

Accueil familial thérapeutique Pré Médard

Centre hospitalier Henri Laborit

| | |
|---|---|
| <p>RÉSUMÉ</p> <p>Le projet et ses objectifs</p> <p>Ce service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Henri Laborit intervient auprès d'enfants hospitalisés à temps plein en familles d'accueil et bénéficiant de mesures d'assistance éducative avec droits de visite et d'hébergement restreints des parents, en raison d'incapacités parentales sévères/chroniques et d'interactions pathogènes souvent liées à des troubles psychiques. L'accueil familial thérapeutique (AFT) médiatise les visites et propose plus globalement un accompagnement éducatif et thérapeutique aux protagonistes du placement (enfants, familles d'origine, familles d'accueil), afin de favoriser un développement harmonieux de l'enfant.</p> <p>Cadre et modalités d'intervention</p> <p>Pour éviter que la problématique familiale et le trouble du lien des parents n'envahissent l'espace d'accueil, l'AFT propose de créer des espaces différenciés (mais non clivés) pour la famille d'accueil et celle d'origine. Aucune rencontre entre ces deux espaces n'a lieu, des professionnels du service assurant le lien entre eux. Les assistantes familiales, salariées de l'AFT, sont quant à elles garantes d'un quotidien d'accueil au plus près des besoins de l'enfant et pensé sur le long terme.</p> | <p>DATE DE PUBLICATION Avril 2017</p> <p>LOCALISATION Vienne (86)</p> <p>PUBLIC CIBLE Enfants, parents</p> <p>TYPE D'INTERVENTION Placement familial, droit de visite</p> <p>THÉMATIQUE SPÉCIFIQUE Santé mentale, soutien aux professionnels</p> |
|---|---|

PRÉSENTATION DE L'ACTION

INTITULÉ, ANCIENNETÉ ET LIEU D'IMPLANTATION

L'accueil familial thérapeutique Pré Médard créé en 1991, est une des unités d'hospitalisation complète du Centre hospitalier (CH) Henri Laborit de Poitiers, au sein du pôle E regroupant les activités de pédopsychiatrie.

Le service était originairement implanté dans le centre-ville de Poitiers. En raison de locaux inadaptés (en sous-sol, très bruyants), le service a déménagé en 2007 en périphérie de la ville dans la commune limitrophe de Saint-Benoit. Le service partage aujourd'hui ses locaux avec le CMP petite enfance et adolescent. Un prochain déménagement est envisagé d'ici 2018, à quelques kilomètres du lieu actuel.

SERVICE GÉRANT L'ACTION

Centre hospitalier Laborit de Poitiers
370 avenue Jacques Cœur
CS 10587 86021 Poitiers Cedex

PERSONNE À CONTACTER

Dr Jean-Louis Nouvel
Pédopsychiatre, responsable de l'AFT Pré Médard
7, rue des Anciennes Serres 86280 Saint-Benoît
Tel : 05.49.52.34.77

ÉCHELLE DE L'ACTION (GÉOGRAPHIQUE, NOMBRE D'USAGERS CONCERNÉS)

L'AFT suit 20 enfants confiés à des familles d'accueil résidant dans le département de la Vienne (86). À l'entrée dans le service les parents des enfants habitent le département. Le service gardien à l'entrée est l'ASE du département de la Vienne (86).

CADRE JURIDIQUE

La majorité des enfants est accueillie dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative (art 375 du Code civil), pour lesquels les droits de visite et d'hébergement des parents sont restreints et les visites médiatisées par le service. Le service gardien est l'ASE.

FINANCEMENT

L'AFT est un service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Henri Laborit, son financement est donc hospitalier. Les enfants sont en hospitalisation temps plein en famille d'accueil (budget sécurité sociale). Le prix de journée de l'AFT au 1^{er} mai 2016 était de 232 euros.

Les assistantes familiales sont salariées de l'hôpital. Leur salaire est aligné sur celui des assistants familiaux de l'ASE. Une indemnité journalière leur est versée au prorata de la présence de l'enfant chez elle dans le mois. Les autres frais (habillement tous les mois, argent de poche etc.) sont assurés par l'ASE.

ÉLABORATION DU PROJET

CRITÈRES AYANT MOTIVÉ LE PROJET

Avant la création de l'AFT, les hôpitaux de jour des secteurs de pédopsychiatrie pouvaient faire appel à des familles d'accueil. Dans des contextes de carences affectives et éducatives, certains enfants étaient accueillis en « internat familial » de semaine. Les décisions de séparations n'étaient alors pas encadrées par la justice dans l'objectif « d'éviter le signalement et de maintenir l'alliance thérapeutique avec les parents ». Puis sur l'instigation du Professeur D. Marcelli, une unité fonctionnelle d'accueil familial thérapeutique a été instituée accueillant des enfants bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative ou non.

Dans le même temps, une unité mère-bébé était en cours de création. La création conjointe de ces deux structures a entraîné des influences importantes (théoriques et pratiques) pour concevoir la philosophie de l'accueil proposé. Initialement, l'AFT a été pensé davantage selon le modèle de l'unité mère-bébé avec pour but un retour en famille naturelle après un temps d'accueil de l'enfant sur 4 à 5 ans au maximum. Le travail sur le lien s'effectuait par des visites en présence d'un tiers (infirmière) au rythme d'une fois par semaine et sur des durées de 2 à 3 heures. Les espaces famille d'accueil/famille naturelle étaient peu différenciés. Les contacts entre les assistantes familiales et les familles pouvaient être très importants en durée et fréquence et laissés libres, sans accompagnement d'un autre professionnel de l'équipe. Ceci entraînait le plus souvent un envahissement de l'espace d'accueil de l'enfant par la problématique familiale qui est à la base même des raisons de la séparation. Après quelques années avec ces modalités de fonctionnement, l'observation de trouble important du développement chez les enfants a questionné l'équipe. L'impression d'enfants séparés physiquement mais non psychologiquement du fait d'une rythmicité de rencontre avec les parents trop importante, l'absence d'espace libre de développement suffisant entre deux rencontres pour les enfants, l'épuisement de l'équipe qui ne voyait plus le sens de son travail et le but inscrit dans le projet du service devenant au fur et à mesure des années inatteignables du fait de l'immuabilité parentale, l'ensemble de ces constats ont amené à penser ce travail d'accueil différemment.

Progressivement, à partir des années 2000, des changements ont été pensés, en appui sur les éléments cliniques observés chez les enfants. Ils ont été réalisés très progressivement à partir d'essais de pratiques et de réflexions importantes sur les erreurs commises. Les principes du service sont aujourd'hui de « créer des espaces différenciés » – mais « non clivés » – avec d'un côté la famille d'accueil et de l'autre la famille d'origine. Aucune rencontre entre ces deux espaces n'a lieu, et cela est garanti par les professionnels du service qui assure le lien entre les deux. Dans un premier temps, des rencontres entre famille d'origine et famille d'accueil ont été organisées de façon très encadrée. Elles avaient lieu avant l'arrivée de l'enfant dans la famille d'accueil ou au tout début. Une évolution (à partir de 2005/2006) a été pensée suite au retour d'expérience d'une assistante familiale. Elle a pu raconter, trois ans après, le traumatisme que cela avait été pour elle de rencontrer la famille d'origine de l'enfant dont elle s'occupait, et l'impact que cela avait pu avoir dans sa relation avec l'enfant (difficultés dans la poursuite de l'accueil). Aujourd'hui, même si des demandes de rencontres peuvent émerger au début de l'accueil du côté des parents, ces dernières s'arrêtent assez vite du fait de l'accompagnement proposé par les professionnels de l'équipe et des descriptions concrètes du quotidien de leur enfant qui leur sont faites. Les professionnels ont pu dire au regard de témoignage de certains parents que « finalement, pour les parents, c'est plus simple de ne pas voir la famille d'accueil ». Les parents ne peuvent ni envoyer de courrier, ni téléphoner à leur enfant directement; tout passe par le service. Même si cela peut se compliquer quand l'enfant grandit, l'intérêt d'avoir proposé un accueil très précoce et d'avoir travaillé avec l'enfant sur les difficultés réelles de ses parents permet qu'il ait appris à s'en protéger. L'équipe a pu témoigner que « quelque chose de notre certitude, de notre conviction en nos pratiques, est très contenant pour les parents »; cela assure le respect des espaces par chacun.

Les changements proposés par la suite (encadrement par deux personnes et limitation du nombre de visites, absence de rencontre entre assistante familiale et parents) ont permis aux enfants de trouver dans leur famille d'accueil un espace d'apaisement pour poursuivre leur développement. Le nouvel objectif du service n'était alors plus de tendre vers le retour en famille, mais de favoriser un développement harmonieux de l'enfant. Un remaniement complet des positions du service sur le lien parents-enfant et ses modalités d'accompagnement a été ainsi réalisé.

