HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

L'exercice des visites en présence d'un tiers (VPT) en assistance éducative

Validé par la CSMS le 9 décembre 2025

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) pour le secteur social et médico-social sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement. Elles reflètent le consensus autour de l'état de l'art et des connaissances à un moment donné.

Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des repères, des orientations, des outils pour :

- développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l'accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données ;
- mettre en œuvre la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Elles ne sauraient dispenser les professionnels d'exercer leur discernement dans l'élaboration et le choix de l'accompagnement qu'ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées.

Descriptif de la publication

Titre	L'exercice des visites en présence d'un tiers (VPT)
Méthode de travail	Méthode d'élaboration des RBPP validée pour la DiQASM
Objectif(s)	Fournir une démarche méthodologique et pratique aux professionnels destinataires
Cibles concernées	Mineurs pris en charge ou suivis en assistance éducative
Demandeur	UN-ADMR
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	R. HARD, M. CHEVIOT
Recherche documentaire	S. NEVIÈRE, L. FRIGÈRE
Auteurs	Haute Autorité de santé
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 9 décembre 2025
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – décembre 2025 – ISBN : 978-2-11-179612-6

Sommaire

Introduction 6

1. Assurer les conditions nécessaires à tout accompagnement d'une mesure de VPT 12

1.1. Définir et diffuser le projet du service de VPT 12

1.2. Mobiliser les outils d'accompagnement adaptés 14

1.3. Coopérer avec les différents intervenants concernés par la mesure de VPT 16

1.3.1. Coopérer avec les autorités judiciaires et administratives 17

1.3.2. Coopérer avec les professionnels du lieu d'accueil de l'enfant 19

1.4. Soutenir les professionnels exerçant les temps de VPT 20

1.5. Garantir la sécurité des professionnels œuvrant comme tiers 24

2. Organiser la mesure de VPT en amont de la première visite 26

2.1. Contribuer à l'élaboration des objectifs de la mesure de VPT 26

2.1.1. Recueillir les informations nécessaires 27

2.1.2. Définir les objectifs de la mesure 28

2.2. Contribuer à l'organisation des différents temps de visite 30

2.2.1. S'impliquer dans la définition du cadre de la mesure 31

2.2.2. Définir le cadre de réalisation des temps de VPT 31

2.3. S'accorder sur le cadre de la mesure de VPT 38

2.4. Modifier les modalités d'organisation en cours de mesure de VPT 39

2.4.1. Ajuster le cadre de la médiatisation aux besoins de l'enfant et des parents 40

2.4.2. Accompagner le changement de lieu d'accueil de l'enfant 41

3. Mettre en œuvre les temps de VPT 42

3.1. Présenter le dispositif de VPT aux personnes accompagnées en amont de la première visite 42

3.2. Organiser spécifiquement les premiers temps de visite 43

3.2.1. Mettre en œuvre les premiers temps de VPT dans le cadre spécifique d'une OPP 43

3.2.2. Mettre en œuvre les premiers temps de visite hors OPP 44

3.3. Mettre en œuvre le temps de VPT 45

3.3.1. Préparer le temps de visite avec l'enfant et parent 46

3.3.2. Médiatiser le temps de VPT 48

3.3.3. Faire le point avec les participants dans les suites du temps de visite 69

3.3.4. Tracer les observations par écrit 71

4. Évaluer la mesure de VPT 73

4.1. Évaluer les effets des VPT sur la relation parent-enfant 73

4.2. Contribuer à l'évaluation globale de la situation de l'enfant 76

5. Ajuster les pratiques d'accompagnement à l'évolution de la mesure de VPT 77
5.1. Accompagner l'arrêt de la mesure de VPT 77
5.1.1. Accompagner l'ouverture des droits 77
5.1.2. Accompagner la restriction des droits 78
5.2. Mettre en œuvre la prolongation de la mesure de VPT 79
5.2.1. Prolonger l'observation 80
5.2.2. Travailler la relation parents-enfant par le biais des temps de VPT 81

Table des annexes 83

Références bibliographiques 97

Participants 100

Abréviations et acronymes 103

Introduction

Le travail d'accompagnement socio-éducatif et clinique en cours de mesure de protection de l'enfance est construit pour répondre à deux objectifs complémentaires :

- la protection de l'enfant, la promotion de son intérêt supérieur et la réponse à ses « *besoins fondamentaux, spécifiques et particuliers* » (1) ;
- le soutien aux capacités et compétences parentales, l'amélioration qualitative des relations entre les membres de la famille, en premier lieu entre parents et enfants (2).

