachment, the child is not secure or confident in the availability of the caregiver. He or she tries to adjust his or her anxiety to deal with the situation by lowering his or her level of emotional excitement. The resistant-ambivalent model is a form of attachment where children are preoccupied with being close to the attachment figure. They cry frequently, even when being comforted, and do little exploring of the environment. They seem to want to attract significant attention from their mother. The last model is insecure disorganised-disoriented attachment, which is characterised by a manifest inconsistency when observing their behaviour. This is found more often in children in foster care than in the general population (19, 20, 21).

Accordingly, when at-risk situation means that the solution is to protect a child by placing him or her in care, we consider that this unambiguous separation from the family may be therapeutic for the child. In this context, we would expect to see the child's attachment model become more secure after a placement period of around one year. Studying the experiences of children taken into protective care inevitably raises the question of traumatic processes and psychopathological organisations, both in terms of the parents and the children. We consider that the manifestation of a type of attachment model in no way stops the psychological functioning of the children, whether in terms of psycho-pathological correlation or the objectification of a given internal psychological state in relation to the suffering of the children,

as the original authors point out in these matters (22). We believe, therefore, that attachment acts as a backdrop to clinical and theoretical study, which is used primarily to think about and propose the terms of the helping relationship for this vulnerable population.

A.2 Methods. *B.1 Population and inclusion criteria.* Our doctoral research is grounded in a mixed quantitative and qualitative methodology. In this article we only present the quantitative attachment outcomes for the children. The data was measured longitudinally over a period of approximately one year (10.33 months). We met ten children (N = 10) aged between 2.5 and 15 years, who were taken into care in a foster family for the first time. We met the children initially not more than three months after their arrival in their host family (T1 measurement time). We then met them again a little under a year after their arrival (T2). We conducted a total of 35 clinical research interviews with the children, including ten introductory and consent interviews, after obtaining the necessary parental authorisations. The tools used to understand the manifestation of attachment differed according to the age of the child.

B.2 The measurements. *C.1 The self-assessment questionnaire on perceptions of interpersonal relationships on attachment.* The main purpose of this tool is to assess the attachment styles of teenagers and adults within their current interpersonal and social relationships (23). The tool measures interpersonal relations according to a categorial version (the choice of an attachment style according to the four categories of attachment) and a dimensional version (based on the evaluation of a Likert-type scale with seven assessment levels). It evaluates the four attachment styles: secure, detached, preoccupied and anxious. It was used for children from the age of 12. *C.2 CaMir. This assessment tool takes the form of a questionnaire on the types of relationship in the family.* Here we will discuss the attachment process and strategy (24). The questionnaire is used to ascertain the structuring of interpersonal relationships according to the child's personal history. It examines the secure-independent, detached, preoccupied and disorganised attachment strategy. These strategies are based on thirteen scales of attachment. The tool mainly takes into account the conscious and semantic aspect of the attachment revealed by the subject. It was used for children from the age of 12.

C.3 The semi-structured interview is based on the adult attachment interview (25): Edicode. This interview measures the narrative representations of attachment depending on whether it is secure, detached, preoccupied or disorganised. Twenty-one criteria are used to establish five attachment-related factors that organise the attachment state of mind in terms of narrative representations of attachment or the attachment state of mind. It was used for children from the age of 12.

C.4 Story-completion cards or SCCs (26). These measure the construction of narrative representations of the child's attachment based on the secure, detached, preoccupied and disorganised representations. These narrative representations are based on assessing eleven attachment scales. It was used for children from 2.5 to 11.5 years of age.

A.3 Results. In general terms, the outcomes obtained show that the attachment model of all children placed in foster care over a period of just under a year (10.3 months) became more secure. The socio-demographic characteristics (Table 1) based on the length and history of the placement do not allow us to observe that these variables would have an effect on the security of the children's attachment. In terms of age groups, we observed a disparity in the attachment outcomes based on the attachment tools for children at least 12 years of age (Table 2). The homogeneity of the more secure attachment is even more significant for the youngest children (Table 3, Figure 1), with only one methodological evaluation tool for assessing this positive evolution.