Ces changements dans les pratiques ont d'abord pu entraîner des difficultés avec les partenaires : les juges des enfants n'ont pas compris au départ les demandes de changement de rythme des visites (de 2/3 fois par semaine à une fois par mois) et l'ASE a pu reprocher au service « de ne pas respecter les droits des parents ». L'équipe a pu témoigner que la qualité de leurs écrits relatifs à l'enfant et aux interactions

parents-enfants a permis un apaisement des tensions avec l'extérieur. Les écrits de l'équipe sont constitués d'observations très détaillées des interactions observées pendant les visites médiatisées. La description fine des manifestations somatiques et psychiques des enfants avant/après les visites a permis de montrer aux juges l'intérêt d'en limiter la fréquence pour certains enfants. Les principaux indicateurs utilisés par le service pour adapter la rythmicité des visites sont les symptômes éventuellement présentés par l'enfant comme les troubles de l'alimentation, du sommeil, du comportement, etc. Ils sont observés dans l'ensemble des lieux fréquentés par l'enfant : aussi bien chez l'assistante familiale, qu'à l'école, etc., avant et après la visite. Les juges des enfants ont également été invités lors de temps institutionnels, ce qui a permis une présentation des pratiques du service et des soubassements cliniques à leur origine et ainsi une meilleure compréhension et articulation des pratiques de chacun : « la temporalité judiciaire et la temporalité de la pédopsychiatrie n'étant pas exactement les mêmes ». Les derniers changements législatifs (particulièrement la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant) et le recentrage sur l'intérêt de l'enfant ont aussi permis des évolutions dans les relations.

PERSONNE(S) À L'INITIATIVE DU PROJET

Le projet a été impulsé par le Pr D. Marcelli, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile du CH Henri Laborit de Poitiers depuis 1989.

RÉFÉRENCES À UN PROJET DU MÊME TYPE

L'AFT de Poitiers a été construit en référence aux travaux et pratiques soutenus par le Réseau d'intervenants en accueil familial d'enfants à dimension thérapeutique (RIAFET) qui rassemble des professionnels d'unités d'accueil familial thérapeutique sanitaires, d'accueils familiaux thérapeutiques ou spécialisés associatifs, d'accueils familiaux départementaux de l'aide sociale à l'enfance, qui conduisent des réflexions sur le dispositif d'accueil familial (www.riafet.asso.fr).

La dimension « thérapeutique » de ce type d'accueil familial trouve sa source dans les travaux de Myriam David (David M. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : ESF, 1989; David M. *et al. Enfants, parents, familles d'accueil. Un dispositif de soins : l'accueil familial permanent*. Toulouse : Erès, 2003; David M. *Prendre soin de l'enfance*. Toulouse : Erès, 2014).

Pour Myriam David, en permettant à l'enfant de « vivre en "sécurité" à distance de ses parents tout en les conservant vivants en lui », en lui procurant la prise en compte de ses besoins, des expériences nouvelles et enrichissantes, un soutien affectif stable, le placement familial « constitue un terreau nécessaire à la poursuite du développement de l'enfant et un socle à partir duquel il devient possible pour

le service d'accueil familial d'entreprendre un ensemble de soins psycho-socio-éducatifs et relationnels [...]»¹. Ces soins « visent à favoriser l'assouplissement et l'évolution des liens de l'enfant avec ses parents vers des positions plus compatibles avec les nécessités de son développement ».

La dimension thérapeutique de ce type d'accueil repose donc sur l'ensemble de la prise en charge proposée par le service et particulièrement les modalités d'accompagnement des visites médiatisées. La dimension thérapeutique n'implique pas une prise en charge individuelle de l'enfant par les soignants de l'équipe. Si celle-ci s'avère nécessaire, elle aura lieu en dehors de l'AFT et sera réalisée par un/des praticiens extérieurs.

RÉFÉRENCES THÉORIQUES

L'ensemble de l'équipe s'appuie sur un référentiel psychanalytique pour travailler mais aussi sur les connaissances des neurosciences et la théorie de l'attachement.

PUBLIC VISÉ

Les enfants accueillis à l'AFT sont issus de familles pour lesquelles les observations et évaluations ont pu montrer une incapacité parentale sévère et chronique, souvent associée à des troubles psychiques, qui entraîne la nécessité d'envisager un placement au long cours. L'indication d'entrée est constituée par l'observation d'interactions hautement pathogènes entre parents et enfants en lien avec une pathologie parentale chronique. L'entrée des enfants se fait préférentiellement avant 6 ans afin de travailler précocement les liens qui se constituent avec la famille d'accueil, dans laquelle l'enfant est pleinement intégré au quotidien.

MOYENS EN PERSONNELS, FINANCIERS, LOCAUX SOLlicitÉS OU ADAPTATION DES MOYENS EXISTANTS

Composition de l'équipe

L'équipe d'accompagnement (les professionnels de l'AFT, sans les assistantes familiales) est composée : d'un pédopsychiatre responsable du service, à 60 %, présent dans le service depuis 1998 ; d'une psychologue à 50 %, dans le service depuis 2009 ; d'une assistante sociale à 50 %, depuis 2008 ; d'une cadre de santé à 40 % qui vient juste d'arriver dans le service ; de deux référentes à temps plein présentes depuis 2003 (une éducatrice spécialisée et une infirmière) ; une infirmière à 30 %, présente depuis 2015, occupe le double rôle de référente-enfant pour une situation et de référente-visites, d'une secrétaire à mi-temps dans le service depuis 1998. Les professionnels travaillent

donc tous à l'AFT depuis plusieurs années, ce qui permet au-delà d'une très bonne connaissance des situations, une continuité importante des références enfants et visites et un savoir-faire élaboré et partagé ensemble. Dans l'ensemble, la composition de l'équipe a peu évolué depuis la création du service. Des stagiaires infirmières et psychologues rejoignent régulièrement l'équipe.

Les assistantes familiales de l'AFT sont spécialement recrutées lorsqu'une situation a été validée pour admission. C'est l'assistante sociale du service qui réalise la procédure de recrutement (voir *infra*). En raison des durées longues d'accueil (depuis la petite-enfance jusqu'à la majorité de l'enfant) les assistantes familiales n'accueilleront qu'un seul enfant de l'AFT. Du fait de leur âge plus avancé à la fin d'un accueil, il n'est pas possible qu'elles puissent être remobilisées pour un nouvel accueil d'un bébé au long cours. Le service calcule l'âge actuel de la famille d'accueil en y ajoutant 18/20 ans. L'objectif est de proposer à l'enfant une continuité de personne pendant tout son accueil et de ne pas avoir à penser des ruptures dommageables pour son développement. Le service souhaite que la famille soit dans une dynamique d'accueil familial où l'enfant va trouver une place et être pleinement intégré au fonctionnement de la famille d'accueil.

Les locaux

Le service est situé au deuxième étage du bâtiment accueillant au RDC et 1^{er} étage le CMP.

Les locaux de l'AFT sont constitués : d'un secrétariat, d'une salle de réunion partagée avec le CMP, de différents bureaux (celui du pédopsychiatre, de la psychologue, de l'assistante sociale, des référentes-enfant) et d'une salle dédiée aux visites médiatisées, celle-ci constitue une des spécificités du service de par son aménagement issu d'une réflexion importante de l'équipe d'accompagnement.

La salle de visites médiatisées (37 m² environ) a été organisée en deux parties distinctes, séparables par une porte à double battants. L'entrée se fait dans la première partie (1/3 de la surface totale) dans laquelle se trouve un espace cuisine/point d'eau avec machine à café, vaisselle. Des jouets moteurs (tricycles, etc.) sont à disposition près de la porte. La deuxième partie de la salle, plus grande (2/3 de la surface totale), propose différents espaces : des étagères comportant de nombreux jeux en accès libre et adaptés aux différents âges ; une grande table ronde et des chaises ; un espace avec canapé et table basse ; des tapis de jeux, etc.

L'organisation de cette salle en deux sous-espaces avec portes entre eux et présentant de nombreux recoins offre aux enfants la possibilité de se cacher et d'instaurer des jeux symboliques de séparation-retrouaille, mais également de se protéger du regard et de la présence des adultes s'ils en ressentent le besoin. Les professionnels ont pu raconter

1. David M. *Prendre soin de l'enfance*. Toulouse : Erès, 2014.

comment certains enfants leur « confiaient » leurs parents et allaient jouer plus loin pendant les échanges. Le canapé, situé en face de la porte d'entrée, permet également des mises en scènes de rencontres/retrouvailles entre parents et enfants. La salle n'est pas trop grande afin d'être contenante et elle est décorée et aménagée de façon à être un lieu chaleureux.

Dans un an, le service devrait déménager dans de nouveaux locaux, actuellement en construction, plus proches de l'hôpital. L'AFT sera intégré aux différentes parties du futur CMP en construction. Ces nouveaux locaux ont fait l'objet d'une importante réflexion quant à la configuration architecturale des lieux. Par exemple, deux entrées distinctes permettront d'accéder au service : une pour les parents ; l'autre pour les assistantes familiales et les enfants lorsque ces dernières les emmèneront pour leur temps de visites médiatisées. Cette deuxième sortie pourra également être utilisée lors de visites compliquées, voire violentes, dans le but de protéger les enfants.