La préservation de l'intérêt supérieur de l'enfant peut justifier l'aménagement ou la suspension provisoire des modalités de contacts entre parents et enfant. Dans certaines situations, considérant les effets de ces contacts sur la sécurité et le développement de l'enfant, les droits de visite des parents sont encadrés par une décision du juge des enfants (JE). Le juge peut notamment « *par décision spécialement motivée, imposer que le droit de visite du ou des parents ne [puisse] être exercé qu'en présence d'un tiers*[1] » : on parle alors de **visite en présence d'un tiers** (VPT).

Les **présentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) visent uniquement l'exercice des VPT en assistance éducative**[2] et non les temps de visite en lieu neutre qui peuvent être organisés par le juge aux affaires familiales (JAF)[3].

La VPT est une « mesure » judiciaire consistant à imposer la présence d'un tiers, professionnel ou non, lors des rencontres parent(s)-enfant(s). Ces rencontres sont prévues et organisées de façon spécifique et individualisée.

La terminologie retenue pour cette RBPP

De nombreuses appellations sont utilisées pour nommer la mesure ou les temps visés par l'article 375-7 du Code civil : « *visite en présence d'un tiers*[4] », « *visite médiatisée* », « *visite encadrée* », « *visite accompagnée* », « *visite supervisée* », « *visite clinique* », *etc*. Cette polysémie reflète des nuances entre cadres d'intervention (profils des tiers professionnels, présence permanente ou partielle du tiers, *etc.*), mais génère aussi de la confusion chez les professionnels et les personnes accompagnées. **Nous retiendrons pour cette RBPP le terme de « visite en présence d'un tiers ».**

Le temps de rencontre réunissant parent et enfant, en présence du tiers désigné, sera dénommé le **« temps de visite en présence d'un tiers »,** le **« temps de VPT »**.

L'ensemble des temps de visite réalisés d'une décision judiciaire à la suivante constitue la **« mesure de VPT »**.

Le tiers désigné pour accompagner la rencontre lors d'un temps de VPT est désigné comme le **« professionnel œuvrant comme tiers »**. À cet égard, il faut noter que les tiers non professionnels[5] font l'objet d'une annexe **(annexe n° 2)** et ne sont pas visés au premier chef par les présentes RBPP.

[1] Article 375-7 du Code civil.

[2] Articles 375 et s. du Code civil.

[3] Articles 373-2-1 et 373-2-9 du Code civil.

[4] Cette appellation est celle retenue en droit français. *Cf.* décret n° 2017-1572 du 15 novembre 2017 relatif aux modalités d'organisation de la **visite en présence d'un tiers** prévue à l'article 375-7 du Code civil.

[5] Les personnes œuvrant comme tiers sont très majoritairement des professionnels, plus marginalement des personnes issues de l'entourage familial, qui n'interviennent pas à titre professionnel. On parle pour ces derniers de **« tiers non professionnels ».**

Les entités, organismes ou services qui emploient ces professionnels sont désignés sous l'appellation **« service de VPT »**. Il peut s'agir :

- d'un conseil départemental (CD), lorsque les temps de VPT sont assurés par des travailleurs sociaux ou des psychologues cliniciens employés par le CD ;
- d'un service internalisé au sein d'un établissement/service d'accueil ou d'un service de milieu ouvert (AEMO) ;
- d'un espace de rencontre (ER)[6] ;
- d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile aux familles (SAAD Familles) ;
- d'un service dédié strictement à l'exercice de mesures de VPT.

La **« présence permanente du tiers »** vise les temps de VPT pour lesquels « *l'intervenant est en présence constante avec le parent et l'enfant. Il est en mesure de tout voir et de tout entendre tout au long de la visite et à tous les moments durant la visite*[7] », et ceci dans un espace intérieur comme dans un lieu extérieur.