A.4 Conclusions. The quantitative analysis of the outcomes shows a general tendency for the attachment of children placed in foster care to become more secure over time. In detail, an in-depth qualitative analysis of the measured data could lead to a better understanding of the disparities observed based on the tools for the oldest children, and within the same tool for the youngest children. Indeed, if we consider the outcomes of the youngest children, it would be interesting to analyse the dynamic variations of the scales on which the construction of the attachment narratives is based for a better understanding of this phenomenon of security (the SCC has eleven scales). For the oldest children (subjects S1, S2 and S3), the dynamic study of the various tools used to measure attachment would lead to a better assessment of the variations in the security of the attachment. In fact, each tool measures a particular form of attachment. In this sense, we prefer to talk of an attachment model in order to integrate these different attachment components within the same set. These relative differences in measurements are in line with the scientific literature developed around the complexity of studying the attachment of children in care, both in terms of the multiple attachment model and the disorganisation of the attachment (27).

In fact, we observe first of all that children who go into foster care find themselves in an environment they are not familiar with, apart from the presence of their primary attachment figures. This change in environment is likely to profoundly disrupt their usual benchmarks and lead to an over-activation of their habitual defence mechanisms. Secondly, we found that for all the children, the origin of their suffering when they were in their birth families persists throughout their care history. This suffering could explain the fact that all children in care have multiple internal working models. These multiple models lead to a high state of confusion for the child. The relationship of trust with the host family becomes difficult. It is possible that the origins of these models are to be found in the type of attachment model of the children in care, which is mainly disorganised, controlling and unresolved (28). Children manifesting this type of attachment model have generally lived through the difficult experience of seeking comfort from their main attachment figures when in distress, and have been exposed to frightening or frightened individuals, which is a source of high anxiety. "Fear without a solution" is the basic element of the disorganised attachment model (28). The child has multiple models for a single attachment figure, usually his or her birth parents. In this context, it seems essential to find out more about the impact of the inter-relationship that children have with the most important professionals in their lives: the host family and their educational key worker. It should be noted, for example, that seven of the children interviewed belong to three different siblings. Of the three siblings, one brother and one sister were hosted in the same family as well as two sisters. The other siblings were hosted in separate families. These groupings or separated sibling groups might highlight in particular the singular nature of each attachment relationship for a single professional. An analysis of this situation could provide an assessment of the effects that these dynamic and interactive relationships have on the manifestation of child attachment. This is the purpose of our doctoral research, which will aim to integrate these inter-relational forms to lend greater clarity to the effects of a more secure attachment model of children in care. Finally, we should state that the manifestation of these behavioural attachment models cannot provide a summation of the psychological functioning of a child. They help us to understand certain features of their mental state. Such a simplification would be deterministic and predictive, and therefore potentially dangerous. The psychological processes encompass a much broader and more complex psychic reality that cannot be reduced to the linear description of simple attachment behaviour.

10. Parental authorization with oral and written informed consent / self-financing / No conflict of interest.

11. References.

1. United Nations Human Right. Office of the high commissioner. Convention on the Rights of the Child 1989. Accessed June 29, 2019.
2. UNICEF. The state of the world's children 2014 in numbers. Revealing disparities, advancing children's right. Accessed June 29, 2019.
3. ONPE. (2014). « Estimation de la population des enfants et des jeunes en protection de l'enfance au 31/12/2014 » Note d'actualité, novembre 2016.
4. Clément P. Parents en souffrance. Paris : Stock ; 1993.
5. David M. Le placement familial : de la pratique à la théorie. Paris : Dunod ; 2004.
6. Diatkine R. & Lebovici S & Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 4. Paris : PUF ; 2004.
7. Carlson EA, Hostinar CE, Mliner, Gunnar MR. The emergence of attachment following early social deprivation, in *Dev Psychopathol.* 2014;26, 479-489.
8. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications.* Guildford Press; 2016.
9. Cyr C, Euser EM, Bakemans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn M. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses, in *Dev Psychopathol.* 2010; 22, 87-108.
10. Lee Raby K, Dozier M. Attachment across the lifespan: insights from adoptive families, in *Current Opinion in Psychology.* 2018; 25, 81-85.
11. Lionetti F, Pastore M, Barone L. (2015). Attachment in institutionalized children: a review and meta-analysis, in *Child Abuse Negl.* 2015; 42, 135-145.
12. Schofield G, Beek M. *Attachment handbook for foster care and adoption.* BAAF; 2006.
13. Stovall-McClough KC, Dozier M. Forming attachments in foster care: infant attachment behaviors during the first 2 months of placement, in *Dev Psychopathol.* 2004;16, 253-271.
14. Van den Dries L, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children, in *Child Youth Serv Rev.* 2009; 31, 410-421.
15. Bowlby J. *Attachment. Attachment and loss (vol.1) (2nd ed.).* New York: Basic Books; 1969.
16. Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers, in *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 1999; 2, 671-687.
17. Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (pp. 273-308).* Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 1990.
18. Guédeney N, Guédeney A. *L'attachement : approche clinique.* Paris: Masson; 2010.
19. Bernier A, Ackerman JP, Stovall-McClough CK. Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement. *Infant Behavior and Development.* 2014; 27, 366-381.
20. Bernier A, Dozier M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal state mind-mindedness. *International Journal of Behavioral Development.* 2003; 27, 355-365.

