

**“ Et puis parfois il se passe des choses merveilleuses
pendant ces rencontres ”**

Clara Houte

► **To cite this version:**

Clara Houte. “ Et puis parfois il se passe des choses merveilleuses pendant ces rencontres ”. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473276

HAL Id: dumas-02473276

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473276>

Submitted on 10 Feb 2020

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

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

« *Et puis parfois il se
passe des choses
merveilleuses pendant
ces rencontres* ».

Infirmière N°3

Clara Houte

2018/2019

Table des matières

| | |
|---|--------|
| <i>Introduction</i> | - 1 - |
| <i>Constat de mémoire</i> | - 3 - |
| <i>Cadre théorique</i> | - 8 - |
| Puéricultrice en PMI : | - 8 - |
| Visite médiatisée :..... | - 10 - |
| Soutien à la parentalité :..... | - 13 - |
| L'attachement parent-enfant en cas de placement : | - 16 - |
| L'enfant sécure et insécure : | - 19 - |
| Posture professionnelle :..... | - 21 - |
| Accompagnement :..... | - 23 - |
| Hypothèse : | - 25 - |
| <i>Enquêtes</i> | - 26 - |
| Le choix de l'outil :..... | - 26 - |
| Grille d'entretien : | - 28 - |
| Contexte des entretiens :..... | - 29 - |
| Retranscription des entretiens | - 32 - |
| Analyse des entretiens..... | - 33 - |
| <i>Conclusion</i> | - 41 - |
| <i>Bibliographie</i> | - 1 - |
| <i>Annexe</i> | - 1 - |

Introduction

Dans le cadre de ma formation de puériculture, il nous a été demandé de mener à bien un travail de recherche en lien avec une situation rencontrée lors de l'un de nos stages. Nous pouvions choisir une expérience vécue lors d'un stage infirmier. Dans un premier temps j'avais donc choisi de réaliser mon travail de recherche sur une situation de stage rencontrée lors de mon cursus d'étudiante infirmière.

Puis j'ai accompli le premier stage du cursus de puéricultrice. J'ai effectué ce premier stage en service de Protection Maternelle et Infantile. Si ce stage fut pour moi une révélation, je n'ai pourtant pas envisagé directement d'en faire un terrain d'étude pour le mémoire, dans la mesure où mon sujet avait déjà été déterminé. Pourtant, un épisode marquant lors du dernier jour de stage m'a fait changer d'avis. Après avoir assisté à une rencontre publique médiatisée je suis rentrée chez moi. En prenant la voiture, j'ai réfléchi et me suis rendue compte que ce sujet serait bien plus pertinent. J'ai eu envie d'approfondir le sujet, et le travail du mémoire en était l'occasion.

Dans une première partie il s'agira d'explicitier précisément l'évènement qui a suscité mon intérêt, avant d'en traiter les enjeux théoriques. Pour travailler cette partie je vais m'appuyer sur des concepts qui sont en lien avec la problématique. J'étudierai aussi le cadre législatif ce qui me paraît important au regard des enjeux judiciaires qui entourent ce sujet, puis je travaillerai sur le contexte : il est important que je connaisse précisément les fonctions de ces structures, les missions de ces puéricultrices.

Pour la seconde partie j'effectuerai un travail d'enquête. Pour réaliser cette enquête j'ai choisi d'effectuer des entretiens. Ce choix m'a paru pertinent aux vues des questions que je souhaitais poser aux professionnels.

Par souci de pertinence et de cohérence, j'ai préféré n'interroger que des infirmières puéricultrices exerçant en service de PMI et réalisant des visites médiatisées. Dès le début de mon travail, je savais que je voulais le traiter avec précision. C'est aussi une façon pour moi de m'assurer d'être au plus près de mes questionnements et donc de me laisser la chance d'apprendre des réponses de ces professionnels.

Cette enquête sera donc réalisée dans le but de confirmer ou non l'hypothèse exposée au cours du travail théorique sur ce sujet.

Je terminerai mon mémoire par une conclusion ainsi que par des réflexions me permettant d'approfondir ce travail pour répondre à un besoin personnel.

Constat de mémoire

La situation qui m'a interpellée s'est déroulée lors de mon premier stage d'étude de puériculture, dans une unité de PMI (protection maternelle et infantile).

Nous étions au dernier jour de ce stage de quatre semaines. Ce matin-là, j'étais avec une des puéricultrices de la PMI et nous devions assister à deux visites médiatisées. Les visites médiatisées sont des temps de rencontre entre parents et enfants, dans le cas où les enfants sont placés par ordonnance du juge. Ce n'était pas la première fois depuis le début de mon stage que j'assistais à une visite médiatisée. Les précédentes s'étaient déroulées dans l'enceinte même de L'UTPAS (Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale). Lorsque les visites médiatisées se déroulent dans L'UTPAS nous connaissons l'histoire de vie familiale des parents et des enfants. Nous savons pourquoi l'enfant a été placé, depuis combien de temps, les différents détails de son histoire de vie, car en général¹ les enfants sont suivis par une puéricultrice de la PMI et une assistante sociale de l'aide sociale à l'enfance.

Les deux visites médiatisées prévues ce matin-là n'étaient pas organisées dans l'enceinte de l'UTPAS mais sur un lieu de visite médiatisé. Nous nous sommes rendues dans ce lieu qui en effet présente toutes les qualités d'accueil pour ces moments privilégiés « enfant-parents ». Des espaces différents selon l'âge des enfants. Un « circuit » mis en place pour que les assistantes familiales, qui accueillent les enfants, ne croisent jamais les parents.

Nous arrivons donc au lieu de visite médiatisée en avance, la puéricultrice avec laquelle je me trouve me montre l'établissement, le lieu où nous allons assister à la première visite médiatisée. Elle m'explique que lors des rendez-vous, les parents sont toujours convoqués 15 minutes avant l'enfant pour que l'enfant n'ait pas à attendre le parent, mais plutôt le contraire. Les visites médiatisées ont lieu au rez-de-chaussée et les espaces pour les professionnels sont situés à l'étage. La puéricultrice m'emmène donc à l'étage pour m'expliquer un peu l'histoire de cette famille et me montrer qu'après chaque visite, la puéricultrice résume l'entretien.

¹ Suivi en consultation PMI pour un enfant jusqu'à ses 6 ans sauf si problématique particulière.

Ce n'est pas la première fois qu'elle assiste à cette visite médiatisée. Elle me raconte l'histoire de ce petit garçon tout en m'expliquant qu'elle n'a pas toutes les informations.

Je m'apprêtais donc à rencontrer un petit garçon que l'on appellera Gabin. Gabin a été placé dès sa naissance par les services sociaux. Il est donc resté 6 jours à la maternité avec sa maman et son papa. Les parents de Gabin sont tous les deux toxicomanes et sans domicile fixe. Lors du séjour en maternité, Monsieur s'est montré violent avec l'équipe soignante et c'est la maternité elle-même qui a effectué un signalement auprès des autorités compétentes. Un ordre de placement d'urgence a donc été mis en place. Le petit Gabin fut placé chez une assistante familiale lorsqu'il avait 5 jours. Décision que la maman de Gabin, 20 ans, semble avoir très mal vécue. Lors de l'arrivée des services sociaux à la maternité, Madame a fait preuve de violence verbale. Une fois le petit Gabin placé, le couple s'est séparé. Madame vit chez une amie et pour Monsieur, je n'ai pas plus d'informations si ce n'est qu'il a refait sa vie. Le jugement a permis un droit de visite exclusivement pour Madame de 30 minutes par semaine. Gabin a aujourd'hui 9 mois, et cela fait 9 mois que les visites médiatisées se déroulent ainsi... Je m'aperçois que dans le dossier il y a un « contrat » passé entre la maman et le lieu de visite médiatisé. Celui-ci stipule que Madame ne doit pas arriver en retard, qu'elle doit prévenir de ses absences, ne pas venir rencontrer son enfant sous l'emprise de stupéfiant ...

La puéricultrice que j'accompagnais m'explique que ce n'est pas la première fois qu'elle assiste cette maman et son petit garçon. Selon elle la relation mère/enfant est très largement perturbée et me propose donc d'y être attentive.

La maman de Gabin sonne, nous allons l'accueillir. Madame est à l'heure et semble impatiente de retrouver son petit garçon. Nous discutons quelques minutes avec elle pour connaître son état d'esprit et s'il n'y a rien de particulier.

Quelques minutes plus tard, l'assistante familiale sonne à son tour pour déposer le petit Gabin. Il a changé d'assistante familiale quelques semaines plus tôt. Nous ne connaissons pas véritablement les raisons de ce changement même si je constate alors que le petit garçon présente une plagiocéphalie² très importante.

La puéricultrice prend Gabin dans ses bras, celui-ci n'émet pas d'opposition. Nous allons retrouver la maman de Gabin. A la vue de son fils, Madame semble très heureuse. Elle paraît à

² 'asymétrie crânienne découlant de forces qui déforment la boîte crânienne lorsqu'un bébé est en décubitus dorsal

l'aise avec son petit garçon, l'appelle « mon petit cœur », lui parle, cherche à savoir comment il va. Madame nous parle aussi, nous explique qu'elle fut elle-même placée. Qu'elle ne comprend pas le placement de son fils.

Très vite je me rends compte que Gabin présente un retard de développement psychomoteur important : il ne tient pas assis, commence seulement à se retourner et ne se déplace pas du tout. Plus tard, la puéricultrice m'expliquera que le retard de développement psychomoteur de Gabin ainsi que sa plagiocéphalie sont peut-être liées à son histoire de vie.

Une fois les 10 premières minutes de visite médiatisée passées, je fus interpellée par l'inconfort que semblait manifester Gabin. Gabin se mit à pleurer, il repoussa sa maman. Déjà depuis le début de la visite j'avais pu observer que Gabin fuyait sa mère du regard. Mais là, il semblait s'opposer très clairement à sa mère. D'ailleurs Gabin nous cherchait beaucoup du regard. Alors que Madame était debout avec Gabin dans les bras, celui-ci montra sa volonté de changer de bras pour aller dans les miens. A ce moment-là, je me suis sentie très mal à l'aise.

Pour calmer son fils, Madame lui changea sa couche, mais rien n'y faisait. Il passa donc les vingt dernières minutes de la visite à pleurer, jusqu'à ce que la puéricultrice le prenne dans les bras pour aller retrouver l'assistante familiale.

Nous ramenons donc Gabin dans les bras de l'assistante familiale, nous discutons un peu avec elle, pour savoir si tout se passe bien à la maison. Ce qu'elle nous confirme.

Puis nous allons retrouver la maman, pour savoir comment elle avait trouvé la visite. Pour elle tout s'était bien passé.

Moi, pendant la visite médiatisée de cet enfant, je me suis sentie très mal à l'aise. J'en ai donc discuté avec la puéricultrice qui avait le même sentiment que moi. Elle m'explique alors « *ne pas trop comprendre l'efficacité de ces visites médiatisées quand elles se passent comme ça* ». Ce qui m'a d'abord posé question ce n'est pas l'absence de relation avec sa mère, mais c'est surtout qu'il semblait montrer une opposition. D'autant plus qu'il semblait être plutôt coopératif à venir dans mes bras alors qu'il ne m'avait jamais vue.

Pendant toute cette visite, j'ai eu l'impression de ne pas trouver ma posture professionnelle. L'enfant semblait être en demande d'être rassuré. Est-ce que c'était le rôle du professionnel de le rassurer, et si oui comment ?

Mais d'un autre côté, cette maman voit son enfant trente minutes par semaine. Elle souhaite avoir son fils dans ses bras, communiquer avec son fils, jouer avec lui, s'en occuper pleinement pendant ces 30 minutes.

Je trouvais donc délicat d'intervenir durant ces trente minutes qui leur appartenaient.

En parlant avec la puéricultrice que j'accompagnais, celle-ci m'a aussi expliqué s'être trouvée en difficulté durant cette demi-heure. Car finalement elle « *ne savait pas qui de la mère ou de l'enfant accompagner dans un premier temps* ».

Après avoir discuté, nous avons effectué la deuxième visite médiatisée, puis nous avons retranscrit à l'écrit ces deux moments. Je me suis aperçue que depuis le début des visites médiatisées un problème d'attachement entre Gabin et sa maman avait été remarqué.