OBJECTIFS DU PROJET

Permettre aux enfants confiés dont les parents présentent des dysparentalités majeures et chroniques de se développer le plus harmonieusement possible en leur proposant :

- un accueil familial au long cours et une inscription importante dans une dynamique et un quotidien familial d'accueil ;
- un accompagnement éducatif et thérapeutique de l'ensemble des protagonistes du placement en accueil familial permettant un travail sur les liens enfant-parents et enfant-famille d'accueil.

DATE DE DÉBUT DU PROJET

1991/1992

DATE DE DÉMARRAGE DE L'ACTION

2000 pour l'action telle que définie dans la fiche.

GRANDES ÉTAPES D'ÉVOLUTION CHRONOLOGIQUE

1991-1992

Création conjointe de l'AFT et de l'unité mère-bébé.

1992

Ouverture du service.

2000

Tournant dans les pratiques de l'AFT, changement des objectifs de prise en charge, éloignement de la philosophie de l'unité mère-bébé prônant le retour en famille.

2000-2002

Cycle de formation de deux ans avec Geneviève Mermet, psychologue, pour l'ensemble de l'équipe d'accompagnement. Cette formation a ensuite donné lieu à une réécriture du projet.

2005-2006

Changement des principes d'accueil, arrêt des rencontres entre familles d'accueil et famille d'origine.

2007

Déménagement dans les nouveaux locaux.

DESCRIPTION DE L'ACTION À CE JOUR

DESCRIPTION DE L'ACTION EFFECTIVE

Le déroulement d'un accueil à l'AFT

1. La sollicitation du service en vue d'un accueil

Le service peut être sollicité par n'importe quelle structure/ personne travaillant en/auprès de la petite enfance (ASE, pouponnière, unité mère-bébé, MJIE, CMP, etc.). Le plus souvent, l'ASE contacte le service après une réunion de concertation avec l'institution ayant en charge la situation.

Une première présentation rapide de la situation est faite lors d'un appel téléphonique au pédopsychiatre responsable de l'AFT afin de savoir si elle répond aux indications du service (pré-indication). Les indications d'admission à l'AFT sont caractérisées par des liens parents-enfant pathogènes du fait de dysparentalités majeures et chroniques, nécessitant un accueil au long cours de l'enfant en famille d'accueil.

Les critères relatifs à la situation motivant un refus sont par exemple :

- un enfant séparé dont le retour en famille est en cours de préparation et qui voit ses parents avec une rythmicité pluri-hebdomadaire;
- un enfant trop âgé (au-dessus de 13 ans), le service ayant un objectif de travail sur le lien à l'assistante familiale au long cours.

Suite à cette première présentation rapide et si la situation ne remplit pas les motifs d'un refus d'admission, l'AFT demande au(x) service(s) à l'initiative de la demande de venir présenter l'enfant lors d'un temps de réunion à la suite duquel sera décidée l'admission. Les différents services ayant déjà été sollicités pour cet enfant sont les bienvenus à cette réunion. L'AFT demande aussi que lui soient fournis certains éléments du dossier de l'enfant : les ordonnances, les OPP, les premiers signalements qui donnent souvent des indications sur le fonctionnement familial à l'origine de l'accueil, les rapports qui ont déjà été écrits, etc. L'ensemble de l'équipe de l'AFT est présente pour cette première réunion. Les autres professionnels viennent à l'AFT pour présenter la situation et le service peut poser des questions à propos de : la situation juridique, l'histoire de l'enfant, de la famille (élargie), de la grossesse, l'enfant tel qu'il est, tel qu'il se développe, les interactions parents-enfant, etc.

À l'issue de cette réunion de présentation, l'indication d'entrée dans le service est validée ou invalidée. Par la suite, l'équipe de l'AFT se réunit afin de déterminer qui sera référent-visite, référent-enfant; comment la situation est envisagée dans sa globalité ainsi que les axes de travail. Le rythme de visites est également questionné par les professionnels afin de l'indiquer à l'ASE qui en fera part au juge des enfants.

2. Recruter une assistante familiale

Le recrutement d'une assistante familiale se fait collégialement. L'assistante sociale de l'AFT a pour rôle, grâce à son réseau, de proposer des candidatures correspondantes aux exigences du service lors de l'entrée d'un enfant. Certaines de celles-ci sont spontanées, les assistantes familiales ayant entendu parler des modalités de fonctionnement du service. Les assistantes familiales sélectionnées par l'assistante sociale sont par la suite rencontrées par le pédopsychiatre et la psychologue de l'AFT. Selon l'enfant, son profil, son âge, l'assistante sociale va ensuite pouvoir choisir une assistante familiale parmi la liste qu'elle a constituée. Elle va

lui téléphoner et lui demander si elle a une place actuellement. L'ASE peut également lui communiquer des noms de familles d'accueil à sa demande.

Lors d'une candidature, une première visite, réalisée par l'assistante sociale, au domicile de l'assistante familiale, est programmée pour évaluer le profil de cette dernière : son histoire, pourquoi elle a voulu être assistante familiale, comment elle a entendu parler du métier. Ensuite, l'assistante sociale présente l'AFT et les façons de travailler afin de discuter avec l'assistante familiale de la manière dont elle peut ou non se projeter dans l'accueil d'un enfant de l'AFT. Des conditions particulières sont requises et il s'agit de s'assurer que l'assistante familiale en ait conscience et les accepte. Parmi ces conditions, on retrouve : un accueil au long cours; un très jeune enfant/un bébé; l'implication de sa propre famille, de ses propres enfants, de son conjoint; un accueil à temps complet (pas de congé sans l'enfant); ne pas accueillir trop rapidement un autre enfant afin que l'enfant accueilli puisse se poser; accepter de ne pas partir en vacances pendant les 6 premiers mois qui suivent l'arrivée du bébé afin de lui laisser le temps de s'installer, etc. Les assistantes familiales sont également prévenues qu'elles seront fréquemment sollicitées, qu'elles devront venir très souvent au service, que l'équipe va être amenée à venir régulièrement faire des visites à domicile (VAD). Les référentes expliquent qu'elles « rentrent dans l'intimité de la famille ». De nombreux appels téléphoniques seront aussi réalisés pour prendre des nouvelles, savoir comment va l'enfant, si des difficultés ont émergé, etc. Une confiance réciproque doit s'installer entre les différents professionnels qui gravitent autour de l'enfant et, pour cela la participation de l'assistante familiale est indispensable.

L'objectif de cette première rencontre est de questionner les représentations de l'assistante familiale à propos de l'enfant et de son accueil, et de s'assurer que celles-ci sont en accord avec les pratiques du service. L'assistante sociale peut lui poser des questions comme : « cet enfant sera accueilli chez vous, comment vous envisagez de prendre soin d'un bébé, de faire participer cet enfant à votre vie de famille ? », « comment envisagez-vous le fait qu'il n'y aura pas de rencontre directe avec la famille d'origine de l'enfant ? »; « comment envisagez-vous la place de tiers du service, le travail d'équipe très important et la présence importante de l'équipe dans votre vie de famille ? », etc. Une référente-enfant peut accompagner l'assistante sociale lors de cette première rencontre.

Lors de la sélection en vue de l'arrivée d'un enfant, l'âge des enfants de l'assistante familiale ainsi que leurs prénoms sont des critères. Ces derniers ne devant pas être trop proches en âge, ni porter le même prénom, que l'enfant accueilli – pour que cet enfant ait vraiment une place et atténuer d'éventuelles rivalités. La famille d'accueil doit également vivre dans un secteur géographique différent de celui de la

famille d'origine (grands-parents inclus) afin d'éviter les rencontres inopinées dans la vie de tous les jours.

L'assistante sociale transmet ensuite toutes ses informations aux professionnels de l'AFT. Si les retours sont positifs, l'assistante familiale rencontrera le pédopsychiatre pour un premier entretien, puis la psychologue lors d'un autre entretien et enfin elle re-rencontrera le pédopsychiatre une nouvelle fois pour un deuxième entretien. Le pédopsychiatre se rend ensuite au domicile (au moins une fois) et il essaye d'y rencontrer le couple et les enfants.

Ensuite, l'AFT propose à l'assistante familiale : la signature des contrats de travail et d'accueil, la présentation plus précise de certains détails de fonctionnement du service, la formation de 60 heures si c'est un premier accueil, etc.

3. La rencontre des parents

Parallèlement au recrutement de l'assistante familiale, suite à la réunion avec les autres services, si l'indication d'entrée a été posée, une rencontre est proposée aux parents avec l'AFT et le service gardien. Elle a lieu à l'ASE et sont présents : le pédopsychiatre, le responsable de territoire ASE, le référent ASE. Deux RDV sont proposés aux parents, mais s'ils ne s'y présentent pas et n'ont pas prévenu de leur absence, le service considère qu'il a « fait ce qu'il fallait aussi bien du côté de l'autorité parentale, que du point de vue symbolique car pour accéder à un enfant, il faut s'adresser à son parent ». Si le parent ne se saisit pas de cette opportunité, l'AFT organise le premier contact avec l'enfant.