La **« présence intermittente du tiers »** vise les temps de VPT pour lesquels l'intervenant encadre le temps de visite au début et à la fin de la visite, avec parfois des temps de présence supplémentaires en cours de VPT. Il n'est donc pas présent auprès des participants sur l'ensemble du temps de VPT.

Le **« binôme »** de professionnels œuvrant comme tiers implique la présence simultanée de ces deux professionnels lors du temps de VPT.

La **« sortie en présence d'un tiers »** se définit comme un temps de VPT réalisé dans un lieu extérieur (lieu public ou privé : parc de jeux, magasin, restaurant, *etc.*).

Nous retenons l'expression **« VPT fratrie »** pour les situations qui réunissent, en présence d'un tiers, les enfants d'une même fratrie sans leurs parents.

Les visites en présence d'un tiers sont, pour la plupart d'entre elles, des rencontres entre un enfant et un membre de sa famille (le plus souvent son ou ses parents) (3), encadrées par un ou plusieurs tiers. Les VPT concernent des enfants, mineurs, de tout âge.

Contexte

Tout d'abord, la notion de lien parent-enfant soulève des « *enjeux délicats* » (4). Elle est influencée par les normes sociales, ainsi que par nos valeurs personnelles, notre histoire et nos croyances.

Approfondissements : le lien, la relation, la rencontre

Les concepts de « lien » et de « relation » sont à différencier.

Le lien parent-enfant comporte plusieurs dimensions : lien biologique, lien juridique, lien psychique (5). Ce lien, qui inscrit un être dans sa filiation, ne peut être observé directement.

Ainsi, le **lien** représente « ce qui fait que l'autre existe particulièrement pour moi, affectivement et psychiquement, et comment il existe particulièrement pour moi », là où la **relation** représente les différentes manières dont ce lien se manifeste entre deux personnes. Les manifestations de la

[6] Article D. 216-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

[7] Regroupement québécois des ressources de supervision des droits d'accès. Note technique. Consulté sur : supervision-droits-acces.pdf.

relation sont observables pour une partie d'entre elles, « *par la vue, le toucher, la parole, le comportement* » (6).

La nature et la qualité de la relation influencent le lien psychique, potentiellement pour le renforcer, le rendre plus qualitatif et constructif pour l'enfant, mais aussi parfois pour le dégrader, dans d'autres situations.

Les temps de **rencontre** physique, les temps de vie partagés sont des moments particuliers dans la relation, *a fortiori* pour un enfant qui ne vit pas au domicile de ses parents.

Dans le cadre de la mesure de VPT, le travail mené vise une évolution de la qualité de la relation entre l'enfant et son parent : les effets de cette évolution sur le lien parent-enfant seront plus ou moins lisibles pour les professionnels[8]. Les temps de VPT permettent d'observer certaines manifestations de la relation ainsi que l'évolution de celle-ci dans le temps. Couplés aux autres observations réalisées dans le cadre de l'accompagnement, les temps de VPT contribuent à établir des constats et/ou élaborer des hypothèses relatives à :

- la qualité de la relation parent-enfant ;
- la nature et l'intensité du lien psychique existant entre enfant et parent, tel qu'il se constitue intérieurement chez chacun d'eux.

Du point de vue de la « perspective scientifique » (4, 7), dans le champ spécifique de la protection de l'enfance, les conclusions des travaux portant sur les contacts entre l'enfant placé et ses parents sont nuancées. Certaines soulignent les impacts positifs du maintien des contacts, alors que d'autres soulèvent qu'ils peuvent avoir des effets négatifs dans certaines circonstances[9]. Il s'agit d'un « *sujet complexe, et chaque décision doit être analysée avec soin* » (4).

En France, la mesure de VPT vise à **protéger** l'enfant lors de ses rencontres avec ses parents, à **évaluer** la qualité de la relation parent-enfant et à **accompagner** cette relation[10], dans le court terme comme dans le long terme (le cas échéant). Elle est mise en œuvre en cohérence avec les autres interventions de protection de l'enfance décidées pour une situation familiale donnée.