*Question de recherche : En quoi la puéricultrice de
PMI peut représenter un soutien à la parentalité lors de
visite médiatisée ?*

Cadre théorique

Puéricultrice en PMI :

La PMI est un système de protection de la mère et de l'enfant. L'objectif de cette institution est de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile ainsi que promouvoir la santé de la famille. En termes de législation, l'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 est le texte fondateur de la création des services de PMI. Celui-ci répondait aux problématiques apparues suite à la Seconde Guerre Mondiale. Les postes D'infirmières puéricultrices sont créés dans les PMI suite au décret n°75-316 du 5 mai 1975. Selon l'article R2112-7 du code de santé le service départemental doit disposer d'une infirmière puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivant au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. La puéricultrice de PMI est au cœur d'un véritable travail d'équipe. La puéricultrice permet de mettre en lien le médical, le médico-social, le social et l'éducatif. La puéricultrice de PMI est en relation avec de nombreuses institutions comme l'ASE³, mais aussi des partenaires extérieurs comme les hôpitaux, les éducateurs d'aide éducative en milieu ouvert, les maternités, les écoles, les crèches, les centres sociaux ...

La puéricultrice a pour mission en PMI :

D'effectuer des permanences dans centres médicaux-socio ou à domicile (pesée, alimentation, élimination, conseil sur les soins d'hygiène, prévention mort subite du nourrisson ...)

Elle participe aux consultations d'enfants en collaboration et sous la responsabilité d'un médecin

La puéricultrice participe à l'agrément et assure le suivi des assistantes maternelles et familiales

La puéricultrice effectue les bilans en écoles maternelles (art L2112-2 CSP)

La puéricultrice participe à la prévention sanitaire et sociale

Elle peut accompagner les familles en difficulté vers les lieux de soins spécialisés ou vers une prise en charge dans les structures d'accueil.

³ Aide sociale à l'enfance

Après avoir abordé les différentes missions des puéricultrices en PMI, il me semble pertinent de définir le cadre et les objectifs des visites médiatisées qui peuvent être effectuées par les puéricultrices exerçant en service de protection maternelle et infantile.

Visite médiatisée :

Les visites médiatisées sont des visites en présence d'un tiers. Elles sont des temps de rencontres ordonnées par le juge des enfants entre les parents et leur enfant, avec la présence d'un tiers professionnel ou d'autres membre de la famille. Ces visites sont donc avant tout un droit des parents, mais aussi des enfants à conserver des liens lorsqu'il y a une décision de séparation de l'enfant avec son ou ses parent(s). Ces rencontres peuvent aussi concerner d'autres membres de la famille.

Le décret n° 2017-1572 du 15 novembre 2017 prévoit les modalités d'organisation de la visite en présence d'un tiers.

- « **Art. R. 223-29.**-*La visite en présence d'un tiers prévue à l'article 375-7 du code civil vise à protéger, à accompagner et à évaluer la relation entre l'enfant et son ou ses parents. Elle s'effectue soit en présence permanente du tiers, soit en présence intermittente du tiers. »*
- « **Art. R. 223-30.**-*Le tiers est, dans la mesure du possible, le même pour l'ensemble des visites organisées entre un enfant et son ou ses parents. Cependant, si cela s'avère nécessaire, les visites peuvent être assurées en alternance avec un autre tiers. « Sauf dispositions contraires prévues par la décision judiciaire, la visite s'effectue dans un lieu préalablement déterminé par la personne physique ou morale à qui l'enfant est confié en concertation avec le tiers et, conformément aux dispositions des articles L. 223-2 et L. 223-4, avec le mineur et ses représentants légaux. »*
- « *Le lieu, l'horaire et la fréquence des visites sont définis en prenant en compte l'âge, le rythme et les besoins de l'enfant, les disponibilités du ou des parents ainsi que les objectifs assignés à ces visites par le juge des enfants. »*
- « **Art. R. 223-31.**-*Lorsque la visite s'effectue en présence d'un tiers professionnel, celui-ci dispose de connaissances et de compétences portant sur le développement et les besoins fondamentaux de l'enfant en fonction de son âge, la fonction parentale et les situations familiales. Il dispose notamment de connaissances sur les conséquences des carences, négligences et maltraitances sur l'enfant.*
« Le tiers professionnel transmet une analyse à la personne morale à qui l'enfant est confié et au juge des enfants, selon un rythme et des conditions définis par ce dernier, sur les effets de ces visites sur l'enfant ainsi que sur la qualité et l'évolution de la relation entre l'enfant et son ou ses parents.

« La personne morale à qui l'enfant est confié peut proposer à tout moment au juge des enfants la poursuite, l'aménagement ou la suspension du droit de visite sur la base des éléments transmis par le tiers professionnel. »

Comme nous l'avons vu précédemment les visites médiatisées en France sont règlementées par un cadre juridique, visant le maintien de la relation entre l'enfant et le(s) parent(s) ou un tiers. La place du professionnel dans ces temps de rencontre est elle aussi définie. L'importance d'une analyse professionnelle de la part du tiers concernant la relation entre l'enfant et le(s) parent(s) ou un tiers est reprécisée. C'est pour cela qu'il est important que le professionnel soit formé au repérage des carences éducatives, des négligences et des maltraitements ainsi qu'aux besoins fondamentaux des enfants selon leur âge pour permettre un développement optimal.

Selon mon expérience, ainsi que selon les textes législatifs, il est possible de constater que les visites médiatisées n'étaient pas encadrées systématiquement par le même corps de métier, en effet il est possible que ce soit les éducateurs spécialisés, les éducateurs de jeunes enfants, les puéricultrices, les techniciens d'intervention sociales et familiales (TISF) ... Cependant tous œuvrent dans le même sens.

La visite médiatisée est synonyme de reconnaissance de l'intérêt d'entretenir le lien parent-enfant en dépit des risques que cette relation peut entraîner dans certaines situations. C'est aussi parce que ces temps de rencontre peuvent représenter un risque pour l'enfant (tentative de séduction de l'enfant, non continuité des rencontres, passages à l'acte...) que la présence d'un tiers notamment d'un professionnel est ordonnée par le juge.

Les décisions du juge sont toujours prises en vue de l'intérêt supérieur de l'enfant. Or si la décision de visite médiatisée est prise, c'est bien car celui-ci reconnaît un intérêt à préserver dans une certaine mesure le lien « parent-enfant ». Selon Maurice Berger⁴ dans « les visites médiatisées un dispositif en danger » « *Les visites médiatisées sont donc un dispositif mis en place pour permettre le maintien de contacts, mais du point de vue évolutif, c'est un dispositif qui vise essentiellement à ce que l'enfant puisse progresser dans son développement.* »⁵

⁴ Chef de service en service de psychiatrie et psychanalyste

⁵ Colloque le 30 septembre 2011 à Aix en Provence

Le document de référence de la CNAPE (Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant) indique que les objectifs de la visite médiatisée sont autant de protéger l'enfant d'un lien potentiellement dangereux ou impropre à son développement, que de soutenir des parents dans leur fonction parentale et la mise en place d'un lien d'attachement satisfaisant entre l'enfant et ses parents. ⁶

Nous avons pu voir que les visites médiatisées demandent aux médiateurs un rôle d'observation et d'analyse, mais que leur rôle est aussi d'entretenir un lien entre l'enfant et son parent : de soutenir la parentalité. J'ai donc décidé dans un premier temps de travailler sur le concept de « soutien à la parentalité ».

⁶ CNAPE Rapport annuel 2012

Soutien à la parentalité :

Selon Didier Houzel⁷⁸ dans les enjeux de la parentalité. La parentalité s'articule autour de 3 axes, qui reprendraient l'ensemble des fonctions dévolues aux parents.

- L'exercice de la parentalité
- L'expérience de la parentalité
- La pratique de la parentalité.

Dans un premier temps, l'exercice de la parentalité est repris sous le sens juridique du terme et définit les droits et les devoirs qu'engendre la parentalité. Il permet aussi de formaliser les liens de parenté dans une société. Selon lui, ces droits et ces devoirs garantissent pour chacun un espace social ou il peut se développer tout en respectant certaines restrictions.

Selon Didier Houzel et son groupe de travail sur le plan psychodynamique, l'exercice de la parentalité se rattache aux interdits qui organisent le fonctionnement psychique de tout sujet et notamment le tabou de l'inceste.

Dans un second temps, l'expérience de la parentalité est définie ici comme une expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parent et de remplir un rôle parental. Elle consiste particulièrement en l'observation des phénomènes apparaissant au cours du désir d'enfant, ainsi que lors de la transition vers la parentalité.

Et dans un troisième temps, la pratique de la parentalité est désignée comme les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de leur enfant. On entend par tâches quotidiennes autant des soins physiques que psychiques.

Pour finir, une définition de la parentalité a été proposée par le Comité National de Soutien à la Parentalité (CNSP) en 2011 : « *la parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction*

⁷ Pédopsychiatre et psychanalyste français

⁸ DIDIER HOUZEL, les enjeux de la parentalité, eres 1999

parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant »

Le soutien à la parentalité a fait l'objet d'un programme national, dont le projet a été présenté le 30 mai 2018. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, le soutien à la parentalité est « *L'Ensemble des ressources et services qui accompagnent les parents dans leur rôle éducatif et de soin, le soutien à la parentalité constitue autant une réponse aux questions que nombre d'entre eux se posent, qu'un levier essentiel de prévention globale et universelle dans de multiples domaines (santé, réussite scolaire, conséquences des ruptures familiale...)*. Le but de ce programme est de coordonner dans les 5 prochaines années les efforts de tous les acteurs qui accompagnent les parents dans leur parentalité dans le but de répondre toujours mieux aux attentes des familles.

A travers ces différentes définitions, nous pouvons comprendre les enjeux de la parentalité. La parentalité est faite de différents processus, conscients et inconscients entraînant les parents à répondre aux différents besoins de leur enfant, tant sur un plan physique que psychique. Dans le cas où la parentalité ne paraît pas optimale, alors il semblerait que certaines institutions et professionnels doivent épauler les parents en les informant, en les écoutant et en mettant à disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement et en premier lieu, leur rôle éducatif.

En France, le soutien à la parentalité est une préoccupation nationale, il a pour but de réduire les inégalités sociales.

Alors en quoi la puéricultrice peut-elle s'avérer être un soutien à la parentalité ? Si autrefois on pouvait croire que l'infirmière puéricultrice s'occupait exclusivement de la santé physique des enfants, la définition de la santé de l'organisation mondiale de la santé permet de comprendre

le contraire : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Ainsi prendre soin de l'enfant dans sa globalité est une réelle préoccupation pour l'infirmière puéricultrice. Cela nécessite d'être attentif aux enjeux qui se jouent entre l'enfant et le(s) parent(s) pour permettre à l'enfant de grandir dans les conditions les plus optimales possibles.

Le soutien à la parentalité est un concept complexe et global qui sous-entend de favoriser et de prendre conscience de l'importance du lien entre l'enfant et son parent. Ce lien pourrait se définir par l'attachement de l'enfant à son parent et inversement. C'est pour cela que j'ai choisi maintenant d'aborder le concept « d'attachement parent-enfant » dans le cadre d'un placement ordonné par le juge. Quels en sont les tenants et les aboutissants ? En quoi ce lien consiste-t-il ?

L'attachement parent-enfant en cas de placement :

Selon John Bowlby⁹, « *l'attachement parent-enfant est un lien affectif qui permet à l'enfant grâce à un registre de comportements innés, puis à des représentations intériorisées de ses relations avec sa figure d'attachement, d'assurer sa protection en situation de détresse et d'explorer son environnement, cognitif, social ...* ».

John Bowlby met en exergue l'importance de la formation d'une relation affective stable, rassurante et durable entre l'enfant et une personne significative, plus particulièrement la mère. La théorie de l'attachement explique que le développement socio-émotionnel de l'enfant est fondé sur la qualité du lien parent-enfant. D'après cette théorie, l'intériorisation du modèle parental donne les bases pour les futures relations de l'enfant devenu adulte.

Selon Paul D Steinhauer¹⁰, rien n'influence plus le développement de l'enfant après sa propre hérédité que la qualité des soins parentaux. De ce fait dans son livre « le moindre mal », Paul D Steinhauer recommande que les contacts entre l'enfant et les parents soient fréquents pour un nourrisson et deux à trois fois par semaine chez un jeune enfant.

Selon Bowlby, dès sa naissance, l'enfant est en capacité d'entrer en relation avec le monde qui l'entoure, et c'est dans cette relation de plus en plus éveillée et active avec une ou plusieurs personnes qu'il va se construire et se sentir plus ou moins en sécurité selon la façon dont l'autre va répondre à l'expression de ses besoins. Mais toute rupture (pouvant être représentée par le placement) avec ces figures significatives, amène une réaction pouvant aller de la protestation, à la colère ou à la tristesse et si cette séparation perdure trop longtemps pouvant mener au détachement avec ces personnes significatives.

