

Enjeux et mutations de la protection de l'enfance en France

Le rôle de Myriam David dans la prise en considération du psychisme de l'enfant (1950/1960)

Michèle Becquemin

Depuis sa structuration à la fin du XIX^e siècle, le secteur de la protection de l'enfance s'est développé sur deux socles institutionnels : l'aide sociale à l'enfance (ASE), issue de l'assistance publique, et la justice des mineurs, composée des tribunaux pour enfants et de la protection judiciaire de la jeunesse. L'ASE considère l'enfant en fonction de l'état de sa famille (absence ou difficultés) alors que la justice prend en compte son individualité, conformément aux codes civil et pénal. Or, ces deux institutions, dites complémentaires, se sont maintes fois disputé leurs prérogatives (Becquemin, 2000, 2004). C'est au début de la V^e république qu'une série de dispositions¹ a instauré un équilibre durable, avec un système de protection graduée. La justice intervenait, à cette époque, en toute souveraineté, pour les cas de mineurs en danger en tentant d'obtenir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée. L'aide sociale à l'enfance assurait l'accueil et la protection des enfants, soit à la demande des familles, soit sur ordonnance du magistrat. Après la décentralisation, cet équilibre a été mis en cause à plusieurs reprises (Becquemin, 2006) jusqu'à la réforme du 5 mars 2007. Dès lors, les départements qui, depuis 1986, ont la charge de l'aide sociale à l'enfance, ont été déclarés « chefs de file » du système de protection. La justice est, de ce fait, devenue subsidiaire. Le corollaire de ce renversement de pouvoirs institutionnels est, d'une part, la mise en exergue des responsabilités éducatives des parents et, d'autre part, la réduction de la prise en compte de l'enfant et de son intérêt. Un tel bouleversement des représentations est révélateur d'une mutation profonde du système éducatif (Bass et al., 2003). Cependant, l'approche historique montre qu'il existe une tension plus ancienne à propos des fondements de la société française : l'ordre social doit-il être référé à la famille, vue comme la plus petite unité de la société, ou à l'individu, l'enfant étant alors considéré comme un sujet de droit ? Cette tension, quasi-structurelle, entre « familialisme » et individualisme prend sa source dans la période révolutionnaire (Poumarède, 1996). En matière de protection de l'enfance, elle est particulièrement vive et varie, selon les périodes, en fonction des rapports de forces politiques et des avancées des savoirs sur l'enfance.

C'est au cours de la décennie 1950/1960, alors que le droit des mineurs semble être à son apogée (Robert, 1969), que de nouvelles représentations concernant l'enfance à protéger apparaissent : le paradigme antérieur qui

1. Ordonnance du 23 décembre 1958 et décrets de janvier 1959.

porte le sauvetage physique et moral des enfants au rang de priorité nationale devient peu à peu obsolète. D'un côté, l'action sociale se développe sur une redéfinition du familial comme espace d'intervention publique, le code de la famille et de la natalité française, paru en 1939, devenant le code de l'aide sociale et de la famille en 1956. De l'autre, les placements d'enfants sont suspectés en raison des troubles psychiques constatés, notamment en milieu hospitalier. Dans ce contexte de mutations où rien n'est encore figé, une discrète révolution des idées et des savoir-faire émerge sous la houlette de médecins psychanalystes dont Myriam David. On voudrait apporter quelques éclairages sur l'introduction de savoirs qui, sans céder au « tout familial », dégage les voies d'une nouvelle clinique de l'enfant en souffrance. Un courant de la psychanalyse s'enracine alors, en France, sur la critique des placements de l'assistance à l'enfance (renommée aide sociale à l'enfance en 1953) ; il va rénover partiellement différents volets de la protection de l'enfance : le placement familial, le service social et l'action éducative en milieu ouvert.

Myriam David (1917-2004) est une figure de référence dans les milieux spécialisés en raison de ses idées, de ses initiatives et des multiples responsabilités qu'elle a prises. Restent relativement méconnus les dispositions personnelles de sa pensée, sa position au sein du milieu psychanalytique, son implication dans certaines institutions de protection de l'enfance ainsi que son influence sur la définition de l'action publique. Suivant la perspective sociologique de Hughes (1962) sur les entreprises collectives, Myriam David correspond à une figure typique : celle de « l'entrepreneur de cause ». Elle est, en effet, l'une des têtes de proue d'un réseau de psychanalystes et de psychologues qui provoquent, à partir des années 1950, une rupture dans la considération scientifique et politique de l'enfant (Gavarini, 2001). Avec elle, ou dans son sillage, sont reconsidérées non seulement la pertinence et les modalités des placements, mais aussi la portée de l'aide sociale administrative par rapport à celle de la justice civile. Myriam David est donc présentée ici comme un personnage sociologiquement significatif ; elle se caractérise par sa maîtrise simultanée de plusieurs registres de l'action publique : une pratique de terrain en même temps que la production et la valorisation des connaissances, la formation professionnelle, les transformations institutionnelles et l'interprétation du droit. On retrouve aussi, à travers elle, quelques composants du « carré des intelligences sociales » (droits, institutions, savoirs et pratiques cliniques) qui correspondent à la grille d'analyse proposée par Michel Chauvière (2011).

Ce propos est issu de travaux que je mène depuis une douzaine d'années sur le développement des institutions de protection de l'enfance, dont une recherche en cours sur l'histoire de l'Œuvre de secours aux enfants (1945-2000). Mes sources proviennent des archives nationales et des institutions étudiées. Elles sont complétées par plusieurs entretiens menés auprès de professionnels, pour la vérification des interprétations, et d'une conversation

avec Myriam David, enregistrée près d'un an avant son décès. Pour autant, les éléments biographiques ne sont pas exhaustifs. Ils sont centrés sur l'après-guerre jusqu'aux lendemains de la réforme de 1958-1959 relative à la protection de l'enfance. Ne sont pas pris en compte les nombreuses actions que cette « entrepreneuse » a menées entre 1965 et 2004.

Ce texte est composé de quatre parties. Dans un premier temps, je retracerai les conditions d'émergence d'une nouvelle pensée sur l'enfance et les raisons de l'implication de Myriam David. Puis, je mettrai en relief le rôle de Myriam David et de ses collaborateurs dans le renouvellement des savoirs et des pratiques institutionnelles. Mon analyse portera ensuite sur l'outil conceptuel et méthodologique de ces transformations, entre case-work et aide psychosociale individualisée. Enfin, je montrerai comment cette nouvelle conception de l'enfant à protéger a donné de la consistance à une disposition législative en quête de sens : le décret du 7 janvier 1959 sur la prévention sociale de l'enfance. En conclusion, je reviendrai sur les transformations récentes de ce secteur d'intervention et sur l'enjeu que constitue l'espace clinique dans la définition des politiques de l'enfance.