21. Dozier M, Rutter M. Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care, in: Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 2008; 2, 698-717.
22. Granqvist P, Sroufe A, Dozier M, Hesse E, Steele M, Van Ijzendoorn M, Solomon J, Schuengel C, Fearon P, Bakermans-Kranenburg M, Steele H, Cassidy J, Carlson E, Madigan S, Jacobvitz D, Foster S, Behrens K, Rifkin-Graboi A, Gribneau N, Spangler G, J Ward M, True M, Spieker S, Reijman S, Reisz S, Tharner A, Nkara F, Goldwyn R, Sroufe J, , Pederson D, Weigand R, Siegel D, Dazzi N, Bernard K, Fonagy P, Waters E, Toth S, Cicchetti DH, Zeanah C, Lyons-Ruth K, Main M, Duschinsky R. Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers, in Attachment & Human development. 2017. 19, 6, 534-558.
23. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology. 1991; 61 (2), 226-244.
24. Pierrehumbert B, Karmaniola A. & al. Les modèles de relations : Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*. 1996 ; 1, 161-206.
25. Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Heredia R, Bader M, Halfon O. Une procédure d'analyse des entretiens semi-structures inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir*. 1999 ; 11(1), 97-126.
26. Zaouche-Gaudron C, Pierrehumbert B. Numéro thématique d'Enfance : comportements et représentations d'attachement dans l'Enfance. 2008 ; *Enfance*, 1.
27. Dozier M, Stovall KC, Albus KE, Bates B. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*. 2001;72 (5), 1467-1477.
28. Main M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. *Attachment across the life cycle*. 1991; 127-159.

12. Tables

Table 1: Summary of socio-demographic characteristics according to the placement history and the reasons for placing the child in foster care. This summary is based on the characteristics of the ten subjects (child's ID number, age, siblings and gender), the history of the placement (upon arrival in foster care "T1" and one year after "T2" and the duration of the placement between the first clinical interviews conducted in February 2016 and 31 December 2017) and the reasons for the placement.

Child			Placement history				Reasons for placement
Subject	Age / sibling	Sex	Age on being placed with host family	T1	T2	Duration	
S1	15 years	Girl	3 months	March 2017	December 2017	10 months	Death of mother from illness. Inadequate protective, emotional and educational framework offered by the father resulting in gross negligence.
S2	14 years Sibling 1	Boy	2 months	June 2016	June 2017	12 months	Death of mother in a car accident. Inadequate protective, emotional and educational framework offered by the father resulting in gross negligence.
S3	14 years Sibling 2	Girl	3 months	February 2017	November 2017	10 months	Domestic violence and physical abuse by father and stepfather. Father-in-law convicted with multiple prison terms.
S4	11.5 years Sibling 1	Girl	3 months	July 2016	July 2017	12 months	Death of the mother in a car accident. Inadequate protective, emotional and educational framework offered by the father resulting in gross negligence.
S5	9.5 years Sibling 1	Boy	3 months	July 2016	July 2017	12 months	Death of the mother in a car accident. Inadequate protective, emotional and educational framework offered by the father resulting in gross negligence.
S6	5.5 years Sibling 2	Boy	2 months	November 2016	March 2017	6 months	Domestic violence and physical abuse by father and stepfather. Father-in-law convicted with multiple prison terms.
S7	4 years Sibling 3	Girl	2 months	June 2016	Return home	One year ⁸⁰	Proven physical violence by the father with medical report.
S8	7.5 years Sibling 3	Girl	2 months	June 2016	Return home	One year ⁸¹	Physical violence by the father with medical report.
S9	4 years	Boy	2 months	November 2016	July 2017	9 months	Mother's serious and severe psychiatric pathology.
S10	2.5 years	Girl	2 months	June 2016	June 2017	12 months	Severe negligence (lack of hygiene and unsanitary housing) and educational and emotional deprivation observed.