Pour Martine Lamour¹¹ « *séparer un bébé de sa mère pendant la première année, est risquer de l'amputer d'une partie de lui-même et provoquer une rupture brutale dans son expérience d'une certaine continuité d'existence* ». Alors que pour Myriam David¹², les réactions de l'enfant seraient peu sévères entre zéro et six mois car la perte ne serait pas la perte de lien mais seulement la perte de stimuli. Si certains auteurs cherchent à expliquer les enjeux de la séparation avec la figure d'attachement grâce à l'âge de l'enfant, d'autres essayent de le faire

⁹ Psychiatre et psychanalyste Britannique

¹⁰ PAUL STEINHAUER moindre mal, PU Montréal 1996

¹¹ Psychiatre et chercheuse Belge, dernier ouvrage : "Enfants en danger, professionnels en souffrance" (Eres, 2011).

¹² Pédopsychiatre française ayant beaucoup travaillé sur les interactions mères-bébés

en lien avec les expériences vécues par l'enfant. Selon Spitz¹³ par exemple, l'enfant séparé d'une mère indifférente s'adapterait plus facilement que celui privé d'une mère attentive. Alors que pour Winnicott¹⁴ l'enfant ayant eu une expérience positive à l'adulte serait mieux armé pour s'investir dans de nouveaux attachements.

Selon mes recherches je me rends compte qu'il est difficile de trancher sur les variantes de l'attachement, mais que deux facteurs semblent être majeurs : l'âge de l'enfant ainsi que les expériences antérieures vécues.

En visite médiatisée, le professionnel est amené à accompagner des enfants de tous âges, tant des nourrissons que des adolescents. Les professionnels ne connaissent pas non plus toujours les antécédents familiaux des familles qu'ils accompagnent. Dans ce cas, l'observation et l'écoute semblent être une posture pertinente pour repérer au mieux les troubles de l'attachement enfant-parent.

Myriam David parle du « syndrome de mal de placement » et dresse un tableau des symptômes cliniques présentés par l'enfant. L'enfant peut présenter différents signes comme :

- Des angoisses d'abandon
- De la culpabilité
- Une perte de l'estime de soi
- Des conduites provocantes
- Un déni de la séparation

Selon Myriam David, tous ces troubles sont des troubles de l'attachement primaire et des déviations dans le processus de séparation-individualisation.

Selon moi, le rôle de la puéricultrice est donc aussi de prévenir le risque de déviance chez l'enfant devenant adulte. Selon M.Ainsworth en 1969, il existe quatre types d'attachements : l'attachement sécurisé, l'attachement insécure évitant, l'attachement insécure ambivalent, l'attachement insécure désorganisé et désorienté. Le retour de la figure d'attachement soulage l'angoisse de l'enfant dit sécurisé mais induit des manifestations d'angoisse, d'évitement, d'ambivalence ou de confusion chez les enfants dits insécures. Pour cela l'observation du lien

¹³ Psychiatre et psychanalyste américain (1887/1974) ayant travaillé particulièrement sur le développement de l'enfant de 0 à 2 ans en lien avec les relations avec sa mère

¹⁴ Pedopsychiatre et psychanalyste britannique (1886/1971)

d'attachement semble primordiale. Le soutien à la parentalité s'articule aussi en fonction du niveau du lien d'attachement entre le(s) parent(s) et l'enfant.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'attachement peut s'appliquer sous différentes formes. Selon M. Ainsworth, l'attachement peut être pour l'enfant sécure ou insécure. Il me semble intéressant de préciser ce concept.

L'enfant sécure et insécure :

Selon moi, la mission de la puéricultrice est aussi d'observer l'enfant et les interactions entre l'enfant et le(s) parent(s). Pour comprendre ce qui se joue au moment de ces rencontres, et pour favoriser le bien-être de l'enfant, il me semble important d'observer la sécurité affective et émotionnelle. Selon M. Ainsworth¹⁵ l'observation de l'enfant sécure et insécure permet d'analyser la relation d'attachement entre l'enfant et sa figure d'attachement qui est souvent la mère.

Selon Yvane Wiart¹⁶ les bébés sécures peuvent manifester leur attachement de plusieurs manières. Certains se montrent indépendants et recherchent la proximité (sourires, regards, vocalises), préférant la figure d'attachement au visiteur en cas de stress. D'autres, au contraire ont besoin de beaucoup de contacts physiques et s'agitent lorsqu'ils ne peuvent pas les obtenir mais ne montrent ni colère intense, ni passivité, à la différence des enfants avec un attachement anxieux. Leur mère semble apprécier et entretenir cette dépendance. Pour finir, avec d'autres bébés, certainement les plus sécures, la figure d'attachement, ainsi que l'enfant prennent un plaisir mutuel à la rencontre. En cas de stress, l'enfant recherche sa figure d'attachement, qui le réconforte sans difficultés. L'enfant ainsi que la figure d'attachement expriment ouvertement leurs sentiments.

Un attachement évitant peut-être observé par un enfant évitant ses états émotionnels qui ne sont pas reconnus et traités par les adultes. L'attachement évitant est caractérisé par un manque d'attention de la mère ou figure d'attachement face à la détresse de son enfant. Plus l'insécurité est grande, plus ces enfants adoptent un comportement nonchalant et attentionné pour éviter de se heurter au rejet de leur figure d'attachement, tout en s'assurant une proximité minimale en cas de dangers extérieurs.

L'attachement ambivalent / anxieux. En l'absence de sa mère ou figure d'attachement, l'enfant est agité, pleure ... La figure d'attachement arrive rarement à calmer l'enfant à son retour. Ce mode d'attachement est entraîné par des réactions parentales qui peuvent être opposées telle que l'hypervigilance anxieuse (surprotection) ou au contraire le désintérêt ou la négligence.

¹⁵ M.AINSWORTH : Mary D. Salter Ainsworth est une psychologue du développement qui a joué un rôle important dans la théorie de l'attachement.

¹⁶ Docteur en psychologie et chercheur au Laboratoire de psychologie clinique de l'Université Paris - Descartes.

Yvane Wiart : « une des fonctions de l'attachement est de permettre de se sentir en sécurité, de façon à pouvoir partir à la découverte de ce qui nous entoure. Cela est très important pour le développement intellectuel et moteur du bébé, mais demeure une constante dans la vie adulte, sous forme de curiosité intellectuelle, curiosité relationnelle et absence de crainte face à la nouveauté ou à l'inconnu. »

Pour pouvoir analyser le type d'attachement de l'enfant à son parent, la puéricultrice doit se mettre en position d'observation et d'analyse. Cette notion suggère donc un travail sur la posture de la puéricultrice lors d'une visite médiatisée. Comment se positionner, quelle posture adopter ?

Posture professionnelle :

Lorsque j'ai accompagné la puéricultrice pendant la visite médiatisée, la notion de posture ou positionnement primordial m'a semblé incontournable. En effet lors de nos expériences professionnelles nous tentons de garder la « bonne » distance permettant une prise en soin objective et une relation d'aide optimisée. En général, nous nous positionnons face à un patient ou individu. Lors de ces visites, nous nous retrouvons médiateur, ce qui nécessite selon moi de trouver la juste place, tant pour le(s) parent(s) que pour l'enfant que nous accompagnons. Être médiateur signifie selon moi faire le lien entre les différentes parties, en posant un cadre, en observant, mais sans automatiquement intervenir dans la relation. Toutes ces caractéristiques demandent au soignant de trouver un équilibre.

Selon Catherine Deshays, « *Le positionnement relationnel est une manière d'être en ayant conscience des enjeux relationnels. [...] Le positionnement est sans cesse ajusté. Le prima de l'expérience est la référence principale pour ajuster le positionnement professionnel : c'est à partir de ce que nous voyons, ressentons et analysons dans chaque situation singulière, que nous ajusterons notre positionnement professionnel¹⁷* ». Lorsque Catherine Dashays parle d'ajustement, cela sous-entend une adaptation de la part du professionnel en fonction de ce qu'il voit, ce qu'il ressent et ce qu'il analyse. Ces trois invariants composent aussi les missions du professionnel lors des visites médiatisées.

A mon sens, la visite médiatisée peut être associée à un soin. En effet elle demande au soignant de mettre en place ses compétences pour instaurer une relation d'aide. Une relation d'aide selon Carl Rogers est « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à promouvoir, pour l'un ou pour l'autre, ou encore pour les deux, une plus grande appréciation, une plus grande expression et un usage plus fonctionnel des ressources internes latentes de l'individu.* »

Dans le cahier des science « *soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et fin de vie* » « *La posture professionnelle peut se comprendre non seulement « comme une attitude particulière du corps » mais surtout comme une manière de prendre place avec son savoir-être et son savoir-faire dans la relation de soin (...). Il ne s'agit pas de « jouer un rôle » au risque de l'imposture, mais de développer des compétences susceptibles de favoriser un*

¹⁷ CATHERINE DESHAYS. Trouvez la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel

*soin, et donc une relation, de qualité*¹⁸ ». Ici aussi nous retrouvons la notion de « place » dans le soin, qui semble si nécessaire pour le favoriser.

La « bonne » posture professionnelle en visite médiatisée sous-entend donc de trouver sa juste place, la bonne distance, l'équilibre ... entre le(s) parent(s) et l'enfant. Selon moi la difficulté en visite médiatisée est d'accompagner de la même façon le(s) parent(s) tout en faisant du bien-être de l'enfant lors de ces rencontres une priorité. En 2004 Maela Paul¹⁹ publia un livre se nommant « l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique²⁰ ». C'est pour cela que pour terminer mon cadre conceptuel j'ai choisi d'étudier le concept d'accompagnement.

¹⁸ PITARD L., PERUZZA E., CLARET N. Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et fin de vie, Cahier des Sciences infirmières. Issy-les-Moulineaux : 2010. p. 192.

¹⁹ Docteur en science de l'éducation, chargée d'enseignement à l'université de Nantes et formatrice des professionnels de l'accompagnement.

²⁰ MAELA PAUL, l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, l'Harmattan, décembre 2004, 356 pages.

Accompagnement :

L'accompagnement est une démarche relationnelle qui s'inscrit autour du projet de l'autre. L'accompagnement nécessite une proximité et le respect de l'autre, la bienveillance et le non-jugement. Le non-jugement peut parfois être mis à l'épreuve dans le contexte d'enfant placé, mais il me semble important de rappeler que pour accompagner l'échange entre l'enfant et le(s) parent(s), le professionnel doit se montrer bienveillant et objectif.

Selon Verspieren (1999) « *accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.* ». D'après moi la définition de Verspieren s'impose dans les différents accompagnements présents dans la triade enfant-parent-soignant. Le soignant accompagne l'enfant mais également le parent, et le parent accompagne aussi son enfant. L'accompagnement lors des visites médiatisées prend de mon point de vue tout son sens car le professionnel ainsi que le(s) parent(s) doivent agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Nous avons vu au cours de ce travail que ce qui se joue dans la séparation de l'enfant et de son/ses parent(s) a des répercussions sur la vie future de l'enfant. La notion d'accompagnement prend alors tout son sens car le but de ces visites médiatisées est d'inscrire une continuité dans la relation parent-enfant.

Cela nécessite aussi une forme de « contrat ». L'accompagnement suppose un engagement réciproque entre les différentes parties. Lors de mon stage, je me suis aperçue par exemple que dans chaque visite médiatisée, le(s) parent(s) avai(en)t remplis et signé un contrat personnalisé en fonction des difficultés du/des parent(s).

Selon Maela PAUL le terme d'accompagnement renvoie à trois idées :

-Il renvoie à la secondarité : celui qui accompagne suit l'accompagné. Ce qui ne rend pas son rôle futile, sa fonction est de soutenir celui qui est accompagné.

-Il renvoie aussi à l'idée d'un processus, nécessitant diverses étapes, le temps d'élaboration, la mise en chemin etc.

-On peut dire également que le terme d'accompagnement nécessite une unité, comme dit précédemment, cette unité renvoie à une notion « d'ensemble » demande du respect et de la proximité entre l'(es) accompagnant(s) et l'(es) accompagné(s). Selon Walter Hesbeen

l'accompagnement : « c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences ».

A mon avis la notion d'accompagnement sous-entend aussi que l'accompagnant mette en place des stratégies dans le cadre qui lui est donné. Ici, le cadre est la visité médiatisée. L'accompagnant doit donc s'adapter au contexte de celle-ci. La décision de placement de l'enfant signe souvent une carence éducative. Il est donc du rôle de l'accompagnant de s'adapter aux capacités du/des parent(s). Pour cela l'accompagnement nécessite donc de connaître les difficultés qu'ont rencontrées les parents et les enfants dans leur relation, les attentes qu'ont le(s) parent(s) lors de ce temps de rencontre et à les mettre en lien avec la nécessité pour l'enfant de recevoir des soins.