L'avènement d'une nouvelle pensée sur l'enfance en souffrance

L'importation de savoirs anglo-américains

En France et jusqu'aux années 1950, les psychanalystes français se sont peu intéressés aux problèmes de l'enfance placée, abandonnée, maltraitée, difficile, délinquante... En effet, depuis sa constitution, le milieu psychanalytique a eu pour principal objectif de faire évoluer la psychiatrie adulte. Durant l'entre-deux guerres, Marie Bonaparte, Sophie Morgenstern puis Françoise Dolto avaient rapproché psychanalyse et pédiatrie, mais sans impact immédiat sur la population concernée. Dans l'après-guerre, alors que le mouvement psychanalytique est encombré par ses guerres intestines (Roudinesco, 1986 ; Ohayon 1999), la question des enfants en souffrance psychique apparaît avec Jenny Aubry-Roudinesco, Myriam David, Michel Soulé, Serge Lebovici et d'autres acteurs (Appell, 2003). Pourtant, le contexte cognitif et institutionnel n'est pas spécialement favorable à cette nouveauté : les pédopsychiatres, neuropsychiatres, psychologues et psychopédagogues, dont certains sont proches du courant psychanalytique, travaillent ensemble sur « la nomenclature et la classification des jeunes inadaptes » (Lagache et al., 1946)². En effet, pendant la période de Vichy, l'inadaptation juvénile est devenue une catégorie globale de pensée et d'organisation. Pour les auteurs tels Dechaume, Dublineau, Girard, Guillemain, Heuyer, Launay, Male, Préaut, Wallon ou Lagache, et malgré leurs divergences, l'importance des liens psychoaffectifs pour le bien-être de l'enfant n'entre pas réellement dans la définition des questions qu'ils veulent traiter. Il s'agit surtout de redresser les jeunes générations pour reconstruire la France alors que les modes de prises en charge instituées sous Vichy, à l'enseigne des Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de

2. Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence n° 2,3,4, cité par Chauvière (1980, 2010), Annexe, p. 263-284.

l'Adolescence, restent pour partie pérennes. Ce qui suscite, là aussi, de nombreuses dissensions politiques et cognitives (Chauvière, 1980). À l'ère de la neuropsychiatrie infanto-juvénile, c'est Georges Heuyer qui demeure néanmoins la référence principale. La plupart des psychanalystes d'enfants ont d'ailleurs débuté leur carrière dans son service (Lacan, Dolto, Lebovici, Roudinesco, Mauco, David...). Mais Heuyer n'est pas un véritable adepte de la psychanalyse. Il ne l'utilise qu'en rapport avec ses présupposés : l'hérédité et la dégénérescence des familles sont, selon lui, les principaux facteurs de l'inadaptation juvénile (Lefaucheur, 1996). Pour Heuyer comme pour d'autres, la logique d'intervention repose sur le binôme dépistage/traitement, le second terme étant souvent synonyme de placement.

Alors que les savoirs semblent plutôt figés en France, les connaissances des pathologies psychiques de l'enfance se déploient à foison aux USA depuis la création des premiers centres de guidance infantile à la fin du XIX^e siècle. Durant la montée du nazisme en Europe, l'émigration de médecins et de psychanalystes juifs a provoqué un essor dans l'orientation des savoirs. René Spitz, qui a vécu en France dans les années 1930, est connu pour ses travaux sur l'hospitalisme. Au début de la guerre, il s'est installé à New York. À Baltimore, Léo Kanner participe à définir le syndrome de l'autisme dès 1940. À Chicago et à Boston, d'autres psychanalystes connus, James Jackson Putman, Béata Rank, Hélène Deutsch, Félix Bibring dirigent des cliniques de soins infantiles et/ou des centres de guidance infantile. La forte émulation entre pédiatres, psychiatres, psychologues et psychanalystes pour sérier les problèmes de l'enfance contribue non seulement à l'agrégation de connaissances fondées sur des bases cliniques mais aussi à focaliser l'attention sur la fonction de l'attitude maternelle dans le développement de l'enfant.

S'y ajoutent les études menées en Angleterre par Mélanie Klein. Avec elle, on considère que tout se joue avant douze mois et que l'analyse peut être adaptée aux tout-petits grâce au jeu. Si Anna Freud ne partage pas cette idée, les confrontations des points de vue ont pour effet de promouvoir les recherches et de légitimer un nouveau champ clinique. Dans le sillage de Mélanie Klein, Bowlby poursuit ses travaux en insistant sur la stabilité du milieu matériel et affectif pour la structuration psychique de l'enfant, relativisant ainsi l'importance des liens précoces mère/enfant. Ainsi naît la théorie de l'attachement précoce. Sa montée en légitimité peut s'expliquer en partie par la philosophie politique anglo-saxonne où l'individu prime. La famille « naturelle » est un espace de socialisation et de structuration psychique parmi d'autres possibles dont notamment, le « fostering » ou bien l'adoption, dont le cadre réglementaire est moins rigide qu'en France. La Tavistock Clinic, où Bowlby dirige le service pour enfants, est alors un lieu d'expérimentation et d'échanges pour la fine fleur des psychanalystes. Lorsque ces idées pénètrent en France, elles délogent de leur cercle vertueux, d'une part, les pratiques de sauvegarde par placement instantané

et, d'autre part, le familialisme ambiant. Serge Lebovici, René Diatkine, Alexandre Minkowski, entre autres, ont fait partie de ce mouvement. Ce n'est plus tant l'état de santé et la sécurité physique de l'enfant placé qui comptent, mais la restauration de son bien-être psychique ; la compréhension de la cause des troubles infantiles et leur cure analytique deviennent les nouvelles garanties d'une bonne réadaptation à la société. Président de l'Association internationale de psychanalyse, Serge Lebovici crée l'Intersecteur psychiatrique du 13^e arrondissement et le Centre Alfred Binet où se réuniront, à la fin des années soixante, de nombreux pédiatres, psychanalystes, psychologues et travailleurs sociaux. Serge Lebovici aura donc une influence considérable sur la diffusion des nouvelles théories que Myriam David s'est appropriée pour des raisons qui sont autant liées à ce contexte de libération des savoirs qu'à sa trajectoire personnelle et professionnelle.

Le dépassement d'un traumatisme personnel

Le parcours de Myriam David illustre certains mécanismes psychosociaux : la transformation en force vitale du traumatisme de la déportation et la solidarité dans les milieux psychanalystes juifs entre la France et les États-Unis après la guerre. En tout premier lieu, se jouent dans le déroulement de sa carrière, des motivations profondes : le fait que Myriam David, benjamine d'une famille de trois sœurs, ait perdu sa mère très tôt n'est peut-être pas sans rapport avec son intérêt pour les effets des séparations précoces mère/enfant. Elle défendra avec ardeur l'idée que si cette étape est, dans certains cas, inévitable, elle peut être travaillée par des adultes compétents pour le bénéfice de l'enfant.

Née en 1917, Myriam David est issue d'une famille d'origine juive, non pratiquante, voire non croyante. Si elle choisit de faire sa médecine simplement pour « *suivre des copines* »³, elle manifeste très tôt un intérêt pour l'enfance et vise la pédiatrie. Elle entame ses études en 1936 à l'École de médecine de Paris, fait des stages à l'hôpital Hérold chez le professeur Debré et à l'hôpital Trousseau chez le professeur Cathala.

La guerre déclarée, elle choisit de rester à Paris, accompagnée par sa sœur cadette, pour finir ses études alors que sa famille part pour la zone libre en 1941. Elles échappent de justesse à la rafle du Vélodrome d'Hiver. Myriam David soutient sa thèse en 1942 sur « la néphrite aiguë du petit enfant » et renonce à préparer le concours d'internat en raison des hostilités. Avec sa sœur, elles passent ensuite en zone libre pour rejoindre leur famille puis elles entrent dans la résistance en novembre de la même année. Arrêtées en décembre 1943, elles sont incarcérées par la Gestapo à Blois pendant trois mois, puis transférées à Fresnes avant de rejoindre Drancy. Elles sont ensuite déportées à Auschwitz. Si Myriam David a pu survivre aux épreuves des différents camps de concentration et des camps de travail, c'est probablement parce qu'elle se sentait fautive d'y avoir entraînée sa sœur. C'est aussi, sans nul doute, grâce à son statut de médecin et à des

3. Les propos en italique sont extraits d'un entretien réalisé en 2003.

stratégies de survie dans ces conditions de détention. En mai 1944, elles doivent encore subir la longue marche après l'évacuation des camps avant de rejoindre la ligne américaine puis Paris. L'expérience concentrationnaire tiendra une place fondamentale dans ses élaborations théoriques ultérieures : elle prend conscience que les soins apportés au corps sont déjà en eux-mêmes une manière essentielle de prendre soin du psychisme.