Les VPT prennent à l'heure actuelle des formes très diverses, en lien avec :

- la diversité des professionnels les exerçant et des services au sein desquels interviennent ces professionnels ;
- la diversité des situations potentiellement concernées par des mesures VPT et la multiplicité des objectifs qui peuvent être assignés à cette mesure ;
- la diversité de l'offre de service et des systèmes d'organisation retenus par les autorités départementales.

Actuellement, ces pratiques se mettent en œuvre dans un contexte marqué par **l'absence de données chiffrées** relatives au nombre de mesures de VPT exercées chaque année en France. Leur durée moyenne, leurs motifs, leurs conditions de mise en œuvre ne bénéficient d'aucune approche chiffrée nationale.

Toutefois, les données locales recueillies[11] et les échanges avec l'ensemble des acteurs du champ permettent d'établir les constats reportés ci-dessous :

[8] De façon plus indirecte, les mesures de VPT peuvent contribuer à l'évolution des liens juridiques entre parents et enfants.

[9] Par ailleurs, il semble que l'histoire précédant le placement, les capacités parentales et personnelles des parents, les problématiques de santé mentale ou d'addictions puissent être des variables qui influencent l'apparition de problèmes intériorisés/extériorisés des enfants, indépendamment de la question des contacts lors du placement.

[10] Article R. 223-29 du CASF.

[11] Ces données sont présentées dans l'argumentaire de cette RBPP.

- la perception par les acteurs du champ d'une augmentation significative et constante du recours aux VPT depuis 2007, cohérente avec certaines sources étudiées (8, 9). Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement concernés (10) ;
- la diversification des motifs, et conséquemment des objectifs assignés aux mesures de VPT (11). À ce sujet, il est constaté une forme d'indécision des acteurs institutionnels et professionnels, certains percevant la VPT comme une mesure d'exception, rare, de court terme, là où d'autres acteurs défendent de pouvoir inscrire la mesure de VPT dans un temps potentiellement plus long, en fonction des spécificités propres à chaque situation.

Enfin, quant à la mise en œuvre des temps de rencontre entre l'enfant et ses parents (ou sa famille), les constats suivants peuvent être avancés.

Les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), dans leur compétence de chef de file en matière de protection de l'enfance, soulignent des problématiques de gestion des flux, d'inscription des mesures et des visites dans des temporalités adaptées, des problématiques de moyens pour disposer d'une offre de service étoffée.

Les services mettant en œuvre les mesures de VPT soulignent en premier lieu des difficultés propres à la réalisation des VPT (manque de places disponibles et/ou adaptées, planification peu anticipée, durée et lieux inadaptés, risque d'une forme de « *glissement de tâches* » avec la désignation de professionnels tiers ne disposant pas des connaissances ou des moyens adaptés à certaines mesures de VPT, *etc.*), des questionnements quant à la pratique de la fonction de tiers lors de la rencontre, de la fonction de médiatisation (12-14), ainsi qu'une articulation parfois insuffisante (15, 16) entre professionnels.

Enjeux et objectifs

Les principaux enjeux de cette RBPP sont de :

- clarifier le cadre d'intervention des professionnels exerçant lors des VPT ;
- donner des pistes pour adapter les pratiques d'accompagnement de la VPT en fonction des objectifs justifiant la mesure ;
- renforcer la communication et l'articulation entre les différents acteurs du projet pour l'enfant ;
- identifier les actions pertinentes de soutien aux professionnels.

L'objectif principal de cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles est de **fournir une démarche méthodologique et des repères** pour développer des pratiques professionnelles adaptées et qualitatives, dans le cadre de la mise en œuvre des mesures et des temps de VPT.

Public visé

Ces RBPP concerneront les enfants mineurs pris en charge en assistance éducative (placement ou milieu ouvert), en premier lieu ceux pour qui des rencontres avec leurs parents sont réalisées « en présence d'un tiers » et plus largement, tous les enfants et adolescents accompagnés dans le cadre de l'assistance éducative. **Sont exclus du périmètre de cette RBPP les mineurs non accompagnés et les jeunes majeurs**.

Elles concerneront également le ou les parents de l'enfant, le cas échéant, la fratrie et les titulaires de l'autorité parentale si elle n'est pas attribuée aux parents de l'enfant.