L'AFT pourra proposer une consultation au service aux parents. Parfois, quand les parents ont été en conflit important avec l'ASE, « cela leur permet de se dégager et de pouvoir se saisir de la nouvelle aide proposée par l'AFT ».

Dans un 1^{er} temps, le pédopsychiatre présentera la référente-enfant aux parents lors d'une consultation pour leur expliquer le rôle particulier que cette dernière aura auprès de leur enfant. Cette présentation aura lieu après sa rencontre avec l'enfant, en parallèle de l'arrivée de l'enfant dans le service, de sa rencontre avec ses référents, sa future famille d'accueil, etc. (voir *infra*). Dans un second temps, le référent-visite est présenté aux parents. Dans le processus de préparation de l'accueil, les référents enfant et visite viendront assister à des visites médiatisées dans le lieu actuel de placement (pouponnière, PF d'urgence, ASE).

4. La rencontre de l'enfant

La première rencontre de l'enfant est effectuée par le pédopsychiatre, comme un premier investissement de l'enfant dans le service. Quand l'enfant est accueilli en pouponnière, il va le rencontrer directement sur place, quand il est déjà en famille d'accueil, la rencontre a lieu à l'AFT. Quel que soit l'âge de l'enfant, ce premier contact permet au médecin

de se présenter à l'enfant et de lui parler du service. Il lui explique que d'autres professionnels de l'AFT vont venir lui rendre visite.

Peu de temps après le médecin revient voir l'enfant avec la référente-enfant désignée par l'AFT pour le lui présenter. Cela est fait dans le but de signifier à l'enfant qu'il est accueilli par une institution, et que ce n'est pas une personne isolée qui vient le voir. Après ce premier contact, la référente va s'inscrire dans le quotidien de l'enfant et aller le voir régulièrement (en moyenne 3 fois/semaine). Le rythme sera modulé selon le délai qui va s'écouler entre la préparation et l'accueil effectif. Si le recrutement de l'assistante familiale est encore incertain, les professionnels de l'AFT iront moins souvent dans un premier temps pour ne pas trop faire attendre l'enfant.

5. La rencontre de l'enfant et son assistante familiale

Avant la rencontre directe, il y a des échanges de photos, même si l'enfant est très petit. L'assistante familiale découvre l'enfant en photo et des photos de l'assistante familiale (l'assistante familiale seule, le couple d'accueil, les enfants, la maison, la chambre, le jardin) sont présentées à l'enfant. Ces deux présentations se font de manière très rapprochée. Les professionnels témoignent être toujours très étonnés de l'attention et l'intensité avec lesquelles de très jeunes enfants (6-8 mois) regardent ces photos.

Dans les quelques jours qui suivent, l'assistante familiale est présentée à l'enfant, accompagnée de son conjoint (les enfants du couple ne sont volontairement pas invités à cette première rencontre). Si l'enfant est accueilli en pouponnière, la rencontre a lieu sur place, si l'enfant est accueilli en famille d'accueil, cela se fait à l'AFT dans le bureau du pédopsychiatre. Sont présents à cette rencontre : la référente-enfant, le référent-visite, l'assistante familiale actuelle/le référent pouponnière et un autre professionnel de la pouponnière (psychologue, cadre). Entre cette première rencontre et l'arrivée effective de l'enfant, le temps préparatoire de l'accueil se déroule entre 3 ou 4 semaines minimum.

Suite à cela, l'assistante familiale va retourner voir l'enfant quasiment tous les jours pendant deux semaines. La référente-enfant est présente lors des deux premières visites puis une visite sur deux. La rencontre se fait très progressivement, l'assistante familiale va entrer peu à peu dans l'intimité de l'enfant (de quelques gestes à destination de l'enfant, prise au bras, donner à manger, changer, être là à la sieste, etc.).

À partir de la troisième semaine, différents temps de rencontre chez l'assistante familiale vont ensuite être programmés. L'enfant va d'abord passer un premier temps assez court – ¼ d'heure à 1 heure – chez l'assistante familiale. Il sera accompagné par son référent pouponnière et

sa référente-enfant de l'AFT. Dans le cas où l'enfant vivait chez une assistante familiale avant son arrivée à l'AFT, il est accompagné par sa référente de l'AFT et un autre professionnel du service. Les trajets seront faits dans la voiture du service. L'assistante familiale attend l'enfant chez elle, seule, son conjoint et ses enfants ne sont pas là. Dans un premier temps : les professionnels font le tour de la maison avec l'enfant afin qu'il puisse prendre connaissance doucement de ce nouvel environnement, découvrir la maison, le jardin et visiter sa chambre. À partir de là, l'enfant va aller très régulièrement chez l'assistante familiale, au minimum 3 fois par semaine pour des temps forts : goûter, repas, sieste. Progressivement sont mis en place les soins de maternage.

À l'issue de ces trois semaines de rencontre, l'enfant va passer une première nuit chez son assistante familiale, ce qui signe son entrée administrative dans le service.

Cette mise en relation progressive sera modulée selon l'état clinique de l'enfant, observé par les professionnels de l'AFT ; son rythme en sera ralenti ou accéléré.

Enfin, aucune rencontre entre l'enfant et son assistante familiale n'est prévue si des visites médiatisées avec les parents ont été organisées le même jour.

En amont de la rencontre avec l'enfant, l'assistante familiale va également réaliser 60 heures de formation dans le service. Les deux premières semaines sont consacrées au versant institutionnel, à la rencontre de l'équipe et à une formation théorique. Au niveau de la formation théorique :

- Le médecin et la psychologue assurent la partie clinique : besoins et développement de l'enfant ; dynamique du placement ; l'enfant dans le placement et la séparation, etc.
- L'assistante sociale propose la formation des volets juridique et administratif du placement : missions de l'ASE et du juge des enfants ; autorité parentale, etc.
- La cadre de santé assure la formation en lien avec l'institution hospitalière : fonctionnement de l'hôpital, visite du site, etc.
- Les référentes proposent : travail et place des référentes ; référentes et enfants ; référentes et assistantes familiales, etc.

Afin qu'elles puissent se représenter les accueils continus proposés par le service, les nouvelles assistantes familiales vont également pouvoir rencontrer 3 assistantes familiales du service représentant chacune des moments différents d'un accueil au long cours : une accueillant un bébé ; une, un enfant ; une, un grand adolescent, tous accueillis depuis leur jeune âge.

Elles participent aussi à la vie institutionnelle du service et assistent aux différentes réunions. Elles vont également assister – avec l'accord préalable des parents – à une ou

deux visites médiatisées concernant un enfant du service. Quand elles peuvent être présentes à deux visites, elles vont, pour la première, être du côté de l'accueil des parents, et pour la seconde être du côté de l'enfant (voir *infra* « Le protocole des visites »).

La fin de la formation des 60 heures englobe le travail préparatoire à l'accueil de l'enfant.

6. Le départ de l'enfant de son premier lieu d'accueil

QUAND L'ENFANT ÉTAIT ACCUEILLI EN POUPONNIÈRE

La référente-enfant et un autre professionnel du service vont aller chercher l'enfant. La référente-enfant n'y va jamais seule, car il n'est pas possible de s'occuper de l'enfant tout en conduisant. La référente est disponible pour l'enfant et se positionne au plus près de lui afin de permettre des échanges de regard et au besoin des contacts physiques (comme tenir la main). L'équipe témoigne que ces pratiques sont assez récentes et résultent d'un travail de réflexion. Auparavant, le deuxième professionnel n'était pas mobilisé pour assurer la conduite et la référente y allait seule et était alors moins disponible au besoin de l'enfant d'être rassuré.

Après sa première nuit, ou un premier week-end, l'enfant, accompagné par sa référente et son assistante familiale va retourner une dernière fois à la pouponnière pour un temps d'au revoir². Il pourra y rencontrer les professionnels qui ont particulièrement pris soin de lui pendant son accueil. C'est à ce moment que l'enfant reçoit son album de vie ainsi qu'un écrit dans une enveloppe fermée où lui sont expliquées les conditions de son arrivée à la pouponnière, avec éventuellement une copie de l'ordonnance judiciaire.

QUAND L'ENFANT ÉTAIT EN FAMILLE D'ACCUEIL

La première famille d'accueil accompagne l'enfant à l'AFT avec l'ensemble de ses affaires. Pendant que l'enfant est accueilli par sa référente dans le service, les autres professionnels se chargent de déplacer ses affaires de la voiture de sa première assistante familiale vers celle du service. Ensuite, après un temps d'au revoir dans le bureau du pédopsychiatre, l'enfant part du service avec sa référente et l'accompagnateur de l'unité. Un espace de parole est systématiquement proposé à la première assistante familiale. Les professionnels de l'AFT et l'enfant s'installent ensuite dans la voiture, comme décrit précédemment. Dans de très rares situations, et pour des difficultés importantes de séparation, le service a pu être dans l'obligation d'aller chercher l'enfant directement chez sa première assistante familiale.