Table 2: Longitudinal summary of attachment outcomes based on RQ, CaMir and Edicode tools for children from the age of 12. Attachment data were collected in the context of child protection foster care, between the arrival of children in foster care ("T1") and one year after ("T2") in clinical interviews conducted between February 2016 and 31 December 2017. The results of the ten subjects are given in percentage according to the "Q-sort" statistical procedure, calculated on a reference population of 128 subjects for Edicode and 682 subjects for CaMir.

	T1			T2		
<i>Child</i>	<i>RQ</i>	<i>CaMir</i>	<i>Edicode</i>	<i>RQ</i>	<i>CaMir</i>	<i>Edicode</i>
S1	Detached style	Secure strategy	Narrative representation of Disorganised attachment	Independent secure style	Secure strategy	Narrative representation of secure attachment
S2	Preoccupied style	Disorganised strategy	Narrative representation of Disorganised attachment	Independent secure style	Disorganised strategy	Narrative representation of secure attachment
S3	Preoccupied style but not significant	Disorganised strategy but not significant	Narrative representation of Disorganised attachment	Anxious style but not significant	No handover	Narrative representation of secure attachment

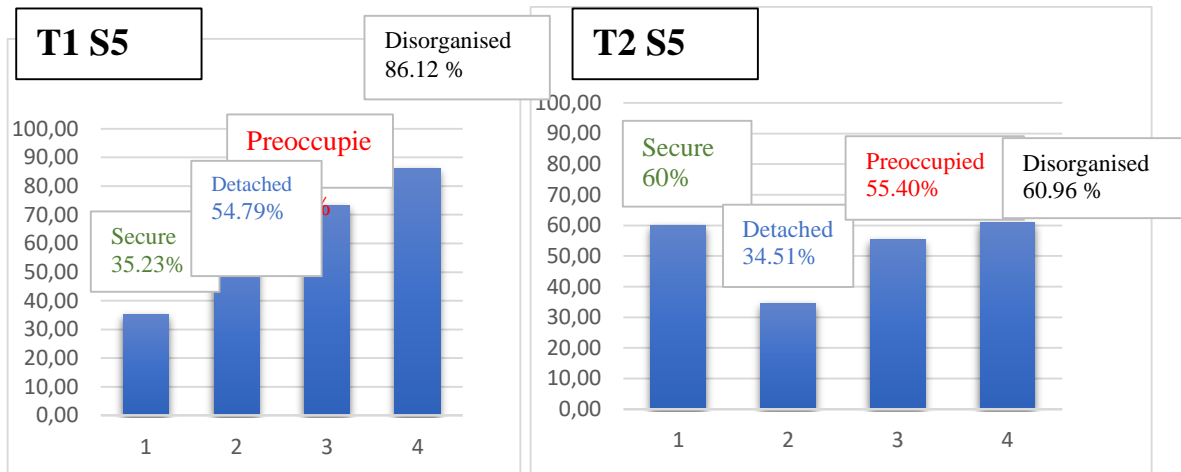
Table 3: Longitudinal summary of attachment outcomes based on the SCC tool for children from the age of three years.

Attachment data were collected in the context of child protection foster care, between the arrival of children in foster care ("T1") and one year after ("T2") in clinical interviews conducted between February 2016 and 31 December 2017.

The results of the seven subjects are given in percentage according to the "Q-sort" statistical procedure, calculated on a reference population of 544 subjects.

	T1	T2
<i>Child</i>	<i>SCC</i>	<i>SCC</i>
S4	Narrative representation of disorganised attachment	Narrative representation of secure attachment
S5	Narrative representation of disorganised attachment	Narrative representation of secure attachment
S6	Narrative representation of disorganised attachment	Decreased manifestation of narrative representation of disorganised attachment
S7	Narrative representation of disorganised attachment	No measurement undertaken: the child returned home
S8	Narrative representation of disorganised attachment	No measurement undertaken: the child returned home
S9	Narrative representation of disorganised attachment	Decreased expression of narrative representation of disorganised attachment
S10	Not significant (since the child was too disorganised , the handover was deliberately not carried out)	Decreased expression of narrative representation of disorganised attachment

Figure 1: Summary chart of the outcomes of the attachment narrative representations measured on the SCC of subject S5 between T1 and T2. Attachment data were collected in the context of child protection foster care, between the arrival of children in foster care ("T1") and one year after ("T2") in clinical interviews conducted between February 2016 and 31 December 2017. The results of the two subjects are given in percentage according to the "Q-sort" statistical procedure, calculated on a reference population of 544 subjects for CCH.