Destinataires de la RBPP

Bien que les mesures de VPT n'aient été envisagées que pour des enfants confiés (articles 375-3, 375-5 du Code civil) (17), des mesures de VPT sont ordonnées pour des enfants ou adolescents relevant de mesures d'AEMO. Ces mesures de VPT peuvent également encadrer des temps de rencontres entre membres d'une même fratrie, ou entre un enfant et des membres de sa famille et de son entourage.

Sont considérés comme les destinataires principaux **les professionnels œuvrant comme tiers lors des temps de VPT**, intervenant au sein d'un **service de VPT**. Tous les profils professionnels sont visés.

Cette RBPP pourra être utilement consultée par :

- les professionnels du lieu d'accueil de l'enfant[12] ;
- les professionnels des services de l'ASE, dans leur responsabilité de garant du parcours de protection ;
- les professionnels exerçant au titre de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
- les juges des enfants, décideurs et garants du respect des droits des enfants et des parents dans les procédures qui les concernent ;
- les personnes accompagnées, les associations d'usagers, d'anciens usagers ou de familles.

Choix de structuration et d'écriture de la RBPP

La recommandation s'inscrit dans une **approche processuelle** de la mise en œuvre des mesures de VPT décidées par le juge, à partir de deux séquences successives d'accompagnement[13].

Une phase initiale, elle-même décomposable en deux sous-séquences :

- sous-phase 1 : observation, entrée en relation, appréhension de la situation, des modes relationnels, des attitudes des enfants et des parents ;
- sous-phase 2 : repérage des effets des rencontres sur l'enfant et ses parents, développement d'actions de soutien à la relation.

À l'issue de cette première phase (dans une temporalité adaptée au cadre règlementaire, à l'état de l'enfant avant, pendant et après les visites, à l'âge, à la maturité et potentiellement au choix de l'enfant), les professionnels évaluent la qualité de la relation, en vue de contribuer à l'adaptation du projet pour l'enfant (PPE).

Une deuxième phase, à la durée variable en fonction de l'évaluation faite et des caractéristiques de chaque situation, qui amène à développer :

- des pratiques adaptées à la perspective d'une ouverture des droits, ou, à l'inverse, au besoin d'une restriction/un arrêt des droits ;
- des pratiques adaptées au maintien, au renouvellement de la mesure de VPT qui peut s'inscrire dans une temporalité plus longue.

Ainsi, la recommandation de bonnes pratiques professionnelles est structurée en cinq chapitres :

- un 1er chapitre qui indique les pratiques professionnelles à développer en préalable de tout accompagnement d'une mesure de VPT ;

[12] Les personnes désignées comme tiers dignes de confiance (TDC) ou les autres membres de la famille à laquelle l'enfant est confié (article 375-3 du Code civil) sont inclus dans les destinataires secondaires de cette RBPP.

[13] Se reporter au logigramme, annexe n° 1.

- puis 4 chapitres qui déclinent les étapes identifiées dans la mise en œuvre de la mesure de VPT :
  - chapitre 2 : Organiser la mise en œuvre de la mesure ;
  - chapitre 3 : Mettre en œuvre les temps de VPT ;
  - chapitre 4 : Évaluer la mesure de VPT ;
  - chapitre 5 : Ajuster les pratiques d'accompagnement à l'évolution de la mesure.

Il n'a pas été possible de proposer d'indications relatives au temps à consacrer à chaque phase. La littérature étudiée et les expertises recueillies soulignent unanimement l'indispensable individualisation des décisions relatives aux VPT et la nécessité de ne pas « systématiser » l'organisation des mesures de VPT sur un territoire donné, *a fortiori* sur le plan national.

En fin de document, plusieurs annexes sont jointes :

- un logigramme ;
- une annexe relative à l'intervention du tiers non professionnel ;
- une proposition de critères de « démédiatisation », pour les situations qui en relèvent ;
- des éléments relatifs à la spécificité du travail clinique mené lors d'une mesure de VPT ;
- une liste non exhaustive de ressources et d'outils mobilisables par les professionnels ;
- les principaux textes juridiques encadrant la pratique des VPT.

Guide de lecture

Il est à noter que **certaines des propositions reportées dans ce document ne sont applicables que si des moyens suffisants sont à disposition des établissements et services**. Le Collège de la Haute Autorité de santé (HAS) a rappelé cette réalité dans une communication récente[14].