2. Cette pratique est assez récente et est le fruit d'une évolution à la fois de la pouponnière et du service sur ces moments de départ.

7. L'installation de l'enfant chez son assistante familiale et dans le service

Après la séparation avec le lieu de placement initial, la référente accompagne donc l'enfant chez l'assistante familiale, qui l'attend chez elle. La référente restera environ 1 h. Le moment d'arrivée de l'enfant chez l'assistante familiale est réfléchi et dans l'idéal adapté aux rythmes de l'enfant (selon l'horaire de sa sieste, de son biberon, etc.); il est également organisé le matin, afin d'éviter des difficultés la nuit ou dans la soirée. La référente téléphone à l'assistante familiale dans la soirée pour savoir si la journée s'est bien passée.

Du fait de l'attention apportée à la réalisation du planning et du temps passé dans les premières rencontres, l'équipe peut témoigner que dans l'ensemble l'arrivée de l'enfant se passe très bien puisque « l'enfant est prêt et l'assistante familiale l'attend et est heureuse de l'accueillir ». L'équipe a pu témoigner que dans les 48/72 h, il est généralement observé des manifestations somatiques de l'enfant, qui sont considérées comme une modalité d'expression normale – voire attendue – de réaction à la séparation.

Durant les 6 à 8 premières semaines de l'accueil les visites médiatisées sont suspendues pour laisser à l'enfant le temps de s'installer. Au cours de la 2^e moitié de cette période, l'enfant va venir au service afin de découvrir la salle de visite en présence de ses référents. Le portage du lien parent-enfant se fait par l'équipe, l'enfant est reçu avec son assistante familiale en consultation par le pédopsychiatre afin de lui donner des nouvelles de ses parents. Les parents seront également reçus afin de leur donner des nouvelles de leur enfant. S'ils ne viennent pas, il y a la possibilité d'en échanger par téléphone.

Dans les premiers temps d'accueil, des visites au domicile de la famille d'accueil sont aussi réalisées.

Les outils de travail de l'équipe

L'ensemble des outils de travail de l'équipe de l'AFT sont coordonnés afin de proposer un accompagnement global du placement et ainsi une continuité dans l'accueil.

La référence enfant : un « tuteur de narrativité »

La personne référente de l'enfant est nommée dès son arrivée et le restera pendant tout le temps du placement. Elle est décrite par l'équipe comme une personne proche de l'enfant, qui tisse des liens avec les différentes personnes et institutions qui constituent son environnement (scolarité, juge des enfants, soins, etc.). Les questions de santé somatique courante sont gérées par l'assistante familiale avec son médecin généraliste.

La référente peut être amenée à se rendre au tribunal pour les audiences, mais dans ces cas-là, elle n'a pas pour fonction de représenter le service (qui est représenté par une

autre personne : le plus souvent c'est l'assistante sociale, sauf quand elle est référente-visite et dans ces cas-là, c'est le pédopsychiatre).

La référente est là pour accompagner l'enfant et partager avec lui ce moment. Il peut assister à l'audience si l'enfant le demande et si le juge l'accepte. En règle générale, les enfants assistent aux audiences à partir de l'âge de 8/9 ans. Avant une audience, le pédopsychiatre rencontre l'enfant, toujours en présence de sa référente. Bien souvent, le service demande que l'enfant soit reçu seul par le juge en audience décalée par rapport à ses parents.

La référence visite

Le référent-visite est nommé parallèlement à la référente-enfant. Le référent-visite sera soit le pédopsychiatre, soit la psychologue, soit l'assistante sociale. Aujourd'hui, l'infirmière présente à 30% dans le service occupe les deux fonctions de référente-visites et référente-enfant (toutefois pour des enfants différents) : cette nouvelle pratique, très récente, est très interrogée dans le service et suscite des craintes quant à son inadéquation avec le projet pensé depuis plusieurs années.

Le poste de cadre de santé, anciennement dédié en partie à la fonction de référent-visite, a aujourd'hui évolué vers un versant plus d'encadrement de l'équipe, et moins dans un positionnement clinique. (Pour la description du rôle du référent pendant la visite, voir *infra*).

Les visites médiatisées

Les visites médiatisées sont une des spécificités de l'AFT. Leur organisation et leur protocole ont été soigneusement pensés au fil de l'évolution du service. L'objectif des visites médiatisées n'est pas de maintenir les liens parents-enfants, mais de proposer un travail sur les liens et d'offrir à l'enfant « les conditions d'une rencontre avec son parent qui ne soit pas traumatique et qui n'entrave pas son développement psychique ». Ainsi l'enfant, au fur et à mesure de son développement, peut comprendre les raisons de son placement. Dans ce sens, pendant l'ensemble de la visite ainsi que pendant les temps qui la précèdent et la suivent, tous les adultes sont centrés sur l'enfant, ses besoins, ses capacités, ses rythmes. Les visites et les activités réalisées se font en fonction du seul intérêt de l'enfant. Les professionnels vont ainsi expliquer aux parents que les choses seront faites en fonction de ce que peut faire ou accepter l'enfant à ce moment-là.

Au vue des psychopathologies parentales et de la parentalité (voir *supra*, « Public visé »), lors des visites avec les tout-petits, il n'y aura pas de gestes relevant de l'intime du maternage tels que change, bain, nourrissage de l'enfant par son parent. Ceci a été décidé suite aux observations des professionnels qui ont remarqué des « généralisations

excessives» du corps des enfants. Ces choix ont été faits afin de répondre à la logique d'un accueil au long cours.

L'équipe estime que plus des trois quarts des visites se passent sans incident majeur, du fait de la contenance proposée par le service; 10 % sont difficiles en raison de facteurs contextuels (ex : proximité de l'audience, début de placement, psychopathologie de type paranoïaque).

Les visites sont encadrées et réalisées dans le respect de l'ordonnance judiciaire. Ainsi, seules les personnes mentionnées peuvent y participer. Aucune personne (nouveau conjoint, ami des parents par exemple) ne peut y être conviée sans cette autorisation préalable. Des visites avec la famille élargie, les grands-parents, oncles, tantes, etc. peuvent être réalisées dans certaines situations avec l'accord préalable du juge des enfants.

Protocole d'une visite médiatisée

1^{er} TEMPS : TEMPS D'ACCUEIL

Du côté du parent

- L'accueil du parent

Le parent arrive en premier dans le service et est reçu seul par le référent-visite dans son bureau. C'est un temps où le parent peut venir déposer son mal-être général et son « acrimonie », ses « récriminations » sur le placement. Cela permet de ne pas encombrer la suite de la visite de ces éléments. La durée de ce temps d'échanges peut être raccourcie si elle est trop difficile pour le parent. Le référent sera également vigilant à l'état du parent (alcoolisation, état délirant, etc.) et va s'assurer que la visite peut avoir lieu.

- Rappeler la réalité de l'enfant

Le référent-visite rappelle les éléments de réalité de l'enfant (âge, scolarité, etc.), il évoque les visites antérieures, rappelle les règles si elles ont été auparavant dépassées, évalue la possibilité de la rencontre en fonction de l'état psychique du parent (alcoolisation, état délirant, etc.).

Enfin, si le(s) parent(s) a/ont amené un cadeau à leur enfant, le référent va également s'assurer que celui-ci n'est pas inapproprié. Si l'enfant le souhaite, il peut le laisser à l'AFT; chaque enfant a dans le service un casier qui ferme à clef.

Du côté de l'enfant

- La séparation d'avec son assistante familiale

La référente-enfant accueille l'assistante familiale et l'enfant dans un lieu neutre faisant partie du service de pédopsychiatrie mais situé à quelques minutes de voiture de l'AFT. La séparation d'avec son assistante familiale se fait dans ce lieu. Un temps est pris pour discuter sur ce qui s'est passé avant cette séparation. Puis, l'assistante familiale s'en va et l'enfant est installé par sa référente dans la voiture du

service. Pendant le temps de la visite, l'assistante familiale vaque à ses occupations personnelles tout en se maintenant disponible à tout appel téléphonique.

- L'arrivée dans le service

Accompagné de sa référente, l'enfant s'installe en premier dans la salle de visite. Il va se réapproprier le lieu avec sa référente. Selon les besoins de l'enfant ce temps sera plus ou moins long. Ensuite, quand l'enfant est prêt, la référente-enfant appelle au téléphone le référent-visite qui va accompagner le parent dans la salle de visite. Le choix d'installer l'enfant en premier, au-delà de lui permettre de se poser, marque symboliquement le fait que c'est « le parent qui vient voir son enfant et non l'inverse ». De plus, la visite est un temps anxiogène pour l'enfant, il a besoin de mettre en place certaines activités, certains jeux avant l'arrivée du parent pour s'y préparer. Ces rituels permettent à l'enfant de se préparer à sa façon à sa visite. Bien souvent, le choix du jeu permet à l'enfant de gérer les retrouvailles avec son parent et de réguler la distance physique avec celui-ci. La salle de visite médiatisée a été conçue pour proposer à l'enfant des espaces qui peuvent être différenciés.