Selon moi la seule limite que nous pouvons poser dans l'accompagnement systémique (parent(s)/enfant) lors des visites médiatisées est la mise en danger de l'enfant. Notre accompagnement vise donc aussi à repérer des signes d'éventuel danger.

A mes yeux le terme d'accompagnement est très important dans cette situation. Dans l'imaginaire collectif, ce sont les parents qui accompagnent l'enfant dans sa réalisation et dans la construction de son avenir. Ici le soignant a aussi une fonction d'accompagnant.

Hypothèse :

Lors de la visite médiatisée le rôle de la puéricultrice est d'accompagner les parents ainsi que l'enfant dans leur parentalité afin de favoriser le « bon » développement de l'enfant.

Enquêtes

Le choix de l'outil :

Pour commencer je vous rappelle quelle était ma question de recherche :

En quoi la puéricultrice de PMI peut représenter un soutien à la parentalité lors de visite médiatisée ?

Ce travail de recherche théorique m'a permis de préciser le sujet et d'affiner mes recherches. A présent, il me semble important de pouvoir rencontrer des professionnels de terrain pour progresser dans ce travail de recherche. L'objectif de ce travail d'enquête est de savoir si les infirmières puéricultrices lors des visites médiatisées pensent devoir représenter un soutien à la parentalité et si oui, comment ?

Pour réaliser cette enquête, il est d'abord nécessaire de cibler la méthode d'enquête, le public que je souhaite rencontrer, l'objectif de ces rencontres. Plusieurs méthodes d'enquête sont possibles. J'ai souhaité utiliser la méthode de l'entretien car elle « renvoie au fait de solliciter une personne pour l'inviter à partager ses compétences et son savoir »²¹.

J'ai choisi d'utiliser la méthode de l'entretien semi directif. L'entretien est « un instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal »²². Selon moi la méthode de l'entretien permet de saisir plus précisément le sens que donne le professionnel de santé à son activité. Elle me donner la possibilité de recueillir des informations sous un angle plus qualitatif que quantitatif. Ces témoignages vont me permettre de recueillir le vécu et l'expérience de mes interlocuteurs. Selon l'auteur A. Blanchet l'entretien est « une situation complexe (...) définie comme un échange conversationnel dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information incluse dans la biographie de B »²³.

Pour réaliser cette enquête, j'ai ensuite ciblé les interviewés. Pour répondre à mes différentes questions, je choisis de me tourner exclusivement vers des infirmier(es) puériculteur/trices exerçant en service de Protection maternelle et infantile. J'ai aussi eu le besoin que les professionnels que je rencontrés aient déjà effectué des visites médiatisées. C'est pour cela que

²¹ JOELLE KIVITS, FREDERIC BALARD, CECILE FOURNIER, MYRI AM WINANCE. Les recherches qualitatives en santé ; Armand Colin

²² Blanchet A, Gotman .l'enquête et ses méthodes l'entretien. Armand colin

²³ . BLANCHET (1991), *Dire et Faire Dire : l'Entretien*, A. Colin, Paris, p. 19

pour débiter mon entretien, je m'assure au préalable que le professionnel ait déjà vécu cette expérience.

Je ne réaliserai pas d'entretien avec des parents vivant des visites médiatisées car aux vues de mon sujet, cela ne serait pas pertinent et sur un plan législatif, la possibilité de rencontre dans le cadre d'un travail de fin d'études n'est pas autorisée.

Pour diriger ces entretiens, j'ai préalablement réalisé une grille d'entretien. Je précise que j'ai effectué une seule et unique grille pour chaque interviewé.

Une fois cette grille d'entretien réalisée, j'ai choisi de réaliser un entretien-test. Celui-ci me permettait d'évaluer la pertinence, et la compréhension de mes questions. Celles-ci me permettaient-elle de répondre à ma question de recherche ? Pour ce faire j'ai décidé de me tourner vers une infirmière, exerçant en pouponnière²⁴ et réalisant des visites médiatisées. J'ai fait ce choix car aux vues de mes difficultés à rencontrer des infirmières puéricultrices exerçant en service de protection maternelle et infantile et réalisant des visites médiatisées, j'ai préféré réaliser cet entretien-test avec une infirmière connaissant bien le contexte de visite médiatisée mais ne pouvant pas faire partie du panel des interviewés.

Cet entretien a été réalisé au cours d'une discussion téléphonique. L'infirmière X ne me connaît pas. Je lui donne simplement le thème de mon travail de recherche. L'entretien a duré 31 minutes. Je n'ai pas eu besoin de reformuler les questions. Les réponses ont souvent nécessité pour l'infirmière X quelques secondes de réflexion. En ce qui concerne la dernière question (sur les points à aborder), je n'ai pas eu besoin de la poser car l'infirmière m'a parlé naturellement de son « *besoin de connaître le contexte de placement pour accompagner l'enfant et le parent de façon optimale* ».

D'après l'entretien que j'ai réalisé avec l'infirmière X, j'ai choisi donc de ne pas modifier cette grille d'entretien.

²⁴ Service de garde jour et nuit d'enfant de moins de 3 ans accomplis qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille ni bénéficier d'un placement familial surveillé.

Grille d'entretien :

1/ Pourriez-vous m'exposer votre parcours professionnel ?

Cette question me permettra d'avoir plus de précision sur leurs expériences professionnelles.

2/ Comment définiriez-vous une visite médiatisée et quelles sont selon vous les objectifs de celle-ci ?

Cette question me permet de comprendre quels sont les enjeux de la visite médiatisée. Ce que cela signifie pour le professionnel et pourquoi selon lui elles sont mises en place.

3/ Comment déclinez-vous l'accompagnement de la puéricultrice en visite médiatisée ?

Cette question me permet de comprendre le rôle de la puéricultrice lors de ces visites médiatisées. Le professionnel met-il en place un accompagnement particulier, et si oui pourquoi ?

4/ Quel lien faites-vous entre développement de l'enfant et lien d'attachement ?

Cette question me permettra de découvrir auprès du personnel qualifié quels sont les enjeux du lien d'attachement parent/enfant sur le développement de l'enfant.

5/ Comment la puéricultrice peut-elle représenter un soutien à la parentalité dans le contexte de visite médiatisée ?

Cette question a pour objectif de faire le lien entre les visites médiatisées et le soutien à la parentalité. Selon mes recherches : visite médiatisée et soutien à la parentalité sont indissociables. Il s'agit donc de savoir si cela est vécu de la même manière sur le terrain et si oui, comment les puéricultrices soutiennent la parentalité.

6/Auriez-vous 1 ou deux points supplémentaires que vous souhaiteriez approfondir ?

Cette question a pour objectif de laisser l'interviewer s'exprimer sur des points que nous n'aurions pas traités, il est possible que le sujet entraîne une réflexion personnelle de la part du professionnel et peut-être souhaiterait-il me les faire partager, ce qui est pertinent pour mon sujet.

Contexte des entretiens :

Pour effectuer de manière pratique mes entretiens j'ai d'abord contacté les infirmières puéricultrices exerçant en PMI et réalisant des visites médiatisées. Selon moi la qualité et la pertinence de mes entretiens dépendait de ces trois variables (infirmière puéricultrice, de PMI et réalisant des visites médiatisées). Je me suis assez vite rendue compte que ces trois variables diminuaient de façon importante mes possibilités d'entretiens. Alors que j'avais choisi de réaliser un de mes entretiens auprès d'une puéricultrice d'un de mes anciens stages, il me fallait en trouver d'autres. J'aurais pu choisir de contacter toutes les PMI du secteur mais par souci d'efficacité et de temps, j'ai préféré faire appel aux étudiantes de ma promotion réalisant leur stage en PMI. Cela m'a permis dans un premier temps de cibler les PMI dans lesquelles les infirmières puéricultrices réalisaient des visites médiatisées.

Grâce à l'aide de mes différentes collègues de promotion, j'ai pu répertorier un certain nombre de contacts pouvant répondre à mes différentes questions.

Je me suis donc lancée dans la prise de contacts. Si certaines puéricultrices m'ont répondu rapidement, je me suis aussi confrontée à une contrainte organisationnelle : les vacances d'avril.

Ces différentes contraintes m'ont amené à réaliser quatre entretiens. Ces quatre entretiens ont été réalisés lors d'une période de stage. A raison de deux entretiens par semaine.

| Infirmière puéricultrice | Lieu d'exercice | Nombres d'années d'expérience en PMI |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Puéricultrice 1 | PMI | 3 années |
| Puéricultrice 2 | PMI | 6 ans |
| Puéricultrice 3 | PMI | 8 ans |
| Puéricultrice 4 | PMI | 10 ans |

Rencontrer ces quatre puéricultrices me semble pertinent. D'abord pour réaliser ces quatre entretiens dans quatre PMI différentes. Le public n'est donc pas exactement le même, les contraintes organisationnelles, les façons de procéder ne sont pas semblables. Ces entretiens

m'ont donc permis de récolter différentes expériences qui sont pour moi de grandes ressources. Il se trouve aussi que le nombre d'années d'expérience en service de PMI diffère. Je vais donc peut-être pouvoir faire un lien entre les façons de procéder lors de ces visites médiatisées et le nombre d'années d'expérience.

L'infirmière n°1 m'avait donnée rendez-vous en début d'après-midi dans sa structure d'exercice. Pour réaliser cet entretien je me suis sentie en confiance. Car l'infirmière auprès de qui je réalise mon premier entretien m'avait au préalable encadrée lors d'un stage. Son bureau étant un bureau double, elle m'a proposé de nous installer dans un autre bureau pour bénéficier de calme. Je l'ai donc suivie dans une salle de réunion dans laquelle nous étions seules. Les conditions pour cet entretien étaient donc optimales. Par souci d'écoute, je lui ai demandé si je pouvais enregistrer notre rencontre. L'infirmière n°1 me l'a autorisé. L'entretien dure à peu près 8 minutes. Une fois l'entretien fini, nous avons continué à discuter autour de mon choix de sujet, de son ressenti... Même si l'entretien était fini, cet échange fut pour moi enrichissant.

L'infirmière n°2 m'avait donné rendez-vous sur son lieu d'exercice une matinée entre un jour férié et un Week end. Le contexte temporel faisait donc que le lieu de l'entretien était calme. Nous nous sommes donc installées dans un bureau au rez-de-chaussée. Le calme ambiant nous a donc permis d'installer un climat propice à la communication et à la concentration. Comme la première fois, je me suis permise de demander à l'infirmière si je pouvais enregistrer cette conversation, ce qu'elle m'a autorisé. Cet entretien a duré 13 minutes. Les réponses étaient fluides. Je n'ai pas eu besoin de reformuler.

L'infirmière n°3 m'avait elle-aussi donné rendez-vous sur son lieu d'exercice, après m'être présentée à l'accueil de sa structure, elle est venue me chercher, et nous nous sommes dirigées vers son bureau. Nous étions seules dans ce grand bureau. Une fois installée, l'infirmière N°3 m'a proposé un café. Cette proposition m'a aussi permis de me mettre à l'aise pour la réalisation de cet entretien. De la même façon que pour les autres infirmières, je lui ai demandé l'autorisation d'enregistrer notre échange. Au milieu de notre entretien, un professionnel est entré dans le bureau pour discuter avec l'infirmière interrogée. J'ai donc préféré arrêter l'enregistrement pour le reprendre une fois leur discussion terminée. Malgré l'interruption de sa collègue, l'infirmière n'a eu aucune difficulté à reprendre le cours de son propos sans même que j'ai besoin de répéter la question. Cette petite interruption ne m'a donc pas déstabilisée. Cet

entretien a duré 15 minutes. A la fin de l'enregistrement nous avons continué à échanger quelques minutes puis nous avons conclu cette rencontre.

L'infirmière n°4 a également été rencontrée sur son lieu de travail. Pour privilégier l'intimité et l'échange, l'infirmière m'a proposé de nous installer dans un bureau au calme. L'infirmière semblait disponible et ne m'a pas parlé de contrainte organisationnelle ou de temps. Comme pour les autres entretiens, j'ai demandé à l'infirmière s'il m'était possible d'enregistrer notre entretien ce qu'elle m'a confirmé. L'entretien a duré 30 minutes. Suite à l'entretien nous avons continué à discuter de mon sujet de mémoire et même d'autres choses : Le travail en PMI en général, les missions de la puéricultrice, ses différentes expériences. Même si cet échange n'était plus enregistré et ne répondait plus de manière pratique à mes questions, il fut pour moi une ressource importante.