[14] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3328851/fr/lettre-ouverte-du-college-de-la-has-a-tous-ceux-qui-oeuvrent-pour-la-qualite-des-soins-et-des-accompagnements#_ftnref1

1. Assurer les conditions nécessaires à tout accompagnement d'une mesure de VPT

Avant d'engager toute démarche d'accompagnement, il est nécessaire de développer certaines pratiques, organisationnelles ou professionnelles, à destination des équipes, des parents et des enfants, mais également des principaux partenaires de l'établissement/service. Ces pratiques doivent être pensées, organisées et dynamisées par le pilotage institutionnel des équipes afin de définir un cadre d'intervention autour de l'enfant ou de l'adolescent.

Ce premier chapitre permet d'identifier et de mettre en œuvre les préalables incontournables aux pratiques professionnelles qui seront développées dans la suite du document.

1.1. Définir et diffuser le projet du service de VPT

La définition et la formalisation d'un projet de service[15], présentant les objectifs poursuivis par le service, les modalités d'accompagnement proposées et les modes d'évaluation de la qualité des pratiques, permettent de rendre l'offre d'accompagnement du service de VPT claire et accessible tant pour les décideurs judiciaires et administratifs que pour les personnes accompagnées, les partenaires et les autorités/organismes de tarification. Le projet de service représente en outre un outil au service de la cohérence, de la pertinence et de la qualité des pratiques d'accompagnement mises en œuvre par les professionnels.

➔ Inscrire dans le projet d'établissement/de service[16] :

- les objectifs poursuivis par le service de VPT ;
- les modalités d'organisation et d'accompagnement des temps de visites ;

Les principes essentiels à la mise en œuvre de qualité d'une mesure de VPT

Les principes ci-dessous ont été évalués comme « essentiels » à la qualité de l'accompagnement d'une VPT :

- les objectifs de la mesure sont définis et explicités aux différentes parties concernées. Ils sont centrés sur la relation entre enfants et parents (ou autre personne, le cas échéant) ;
- le « *sens de la mesure définit la technique, pas l'inverse*[17] » ;
- l'intervention du tiers professionnel est indispensable lorsque la sécurité physique ou psychique de l'enfant est compromise lors d'un temps de VPT ;
- les besoins, la temporalité spécifique, les souhaits propres à chaque enfant ou adolescent sont pris en compte dans la mise en œuvre de la mesure de VPT ;

[15] Article L. 311-8 du CASF. Articles D. 311-38-3 à D. 311-38-5 du CASF. Cahier des charges des SAAD Familles de l'annexe 3-0-1 du CASF. Le projet de service de l'espace de rencontre prévu par le référentiel national des espaces de rencontre (RNER, annexé à la circulaire 2020-014 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) relative à la diffusion de ce nouveau référentiel) ne visant pas l'organisation des mesures de VPT exercées en ER, un document spécifique peut être élaboré pour préciser le cadre de mise en œuvre des mesures de VPT au sein d'un ER.

[16] Pour aller plus loin, se reporter à la RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », ANESM, 2010.

[17] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.

- les parents sont considérés avec dignité et respect, dans une logique de bientraitance[18] ; l'intervention éducative ou clinique cherche à soutenir le parent dans sa relation avec son enfant ;
- les professionnels intervenant comme tiers sont en sécurité lors des temps de rencontre ;
- les lieux accueillant les rencontres sont adaptés ;
- les temps de préparation, de reprise, d'ajustement et de formalisation des observations/évaluations sont garantis aux professionnels ;
- la continuité dans l'intervention doit être recherchée au maximum ;
- les professionnels œuvrant comme tiers disposent des connaissances, compétences et des savoir-être requis dans l'exercice de leurs fonctions ;
- ces mêmes professionnels collaborent en continu avec les services référents du parcours de l'enfant et les professionnels accueillant l'enfant au quotidien ;
- la VPT est une intervention ciblée, limitée dans ses potentiels effets.

Ils doivent être garantis et soutenus par les organisations de service.