2^e TEMPS : LA VISITE

Le parent est accompagné par le référent-visite en salle de visite médiatisée. La visite commence par un temps de retrouvailles qui se ritualise pour chaque situation. La suite de la visite se centre sur les envies de l'enfant, accompagnées par les professionnels, tout en contenant les demandes parentales inadaptées.

Toutes les VM sont rythmées par un temps de collation, qui permet de faire une pause. L'équipe connaît les goûts des parents et est attentive à leur proposer des choses qu'ils aiment. Ce temps de collation a donc plusieurs objectifs :

- se poser;
- montrer à l'enfant qu'on prend soin de ses parents;
- faire vivre aux parents un temps d'attention à leur égard, d'autant que la plupart sont peu habitués, du fait de leur histoire, à ce que l'on soit attentif à eux.

Cette collation a pour but de diffracter sur l'équipe le mandat de « prendre soin » qui est projeté sur l'enfant par le parent. C'est l'équipe qui doit porter le maternage demandé par les parents et non l'enfant.

Quand le climat des visites est apaisé, il peut être proposé des visites avec repas. En fonction des capacités des parents, le repas peut être commandé à l'hôpital ou un plat peut être amené par le(s) parent(s). Une vaisselle gaie et colorée a été achetée par le service afin de participer à la convivialité de ces moments. Dans certaines situations, la famille élargie, oncle, tante, grands-parents, peuvent bénéficier de VM. Ces visites leur sont alors signifiées dans l'ordonnance de placement.

VIGNETTE CLINIQUE

Les parents des enfants accueillis dans le service présentent pour la majorité des troubles graves de la parentalité. Ainsi, à l'arrivée de l'enfant dans le service, il n'est pas rare que l'enfant n'ait que très peu rencontré son parent auparavant. Les premières visites médiatisées dans ces situations sont particulièrement préparées. Pour les très jeunes enfants, le référent a tissé des liens mais n'est pas encore forcément investi comme étant une figure d'attachement « à haute sécurité » pour l'enfant. Un soin tout particulier est apporté à l'installation corporelle des personnes dans la salle de visite, aux positionnements.

L'équipe a pu raconter comment elle avait aménagé avec beaucoup de soin la première re-rencontre pour une petite fille de 13 mois accueillie à l'AFT qui n'avait été en contact avec sa mère qu'à de très rares reprises (2-3 fois en tout) en raison de ses errances. La référente-enfant s'était assise dans le canapé avec la petite fille sur les genoux, afin de lui offrir un appui protecteur et structurant au niveau du dos et des fesses, en face de la porte par laquelle sa mère allait entrer dans un second temps. L'assistante sociale, qui co-accompagnait la visite, a pu accompagner la mère jusqu'au canapé où celle-ci a pu prendre place à côté de l'enfant en laissant une juste distance. L'assistante sociale s'est ensuite assise sur la table basse, en face de la mère, de l'enfant et de la référente et a ainsi pu proposer un espace protégé pour chacune et offrir une première « triangulation ». Au cours du moment dédié à l'accueil des parents, l'assistante sociale avait pu raconter à la mère comment elles allaient être installées dans la salle, où serait son bébé, et avec qui.

3^e TEMPS : LA FIN DE LA VISITE

Celle-ci est annoncée par le référent-visite. Le temps de visite est prévu en avance, et adapté à l'enfant. Si des difficultés, des tensions trop importantes émergent pendant la visite et constituent un danger pour l'enfant, celle-ci sera écourtée par le référent. En cas de besoin, d'autres professionnels de l'équipe, présents dans les bureaux limitrophes peuvent intervenir afin que les référents n'aient pas à encadrer seuls une situation difficile. Les horaires de visites des familles sont d'ailleurs réfléchis afin que d'autres professionnels soient présents dans le service.

Le parent sort de la salle accompagné par le référent-visite afin que l'enfant n'ait pas l'impression d'abandonner son parent mais de le confier au référent. Un temps court de discussion est pris avec le parent avant que celui-ci ne quitte le service.

Pendant que les parents sont raccompagnés, l'enfant reste dans la salle avec sa référente. Après cela, le référent-visite revient dans la salle et un temps est consacré à l'élaboration de ce qui s'est passé dans la visite; les professionnels « prêtent alors leur appareil psychique et émotionnel à l'enfant ». Pour les très jeunes enfants, qui n'ont pas encore accès au langage verbal, les référents mettent en mot la visite.

Suite à ce temps, les référents signifient à l'enfant que son assistante familiale va venir le chercher. Ils vérifient que les parents ont bien quitté le service (aussi le parking). L'assistante familiale vient chercher l'enfant au service, directement dans la salle de visite. Les référents vont lui raconter la « coloration émotionnelle » de la visite, sans entrer dans les détails. Il ne s'agit pas de cacher d'éléments à l'assistante familiale, mais bien de protéger l'accueil au quotidien de l'enfant. Dans les jours suivants, un échange téléphonique entre référente-enfant et assistante familiale est prévu.

Les visites médiatisées symboliques

Les visites médiatisées symboliques se déroulent en l'absence des parents. La reprise du même cadre est essentielle parce qu'il est bien connu de l'enfant, sécurisant pour lui et qu'il symbolise en lui-même une présence parentale. Les VMS sont proposées dans le but de faire vivre une présence symbolique du parent lors d'absence concrète de celui-ci, pour que cette absence ne confronte pas l'enfant à un vide relationnel mais que le lien parent-enfant soit « porté psychiquement » par l'équipe.

Le but de ces visites est de permettre à l'enfant, en complément des visites médiatisées, de prendre conscience de la « réalité parentale » (voir *supra*) au fur et à mesure de son développement sans que l'absence du parent ne lui fasse vivre un sentiment trop violent d'abandon. L'enfant peut ainsi vivre une continuité dans la compréhension de son histoire.

Lors de ces visites, les référents prennent d'abord le temps d'être avec l'enfant, de se reconnecter avec lui. Puis les référents vont donner des nouvelles du parent à l'enfant, reprendre les derniers événements qui se sont déroulés avec celui-ci, l'informer des démarches du service envers son parent et surtout lui offrir un espace où il puisse poser des questions concernant son parent, énoncer ses sentiments, ses états émotionnels, ses colères, ses désarrois etc.

Les visites médiatisées symboliques sont indiquées quand :

- Un parent est absent de manière inopinée à une visite médiatisée. Il est important que l'attente de la rencontre par l'enfant ne se confronte pas à un vide relationnel mais soit expliquée, mise en mots, mise en histoire par les personnes dont il sait qu'elles connaissent bien ses parents. Les référents énoncent à l'enfant les raisons de l'absence si elles sont connues, donnent des nouvelles du parent s'ils en ont ou décrivent les démarches qu'ils vont faire pour reprendre contact avec lui.

- Le parent confronte l'enfant à une longue absence. Comme lors d'une visite médiatisée, les référents aident l'enfant dans la verbalisation du ressenti face à cette absence, lui « prêtent leur appareil psychique » pour échanger sur les vécus internes ressentis. Des nouvelles sont données si le service a pu en avoir de façon directe ou indirecte. Le partage émotionnel avec l'enfant est, là aussi, essentiel.
- Lorsque les visites sont très espacées (une fois tous les trois mois par exemple) du fait de leur impact sur l'enfant, les visites médiatisées symboliques permettent de symboliser une présence de façon moins angoissante, de parler à distance des visites médiatisées qui se déroulent difficilement, de se réapproprier la contenance de l'institution en dehors de la présence inquiétante parentale, de préparer la visite suivante, de partager le vécu interne de l'enfant, d'en avoir une meilleure représentation.
- Lorsque les visites sont provisoirement suspendues du fait d'événement suffisamment grave lors d'une visite et dans l'attente d'une nouvelle ordonnance du juge des enfants. Le contenu de la visite est semblable à ceux précédemment mentionnés.

Les visites médiatisées symboliques s'appuient sur la distinction : le lien n'est pas la rencontre. Il est ainsi possible de travailler le lien de l'enfant à ses parents sans automatiquement être en présence. Le lien, considéré en tant que lien psychique, ne se rompt pas mais évolue au gré de la dynamique développementale de l'enfant, de ses représentations internes, de ses états émotionnels, de ses capacités de compréhension, de sa maturation psychique et de l'aménagement du milieu dans lequel il vit au quotidien. Le lien psychique se nourrit ainsi autant de la présence que de l'absence. Un amalgame est souvent fait entre le lien psychique et la rencontre. La rencontre ne sécurise pas toujours le lien, ne favorise pas forcément un lien maturatif et constructeur pour le psychisme de l'enfant. La rencontre réelle peut alors être destructrice du lien et des représentations internes du parent chez l'enfant. Les rencontres doivent être pensées et aménagées afin de ne pas entraîner la réactualisation d'expériences traumatiques mais bien pour proposer un travail sur les liens.