Selon moi ces quatre entretiens ont plusieurs déterminants communs. Je remercie ces quatre puéricultrices de m'avoir accordé du temps pour me permettre de leur poser mes questions. Mais au-delà des réponses à mes questions, je me suis aperçue que ces quatre entretiens s'étaient réalisés dans des espaces calmes et intimes. Aucune des puéricultrices ne m'a parlé d'un temps défini qu'elle pouvait m'accorder. Toutes m'avaient donc consacré un vrai moment dans leur journée.

J'ai aussi beaucoup apprécié les échanges ayant succédé aux temps d'entretien. Avec chacune des infirmières nous avons échangé autour de mon sujet de mémoire et de leur profession. Je pense que ces quatre rencontres continueront de m'accompagner au long de mon parcours professionnel.

Re transcription des entretiens

→ Voir annexe

Analyse des entretiens

Pour analyser ces quatre entretiens, il me semble intéressant de procéder en ciblant les éléments importants que chacune des puéricultrices ont abordés, en les rapprochant ou en les comparants. De saisir les nuances, les réserves que celles-ci ont exprimées au sujet des visites médiatisées. D'analyser leurs différentes stratégies d'accompagnement. Leur ressenti, leurs expériences...

Pour commencer je souhaite analyser la façon dont les différentes puéricultrices ont choisi de définir la visite médiatisée.

Pour les infirmières n°1 et 2, la visite médiatisée est une rencontre. Une rencontre entre l'enfant et ses parents ou sa famille. Pour l'infirmière n° 3 la visite médiatisée se définit comme un temps donné pour garder le lien entre l'enfant placé et ses parents. Si deux d'entre elles m'ont spontanément parlé d'une rencontre, les quatre puéricultrices m'ont parlé du tiers présent lors de la visite médiatisée. La légitimité de ce tiers se définit surtout par les objectifs encadrant la visite médiatisée. Les infirmières 2,3,4 me parlent toutes de la notion de « lien ». Le médiateur a aussi pour mission de garantir ou de créer le lien entre l'enfant et le(s) parent(s). La puéricultrice N°1 parle elle de « *travail autour de la parentalité* ». Comme nous avons pu le voir précédemment lors du concept sur le soutien à la parentalité, le comité national de soutien à la parentalité définit la parentalité comme le lien entre un adulte et un enfant dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant.

Je m'aperçois donc pour commencer, que toutes les infirmières abordent la notion de lien dans la visite médiatisée.

« *Remarquer* », « *veiller* », « *repérer* », « *observer* » ces termes ont été employés par chacune des quatre infirmières interrogées sur les objectifs des visites médiatisées. Il me semble donc que pour elles, le tiers présent lors des visites médiatisées a un rôle important dans l'observation de ce moment. Tant pour repérer les carences ou les compétences des parents que pour « *veiller à la sécurité physique mais aussi affective et psychologique de l'enfant* ». Lors de mes recherches théoriques sur les visites médiatisées, je m'étais déjà aperçue de l'importance de l'observation dans ce moment de rencontre. L'observation pour conseiller, évaluer et analyser. C'est ce qui ressort des différentes réponses. Pour l'infirmière n°1 et 4 cela peut passer par des conseils sur les changes, les biberons, le portage, tout en analysant les besoins de l'enfant pour permettre au(x) parent(s) de s'accorder à leur enfant. Pour l'infirmière n°3 repérer les besoins

de l'enfant permet aussi de les transmettre aux parents et leur apprendre à eux-mêmes les repérer.

Pour l'infirmière n°4 l'observation permet d'évaluer « *le bien-être des interactions mère-enfant* » ainsi que de « *pouvoir jauger de la pérennité ou pas de continuer les visites* ».

L'infirmière n°3 précise que selon elle la visite médiatisée permet aussi d'aider au contact parent(s)-enfant pouvant être trop difficile pour l'enfant. Cela permet de diminuer l'intensité de la rencontre si pour l'enfant elle semble trop forte. Selon elle, la présence du tiers consiste aussi à intervenir pour détourner les choses de à alléger le poids de la visite pour l'enfant.

Précédemment lors de mon travail de recherche théorique, j'ai abordé le concept d'accompagnement. J'ai donc cherché à comprendre à travers de mes questions d'entretien de quelle manière les professionnels de terrains mettent en place cet accompagnement.

Je me suis aperçue dans un premier temps que l'accompagnement pouvait être appliqué à l'aide d'une posture, d'outils, de conseils. Pour l'infirmière n°1, l'accompagnement commence dès l'accueil. Tant du parent que de l'enfant. Accompagner lors de la visite médiatisée c'est aussi selon elle comprendre l'état d'esprit du parent, savoir comment il va et effectuer la même chose avec l'enfant lors de son accueil. La notion d'accueil est aussi reprise par l'infirmière n°2. L'importance d'être accueillant auprès du parent mais aussi de l'enfant dans le but d'installer un climat serein pour permettre à l'enfant de vivre ce moment avec le moins de pression possible. Selon l'infirmière n°1 l'accompagnement c'est aussi trouver le bon nombre d'intervenants auprès de l'enfant. Si selon elle il est pertinent d'être au moins deux professionnels intervenant dans des visites médiatisées pour avoir une vision globale de la relation parent(s) enfant, il est important aussi que l'enfant puisse se référer au professionnel comme à un repère.

Pour l'infirmière n°2 et 4 l'accompagnement nécessite aussi une qualité d'adaptation de la part du professionnel. Le professionnel doit s'adapter en fonction des besoins de(s) parent(s), et de l'enfant, mais aussi en fonction de l'histoire de la famille. L'accompagnement peut passer par l'observation mais aussi par le conseil : accompagner le(s) parent(s) à découvrir son enfant, à le comprendre, pour l'infirmière n°3 par exemple l'accompagnement en visite médiatisée, c'est aider le parent à décoder son enfant, décrypter ses besoins et ses envies.

Pour l'infirmière n°2 la puéricultrice doit aussi s'adapter en fonction de la demande de la référente ASE, qui a des demandes en général assez précises. On demande à la puéricultrice à ce moment-là une analyse fine de la relation parent(s)-enfant. Soit parce que le(s) parent(s) a besoin d'un éclairage sur le développement de son enfant, ses envies, ses besoins, soit parce qu'il est nécessaire de comprendre ce qui se joue entre l'enfant et le(s) parent(s) à ce moment-là.

J'ai souhaité relever en particulier deux mots que les puéricultrices n°2 et 4 ont prononcés. L'infirmière n°2 parle de « *bienveillante neutralité* » ce qui induit l'idée de non-jugement. Ne pas se laisser influencer par nos représentations. Les termes accompagner et juger sont selon elle antinomiques.

« *Valorisation* » est le terme qu'a choisi d'employer l'infirmière puéricultrice n°4 pour accompagner le(s) parent(s). Selon elle accompagner c'est aussi valoriser la fonction parentale, dire aussi lorsque les choses sont bien faites. On sait que valoriser permet aussi d'installer une relation de confiance. La relation de confiance permet peut-être elle aussi de favoriser le(s) parent(s) ainsi que l'enfant. Cela renvoie aussi selon moi à la notion de repère dont m'a parlé l'infirmière n°2.

Dans ma première partie de travail, nous avons pu voir que l'accompagnement comporte aussi la notion de temporalité, d'avancer avec la famille. C'est aussi cela que ces quatre puéricultrices me traduisent dans leurs réponses. Accompagner pour aider à aller plus loin dans la relation.

Ces entretiens m'ont aussi permis de comprendre le lien entre développement de l'enfant et lien d'attachement.

Pour l'infirmière n°1 la visite médiatisée peut permettre de développer le lien d'attachement. Mais le système aurait ses limites. Pour l'infirmière n°1 insister et travailler sur le lien d'attachement peut s'avérer être lourd pour l'enfant et donc ne pas favoriser son développement.

Pour les puéricultrices 3 et 4 (formées à la théorie d'attachement) l'attachement d'un enfant est vital. Mais différentes sortes d'attachement sont à différencier. Selon la forme d'attachement, celui-ci permettrait de favoriser plus ou moins le développement d'un enfant. Ces points de vue rejoignent les théories explicitées précédemment. Selon la puéricultrice n°3 un attachement sécurisé permet à l'enfant « *d'explorer le monde, parce qu'il sait que sa base de sécurité est là* »

« en cas de *détresse il va pouvoir s'y raccrocher* ». En conclusion, ce lien d'attachement sécure permet à l'enfant de grandir et de découvrir le monde. Alors que selon cette même puéricultrice, dans le cas d'un lien d'attachement « insécure évitant » « *l'enfant sait qu'il ne peut faire confiance à sa base de sécurité ... donc il va explorer lui-même sans un regard* ». L'enfant risque donc de se mettre en danger dans ses explorations. Selon la puéricultrice n°3 « *favoriser un lien d'attachement sécure c'est lui permettre un meilleur développement, une meilleure appréhension des choses qui vont lui arriver, une meilleure compréhension du monde* ».

Pour la puéricultrice n°4 l'attachement d'un enfant est vital, il est dépendant tant pour ses soins primaires que pour sa construction psychique. Pour se construire, l'enfant a besoin de se sentir sécurisé par sa figure d'attachement. Elle déplore même que les professionnels ainsi que les assistantes familiales, qui peuvent elles-mêmes être la figure d'attachement pour un enfant, ne soit pas formés. L'infirmière prend en exemple les enfants placés en pouponnière après la guerre. Ils étaient nourris, soignés mais « *sans aucune humanité* », ces enfants avaient donc développé des troubles de l'attachement, entraînant des comportements stéréotypés, d'autostimulation. Selon elle lorsqu'un enfant est placé, c'est l'assistante familiale qui devient la figure d'attachement primaire, les visites médiatisées ont aussi pour rôle de faire de(s) parent(s) la figure d'attachement secondaire. Cette figure d'attachement secondaire est toute aussi importante, c'est pour cela qu'il est important selon elle d'insister sur la fréquence des visites, et le rôle de la puéricultrice est aussi de soutenir ce lien d'attachement. Un enfant s'attachant même à une figure d'attachement défaillante, il est de notre rôle de soutenir la parentalité de manière à favoriser un attachement le plus sécure possible. Cette professionnelle a quand même souhaité me préciser qu'un enfant pouvait vivre en étant insécure sans pour autant avoir des troubles, mais que cela pouvait aussi lui entraîner des difficultés.

Après avoir approfondi mon travail sur l'importance des liens d'attachement, je souhaite aborder le thème du soutien à la parentalité. Dans mon travail de recherche théorique je me suis aperçue que le soutien à la parentalité était une des missions principales des visites médiatisées. J'ai donc cherché à savoir comment les puéricultrices pouvait être un soutien à la parentalité lors des visites médiatisées.

Pour soutenir la parentalité, les quatre infirmières puéricultrices m'ont parlé de l'importance de l'observation. Observer pour jauger, analyser, discerner. Pour l'infirmière n°1 la puéricultrice « *a l'avantage d'avoir cette spécialité sur l'enfant ... qui permet justement de pouvoir déceler déjà s'il y a des soucis* » tant au niveau du développement psychomoteur qu'au niveau du lien

entre le(s) parent(s) et l'enfant. Le rôle de la puéricultrice dans le soutien à la parentalité c'est donc d'apporter « *ces petits détails* ». Cela peut passer par le conseil pratique (portage, biberon). Les infirmières puéricultrices n°2 et 3 s'accordent avec l'infirmière n°1 pour dire que l'observation permet de conseiller le(s) parent(s), d'apprendre à connaître leur enfant. L'infirmière puéricultrice n°2 estime que la puéricultrice doit observer et être à la disposition de l'enfant et de(s) parent(s). Se montrer disponible pour répondre aux interrogations. Ces trois infirmières puéricultrices se rejoignent aussi sur l'importance du jeu. Le jeu pour communiquer avec son enfant, apprendre à le connaître, partager un moment privilégié en lien avec son développement psychomoteur. Le jeu permet aussi à l'enfant de se distraire et donc de vivre de façon moins intense le moment si cela est nécessaire. Le jeu permet aussi au parent de décoder les besoins de l'enfant à l'instant T. Pour l'infirmière puéricultrice n°3 le soutien à la parentalité, c'est « *du conseil et de la guidance* ».