- les modalités d'exercice de la mesure envisagées au sein du service : disponibilité de plusieurs espaces, de plusieurs lieux, possibilité de sorties en présence d'un tiers ou non, possibilité de structurer des binômes de tiers avec des professions identiques ou différentes, *etc.* ;
- les droits et obligations des enfants, des parents et des professionnels ;
- les modalités d'évaluation des pratiques des professionnels.

La médiatisation de la relation lors du temps de VPT

La mise en œuvre du temps de VPT s'appuie notamment sur une intervention de médiatisation[19] de la rencontre. La médiatisation renvoie « *à la nécessaire et utile présence d'un tiers pour mettre en contact enfant et parent, et à l'action de cet intermédiaire pour organiser et symboliser cette mise en relation. Ce tiers ne se contente pas d'être un simple observateur : il devient un acteur clé de cette dynamique, en favorisant un contact encadré et porteur de sens* » (14).

- Diffuser[20] le projet de service auprès des équipes, des autorités administratives et judiciaires du territoire, le mettre à disposition des parents, des enfants, des lieux d'accueil.
- Lorsque les VPT sont mises en œuvre par des professionnels exerçant au sein des services départementaux (travailleurs sociaux de l'ASE), rédiger et diffuser, en interne et auprès des partenaires, un document présentant ces informations.
- Formaliser les trames des documents qui devront être remis aux parents lors de l'entretien d'accueil de la mesure de VPT : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement[21], le document individuel de prise en charge (DIPEC)[22], ou tout autre document ayant la même vocation et proposant le même contenu ; le cas échéant, les outils de collaboration avec la personne qualifiée choisie par les parents[23] ou avec la personne de confiance[24] désignée par l'enfant.

---

[18] Pour aller plus loin, se reporter à la RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». ANESM, 2008.

[19] L'auteure distingue, à partir des travaux de M. BERGER, la médiatisation de la médiation, qui renvoie « *à la recherche d'un accord minimum entre deux parties, comme dans une séparation conjugale* ».

[20] Article D. 311-34 du CASF.

[21] Articles L. 311-4 et L. 311-7 du CASF.

[22] Article L. 311-4 du CASF.

[23] Article L. 311-5 du CASF.

[24] L'article L. 223-1-3 du CASF dispose que « ***le mineur peut désigner une personne de confiance majeure****, qui peut être un parent ou toute autre personne de son choix. La désignation de cette personne de confiance est effectuée en concertation avec l'éducateur référent du mineur. Les modalités de cette désignation sont définies par décret.* ***Si le mineur le souhaite, la personne***

➔ Adapter si possible ces supports afin de faciliter la compréhension de l'intervention de la part des personnes accompagnées : déclinaison en « facile à lire et à comprendre » (FALC)[25], écriture et présentation adaptées aux jeunes enfants, traduction en langue étrangère, *etc*.

1.2. Mobiliser les outils d'accompagnement adaptés

Considérant la diversité des actions attendues de la part du tiers lors de la VPT, de la nécessité de formaliser les observations réalisées lors des temps de visite, du contexte émotionnel particulier de certains temps de visite, la mise à disposition des professionnels de certains outils est recommandée. Les outils sont ici entendus dans une acception large et sont présentés de façon successive.

➔ S'assurer de l'existence de procédures et de pratiques visant à :

- disposer du PPE en vigueur ;
- pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)[26], élaborer :
  - le DIPEC,
  - le « projet personnalisé[27] », qui peut représenter une forme de plan d'intervention pour les professionnels et les personnes accompagnées.

Ces documents contribuent à la cohérence et à la continuité de l'intervention, notamment si la fonction de tiers est répartie entre plusieurs professionnels. Ils facilitent la préparation des interventions et leur reprise *a posteriori*.

La place de la mesure de VPT dans le PPE

Le CASF dispose « *qu'il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance […] un document unique intitulé "projet pour l'enfant", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social* ». Ce document « *détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur*[28] ».

La mesure de VPT doit donc s'inscrire dans les objectifs de protection, d'évaluation et d'accompagnement fixés par le PPE, ses modalités de mise en œuvre doivent viser l'atteinte de ces objectifs[29]. Par ailleurs, l'évaluation des effets de la VPT sur la sécurité de l'enfant et la nature et qualité de la relation parent-enfant est prise en considération dans l'évaluation globale de la situation[30], et plus spécifiquement dans la rédaction par le service référent de parcours du rapport de situation prévu à l'article L. 223-5 du CASF[31].