Le cadre du service – en tant qu'il symbolise la présence du parent – est utilisé afin de proposer à l'enfant un travail sur le lien à son parent en l'absence de celui-ci. Les deux référents sont présents, ils vont prendre le temps d'être avec l'enfant pour lui donner des nouvelles de son parent. Les VMS durent environ 30 minutes. Pour celles-ci l'assistante familiale amène directement l'enfant au service et vient le chercher. L'assistante familiale n'est pas présente durant la visite médiatisée symbolique, puisque celle-ci, comme la visite médiatisée réelle, implique un temps de séparation d'avec l'assistante familiale.

Cette année, pour la première fois, l'équipe a expérimenté une visite médiatisée symbolique côté parent, dans une situation où un adolescent refuse les visites médiatisées réelles.

Les consultations

AVEC LE PÉDOPSYCHIATRE

Pour l'enfant

Pendant l'ensemble de son accueil à l'AFT, l'enfant sera reçu par le médecin régulièrement. Selon ses besoins, le rythme des consultations pourra varier. Ces rencontres ont deux objectifs principaux : à la fois faire un travail de fond sur le placement ; mais aussi accompagner l'enfant pour un travail plus événementiel sur le déroulé du placement, sa vie quotidienne et les problématiques rencontrées aux différents âges.

Lors des consultations, l'enfant est toujours accompagné de sa référente. Dans un premier temps l'enfant est reçu seul avec sa référente, puis un deuxième temps lui est proposé avec sa référente et son assistante familiale.

Pour les parents

Les parents sont reçus par le pédopsychiatre en début de placement pour la mise en place de l'accueil. Par la suite, les consultations sont fonction des besoins parentaux, de la nécessité de reprise du cadre de l'accueil et de la préparation des audiences. Ces consultations font partie du dispositif clinique mis en place par le service pour « porter symboliquement le lien » et faire tiers.

Pour les assistantes familiales

Le pédopsychiatre peut également recevoir des assistantes familiales quand elles ont besoin d'étayage et/ou quand des problèmes relatifs aux limites éducatives ont été constatés ou mentionnés.

AVEC LA PSYCHOLOGUE

Pour l'enfant

La psychologue peut rencontrer des enfants en individuel, après réflexion et indication par l'équipe, le plus souvent suite à une synthèse. Les consultations – différentes d'une psychothérapie – seront proposées une fois par mois et auront comme objectif un travail centré sur le placement. Elles peuvent durer plusieurs années.

Pour les assistantes familiales

Si des difficultés se présentent dans l'accueil d'un enfant, les assistantes familiales peuvent solliciter la psychologue du service, qui pourra alors les recevoir seules. Toutefois, pour cela la psychologue ne doit pas être engagée en tant que référent-visite de la famille, ni voir l'enfant dans le cadre de consultation.

Les visites à domicile (VAD)

Au début des accueils, pendant un à deux mois, les référentes-enfant vont au domicile des assistantes familiales au rythme d'une fois par semaine pour les enfants et deux fois par semaine pour les bébés (jusqu'à 3 ans environ). Les VAD sont complétées d'appels téléphoniques réguliers.

Progressivement, dans la poursuite de l'accueil, les visites se transforment et deviennent moins nombreuses. Les référentes vont, 4 à 6 fois par an, proposer à l'enfant des temps individuels. Il s'agit le plus souvent d'activités extérieures (cinéma, bowling, shopping, restaurant, etc.). Ce temps convivial, de plaisir, de partage permet de voir comment l'enfant se débrouille en société sans son assistante familiale, quelle est son autonomie par rapport au repas, pour explorer l'extérieur, quelle capacité peut-il avoir à tisser et créer un lien de confiance avec son référent. Les activités sont choisies selon les désirs de l'enfant mais aussi selon les goûts du référent – pour que le partage de plaisir soit le plus réussi possible. Les activités choisies seront également souvent celles que l'enfant ne fait pas dans sa famille d'accueil. Ces rencontres avec sa référente sont aussi, pour l'enfant, l'occasion de rencontrer une personne qui connaît toutes les facettes de son histoire. Il peut ainsi parler de ses parents différemment que dans son contexte de vie quotidienne.

Les référents de l'enfant, du fait de la connaissance globale de l'enfant et de son histoire, sont des tuteurs de narrativité en complément des assistantes familiales.

Deux fois par an, l'assistante sociale et la cadre de santé viennent rencontrer les assistantes familiales à leur domicile, donc dans leur cadre de travail, hors présence de l'enfant, dans l'objectif de discuter des difficultés rencontrées par l'assistante familiale ou d'un problème spécifique que l'équipe a pu identifier (par exemple des problèmes de contenance éducative, les difficultés à poser des limites, l'usure de l'assistance familiale dans l'accueil de l'enfant, des questionnements à propos de l'attachement de l'assistante familiale pour l'enfant accueilli, etc.). Ces rencontres se feront en complément des rencontres avec le pédopsychiatre et la psychologue et s'ancrent dans le portage proposé par l'équipe à l'assistante familiale.

Les mails

Les mails ont été mis en place afin que l'enfant puisse vivre son quotidien au plus près de ce qu'est une vie familiale « ordinaire ». Les mails, envoyés à la cadre de santé et à la secrétaire, permettent que l'assistante familiale soit couverte juridiquement pour aller passer un week-end, une journée (toujours pour une durée limitée) en dehors du département ou au bord de la mer par exemple. L'objectif est de garder la spontanéité qui existe dans une vie de famille.

Les mêmes pratiques ont lieu pour les sorties des enfants (aller dormir chez un ami, sortir avec des amis, etc.) puisque cela fait partie intégrante du développement social de tout enfant, adolescent. Au niveau des sorties et invitations des enfants à l'extérieur, la règle varie selon son âge. Avant 16 ans, l'assistante familiale va appeler les parents des autres enfants afin de s'assurer de leur présence (le mail au service validera la sortie de l'enfant). Après 16 ans, l'assistante familiale va également téléphoner aux parents pour connaître l'organisation. À cet âge la présence constante des adultes n'est pas requise, l'objectif étant aussi de permettre un apprentissage progressif de l'autonomie et de la vie d'adulte.

Ces protocoles ont été validés par l'administration hospitalière après un travail de réflexion et de discussion et font partie du règlement intérieur de l'AFT, qui est donné aux parents en début d'accueil.

PROFESSIONNELS PARTICIPANT À L'ACTION (ET AUTRES SERVICES)

Sont concernés : les CMP, les IME, l'Éducation nationale, les pouponnières (sous forme de relais), les juges des enfants.

L'équipe rencontre et/ou appelle régulièrement les professionnels de l'Éducation nationale. Les professeurs des écoles et des établissements d'enseignement secondaire connaissent l'assistante familiale qui assure le suivi quotidien de la scolarité, mais ils rencontrent également les référents-enfant. Les professionnels de l'AFT vont pouvoir leur expliquer le fonctionnement du service et particulièrement les points qui concernent l'exercice de l'autorité parentale et les différentes personnes à contacter selon les problèmes rencontrés. Les parents pourront aussi rencontrer les enseignants de leur enfant; une proposition d'accompagnement par le référent-visite sera alors formulée pour aider les parents mais également protéger l'enfant en gardant l'école comme un lieu le plus neutre possible pour lui, et éviter ainsi d'éventuelles stigmatisations.

Les rapports

Ils sont réalisés avec beaucoup de détails et précisions. Une première partie, rédigée initialement par le pédopsychiatre, concerne le développement de l'enfant; une deuxième partie, rédigée par le référent-visite et le référent-enfant (par les personnes présentes pendant les visites), présente les interactions parents-enfants. Enfin la conclusion est rédigée par le pédopsychiatre. Ces différentes parties font l'objet de relectures et d'échanges dans l'équipe.

Les rapports sont écrits au rythme des audiences ou en cas de nécessité, comme par exemple pour motiver une demande de suspension ou d'espacement des visites.

IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

—

IMPLICATION DE LA HIÉRARCHIE ET AUTRES INSTITUTIONS

—

TEMPS ET MODALITÉS DE RÉGULATION EN ÉQUIPE

Les réunions proposées par le service

Les synthèses cliniques annuelles et celles dites « non programmées » (les jeudis après-midi de 14 h à 17 h 30/18 h)

LES SYNTHÈSES CLINIQUES ANNUELLES

Elles sont réalisées pour chaque enfant une fois par an, 1 mois ½/2 mois avant les audiences – quand il y en a – afin de les préparer et de réfléchir aux demandes à y formuler. Sont présents l'ensemble des professionnels de l'AFT et les autres services accueillants l'enfant (IME, thérapeute, CMP, etc.). L'ASE n'est pas associée puisque les enfants n'ont pas de référent éducatif ASE.

La synthèse est divisée en différents temps selon la présence nécessaire des différents partenaires, la confidentialité des informations énoncées et les relations des partenaires.

Bien souvent, la 1^{re} partie concerne l'enfant dans son quotidien et son développement. Elle est réalisée en présence de l'assistante familiale – et de son conjoint s'il le désire –, des partenaires extérieurs. Si le thérapeute de l'enfant vient à la synthèse, il sera reçu seul, sans les autres partenaires, afin de préserver la confidentialité des informations.