Abstract

INTRODUCTION. This research studies dynamics of the institutional and family ties of the foster child with a complementary approach that articulates attachment theory and a psychodynamic perspective. METHODOLOGY. Through a mixed (quantitative and qualitative) and longitudinal (one year) methodology, the research was conducted with ten children (N=10) who have just arrived for the first time in foster care and professionals (N=17) who surround them. Tools used were the CCH, RQ, Ca-mir, Edicode (for attachment) and projective proofs of drawings with semi-structured clinical research interviews (for transfer and counter-transfer investments). RESULTS. Results show that children who have just arrived in foster care express disorganized attachment and negative or neutral transfer investments towards professionals. One year later, attachment modalities are more secure with positive transfer investments. On the professional side, results indicate a secure attachment on their current interpersonal attachment relationships and mostly insecure on their filial and parental attachment. They show pre-counter-transfer expressions upon arrival of the child, which decrease during the year of placement. ANALYSIS. Children experience the intensity of past traumas by updating them in the relationship with professionals. The relationship is experienced as threatening and a potential source of danger. On the professional side, the clinical analysis of interviews and the difference in results show that they express intensive pre-countertransference towards the child (upon arrival in foster care). DISCUSSION. The positive evolution of children's outcomes would be linked to the work of internalizing the alternative attachment pattern, which has reshaping effects on the conflict of the child's security base by compensating for the insecure attachment patterns of parents of previously introduced births, leaving the manifestation of latent psychological conflicts inherent to the problematic of foster care to remain. As far as professionals are concerned, the child's reparation seems to secure their current attachment, without resolving past traumas. This shared security base is driven by a search for normal repair with a creative dimension, which could be found in all professions in the helping relationship. In this context, in addition to highlighting the therapeutic issues, concrete avenues are proposed in terms of research-action, on the part of the child, professionals and the institution.

Keywords: Foster care, trauma, bond, attachment, psychodynamics.

Résumé

INTRODUCTION. Cette recherche étudie la dynamique des liens institutionnels et familiaux de l'enfant placé en famille d'accueil avec une approche complémentariste articulant la théorie de l'attachement et la perspective psychodynamique. **METHODOLOGIE.** A travers une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) et longitudinale (un an) la recherche a été menée auprès de dix enfants (N=10) qui viennent d'arriver pour la première fois en famille d'accueil et des professionnels (N=17) qui les entourent. Les outils utilisés ont été le CCH, le RQ, le Ca-mir, l'Edicode (pour l'attachement), les épreuves projectives des dessins ainsi que des entretiens cliniques semi-structurés de recherche (pour les investissements transférentiels et contre-transférentiels). **RESULTATS.** Les résultats montrent que les enfants qui viennent d'arriver en famille d'accueil manifestent un attachement désorganisé et des investissements-transférentiels négatifs ou neutres à l'égard des professionnels. Un an plus tard, les modalités d'attachement sont davantage sécurisées avec des investissements transférentiels positifs. Du côté des professionnels, les résultats indiquent un attachement de type sécure sur leurs relations interpersonnelles d'attachement actuelles et majoritairement insécures sur leur attachement filial et parental. Ils manifestent des expressions de pré-contre-transfert à l'arrivée de l'enfant, qui diminuent pendant l'année de placement. **ANALYSE.** Les enfants vivent l'intensité des traumatismes passés en les actualisant dans la relation avec les professionnels. La relation est vécue comme menaçante et source potentielle de danger. Du côté des professionnels, l'analyse clinique des entretiens et la différence dans les résultats, montrent qu'ils manifestent un pré-contre-transfert intense à l'égard de l'enfant (dès son arrivée en famille d'accueil). **DISCUSSION.** L'évolution positive des résultats des enfants serait liée au travail d'intériorisation de la figure d'attachement alternative qui a des effets de réaménagements sur la conflictualité de la base de sécurité de l'enfant par compensation avec les figures d'attachement insécurisantes des parents de naissances préalablement introjectés, laissant en demeure la manifestation de conflits psychiques latents inhérents à la problématique de placement familial. En ce qui concerne les professionnels, la réparation de l'enfant semble sécuriser leur attachement actuel dans leur relation, sans pour autant résoudre les traumatismes de leurs premiers liens. Cette base de sécurité partagée est animée par une recherche de réparation normale d'allure créatrice, qui pourrait se retrouver dans tous les métiers de la relation d'aide. Dans ce cadre, en plus de la mise en évidence des enjeux thérapeutiques, des pistes concrètes sont proposées en termes de recherche-action, du côté de l'enfant, des professionnels et de l'institution.

Mots-clés : Placement familial, traumatisme, lien, attachement, psychodynamique.