Pour l'infirmière puéricultrice n°1, si le professionnel doit observer, il est aussi là pour apprendre au(x) parent(s) à observer son enfant. C'est aussi ce que cherche à soutenir l'infirmière n°2 lorsqu'elle propose « l'atelier massage » dans le cadre des visites médiatisées. Selon elle l'atelier massage permet de soutenir le lien d'attachement et donc la parentalité. D'abord parce qu'il permet de faire baisser le niveau de stress, mais aussi parce que cela demande aux parent(s) une qualité d'observation. Le(s) parent(s) au travers du massage sont dans l'expérience du regard, du touché : la découverte. C'est aussi une façon de décoder les besoins de son enfant, en lui demandant l'autorisation pour le toucher.

L'infirmière puéricultrice n°3 décrit le soutien à la parentalité comme le fait d'aider les parents à être de « bons » parents. Leur expliquer comment ils peuvent apporter un environnement sécurisé à leur enfant, par le portage, la contenance, par leur voix. Montrer aussi les compétences de l'enfant, apprendre au(x) parent(s) comment reconforter les pleurs de son enfant. Selon elle soutenir la parentalité c'est aussi rassurer les parents sur leur rôle, faire le lien entre l'assistante familiale qui vit les premières fois de l'enfant, et les transmettre au(x) parent(s). Cela leur permet aussi d'être au cœur de la vie de leur enfant.

La communication est aussi une notion que l'infirmière puéricultrice n°1 aborde. Pour elle la communication avec le parent est primordiale pour soutenir la parentalité. Pour l'infirmière puéricultrice n°2 la communication avec le(s) parent(s) est importante notamment avant le temps de rencontre avec l'enfant si cela est possible. Cela permet au(x) parent(s) de se décharger de ses préoccupations, de se « libérer » pour pouvoir ensuite se consacrer pleinement à son enfant lors de la visite médiatisée.

Pour l'infirmière puéricultrice n°4, nous avons aussi l'avantage de notre fonction dans le soutien à la parentalité. C'est-à-dire que nous bénéficions de la « casquette médicale » ce qui nous permet d'amener différemment les choses au(x) parent(s) que si nous avions la « casquette aide sociale à l'enfance ».

Dans soutien à la parentalité, la puéricultrice n°4 entend aussi soutien au bébé. Mettre des mots sur les ressentis du bébé et les expliquer au(x) parent(s) qui peuvent être très en difficulté. Cette notion de soutien à l'enfant, je l'ai, il me semble, retrouvée dans les quatre entretiens que j'ai réalisés. Toutes les puéricultrices m'ont parlé de diminution de l'intensité pour l'enfant, de le rassurer, d'être son repère. Le soutien à la parentalité ne semble donc pas s'arrêter au soutien du parent dans sa parentalité, mais aussi au soutien de l'enfant pour accéder à cette parentalité.

« Il y a un médecin psycho traumatologue qui dit que les parents ont des droits de visite et les enfants des obligations de visite » Au travers de cette phrase, l'infirmière puéricultrice n°4 souhaite nuancer la notion de soutien à la parentalité. Selon elle il faut « *Soutenir ce qui est soutenable* ». Le soutien à la parentalité ne doit pas se faire au détriment de l'enfant. C'est pour cela qu'il est aussi important d'observer la tolérance de l'enfant à l'exercice de la visite médiatisée. La puéricultrice doit aussi pouvoir présenter aux instances les risques que prend l'enfant à continuer ces visites médiatisées et apporter une conclusion quant au maintien (ou non) des visites médiatisées.

Les puéricultrices n°2 et 4 m'ont aussi parlé de l'importance de l'information et de se sentir à l'aise dans l'exercice de la visite médiatisée. Pour soutenir et accompagner le(s) parent(s) ainsi que l'enfant dans la parentalité, il est nécessaire que la puéricultrice se sente à l'aise dans l'exercice. La formation est un bon moyen de soutenir les compétences des puéricultrices dans cet exercice qui peut sembler périlleux. La puéricultrice n°4 insiste sur le fait que si le professionnel ne se sent pas en capacité d'encadrer ce temps de rencontre, il doit s'abstenir. Car un professionnel en difficulté risque de mettre le(s) parent(s) ainsi que l'enfant en difficulté. La visite médiatisée pourrait donc finir par être contre-productive.

La présence de la puéricultrice pendant les visites médiatisées est selon les PDE n°3 et 4 pertinente. Mais pour l'infirmière puéricultrice n°3 la pertinence peut varier selon l'âge de l'enfant « *peut être jusque 1-2 ans* » c'est selon elle l'âge pour lequel la puéricultrice peut être le plus un soutien, grâce à ses connaissances sur la petite enfance. Pour l'infirmière n°4 la présence de la puéricultrice doit avoir du sens. Elle doit être discutée avec le personnel de l'aide sociale à l'enfance qui peut avoir formulé une demande particulière. La puéricultrice n°4

souhaite rappeler que « la présence du médiateur lors de visite médiatisée doit être qualitative de manière à ne jamais perdre de vue que la visite médiatisée doit toujours être mise en place dans l'intérêt de l'enfant » (ce qui est selon les textes juridiques la limite même de la visite médiatisée : mise en place dans l'intérêt supérieur de l'enfant).

Pour finir, la puéricultrice n° 2 a souhaité me faire partager le sentiment d'enrichissement que lui procure l'accompagnement des visites médiatisées. Pour elle, cela permet « *d'ouvrir des fenêtres* » donc d'observer d'autres facettes de son métier, d'observer d'autres pratiques. « *Et puis parfois il se passe des choses merveilleuses pendant ces rencontres* ». (mots dit par l'infirmière N°3)

Pour conclure, ce travail d'enquête m'a permis d'approfondir le travail de recherche théorique que j'avais réalisé précédemment. Selon moi, un travail de recherche comme celui d'un mémoire de fin d'année requiert absolument un travail en deux parties. Une première partie pour étayer, comprendre, s'imprégner du sujet, de ses tenants et ses aboutissants. Une seconde partie pour infirmer ou confirmer, exploiter les recherches. Et surtout faire le lien entre la théorie et la pratique. Un écrit, une ordonnance, un jugement sont faits pour être appliqués. J'ai donc souhaité comprendre au travers de ces quatre rencontres comment ces textes, ces définitions, ces théories étaient mises en place sur le terrain, vécues par les professionnels. Il me semble que mes entretiens m'ont permis de répondre à ces questions. D'abord parce que toutes m'ont répondu grâce à leurs expériences, leur sensibilité, mais aussi et surtout parce que j'ai senti lors de tous mes entretiens une profonde envie de bien faire. Pour moi toutes ces puéricultrices sont imprégnées de la notion de faire le bien en faisant bien. Je m'étais aperçue au début de ce travail d'enquête que toutes les puéricultrices interrogées avaient des expériences différentes en PMI mais aussi en termes de visite médiatisée. Une des puéricultrices n'a même effectué qu'une seule visite médiatisée. Je m'étais donc demandée si leurs années d'expérience influeraient sur leur vision de l'accompagnement, sur le soutien à la parentalité... Selon moi ce n'est pas le cas. Leurs réponses m'ont permis aussi de faire le lien entre les textes et la pratique. Il me semble clair que toutes les puéricultrices interrogées se basent sur les principes mêmes des visites médiatisées pour remplir leur mission. J'ai d'abord souvent entendu à quel point il était important selon elle d'agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Allant pour certaines jusqu'à

déplorer ce qu'elles appellent une « *obligation pour l'enfant* ». C'est justement parce qu'elles font le lien entre l'attachement d'un enfant pour son parent, et son bien-être, son développement qu'elles s'attèlent avec tant de bienveillance à accompagner les enfants et les parents dans ce cheminement et ce processus de parentalité.

Ces rencontres m'ont aussi permis d'accéder à des clés, des outils pouvant me servir dans mon expérience professionnelle. Soutenir la parentalité peut passer par plein de choses différentes : L'installation d'un climat de sérénité, l'observation, l'écoute, le conseil, la valorisation, le jeu... Toutes ces pratiques demandent à la puéricultrice une grande qualité d'adaptation. Il faut faire avec ce que le(s) parent(s), l'enfant et les instances nous donnent.

Le travail de ce mémoire s'est fait en plusieurs temps : l'écriture de la situation de constat, l'élaboration d'une problématique (En quoi la puéricultrice de PMI peut représenter un soutien à la parentalité lors de visite médiatisée ?), un travail de recherche me permettant de poser une hypothèse puis un travail d'enquête me permettant de répondre à cette hypothèse.

A l'hypothèse : Lors de la visite médiatisée le rôle de la puéricultrice est d'accompagner les parents ainsi que l'enfant dans leur parentalité afin de favoriser le « bon » développement de l'enfant.

Il me semble pouvoir aujourd'hui répondre. Plusieurs puéricultrices ont remis en question lors de nos entretiens la pertinence des visites médiatisées pour favoriser le « bon » développement des enfants. Seulement toutes m'ont confirmé l'importance d'accompagner le(s) parent(s) ainsi que les enfants dans ce processus de parentalité. Parce que la notion d'attachement est selon elles primordiale pour permettre à l'enfant d'évoluer dans notre société, d'explorer, de découvrir, d'aller à la rencontre de l'autre. Ce que m'ont aussi appris ces entretiens au sujet de ma problématique, c'est qu'accompagner dans la parentalité et surtout soutenir le « bon » développement d'un enfant n'était pas de maintenir à tout prix ces temps de rencontre parent/enfant. Le rôle de la puéricultrice est aussi d'alerter lorsque la situation ne semble pas bénéfique pour l'enfant.

Le soutien à la parentalité pour favoriser le « bon développement » de l'enfant ne s'arrête donc pas au temps de visite médiatisée.

Conclusion

Ce travail de recherche fut pour moi une découverte.

Il m'a permis d'apprendre dès la situation de constat. Je me souviens être sortie de cette visite médiatisée, d'être dans ma voiture et de me poser des tas de questions. A ce moment-là j'ai compris que je souhaiter aborder ce vaste sujet lors de mon travail de fin d'étude. Au fond, je crois avoir espéré que ce travail me permette de répondre à ces questions. Alors bien-sûr je sais aujourd'hui que ce travail ne me permet pas de répondre à toutes mes questions. D'ailleurs il en a engendré d'autres : *Les représentations des puéricultrices entravent-elles l'accompagnement des parents et des enfants lors des visites médiatisées ?*

Toutes ces questions devaient s'ordonner, se prioriser pour produire un travail clair, concis. C'est ce que m'a permis de réaliser toute la partie de recherche théorique. Cette partie est indissociable d'un travail de recherche, elle permet de comprendre, de cibler. Elle permet aussi selon moi de prendre de la distance avec ses émotions, ses ressentis. En travaillant cette recherche je suis devenue plus objective sur le sujet et surtout plus renseignée. Ce travail de recherche m'a permis d'élaborer une hypothèse à ma question : En quoi la puéricultrice de PMI peut représenter un soutien à la parentalité lors de visite médiatisée ?

La problématique était simple, permettait selon moi une ouverture à la discussion. Au travers de mes recherches, j'avais ressenti un sentiment d'urgence à répondre à la problématique de la parentalité lors des visites médiatisées. C'est pour cela que naturellement une hypothèse s'est imposée : Lors de la visite médiatisée le rôle de la puéricultrice est d'accompagner les parents ainsi que l'enfant dans leur parentalité afin de favoriser le « bon » développement de l'enfant.

Comme nous avons pu le voir précédemment, le travail d'enquête m'a permis de confirmer cette hypothèse tout en nuancant ma réponse. Il ne m'a donc pas uniquement permis de valider mon hypothèse.

Je remercie ces quatre professionnelles de m'avoir fait partager leurs expériences.

Ce mémoire de fin d'études est le fruit d'une réelle et profonde curiosité pour ce sujet. Il m'a permis de répondre à de nombreuses questions personnelles...

Je souhaite mettre à profit ces nouvelles connaissances lors de ma propre prise en soin de ces enfants et de leurs parents.

Je pense que ce travail m'accompagnera tout au long de ma carrière professionnelle.

Bibliographie

Textes législatifs :

France. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2017-1572 du 15 novembre 2017 prévoit les modalités d'organisation de la visite en présence d'un tiers. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/11/15/SSAA1722127D/jo/texte>

Revue

KHALID BOURDARSE et MARTINE DODELIN, de la visite médiatisée étude clinique. Dialogue, Mars 2011, numéro 193, page 139 à 153.

CAMILLE CHEVALLIER, MADELEINE COLLOMBIER, ELIANE ZEINDLER, CATHERINE THOMVRE, PATRICIA FAIVRE, KARINE RENAUDIE, GILBERTE HUE, SEBASTIEN COLSON, rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité, 2018, page 133 à 661.