Une grille de préparation des synthèses annuelles (comportant les différentes dimensions de vie de l'enfant, de ses relations, de ses contextes de vie) élaborée par le service peut servir de guide, d'appui pour réaliser cette partie. Le lien avec les parents n'est pas évoqué directement, mais au niveau de l'impact qu'il peut avoir sur l'enfant (Comment est-il avant, après la visite ? En parle-t-il ou non ?).

La deuxième partie concerne l'enfant dans le lien avec ses parents. L'assistante familiale n'est pas présente pour cette partie pour préserver l'intimité à la fois du lien de l'enfant avec son parent et du lien de l'enfant avec son assistante familiale. Sont évoquées : les visites ; les difficultés dans les visites ; la rythmicité des visites et sa pertinence ; le lien des parents avec le service.

Un retour de synthèse est fait aux assistantes familiales afin qu'elles ne sentent pas dans une position d'exclusion du fait de leur départ au milieu de la synthèse. Celui-ci a lieu à distance de la synthèse (environ 1 mois après), et il est fait

par le pédopsychiatre, la cadre de santé et la psychologue dans le bureau du médecin. Les conclusions de la synthèse sont énoncées à l'assistante familiale et les professionnels évoquent également l'état de l'enfant depuis, les demandes à avoir pour le juge et les audiences.

LES SYNTHÈSES CLINIQUES « NON PROGRAMMÉES »

Elles sont l'occasion de parler des situations des enfants dans leur globalité ; des difficultés des enfants dans la vie quotidienne, lors des visites, dans le milieu scolaire ; de faire le point, réfléchir et approfondir sur les pratiques particulièrement quand il y a eu des difficultés et ainsi proposer de nouveaux protocoles pour y pallier.

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

Des réunions intermédiaires peuvent également être organisées selon les problématiques rencontrées, en invitant les partenaires concernés.

La réunion de transmission (tous les lundis matin 9 h à 10 h 30)

Cette réunion est l'occasion d'évoquer les informations importantes à propos des enfants de manière plus rapide. Cette réunion peut avoir cependant tendance à se confondre avec la synthèse clinique non programmée si des situations difficiles ont eu lieu et ont mis les professionnels en difficultés.

Les réunions avec les assistantes familiales

L'équipe d'accompagnement et les assistantes familiales se réunissent trois ou quatre fois par an. Ces réunions sont organisées en deux temps. Le 1^{er} temps est consacré aux informations générales sur le service (entrées et sorties d'enfants, mouvements de personnels, informations administratives, questions et difficultés administratives des professionnels). Le 2^e temps est consacré à un travail plus théorique : travail autour d'un thème relatif au placement (l'enfant dans son placement, la séparation, les conjoints des assistantes familiales, etc.) à partir de différents supports (textes, vidéo) qui donnent lieu à discussion.

Les réunions institutionnelles

Elles ont lieu 4 fois par an et concernent l'équipe d'accompagnement qui va pouvoir réfléchir sur ses pratiques. Vont y être rediscutées et travaillées les modalités de fonctionnement du service, l'écriture du règlement intérieur, etc.

Les réunions « cadres »

Elles réunissent le cadre de santé, la psychologue et le pédopsychiatre tous les 15 jours. C'est un moment d'échanges autour des éventuelles tensions institutionnelles, et des différentes problématiques.

Les groupes de parole pour les assistantes familiales

Ils ont lieu 6 fois par an et sont animés par une psychologue extérieure au service. L'inscription initiale à ce groupe est faite sur la base du volontariat des assistantes familiales ; cependant l'inscription doit se faire sur un engagement de participation d'une année scolaire.

L'analyse des pratiques

Aujourd'hui, l'équipe ne bénéficie plus d'analyse des pratiques pour des raisons budgétaires. L'équipe regrette cette situation et est en demande d'une remise en place de ce dispositif.

Les réunions assistantes familiales cadre de santé – assistante sociale

Elles sont proposées par la cadre de santé et l'assistante sociale à l'ensemble des assistantes familiales du service. Le dernier thème proposé a été : « Les limites à poser à l'enfant accueilli » (la question du « non » ; les différences éventuelles entre le cadre éducatif que l'on pose à son propre enfant et celui proposé à l'enfant accueilli). Ces temps de travail avaient lieu 3 ou 4 fois par an. Du fait des changements au niveau du poste de cadre de santé, ces temps de travail sont en train d'être remis en place et réfléchis. Ces réunions sont obligatoires pour l'ensemble des assistantes familiales, en tant qu'elles sont salariées de l'hôpital.

Temps institutionnels

Un grand pique-nique est organisé chaque année, le dernier lundi de l'année scolaire. Sont invités et présents : l'ensemble de l'équipe d'accompagnement, les enfants accueillis à l'AFT et les assistantes familiales (leurs conjoints sont les bienvenus). Le choix d'un jour de semaine et pendant la scolarité est volontaire afin d'éviter d'éventuelles difficultés pour l'assistante familiale pour faire garder ses propres enfants ou les autres enfants qu'elle accueille.

MODALITÉS D'ENTRÉE EN CONTACT AVEC LE PUBLIC

—

IMPLICATION DES USAGERS

—

AMPLITUDE D'OUVERTURE ET D'ACCUEIL DES USAGERS

Étant un service d'hospitalisation temps plein, le service est ouvert 24 h/24. Le secrétariat est ouvert en semaine de 9 h 30 à 12 h 30 et de 14 h à 17 h 30. En dehors des heures ouvrées, le dispositif d'astreinte correspond aux astreintes générales de pédopsychiatrie de l'hôpital. Les personnels d'astreintes, qui reçoivent les appels, sont les cadres de santé de garde des services de l'hôpital. Pour certaines situations particulières et de façon exceptionnelle, les professionnels de l'AFT peuvent laisser leur numéro de téléphone et être appelés par le cadre d'astreinte.

MODALITÉS POUR FAIRE CONNAÎTRE LE DISPOSITIF PAR SON ENVIRONNEMENT

Le service est très porté à l'extérieur par l'ensemble de l'équipe. Le pédopsychiatre connaît très bien les différents médecins et structures du périmètre géographique. De plus, en tant qu'il est également président du Réseau d'intervenant en accueil familial enfants à dimension thérapeutique (RIAFET) il est également amené à présenter régulièrement le service, ses pratiques, cas cliniques à l'appui. Les professionnels peuvent également être sollicités pour des présentations cliniques lors de journées d'études du RIAFET.

Le pédopsychiatre a également été auditionné lors de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance initiée par la Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes Laurence Rossignol.

PLACE DE L'ACTION PAR RAPPORT AU SYSTÈME DANS LEQUEL ELLE S'INSÈRE

—

RÉAMÉNAGEMENT OU ÉVOLUTION DU PROJET

Un déménagement est prévu en 2018. Il a été pensé pour répondre au mieux aux besoins des enfants accueillis.

AUTRE PROJET ACTUEL

—

REGARD DES ACTEURS SUR LE PROJET

(REGARD CRITIQUE, ENTRAVES OU FREINS
AU DÉVELOPPEMENT, LIMITES DE L'ACTION...)

Les assistantes familiales rencontrées ont pu témoigner de la qualité du soutien proposé par l'équipe d'accompagnement de l'AFT.

ÉLÉMENTS RELATIFS À L'ÉVALUATION

L'ACTION A-T-ELLE FAIT L'OBJET D'UNE ÉVALUATION ?

Méthode d'évaluation mise en œuvre

Le service est évalué au même titre que tout autre établissement hospitalier.

De plus, une recherche étudiant le devenir des enfants accueillis dans différents AFT – dont celui de Poitiers – est actuellement en cours. Cette recherche est soutenue par le RIAFET.

AUTRES MODALITÉS DE RÉGULATION DE L'ACTION (CADRE, PROTOCOLE, RYTHME...)

Les professionnels sont particulièrement sensibles à l'impact de leurs pratiques sur les enfants. Ils réfléchissent très régulièrement à leurs actions et propositions afin de les réadapter constamment à ce que montrent les enfants. Ces réévaluations régulières et les questionnements qui les accompagnent sont toujours guidés par l'état clinique des enfants. Chaque fois qu'une difficulté apparaît, l'équipe se réunit – plus ou moins à distance de l'événement pour prendre le temps nécessaire à l'élaboration individuelle – et repense son action collectivement. La plupart des pratiques décrites lors de la visite ont fait l'objet de changement en fonction des retours observés.

PISTE EN VUE D'UNE ÉVALUATION

—

MODALITÉS D'ANALYSE DE LA STRUCTURE

Fiche effectuée : avril 2017

À partir : d'une visite du dispositif par trois membres de l'ONPE, d'entretiens avec 11 membres de l'équipe dont 2 assistantes familiales ainsi que la communication du Dr Nouvel au groupe d'experts pour la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance initiée par la Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes Laurence Rossignol.