Le retour en France est douloureux. Les proches disparus et les changements en pédiatrie du fait de l'apparition des antibiotiques la désorientent. Ne se sentant pas prête pour l'internat, elle saisit l'opportunité de suivre des *refreshing courses* au moyen d'une bourse d'étude offerte par Philippe Viannay, directeur du journal France-Soir. Grâce à cette aide, elle se rend à Baltimore où elle suit un complément d'enseignement en pédiatrie. Elle assiste aux séminaires du psychiatre Léo Kanner où les équipes étudient des cas d'enfants autistes. À Boston, elle se forme à la psychiatrie infantile « *sur le tas* » à la Judge Baker Guidance Clinic dirigée par Hélène Deutsch et Félix Bibring, deux disciples de Freud exilés d'Allemagne et d'Autriche avant la guerre. Elle se rend également au centre de James Jackson Putnam, spécialisé dans la psychiatrie du bébé. Elle participe à des conférences du soir, à des études de cas, et bénéficie de la supervision de Béata Rank, première femme d'Otto Rank, disciple de Freud puis dissident. Ce séjour aux États-Unis est vécu comme une expérience réparatrice après le cauchemar de la déportation : « *trois ans de vacances utilement employés* », estime Myriam David, qui se souvient aussi de l'émotion et de la chaleur de l'accueil des psychanalystes juifs exilés, devant le récit de sa déportation.

Revenue en France, elle fait part à Robert Debré de son orientation vers la psychiatrie infantile. Le service du professeur Heuyer, consacré aux délinquants juvéniles, ne l'intéresse guère ; elle choisit de travailler sur les problèmes de carences infantiles liées aux séparations et aux placements, une voie ouverte en 1946 par Jenny Roudinesco qu'elle rencontre en 1950 par l'entremise de Geneviève Appell. Ses activités l'éloignent de la psychiatrie infantile telle qu'elle se pratique à l'époque. Elle prend contact avec les psychanalystes français alors en pleine crise. Obligée d'en faire le tour pour chercher son analyste, elle n'apprécie pas la façon dont « *ces messieurs* », dit-elle, l'interrogent sur sa vie. Après avoir trouvé « *le bon* », elle suit une longue analyse, puis se détache progressivement de l'Institut. Son désir, affirme-t-elle, n'était pas de devenir psychanalyste mais d'avoir une formation psychanalytique pour exercer dans les institutions sociales et médico-sociales. Ce bagage pouvait par ailleurs compenser le fait de n'être qu'externe des hôpitaux. Un tel choix est alors mal vu par le milieu psychanalytique qui ne peut contrôler l'usage du savoir. Mais cet isolement est relativisé par sa passion du travail et par les contacts avec les promoteurs d'expériences voisines : André Berge au centre Claude Bernard, le professeur Sautet, Pierre Male au service infantile de l'Hôpital Sainte-Anne et surtout Bowlby qui entame une série de conférences en Europe. De nombreuses rencontres entre l'équipe de Jenny Roudinesco et celle de

Bowlby ont lieu à la Tavistock clinic de Londres et à Paris. Myriam David sera chargée d'introduire la psychothérapie d'enfant à la Fondation Parent de Rosan, de modifier les conditions d'accueil des enfants, alors déplorables, et de participer à une recherche sur ces problèmes. Parallèlement, elle ouvrira un centre de consultation infantile à l'hôpital des Enfants malades sur l'incitation de Robert Debré et exercera comme psychothérapeute au centre Claude Bernard.

Une théorie pour régénérer le placement familial

Focus sur la séparation mère/enfant

En 1946, Jenny Aubry-Roudinesco prend la direction du service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré auquel est annexée la Fondation Parent de Rosan ; elle est alors très critique sur le traitement des enfants assistés (Aubry, 1983) : ceux-ci sont d'abord conduits au dépôt de l'assistance publique (hospice Saint-Vincent-de-Paul) et ils sont ensuite délestés dans des annexes et agences de placements familiaux de l'ASE, selon leur âge. L'établissement Parent-de-Rosan se compose de deux maisons situées à Auteuil ; il est spécialisé dans l'accueil des tout-petits qui sont, pour la plupart, envoyés ensuite en famille d'accueil à la campagne. Dans un article détaillé, Geneviève Appell décrit l'état de délaissement et de stupeur de ces enfants, les expérimentations et les progrès accomplis après l'arrivée de Myriam David.

Myriam David et ses collaborateurs vont élaborer une doctrine dans le prolongement des théories kleinienne pour l'appliquer aux enfants placés. Après une série de tests et d'expériences cliniques, ils contribueront à transformer les pratiques sanitaires et sociales autour du placement (David, 1960). Le renversement est pour le moins spectaculaire :

- Auparavant, lorsqu'il s'agissait de préserver l'enfant de la tuberculose, les médecins préconisaient son éloignement total du milieu familial. La découverte du BCG avait d'ailleurs renforcé cette précaution car l'enfant devait être protégé des contaminations pendant la période d'incubation du vaccin. Cette pratique de séparation était systématique dans les préventorijs et les pouponnières. Elle fut observée par Myriam David, à la pouponnière Amyot, un établissement moderne où la clientèle était socialement mieux lotie que celle de l'assistance publique. Les parents pouvaient prendre des nouvelles de l'enfant et venir le voir. « *Afin d'éviter la contamination, l'enfant était montré à la mère derrière une vitre et sous ses plus beaux atours pour faire bon effet* » explique-t-elle. Les parents récalcitrants à la séparation étaient alors qualifiés de mauvais parents et taxés d'infantilisme. Les bons parents étaient ceux qui, dans un réel souci de l'enfant, ne demandaient pas mieux que de s'en séparer. Au niveau de la prise en charge nourricière, l'attention se portait essentiellement sur la nourriture que les nourrices venaient chercher quotidiennement au centre. « *C'était fait avec beaucoup de cœur mais sans aucune notion sur les*

dangers de la séparation. Quand on a commencé à ne plus subir la maladie, le problème de la séparation est devenu plus important que la tuberculose qui était guérie par la séparation », résume Myriam David.

- Selon la nouvelle perspective, la séparation mère-enfant doit faire l'objet d'attentions spécifiques. Klein et Bowlby qui s'étaient inspirés des éthologistes, avaient déjà mis en évidence combien l'attachement précoce de l'enfant à l'adulte maternant joue sur la structuration du psychisme. Avec leur théorie est apparue la notion de « carence », une traduction de l'expression anglaise « failure » qui renvoie aux défauts de soins maternels. Les analyses réalisées sur les enfants séparés ou hospitalisés ont ensuite été transposées sur ceux qui sont placés en établissements et/ou à l'assistance publique. Théoriciens et praticiens imposent alors cette réflexion en France, tous se focalisent sur les troubles de la relation à la mère et en particulier sur les effets de la séparation. Par exemple, en 1951, alors que Bowlby publie en français *Soins maternels et santé mentale*, Roudinesco et Appel rédigent *De certaines répercussions de la carence de soins maternels et de la vie en collectivité sur les jeunes enfants*. En 1952, Roudinesco et David persévèrent avec *Peut-on atténuer les effets nocifs de la séparation chez des enfants placés en institution ?* Michel Soulé se saisit de la question pour en faire l'objet d'étude de sa thèse de médecine intitulée *Problèmes psychologiques propres à la condition de pupille de l'Assistance publique* qu'il publie en 1953. Il travaille alors avec le professeur Lelong, pédiatre au service des Enfants assistés.