PITARD L., PERUZZA E., CLARET N. Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et fin de vie, Cahier des Sciences infirmières, 2010, page 192.

Ouvrage

HOUZEL DIDIER. Les enjeux de la parentalité. Eres. PARIS. 1999. 200 p

JACYTHE EMERY. L'attachement parent enfant : de la théorie à la pratique. [Hopital Sainte-Justine](#). MONTREAL. 2016. 492 p

PAUL STEINHAEUER. Le moindre mal. [Presses Université de Montreal](#). MONTREAL. Décembre 1996. 200p

LAMOUR MARTINE, GABEL MARCELINE. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Eres. PARIS. 20 janvier 2011. 294 p

YVANE WART. L'attachement, l'instinct oublié. Albin michel.PARIS. 31 Aout 2011. 336 p

MYRIAM DAVID. Spiral 25 : quel accueil pour les jeunes enfants. Eres. Paris. Avril 2003. 212 p.

CATHERINE DESHAYS. Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel. Interedition. PARIS. Janvier 2018. 240p

CARL ROGERS. Relation d'aide et psychothérapie. Esf. Paris. Avril 2008. 235 p

MAELA PAUL. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Editions L'Harmattan. PARIS. 1 décembre 2004. 356 pages

PATRICK VERSPIEREN. Face à celui qui meurt. [Desclée De Brouwer](#). PARIS. Aout 1999. 208 p

JOELLE KIVITS, FREDERIC BALARD, CECILE FOURNIER ET AR. Les recherches qualitatives en santé. Armand. PARIS. 21 septembre 2016. 336 p

BLANCHET ALAIN, GOTMAN ANNE. L'enquête et ses méthodes l'entretien. Armand colin. PARIS. Juin 2005. 128 p

Documents électroniques

Comité national, Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011, consulté le 12 décembre 2018. Disponible sur :

http://www.mediation-familiale.org/images/pdf/soutiens-parentalite/definition_parentalite_2011.pdf

Parentalité et soutien à la parentalité, 2012, consulté le 13 décembre 2018 et disponible sur :

https://www.federationsolidarite.org/images/stories/3_les_publics/enfance_famille/2%20parentalite%20et%20soutien%20a%20la%20parentalite.pdf.

Catherine SELLENET, 1 Maintenir les liens parents-enfants en protection de l'enfance Du bon usage des visites médiatisées, 2007, consulté le 15 décembre 2018 et disponible sur :

https://www.rcis.ro/images/documente/rcis22_01.pdf

Support de cours, la protection maternelle et infantile : organisation et missions comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, daté de 2011/2012. Consulté le 6 décembre 2018, disponible sur :

<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/pmi/site/html/cours.pdf>

Annexe

Entretien n°4

C : Alors la première question est ce que vous pourriez m'exposer votre parcours professionnel ?

I : Alors je suis diplômée puéricultrice en 2000 et en fait j'ai été pendant 10 ans directrice de structure petite enfance donc directrice adjointe de crèche puis directrice de crèche collective, familiale et j'ai créé une maison de la petite enfance sur Somain après j'ai commencé à travailler en PMI en 2009.

C : Comment vous définiriez une visite médiatisée et quels sont pour vous les objectifs ?

I : Alors définir une visite médiatisée c'est un moyen de garder le contact entre les parents et les enfants confiés à l'ASE²⁵ les objectifs ça peut être le maintien du lien parce que parfois c'est pour les parents le seul moyen de pouvoir voir leur enfant dans le contexte du placement et je pense que ça peut être un outil d'observation et justement évaluer la prise en charge et le bien-être des interactions mère/enfant et aussi dans certaines situations de pouvoir amener des conseils, notamment quand ce sont de tous petits enfants avec des parents qui ont des difficultés dans les soins de bases qui sont le portage, les changes le fait de parler à leur enfant enfin tout ce qui est manipulation du bébé parce qu'il y a des parents qui sont très maladroits, voilà... Après effectivement ça permet de pouvoir jauger de la pérennité ou pas de continuer les visites parce qu'il y a parfois des enfants pour lesquels c'est hyper compliqué et les enfants le vivent très mal et donc ça peut aussi donner des arguments, l'observation de l'enfant et de ses réactions peut permettre d'étayer un rapport au magistrat, de pouvoir dire là c'est pas possible ce gamin est trop « flingué » par les visites médiatisées et donc le maintien du « lien à tout prix » n'est pas possible. Il y a un médecin psycho-traumatologue qui dit que les parents ont des droits de visite et les enfants des obligations de visite, c'est toujours un petit peu le droit des parents par rapport au respect de l'enfant et parfois ce sont des choses qui sont compliquées surtout par rapport au tout petit. Je pense que le rôle c'est de pouvoir dire aussi 30 min de temps de visite pour un bébé c'est suffisant, 1 heure de visite c'est trop. On est aussi là pour pouvoir mettre l'accent sur le nourrisson, parce que la demande elle est aussi faite pour ça parce que les puéricultrices c'est surtout quand c'est les tous petits. Je pense que dans l'objectif c'est ça, c'est

²⁵ Aise social à l'enfance

de pouvoir rééquilibrer les choses dans l'intérêt de l'enfant ce n'est pas contre les parents mais dans l'intérêt de l'enfant. Donc il y a du soutien et de l'accompagnement pour qu'on voit l'évolution au niveau prise en charge pendant la visite mais il y a aussi des moments où on dit vraiment stop quoi, ce n'est pas possible.

C : Comment décrivez-vous l'accompagnement de la puéricultrice en visite médiatisée ?

I : Déjà c'est toujours le référent ASE qui vient me solliciter pour que je participe à une visite, ce ne sont pas des choses qui se font de manière systématique parce qu'on n'a pas le temps clairement, par contre dans certaines situations particulières ils viennent me solliciter et moi je leur demande ce qu'ils attendent de moi parce que ce n'est pas la même chose de faire une observation parce qu'une visite ne se passe pas bien et que le référent se questionne sur pourquoi ça ne se passe pas bien, que de dire voilà on a des parents qui sont en difficulté au niveau de la parentalité et qui ont besoin d'une guidance par rapport aux soins, à la manière d'être, au portage et le référent me dit moi je me sens un peu en difficulté et j'ai besoin d'avoir l'appui technique d'une professionnelle, donc en fonction des objectifs les outils ne vont pas être les mêmes. Si par exemple on nous demande de venir observer le pourquoi les choses ne se passent pas bien, je ne parle pas du tout de la visite, je me pose et j'observe et je vais débriefer après et avec les parents et avec le référent pour donner des pistes de comment faire peut-être les prochaines fois pour que ça se passe mieux. Donc ça, ce sont mes outils d'observation parce que j'ai été formée à l'observation pendant mes années en crèche à Argenteuil, j'ai travaillé avec la philosophie "Pikler Loczy" et les "associations Pikler" donc j'ai été formée à l'observation et donc voilà. Après quand on est dans de l'accompagnement, la parentalité pure sur les soins, j'évite de donner des outils, des documentations parce que parfois je pense à des situations où le parent a un gros souci de toxicomanie donc ils sont très amochés eux-mêmes, le papa a une pathologie psychiatrique associée où là on était vraiment sur du « faire avec » et de la valorisation de leur fonction parentale quand il y avait des choses qui pouvaient être bien faites, mais sans forcément donner des choses parce que c'est plus le feeling de chaque visite qui fait qu'on va intervenir sur telle ou telle chose. Mais globalement les demandes sont surtout faites dans ces 2 versants là : c'est soit le soutien parentalité parce qu'ils ont observé des choses et qu'ils sont en difficultés pour pouvoir donner les bons conseils, soit c'est on se questionne par rapport à ces visites parce qu'avec le gamin ça ne se passe pas bien au bout de 10 minutes il pleure, il s'accroche à son ASS FAM²⁶ on sait pas comment faire, d'avoir un autre regard un peu plus

²⁶ Assistante familiale

technique et pointu et dire moi j'ai observé ça et voilà à quel moment c'est parti en cacahuète. Ça permet aussi de remettre les parents en disant, vous savez l'enfant a sa figure d'attachement et la figure d'attachement ça n'a rien à voir avec l'amour et du coup c'est normal qu'il ait besoin pour se sécuriser de son assistante familiale, ça ne veut pas dire que pour autant il ne vous aime pas, mais comme vous êtes hyper intrusifs vis à vis de lui alors que les visites sont très espacées, c'est pour ça qu'elle se referme et finalement elle s'ouvre quand on l'oublie un peu et qu'on discute entre adultes et c'est peut être un moyen de faire autrement la prochaine fois, de ne pas être trop sur elle, faire que les choses se détendent un peu. Du coup c'est vraiment ce rôle d'observateur à distance et de pouvoir aider le référant pour les visites suivantes, et les parents comprennent aussi pourquoi l'enfant réagit de cette manière-là et que ce n'est pas dirigé contre eux mais c'est juste au niveau de son développement et dans sa manière d'être, voilà comment les choses se font.

C : Quel lien vous faites entre le développement de l'enfant et le lien d'attachement ?

Je forme mes collègues professionnels à la théorie de l'attachement donc je suis une grande convaincue ! Effectivement je pense qu'un enfant ne peut pas ne pas s'attacher, c'est vital pour lui, il est dépendant de par ses soins primaires mais aussi sur sa construction psychique et son sentiment de sécurité qui est un besoin indispensable aux autres besoins et donc s'il n'y a pas ce sentiment de sécurité on peut avoir des troubles de l'attachement, des problématiques qui apparaissent après, et des troubles liés à ça. Après les parents font un peu ce qu'ils peuvent et les professionnels qui accueillent les enfants font un peu ce qu'elles peuvent, même si je pense qu'elles manquent grandement de formation par rapport à la théorie de l'attachement, elles auraient besoin d'avoir des informations complémentaires parce que oui, de toute façon il ne peut pas se construire s'il n'est pas sécurisé par quelqu'un qui est la figure d'attachement, la personne qui prend soin de lui au quotidien et dans le cadre d'un enfant confié, c'est l'ASS FAM, d'où la question sur la pouponnière où c'est catastrophique parce qu'il n'y a pas cette notion de référence... Cce n'est pas nouveau l'hospitalisme, les gamins qu'on a sortis des pouponnières après la guerre, on a vu, on s'est dit ils sont tous malades mentaux mais non, ils souffraient juste de trouble de l'attachement et du coup ils avaient développé des comportements stéréotypés, d'autostimulation, l'affect ne rentrait pas en ligne de compte dans la prise en charge, ils étaient nourris, soignés, mais sans aucune humanité entre guillemet et on voit les dégâts que ça peut faire.

C'est

indispensable...

De toute façon il peut y avoir une figure d'attachement principale vers laquelle l'enfant va forcément se tourner s'il est en détresse et il y a des figures d'attachement secondaires et

effectivement, c'est aussi pour ça que j'insiste sur la fréquence des visites médiatisées car une visite tous les mois pour des petits de cet âge c'est extrêmement compliqué parce qu'il n'y a pas de continuité donc effectivement, quand il y a un lien de continuité qui se fait de manière régulière et des rencontres régulières avec les parents, ils vont devenir les figures d'attachement secondaires parce que la principale restera toujours la personne qui prend soin de lui au quotidien, le plus souvent. Mais après, ce qui est compliqué, c'est quand on a une figure d'attachement qui n'est pas bonne c'est à dire que le parent a un comportement inadapté ou il est très intrusif, ne respecte pas son bébé, ne respecte pas les initiatives de l'enfant, est dans l'hyperstimulation. De toute façon un enfant s'attache même à une figure d'attachement maltraitante, il est bien obligé d'exprimer ses besoins même s'il sait qu'il va être maltraité en retour, je pense que c'est quelque chose qui ne peut se construire que s'il y a un soutien quand justement il y a des défaillances des figures d'attachement parentales, et dans la régularité, et avec une fréquence accrue pour permettre justement que l'enfant ait le temps de construire parce que s'il y a une visite tous les mois c'est compliqué, surtout en fonction de l'âge des enfants. Le système d'attachement se développe depuis la naissance et on sait que plus un enfant va être dans un environnement porteur plus il a des chances de développer un système d'attachement sécure, on le voit avec les gamins qui sont placés à 2ans et demi et 3 ans et ils ont déjà développé des troubles de l'attachement, un système d'attachement insécure, tant que ça reste insécure c'est adaptatif donc on peut vivre en étant insécure sans pour autant avoir des troubles après, mais c'est aussi parfois compliqué.

C : Et comment est-ce que la puéricultrice peut représenter un soutien à la parentalité dans un contexte de visite médiatisée ?