Sous cette pluie de critiques, les carences institutionnelles sont jugées plus graves que les carences familiales ; les promoteurs du mouvement vont diffuser l'idée, preuves à l'appui, que le placement assorti d'une coupure totale avec la famille n'est pas une bonne solution pour le devenir des enfants. Les placements en institution sont condamnés, les études ayant montré que les enfants envoyés en pouponnières, en aérium ou en préventorium cumulent la double souffrance de la séparation et de l'absence d'un substitut maternel stable. Le placement familial est vu comme une issue possible à condition de lui adjoindre un arsenal thérapeutique qui remédie au défaut du système : celui du désarroi des personnes concernées. Le désarroi des mères, dont 80 % sont des mères célibataires, est alors mis en relief : brutalité de la séparation, peur de ne pas savoir s'occuper de l'enfant à son retour, peur de le contaminer, désintérêt total... Par ailleurs, celui des nourrices devient flagrant : elles sont peu formées à la prise en charge d'enfants difficiles ; elles sont perturbées par les refus alimentaires des nourrissons ; elles se voient reprocher, par l'école, les retards scolaires des enfants qui leur sont confiés. Celui des enfants apparaît tout aussi criant : douleur de la séparation d'avec la mère, panique ou hébétude pendant les voyages qui les conduisent aux nourrices de campagne, désorientation complète à l'arrivée, perturbations lors des changements de placement nourricier qui affectent l'évolution psychique et la progression scolaire (Appell, 1953).

Le travail à faire est de maintenir le lien pendant la séparation et de le faire vivre, d'offrir à l'enfant des soins substitutifs stables offerts par une famille de remplacement compétente et par une prise en charge psychothérapeutique de l'enfant, de convaincre les travailleurs sociaux pourvoyeurs qu'un placement doit se préparer et non pas simplement répondre à l'urgence. Telle est la conception du placement familial défendue par Myriam David.

Une vague de mutations institutionnelles

Plusieurs courants de placements familiaux vont émerger, à cette époque, dans un élan de différenciation critique du « placement familial surveillé » de l'ASE. Myriam David n'a pas encore inventé le prototype du placement familial thérapeutique (le P.F. de Soisy-sur-Seine voit le jour en 1965-66). Au sein même de l'assistance à l'enfance, certains entreprennent de réformer le placement familial avec plus ou moins de succès. Si quelques expériences ont lieu dans des départements, Michel Soulé sera parmi les plus actifs mais il rencontra de fortes résistances⁴. Dans le secteur associatif chargé de l'enfance inadaptée, les psychiatres psychanalystes s'approprient la théorie de Myriam David et mettent sur pied des services de placement familiaux par extension de structures existantes : internats, centres d'observation ou services sociaux. Après quelques années de préparation, ces élans formeront « le groupe d'étude et de liaison des placements familiaux » dont l'influence s'étendra au VI^e Plan quinquennal d'équipement sanitaire et social (Hirgorom, 1994).

Bon nombre d'institutions dédiées au sauvetage ou à la préservation de l'enfance trouveront dans cette théorie leur chance de survie dès lors que les progrès médico-sociaux mettent en cause leur raison d'être. C'est le cas du placement familial de l'Œuvre Grancher, créé en 1903 par Joseph Grancher, un médecin spécialiste des maladies respiratoires, collaborateur de Louis Pasteur (Becquemin, 2005). À son origine, le but de cette association, reconnue d'utilité publique en 1905, était d'enrayer l'épidémie de tuberculose en plaçant des enfants non contaminés issus de familles ouvrières parisiennes malades dans des familles nourricières campagnardes. Sous la persuasion des médecins, des milliers de parents atteints de tuberculose allaient, en quelques décennies, consentir à se séparer de leurs enfants afin de leur donner une chance de vivre, hors d'atteinte du bacille, dans une autre famille. Cette initiative était typique du solidarisme d'État de l'entre-deux guerres. Menacée d'extinction après la deuxième guerre lorsque la tuberculose semblait vaincue, l'œuvre a perduré avec beaucoup d'incertitudes en se recentrant sur les troubles du comportement et sur les maladies des enfants issus de familles défavorisées. Les savoirs mobilisés relevaient encore d'une pédiatrie de routine, comme le rapporte l'un des administrateurs de l'époque : « Les enfants de l'œuvre étaient suivis par les médecins, une ou deux fois par an pour la croissance et la vaccination, comme le fils du cultivateur du coin, pas plus. Les problèmes psychosociaux, ça ne venait pas à l'idée » (*Ibid.*). Conscients de la nécessité de faire

4. Il démissionnera de l'ASE en 1970 et fondera ensuite le Centre d'Ouverture Psychologique Et Sociale (COPES).

évoluer leur institution, les pédiatres dirigeants (les docteurs Marquezy et Bach) vont solliciter des pédopsychiatres Clément Launay et Françoise Jardin. Ces derniers stabiliseront le devenir de l'institution. Françoise Jardin alors âgée de 27 ans est tout d'abord sollicitée comme vacataire pour assurer la surveillance des centres de placements. Ses constats s'apparentent à ceux de Jenny Aubry et de Myriam David, lorsqu'elles avaient découvert dix ans plus tôt les enfants placés à Parents de Rozan. Elle voit « des enfants qui avaient tous le même sourire (...) qui savaient à peine depuis combien de temps ils étaient là et qui ne savaient pas combien de temps ils seraient encore là (...) qui pouvaient partir du jour au lendemain (...) qui étaient posés là, sans avoir connaissance de leur passé ni de leur avenir, ce qui pouvait expliquer cette apparence de pseudo-débilité » (*Ibid.*).

Du professeur Launay, Françoise Jardin retient l'idée centrale « qu'il faut penser l'enfant dans son histoire globale et dans sa relation avec ses parents, même si une séparation doit être envisagée » (*Ibid.*). Elle parvient à insuffler la doctrine de Myriam David avec laquelle elle collabore étroitement. Ses constats sont également confortés par les travaux de Cahn (1962) et d'Amado (1962) qui, à partir de l'expérience du Coteau à Vitry, ont mis en évidence la nocivité des ruptures (Coppel et Dumaret, 1995). La révolution de l'Œuvre Grancher sera lente et les transformations ne seront effectives qu'au seuil des années 1970 avec la construction d'équipes pluridisciplinaires autour de l'enfant placé en famille d'accueil.

Contrairement à la culture anglaise où le placement d'enfant en famille d'accueil est une pratique relativement courante (avec l'adoption), la tradition française est fortement imprégnée de la prévalence des liens du sang sur tout autre support de socialisation primaire. Du reste, la tradition étatique de secours aux enfants, instaurée en 1811 avec le service des enfants assistés de l'assistance publique, s'était établie au motif de l'absence de famille (enfants abandonnés, trouvés, orphelins pauvres) et non pas d'une fragilité liée à l'incapacité, pour les enfants, de subvenir à leurs besoins. Cette politique a progressivement évolué en aide sociale aux familles en difficulté par la légalisation du « dépôt » temporaire d'enfants aux services de l'assistance et par l'octroi d'une allocation « enfant secouru » (1904). Seuls les placements judiciaires consécutifs aux violences faites aux enfants (lois de 1889 et 1898) annonçaient la construction d'un droit civil des mineurs qui fut consolidé par l'humanisation du traitement, au pénal, de la délinquance juvénile et par le glissement de bon nombre de cas de petite délinquance, au civil (au motif que les jeunes se mettent en danger). Pour autant, le droit civil des mineurs ne s'affirma en 1935 que par défaut, celui des défaillances de la puissance paternelle. Ce principe juridique prédominant balise les contours de la protection des enfants en France en éludant d'autres sources de danger (autres adultes, conditions matérielles et sociales de vie). La psychanalyse n'élargit pas cette vision mais elle la détourne du schéma patriarcal en plaçant le rôle de la mère au

premier plan. Ceci, bien avant l'heure des réajustements juridiques sur l'autorité parentale (1970) et parallèlement aux revendications féministes. Ainsi, le courant représenté par Myriam David rompt avec un familialisme archaïque, sans évacuer la famille ni contrarier l'utilité des séparations, mais en focalisant l'attention des professionnels sur les besoins psychiques de l'enfant. Ce qui peut apparaître aujourd'hui une évidence ne l'était pas à l'époque, comme le montre l'opération de sensibilisation menée par Myriam David auprès des services sociaux.

L'assistance sociale remaniée

L'efficace de la psychologie

Toute modification de système de prise en charge nécessite une action en amont sur les organismes pourvoyeurs d'enfants : à l'époque, il s'agit principalement des assistantes sociales qui sont alors réparties en catégories : SNCF, usine, CAF, hôpitaux, enfance etc., et en polyvalence (communes). Après la Libération, le service social a le vent en poupe. Cependant, la corporation toute neuve des assistantes de service social (l'ANAS) est encore imprégnée des paradigmes d'action antérieurs : secourir les familles matériellement (droit à l'aide sociale), les éduquer à l'hygiène, redresser la moralité des populations ouvrières, veiller à l'instruction des enfants, concourir à la lutte contre la mortalité infantile (la PMI ayant été refondée en 1945). Or, les conditions de vie des français s'améliorent au cours des années 1950 : la tuberculose disparaît ; les grands systèmes de redistribution se mettent en place ; les communes s'équipent systématiquement d'écoles, de centres d'hygiène, de dispensaires, de centres sociaux, etc. Dans ce nouveau contexte, les pratiques traditionnelles d'assistance à l'enfance paraissent obsolètes mais la pertinence d'une orientation fondée sur la psychologie de l'enfant reste à démontrer. Myriam David déploie à une importante activité de formation auprès des assistantes sociales de toutes catégories (par exemple, David, 1957).

Rétrospectivement, elle considère que « *ce fut un traumatisme pour les assistantes sociales. On nous l'a beaucoup reproché [dit-elle] parce qu'on les privait de leur seul moyen d'action. Le service social n'avait en fait que deux moyens d'action : les secours financiers et le placement. Les secours financiers, il fallait qu'elles fassent des demandes, c'était très difficile d'obtenir de l'argent et puis les sommes étaient minimes, elles ne servaient pas à grand-chose. Le placement de l'enfant, c'était une décharge financière pour ces personnes, souvent des mères célibataires, qui se trouvaient complètement démunies. Pour les petites Bretonnes qui arrivaient à la gare Montparnasse, qui étaient immédiatement entraînées sur le trottoir et se retrouvaient enceintes, il n'y avait pas d'autres solutions* ».

Les expériences de Myriam David (observations d'enfants placés, psychothérapie d'enfants) l'avaient poussée à regarder le problème essentiellement sous l'angle de la souffrance de l'enfant, celle-ci étant

alimentée par celle de la mère qui doit s'en séparer. Les assistantes sociales de secteur ou spécialisées, quant à elles, avaient une approche différente. Pour discerner l'intérêt de l'enfant, elles devaient évaluer l'ensemble des problèmes de la famille (travail, santé, ressources, moralité, logement, etc.). La rencontre entre les deux points de vue semble avoir été fructueuse d'après Myriam David : « *Je voulais leur montrer tout ce qu'on pouvait faire, que s'il devait y avoir séparation, on pouvait la rendre meilleure mais elles m'ont appris ce que c'était que les familles à problèmes multiples* ». Les préconisations techniques issues de cette collaboration soulignent le rôle d'experts que joue dorénavant la dyade assistante sociale, médecin psychanalyste face à la famille. Plus les critères de placement deviennent rigoureux, plus le regard sur les situations des familles est méticuleux. Il faut donc être vigilant, notamment dans les cas suivants : placement d'enfant d'âge préscolaire, familles qui se séparent trop aisément de leurs enfants ou, au contraire, exagérément anxieuses à ce sujet, enfants de mères célibataires, enfants de parents malades mentaux ou issus de familles qui sont des cas sociaux chroniques. Une méthode est alors réhabilitée : le *case-work*.

Du social case-work au family case-work

Le case-work est une invention anglo-saxonne qui a largement contribué à la légitimation du travail social au début du XX^e siècle aux USA et en Angleterre. Mary Richmond a été parmi les premières à en diffuser les principes dans les années 1920 en s'inspirant de la psychologie dynamique prônée au même moment par le psychiatre William Healy, directeur d'un établissement pour jeunes délinquants à Chicago. Healy avait publié dès 1914 les résultats de cinq années d'études réalisées dans son institut. Pour lui la criminalité est l'expression d'un conflit mental lié à un ensemble de causes : sociales, médicales, psychologiques. Le traitement consiste à faire émerger le conflit par une approche empathique et sans jugement.

En psychologie dynamique, l'étude approfondie des cas est une avancée clinique qui rompt avec la seule utilisation des tests et des examens consultatifs en laboratoire ; elle consiste à changer la posture du clinicien : il se place en situation d'observation, d'écoute et de compréhension du client, sur la durée, afin d'apporter une réponse psychique aux traumatismes de l'esprit et du corps par un travail sur les traces mnésiques des conflits internes, une conception qui n'est pas sans rapport avec la pensée freudienne (Hamilton 1942). Si la posture est similaire à celle du médecin qui prend en compte l'anamnèse de la maladie et la biographie de la personne, la philosophie de la clinique repose sur les postulats politiques de la démocratie américaine. Quelques auteurs font clairement allusion au paradigme du progrès et de la liberté sans lequel cette forme d'élaboration des savoirs ne serait advenue. Rétrospectivement, on peut dire que c'est l'une des expressions du « rêve américain ». Il faut aider l'individu à se libérer de ce qui l'entrave en s'abstenant de toute réprobation morale et en favorisant sa participation au traitement. Au niveau du *social case-work*, la finalité est de donner à chaque

citoyen les moyens de saisir ses chances en l'aidant à vaincre des difficultés qu'il ne peut pas surmonter tout seul : « the fundamental basis of all case-work is the belief that the individual matters every man has the right and duty to work out his own salvation » (Robinson, 1930). Sont visées : l'autonomie, l'indépendance et la liberté de la personne, celle-ci devant être actrice de son propre salut. Le social case-work se nourrit des savoirs en sciences humaines et sociales, il n'est pas une discipline mais une méthodologie de travail qui s'applique à une large variété de cas (psychiatrie, délinquance, santé, éducation, ...) selon les types de problème à traiter. Il fait partie des savoir-faire du travail social au même titre que le travail de groupe et que le travail communautaire. Le *family case-work* n'est alors qu'une déclinaison des multiples formes du case-work qui consiste à mettre à la disposition des citoyens des agences où ils peuvent trouver de l'aide pour résoudre divers problèmes familiaux. La démarche relève d'une assistance civique qui veut répondre aux demandes volontaires des personnes dans le besoin.