I : Les parents sont informés par le référant qu'ils ont fait appel à une puer pour venir observer les interactions, on dit souvent que c'est pour les aider eux au niveau des bébés. Je pense qu'on peut être un soutien parce que nous on n'est pas dans, enfin c'est différent parce que j'ai déjà fait des visites pour un enfant placé pour lequel en plus j'avais fait la démarche de placement mais ce jour-là la maman n'était pas là elle s'était sauvée, une fois une visite médiatisée l'ASE ils m'ont demandé si je pouvais la faire toute seule parce qu'ils avaient un problème de personnel et la maman c'est bien parce que ça a été l'occasion qu'elle me demande exactement ce que j'étais venue faire chez elle tel jour avec la police et donc je lui ai expliqué le contexte. Du coup il y a 2 situations : Soit on n'est pas dans l'histoire de départ, on ne connaît pas la maman, on ne connaît pas l'enfant donc nous on est extérieur à la situation, on a la casquette médicale qui n'est pas mal aussi et du coup en ce sens euh je pense qu'il y a certaines choses qui vont être

amenées par nous qui vont être prises de manière différente par les parents que si c'est amené par le référant qui a la casquette aide sociale à l'enfance. Je pense que du coup le soutien il est, d'une part parce qu'on va amener des choses aux parents mais aussi du professionnel parce que du coup le prof peut dire à la maman vous voyez je ne suis pas trop nul la dernière fois c'est ce que je vous ai dit et la dame aujourd'hui dit la même chose c'est que c'est bon, mais je pense qu'il y a ces 2 choses-là et je pense qu'on a aussi un rôle dans le soutien du bébé, parce que les parents sont très en difficultés pour mettre des mots sur ce qui se passe même dans la manière de porter l'enfant il y a certains enfants qui font de l'instabilité motrice on le voit ils se crispent et tout et de pouvoir dire au bébé, là tu as eu peur parce que maman a été maladroite quand elle t'a porté mais là, on est en train de réajuster, ça va aller. Et ça, ce sont des choses que même les professionnels de manière générale on s'en rend compte parce qu'on observe comment on fonctionne. Et on observe que c'est quelque chose qui est encore compliqué euh de mettre des mots, de rassurer, reprendre avec lui par rapport à ce qu'on observe, analyser les signaux non verbaux que va envoyer le bébé et du coup de pouvoir dire, vous avez sentis là ? qu'il s'est un peu crispé ? c'est dû à ça, c'est parce que quand vous l'avez changé de position c'est parce que ça a été très rapide pour lui, le réflexe de Morrow c'était ça. C'est pourquoi quand on porte un bébé il est très important de bien l'envelopper, soutenir sa tête mais ce n'est pas que la tête c'est l'ensemble du corps qui doit être enveloppé. Mais c'est aussi pouvoir dire au bébé « maman t'as fait peur mais ne t'inquiètes pas elle apprend, donc la prochaine fois elle va essayer de faire mieux. » Donc c'est valoriser les parents dans ce qu'ils vont être capables d'évoluer même si parfois on se dit qu'on part de loin mais aussi soutenir ce bébé dans ce qu'il peut recevoir comme prise en charge et émotions parce que après il y a des enfants où on voit clairement que la visite représente un stress et il y a des enfants quand ils ont été victimes de maltraitance de la part des parents c'est de la réactivation du psychotrauma. Ça peut être une odeur, une voix voilà, c'est pour cela quand on dit les parents ont des droits de visite mais les enfants ont des obligations de visite en fait on ne tient pas du tout compte de toute cette part là pour jauger le maintien du lien. De toute façon le maintien du lien c'est bien joli mais quand on voit le lien on ne voit plus l'enfant. On peut observer le lien parent-enfant mais pas au détriment de l'enfant. L'intérêt de la visite médiatisée c'est aussi de pouvoir dire que là ça ne va pas pour l'enfant. Je pense qu'à un moment donné c'est de dire que c'est l'enfant qui manifeste des signes et on est là pour soutenir donc on soutient ce qui est soutenable. Il y a des moments où dans l'intérêt du gamin, suites aux observations, il faut décider quel risque on prend au vu de ce que l'enfant présente comme signe et c'est ce que les magistrats aussi ont besoin de savoir. Quand ils arrivent

en salle d'attente les enfants ne sont déjà plus les mêmes que chez l'ASS FAM. Donc euh dans l'idéal ce serait ça.

C : Est-ce que vous auriez un ou deux points supplémentaires que vous souhaiteriez approfondir?

I : « Et moi voilà, je pense que ce qui est vraiment important c'est euh, c'est de pas, déjà quand ça doit être médiatisé il faut que ce soit médiatisée parce que concrètement avec les moyens parfois c'est compliqué. Euh ou alors, on a on a un référant qui gère 3 visites en même temps, donc il passe d'une salle à une autre donc moi je me dis, c'est pas qualitatif du tout comme travail. Euh, et puis voilà, moi j'estime que vraiment l'important c'est de ne jamais perdre de vue l'intérêt du gamin quoi parce que oui, les parents ont le droit de voir l'enfant, mais à un moment donné c'est pas non plus à son détriment quoi. Donc c'est vrai que ici on travaille bien entre la PMI et l'aide sociale à l'enfance et puis c'est vrai qu'ici on a des jeunes professionnels qui sont très en demande et qui viennent facilement nous solliciter quand ils se questionnent voilà, alors c'est vrai qu'on n'est pas toutes formées, moi je suis la seule qui ait été formée à l'observation mais par rapport à mon parcours professionnel, euh et donc du coup j'ai des collègues qui sont un peu plus frileuse pour participer parce qu'elles se demandent aussi ce qu'elles vont y faire, elles ont toujours peur de comment on va utiliser si on écrit des choses, dont moi déjà je suis claire, quand l'ASE vient me voir je leur dit « bon déjà l'objectif que je sois là c'est quoi ? » souvent à L'ASE ils savent très bien formuler ce qu'ils attendent et après moi je suis très au clair sur le fait que si l'on me demande de faire une note euh je leur dit « ça va être joint au rapport d'échéance ou c'est juste pour toi ? » et si ça va être joint au rapport d'échéance bah ma chef de service le valide, moi je suis très au clair, je pense que si ça peut être un soutien pour l'enfant euh dans son parcours, euh bah voilà, mais je sais voilà que j'ai des collègues qui sont un petit peu frileuses, qui se demandent un petit peu ce qu'elles vont y faire euh qui ont un peu peur aussi parfois de la réaction de certains parents, bon des choses comme ça. Après voilà, quand on bosse en PMI, il ne faut pas avoir peur, il y a des situations parfois où on est ... Mais voilà je pense que c'est un outil qui peut être intéressant quand ça peut être fait dans de bonnes conditions et quand il y a vraiment cette vigilance par rapport à comment l'enfant vit ses visites, parce que les parents euh voilà ils sont toujours, alors soit ils ne viennent pas, enfin ils ne perçoivent pas du tout euh parce que bon, le public ASE c'est quand même un public particulier et euh on a des parents qui perçoivent pas du tout l'intérêt de venir, l'intérêt de prévenir quand ils ne viennent pas. Enfin voilà, c'est un truc on a l'impression, enfin je vais mal le dire mais on a l'impression qu'ils viennent voir un chiot à l'animalerie quoi.

Alors soit ça va être hyper surjoué, hyper j'en fais des caisses euh voilà. Il y a une dame, j'avais fait une première visite et en fait j'ai senti toute la visite que en fait, ça l'emmerdait dès que son gamin bah il me regardait tout ça, en fait elle avait pas capté qu'il avait besoin de ce rassurement même si je ne suis pas quelqu'un qu'il connaît, je suis en tout cas une autre figure dans la pièce qui peut lui permettre bah de dire « oui oui tu me regardes, t'es avec maman » enfin voilà le rassurer sur le fait qu'il y ait quelqu'un d'autre. Et en fait, cette maman elle était beaucoup dans le, elle avait absolument besoin de stimuler son bébé, enfin de lui faire faire quelque chose et du coup toutes ses prises d'initiative à lui elle ne les voyait pas, mais je pense qu'elle avait juste besoin de me montrer qu'elle était une bonne maman. Bon, donc j'ai passé la première visite et j'en ai fait une deuxième et je lui ai dit tout ça « vous savez j'ai bien senti la dernière fois que ça vous a un petit peu embêté quand euh comment il s'appelle ce *tcho*, bref ; quand il me regardait , vous savez ça fait partit aussi de lui, il prend ses repères aussi et il se rend compte qu'il y a quelqu'un qui est là, qui se pose avec vous voilà. Et là, quand je lui ai fait part de ça, la troisième visite elle avait tenu compte des remarques, c'est-à-dire quelle laissait son enfant prendre des initiatives, d'être à l'initiative de ... elle était attentive à ce vers quoi il dirigeait son attention pour justement aller dans le même sens que lui enfin voilà. Et je pense que tout ça, c'est fin. C'est pas des trucs, si on n'observe pas finement les choses et que l'on ne puisse pas les analyser de manière rapide, c'est des choses bah qui peuvent passer à la trappe et du coup c'est rigolo parce que en parlant avec la référente. C'est une maman qui en plus parle à son enfant avec une voix *mamatiser* bah comme nous on fait, et elle avait une espèce d'aversion pour cette maman et elle l'avait très bien vue, parce que elle me l'a dit à la fin de cette visite là, elle me dit « ah je suis contente vous pouvez pas toujours faire la visite ? » Pourtant c'est moi qui était aller faire l'OPP pour son bébé, je lui dit non madame je ne peux pas, j'ai pas le temps. Là je l'ai fait pour dépanner parce qu'on me l'a demandé. Elle me dit « ouais c'est parce que je sens bien que de toute façon la référente je l'énerve » et bien je n'ai rien dit, mais je me suis dit, elle a perçu ça. Et le souci c'est que du coup euh quelque part elle se dit « bah on ne me laisse pas ». Autant moi j'ai repris des choses avec elle par rapport à son bébé. Mais elle, elle s'est dit, ce qu'elle voulait c'est qu'elle ne pouvait pas être elle-même avec la référente, parce que je sens son regard derrière mon dos, où je sens que je l'énerve. J'ai rien dit, j'ai dit bah écoutez c'est votre ressenti, mais en même temps, moi j'avais le retour de la référente qui me disait « elle m'énerve avec sa voix, au bout de 2 minutes je n'en peux plus » mais sauf que à un moment donné c'est ça aussi, ils ont aussi un rôle dans : quel climat va régner dans la visite et que effectivement, de toute façon moi je le dis à mes collègues si vous ne voulez pas les faire, ne les faites pas, si vous n'êtes pas à l'aise euh, que vous êtes tendues comme un arc

c'est pas la peine, fin les parents vont le sentir, le gamin va le sentir euh et puis au final ça va être profitable pour personne donc je pense que vraiment il faut aussi se sentir de le faire. Je pense que ce n'est pas euh nous ici on a une chef de service qui ne nous impose pas du tout les choses et puis on en a aussi re-discuté avec notre responsable d'UT justement, sur la pertinence des participations aux visites médiatisées des puéricultrices et euh c'est vrai que on ne veut pas mettre en place un espèce de truc protocolisé parce que on veut que ça reste du cas par cas, parce que en fonction de l'enfant, en fonction de la référente la commande ne sera pas la même. Je pense que c'est important de rester là-dedans et de nous, de nous aussi nous laisser le choix de dire « bah ouais moi je me sens ou pas »

Ca fait quand même presque 10 ans que je suis en PMI et je trouve que plus on est clair, plus on peut dire à une maman que là par exemple c'était pas trop adapté, et puis ça permet aussi de pouvoir voir leur capacité de réajustement, parce que si on le dit pas et que dans le rapport d'audience on met « que madame a un portage inadapté » sauf que si madame on ne lui a jamais dit... Par contre si madame on lui a dit 10 fois déjà et qu'elle ne réajuste pas, c'est un autre argument. Sauf que si on ne lui a jamais dit-elle ne peut pas le sucer de son pouce. Donc effectivement je pense que ce qu'il y a d'hyper important c'est d'avoir des professionnels qualifiés, compétents pour faire ce type de d'intervention, parce que ce n'est pas parce que l'on est puéricultrice que l'on est toutes à même d'être présentes en visite médiatisée et de pouvoir amener ce soutien-là, parce que si c'est pour être un boulet pour le référent parce que l'on ose pas parler ou qu'on est là en mode potiche et voilà, bon ça n'a pas d'intérêt et puis aussi pouvoir aussi dire les choses et puis c'est ce qui permet de voir aussi la capacité de mobilisation du parent, la capacité de réajustement : voilà je pense que ça c'est hyper important, voilà.