Le *family case-work* va progressivement prendre le pas sur les autres formes du case-work. Aux USA, il s'étend considérablement sous l'influence de la psychiatrie et de la psychanalyse pendant la guerre ; il prend la famille comme un tout et concerne toute la gamme de problèmes que ses membres peuvent connaître. À force de se déployer, cette forme d'action a pu apparaître comme la forme la moins spécialisée du case-work. L'importation du case-work, en France, s'est faite en deux temps. Dans les années 1920, d'abord, lors de la création du Service Social près du tribunal pour enfants et adolescents de la Seine à Paris. Mais cette initiative prise par Marie-Thérèse Vieillot, une assistante sociale formée aux USA, est restée isolée en raison des représentations dominantes de l'époque : hygiénisme, redressement moral des populations ouvrières, place des femmes dans un système professionnel construit par des médecins et des hommes de loi (Becquemin, 2003). Lorsqu'il est réintroduit dans les années 1950, le case-work devient, pour un temps, le fer de lance du service social. Il est utilisé en protection de l'enfance pour examiner les problèmes familiaux tout en changeant les normes d'actions selon les perspectives des psychanalystes de l'enfance et des assistantes sociales formées à ce nouveau cadre d'action. À l'époque, le processus de diffusion du case-work et l'engouement qu'il suscite dans certains milieux sont connus (Vie sociale, 1996, 1999).

La traduction qu'en fait Myriam David en 1959 s'appuie sur les données de la revue américaine spécialisée *case-work*. Cette revue participe à la diffusion des savoirs du *social work*. Myriam David y combat les méthodes de la psychiatrie lourde, qui ne s'attache qu'aux troubles mentaux importants, et les théories héréditaires. Elle valorise la psychologie dynamique et présente les controverses sur la répartition des rôles entre psychiatre, psychologue et travailleur social ainsi que sur le mode de participation de la famille à la thérapie de l'enfant. Ses références, Epperson, Kraus, Syvester, sont utilisées pour montrer aux travailleurs

sociaux leur place aux côtés des analystes ; ses orientations sont étayées sur des études américaines et de l'OMS. Y domine l'idée que l'influence pathogène des attitudes parentales provoque des troubles émotionnels chez l'enfant. Pour le traitement, Myriam David préconise la simultanéité : l'enfant doit donc être pris en charge le plus tôt possible, la mère apparaît comme le partenaire le plus important, le père n'est pas à négliger pour autant ; il s'agit en définitive d'amener le parent à adopter une attitude plus adéquate vis-à-vis de l'enfant. L'association de la thérapie de la mère à celle de l'enfant fait partie des solutions envisagées. Myriam David évoque également l'existence des thérapies de groupes de parents, des écoles des parents et diverses pratiques psychanalytiques, « que la France ignore encore totalement excepté dans les services du docteur Lebovici » (David, 1959).

Myriam David vulgarise le case-work dans les revues spécialisées françaises (Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, Informations sociales, revue de l'Association Nationale des Assistantes de Service social, Actualités sociales, etc.). Elle énonce les principes du case-work, qu'elle traduit par le terme d'« aide psychosociale individualisée », en les illustrant par l'analyse de 4 à 5 cas concrets, à la manière de Mary Richmond. Elle contribue aux formations des cadres du service social lors des cycles d'études organisés par les Nations-Unies. Cependant, comme le signalent ceux qui, parmi les premiers, se sont penchés sur l'histoire du service social, « l'assistance à l'ancienne n'est pas prête d'être délogée » (Gerrand et Rupp, 1978). S'il suscite de l'enthousiasme, à Paris surtout, le family case-work ne fait pas tache d'huile en France. Les raisons de son faible degré d'influence, sur la durée, restent à découvrir. Dans certains services ou certaines écoles, il sera pourtant au cœur de l'action. C'est le cas à l'OSE (Œuvre de secours aux enfants) dont le but en 1933 était de préserver les enfants et les familles juives des persécutions nazies. Dans les années 1950, le case-work constitue l'essence du service social naissant de l'OSE dont les liens financiers et intellectuels avec les États-Unis ont été permanents. Ici, c'est la culture juive qu'il s'agit de restaurer à travers la famille dont les membres ont connu des traumatismes, des ruptures, pendant la guerre mondiale, puis durant les guerres d'indépendance en Afrique du Nord. Le service social de l'OSE est conçu pour répondre aux demandes des familles juives en difficulté ; laïc et non interventionniste, ce système s'inspire du modèle américain. Myriam David sera bien évidemment très active dans cette institution, dirigée par Vivette Samuel, qui sera qualifiée d'organisme pilote. Avec le concours de femmes psychanalystes formées aux États-Unis, des sessions de perfectionnement seront organisées, dans certaines écoles et services de la région parisienne (Paul Bearwald à Versailles, l'institut de service social de Montrouge, l'Uncaf, la MSA, la SNCF, ...) Et malgré la portée toute relative de cette innovation, le législateur trouvera, dans cette conception psycho-familialiste de la protection de l'enfance, un contenu clinique adéquat pour mettre en œuvre « une aide sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la

santé, la sécurité ou la moralité de leurs enfants » (décret du 7 janvier 1959).

Donner une consistance clinique à l'action préventive auprès des familles

La faible portée du décret de 1959

Si la loi fixe les définitions d'un problème dont l'expression a pu faire l'objet de controverses afin de tenter d'en imposer les modalités du traitement, elle n'obtient pas forcément la puissance symbolique espérée. C'est le cas du décret du 7 janvier 1959 qui institue une action familiale préventive confiée à l'aide sociale à l'enfance sous l'égide du ministère de la Santé et de la Population. Sa portée est alors considérablement restreinte par le succès de l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur la protection judiciaire de l'enfance en danger. Pendant la guerre, une opposition s'était formée entre les protagonistes de la Santé et ceux de la Justice pour la définition du traitement de la délinquance juvénile. En 1942 une loi (abrogée à la Libération) prévoyait d'étendre les attributions de la Santé à la délinquance juvénile au motif qu'elle serait une inadaptation ; la neuropsychiatrie était alors en vogue. Après la Libération et suite à l'ordonnance du 2 février 1945, la lutte s'est poursuivie, cette fois pour le monopole de la protection civile des enfants. Les divisions politiques s'étaient alors traduites par un clivage entre la Santé-Population, appuyée sur le MRP, et la Justice des mineurs, soutenue par des républicains civilistes. Le décret de janvier 1959, dont les termes ressemblent singulièrement à ceux du texte judiciaire rival (excepté dans la déclinaison du familial) apparaît comme un texte affaibli par les ambiguïtés qui président à sa rédaction. À la lecture des archives, on comprend que sa préparation au sein même des services administratifs de la Santé-Population et en présence de personnes qualifiées a soulevé de nombreuses résistances. On exhumait là une politique interventionniste appliquée sous Vichy dont les bases avaient été remaniées ultérieurement pour faire l'objet de deux projets de loi successifs. Ces projets furent rejetés : le fait de mandater des services administratifs départementaux pour agir auprès des enfants dans les familles était considéré contraire aux principes démocratiques. En 1959, cette idée était en complète contradiction avec la déontologie du service social qui se refusait à toute forme de délation. Par ailleurs, l'implantation d'un service de prévention risquait de concurrencer d'autres professionnels (les services sociaux judiciaires, de polyvalence et de catégories). Seuls les modèles, estimés satisfaisants, de la PMI (service public médicosocial proposé aux familles pour les 0-6 ans) et de l'OSE (association de service social pour les familles juives) rendaient le projet envisageable. En 1961, une circulaire en définit l'application sans lui donner pour autant plus d'esprit.

Toutefois, ce décret permet de poser administrativement le problème de l'organisation, estimée désastreuse, de l'aide sociale à l'enfance. Son

architecture garde, en effet, les traces du XIX^e siècle. Au début des années 1960, la situation est la suivante : l'administration générale de l'ASE est centralisée à Paris ; douze mille mineurs (0-21 ans) par an sont « déposés » à l'hospice de Saint-Vincent-de-Paul, parfois sans aucun renseignement sur leur situation ; selon les cas, ils peuvent être « délestés » dans les cinq établissements annexes de l'hospice ; des convois d'enfants sont organisés deux fois par mois vers les trente-trois agences de placement familial réparties en France ; il n'existe aucune visibilité des disponibilités des familles d'accueil. En somme, les problèmes d'effectifs sont cruciaux à tous les niveaux du système compte tenu du nombre d'enfants à recevoir. Par exemple, l'agence de Bayonne, est gérée par deux assistantes sociales qui surveillent huit cent cinquante enfants placés en nourrices.

Un important problème de flux, donc, pour les six assistantes de l'ASE de Paris, lié au droit inaliénable à l'assistance : tout enfant présenté par ses parents, par des tiers, par la justice, par la police ou venu par lui-même, doit être accepté sans exception. La belle idée est désormais déphasée et matériellement intenable ! Mettre un frein aux placements par le biais d'un service de prévention apparaît comme une solution à l'encombrement de l'ASE. Il faut aussi renverser le référentiel de l'ASE, le service étant jusqu'alors fondé sur la famille comme élément défectueux et non pas comme élément tangible. Là encore, Myriam David, sert de levier pour le changement ; elle est épaulée par Vivette Samuel, directrice de l'OSE, toutes deux vont donner une consistance clinique à la réforme.

Les raisons d'une prévention psychosociale et précoce

« L'enfant placé emporte avec lui l'image de sa famille, aussi déficiente soit-elle » (Samuel et David, 1962) est l'argument des services associatifs parisiens⁵ qui expérimentent, dans le département de la Seine, la prévention définie par le décret de 1959. Ces services sont intéressés par une action préventive qui se déroulerait au sein des familles, sans placement, ou bien qui permettrait de maintenir les liens durant le temps d'un placement demandé ou accepté par la famille. Le but est de restaurer les relations familiales pour le bénéfice de l'enfant. En réalité, les directrices des trois services associatifs parisiens impulsent la réforme de l'ASE ; ces institutions ont à gagner une clientèle, une reconnaissance légale pour une nouvelle forme d'action, des fonds, un bénéfice symbolique autour de nouvelles valeurs à défendre. Elles rognent les prérogatives des services sociaux de droit commun et celles de l'ASE, mais tous finiront par s'entendre en raison des apports cognitifs de Myriam David et de ses talents de médiatrice.

Myriam David intervient lors de tables rondes auprès des différents protagonistes en tant qu'experte clinicienne (1961-1963). Si certains insistent sur la culpabilité des parents et sur leurs difficultés à avoir des contacts avec l'enfant placé et sa famille nourricière, Myriam David met l'accent sur le sens que l'enfant peut donner ou non à son placement : il a besoin de savoir à l'avance où il va et si le placement est définitif ou bien s'il

5. Œuvre de secours aux enfants, Sauvegarde de l'adolescence, Association Olga Spitzer.

y aura un retour ; il doit être rassuré par un accompagnement éducatif qui positive le placement. Elle prend le point de vue de l'enfant qui intériorise négativement un placement inexpliqué : « je suis mauvais, mes parents sont mauvais et on nous sépare » (*id*). Un travail en profondeur doit, selon elle, être fait avec la famille et avec l'enfant, en amont de la séparation, pour que l'enfant ait un meilleur devenir que celui de ses parents. Elle avertit l'assistance des processus psychiques de l'enfant placé, comme l'idéalisation du milieu familial ou son rejet si l'enfant s'attache à la famille nourricière, avec ses conséquences pernicieuses sur le retour en famille, le cas échéant. Si de telles assertions sont, à l'époque, une découverte pour les assistantes auditrices, elles reposent sur des bases qui paraissent incontestables : les études cliniques évoquées plus haut auxquelles s'ajoutent, avec la présence de Vivette Samuel, l'expérience de l'OSE qui, dès 1933, avait accueilli des enfants juifs arrachés à leur famille. L'histoire contribue donc à façonner un point de vue qui ne laisse pas indifférents quelques hauts-fonctionnaires impliqués vingt ans plus tôt dans la Résistance.

Corrélativement au travail sur la séparation dont le but est de prévenir les désordres psychiques de l'enfant, de favoriser son retour en famille ou son intégration définitive dans une famille d'accueil, la nécessité de réguler les flux de l'ASE donne de la pertinence à la notion de « prévention précoce » dont les associations parisiennes tireront profit. Myriam David introduira, en 1965, le syntagme avec cet argument : « l'intérêt majeur des services de prévention est d'inaugurer un effort de dépistage et d'action précoce pour sauvegarder les enfants vivant dans des situations carencielles, avant qu'ils ne soient victimes d'une mesure de sauvegarde d'autorité » (David et Samuel, 1965). Ici, c'est l'institution judiciaire qui sert de repoussoir. Lors des nombreux séminaires, tables rondes, colloques, etc., Myriam David fait preuve d'une habileté qui consiste à ne jamais délégitimer les professionnelles en action en élevant les questions au niveau des logiques institutionnelles qui les surplombent. La question de l'humanisation des grandes collectivités (asiles psychiatriques, hôpitaux, crèches) la préoccupe ; elle compare la réforme institutionnelle à l'aide à la personne : une progression lente et difficile. Mais à ce stade de développement de l'État providence, on peut y croire.

Épilogue

Myriam David fait partie des médecins psychanalystes qui ont contribué, dans la deuxième moitié du XX^e siècle, à réajuster les finalités de l'ASE et du service social en recentrant l'attention sur l'enfant dans une perspective familialiste ouverte à une élaboration sur ses besoins psychiques. Aussi modeste soit-il, ce cadre de pensée et d'action s'est maintenu au niveau juridique et institutionnel jusqu'à la fin des années 1980. Mais a-t-il été réellement considéré lors des processus de réformes qui ont engendré les

deux lois du 5 mars 2007⁶ ? L'enjeu est celui de la place d'une clinique de l'enfance, dont on comprend qu'elle passe en arrière plan dans la bataille politique. En effet, ces lois sont essentiellement les fruits d'une opposition entre l'UMP et un groupe de personnalités socialistes et centristes. Les seconds ont lutté pour que le projet de réforme de la protection de l'enfance ne soit pas absorbé par les logiques sécuritaires des premiers, notamment lors de la préparation de la loi sur la prévention de la délinquance en 2006 (Becquemin, 2008). La représentation de l'enfant en danger qui s'était stabilisée au milieu du XX^e siècle s'est donc radicalement transformée, au seuil du XXI^e siècle, avec la mise en exergue des droits et responsabilités parentales. Le familialisme se décline désormais sous le paradigme d'une parentalité exclusive qui laisse peu de marge de manœuvre aux professionnels de l'éducation. Beaucoup d'entre eux s'accordent sur le constat de la disparition d'une pensée globale de l'enfance. Une tendance que ne compense pas la montée des droits de l'enfant au plan international du fait que leur expression comporte de fortes contradictions (Renault, 2002). Ce processus se caractérise par le retour d'une justice pénale répressive qui sert de taquet à l'aide éducative, plus ou moins contrainte, parfois contractualisée, que les conseils généraux offrent aux parents via les services de l'ASE. Désormais maltraitance et délinquance sont les motifs de retournements préventifs qui se veulent, là aussi, précoces, mais plus inquisiteurs et plus contraignants que dans la précédente conception. Pour autant, les débats ne sont pas clos. Les conceptions de Myriam David et de ses collaborateurs restent légitimes pour un grand nombre de cliniciens et d'experts. On peut, par exemple, se référer aux positions défendues par le médecin psychiatre Maurice Berger depuis 2003 et lors de l'élaboration de la réforme de la protection de l'enfance. Plus largement, il faut également tenir compte des nombreux mouvements de professionnels et d'intellectuels qui réclament une véritable politique de l'enfance où l'espace de la clinique sera préservé.

6. sur la protection de l'enfance et sur la prévention de la délinquance (5 mars 2007).

Bibliographie

- Amado, G. (1962). Douze ans de pratique médico-pédagogique : un centre d'observation à Vitry. *La psychiatrie de l'enfant*, 4 (2), 443-508.
- Appell, G. (1953). Placements nourriciers. *Informations sociales*, 6-7, 59-79.
- Appell, G. (2003). Un début de carrière. *Spirale*, 25, 17-35.
- Aubry, J. (2003). *Psychanalyse des enfants séparés. Études cliniques, 1952-1986*. Paris : Denoël.
- Bass, D., Collot, D., Mignon, P. et Petitot, F. (2003). *Mais où est donc passé l'enfant ?* Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Becquemin, M. (2000). La loi du 27 juillet 1942 ou l'issue d'une querelle de monopole pour l'enfance délinquante. *Le temps de l'histoire*, 3, 31-52.
- Becquemin, M. (2003). *Protection de l'enfance. L'action de l'association Olga Spitzer, 1923-2003*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Becquemin, M. (2004). Les enjeux institutionnels du décret du 7 janvier 1959. *La protection de l'enfance : un espace entre protéger et punir. Études et recherches*,

7, 31-52.

- Becquemin, M. (2005). *Protection de l'enfance et placement familial. De l'hygiénisme à la suppléance parentale*. Paris : Petra.
- Becquemin, M. (2006). Aide sociale à l'enfance. In *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* (p. 52-55). Paris : Bayard.
- Becquemin, M. (2008). Les dérives de la protection de l'enfance. In M. Chauvière, *L'indigent et le délinquant. Pénalisation de la pauvreté et privatisation de l'action sociale* (p. 43-54). Paris : Syllepse.
- Bowlby, J. (1951). *Soins maternels et santé mentale*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Paris : Masson et Cie.
- Cahn, R. (1962). L'évolution des structures psychopathologiques des enfants inadaptés. *La psychiatrie de l'enfant*, 5 (1), 255-316.
- Chauvière, M. (1980). *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*. Paris : L'Harmattan, 2010.
- Chauvière, M. (2011). *L'intelligence du social en danger. Chemins de résistance et propositions*. Paris : La Découverte.
- Coppel, M. et Dumaret, A. (1995). *Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'Œuvre Grancher. Analyse d'un placement familial spécialisé*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- David, M. (1957). Perfectionnement en psychologie des assistantes sociales en cours d'emploi à la SNCF. *Annexes aux Actualités sociales*, 10, I-VIII.
- David, M. (1959). Problèmes de psychologie sociale appliquée et problèmes d'assistance. L'aide psycho-sociale. Contribution de l'assistante sociale à l'amélioration de la santé mentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 2 (2), 495-535.
- David, M. (1960). Rôle de l'assistante sociale dans le placement d'enfants. *Informations sociales. Les placements d'enfants*, 7, 5-11.
- David, M. et Samuel V. (1965). Les moyens d'aide, *Informations sociales. La prévention sociale et l'enfance en danger*, 1, 103-116.
- Gavarini, L. (2001). *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIe siècle*. Paris : Denoël.
- Guerrand, R.-H. et Rupp, M.-A. (1978). *Brève histoire du service social en France 1896-1976*. Paris : Privat.
- Hamilton, G. (1942). *Theorie and practice of social case work*. New-York : Columbia university press.
- Hirgorom, P. (1994). Historique des placements familiaux spécialisés en protection de l'enfance. *Sauvegarde de l'enfance. Placements familiaux historique et actualité*, 3, 179-191.
- Hugues, E. (1962). Les institutions américaines comme entreprises collectives. *Le regard sociologique*. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie (p. 139-173). Paris : EHESS. 1996.
- Lefaucheur, N. (1996). Dissociation familiale et délinquance juvénile ou la trompeuse éloquence des chiffres. In M. Chauvière, P. Lenoël et É. Pierre (dir.), *Protéger l'enfant, Raison juridique et pratiques socio-judiciaires XIXe-XXe siècles* (p. 123-133). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Ohayon, A. (1999). *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*. Paris : La découverte.
- Poumarède, J. (1996). Les tribulations de l'autorité paternelle de l'ancien droit au code Napoléon. In M. Chauvière, P. Lenoël et É. Pierre (dir.), *Protéger l'enfant, Raison juridique et pratiques socio-judiciaires XIXe-XXe siècles* (p. 23-35). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Renaut, A. (2002). *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*. Paris : Calmann-Lévy & Bayard.
- Robert, P. (1969). *Traité de droit des mineurs, Place et rôle dans l'évolution du droit français contemporain*. Besançon : IME.
- Robinson, V. P. (1934). *A changing psychology in social case work*. Chapel Hill : The university of North Carolina Press.

- Roudinesco, É. (1986). *Histoire de la psychanalyse. La bataille de cent ans*. Paris : Seuil.
- Roudinesco, É. et Appell, G. (1951). De certaines répercussions de la carence de soins maternels et de la vie en collectivité sur les enfants de 1 à 4 ans. *Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3-4, 106.
- Roudinesco, É. et David, M. (1952). Peut-on atténuer les effets nocifs de la séparation chez des enfants placés en institution ? *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 255-265.
- Samuel, V. et David, M. (1962). *Aide sociale à l'enfance de la Seine*. Document ronéoté.
- Soulé, M. (1953). *Problèmes psychologiques propres à la condition de pupille de l'Assistance publique*. Paris : Édition Germain.
- Vie sociale (1996). *À l'aube des savoirs en service social*, 4, 11-42.
- Vie sociale (1999). *Éléments pour une histoire du case-work en France*, 1.

Michèle Becquemin

MCF en sciences de l'éducation
REV-CIRCEFT - Université Paris Est Créteil

Pour citer ce texte :

Becquemin, M. (2012). Enjeux et mutations de la protection de l'enfance en France. *Cliopsy*, 8, 73-92.