---

de confiance l'accompagne dans ses démarches […] ». L'éducateur référent du mineur est ici celui qui est visé par l'article L. 223-1-1 du même code.

[25] Le cahier des charges des SAAD Familles (annexe 3-0-1 du CASF) impose la déclinaison en FALC.

[26] Au sens de l'article L. 312-8 du CASF. Les ER ne sont pas des établissements sociaux au sens de cet article, ils ne sont donc pas soumis à la nécessité d'établir un DIPEC. Il en est de même pour les professionnels des services départementaux de l'ASE qui exercent des mesures de VPT.

[27] Article L. 311-3, 7° du CASF.

[28] Article L. 223-1-1 du CASF.

[29] Article L. 223-1-1 du CASF : « *les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en charge et le contrat d'accueil dans un établissement, s'articulent avec le projet pour l'enfant* ».

[30] **Les pratiques d'évaluation globale de la situation de l'enfant ne sont pas abordées dans cette RBPP**. Des travaux de la Haute Autorité de santé sont en cours à ce sujet. Consulter : Haute Autorité de santé – Évaluation globale de la situation de l'enfant en cours de mesure de protection de l'enfance – Note de cadrage.

[31] « *Le service élabore au moins une fois par an, ou tous les six mois pour les enfants âgés de moins de trois ans, un rapport, établi après une évaluation pluridisciplinaire, sur la situation de tout enfant accueilli ou faisant l'objet d'une mesure éducative*. »

- En complément des outils issus de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002[32] (rappelés ci-dessus), établir les « règles de fonctionnement[33] » du service de VPT, précisant l'organisation de l'accueil des personnes, les règles à respecter de la part de l'enfant, du parent, du professionnel (concernant la communication lors du temps de VPT, les cadeaux, l'utilisation du téléphone, *etc.*).
- Repérer l'offre de service dédiée à la mise en œuvre des temps de VPT sur le territoire.

L'offre de service au sein d'un espace de rencontre (ER)

Bien que l'activité principale d'un espace de rencontre soit la mise en œuvre des rencontres parents-enfants en lien avec une décision de la justice aux affaires familiales[34] ou un accord entre parents (18), ces services peuvent[35] et exercent effectivement, dans de nombreux départements, des mesures de VPT. À de nombreux égards, il s'agit d'opérateurs réputés fiables et pertinents pour de telles mesures : formalisation d'un projet de service, formation du personnel, horaires d'ouverture amples, centration sur l'enfant et son intérêt supérieur, préparation et réalisation des rencontres, évaluation de la mesure, utilisation d'outils projet et d'outils d'accompagnement explicités par le référentiel national des espaces de rencontre (18).

Néanmoins, l'activité principale d'un espace de rencontre (l'organisation et l'accompagnement de temps de rencontre parent-enfant en lieu neutre) influence souvent les modalités de réalisation d'une mesure de VPT au sein d'un ER :

- le principe du « *caractère transitoire de l'intervention* » par l'ER est un principe essentiel mis en avant par le droit et le référentiel national des espaces de rencontre ;
- ce même référentiel indique que l'ER n'est pas un lieu d'investigation ou d'expertise, qu'il ne peut pas, à ce titre, contribuer aux mesures d'évaluation ou d'enquête ;
- la présence simultanée de plusieurs familles au sein du même espace est fréquente pour les mesures JAF, ce qui implique des modalités spécifiques pour l'accueil d'une seule famille ;
- les moyens humains à disposition d'un ER peuvent être limités.

Il convient ainsi de repérer concrètement les fonctionnements d'un espace de rencontre avant de le solliciter pour la mise en œuvre d'une mesure de VPT, et d'**ajuster les sollicitations de ces services aux situations qui peuvent en relever.**

Les outils de l'accompagnement

Les outils visant à l'entrée et au soutien de la relation

- Repérer, disposer et, le cas échéant, se former à l'utilisation de différents supports à l'entrée et la mise en mouvement de la relation parent-enfant. Ces outils peuvent s'adresser à l'enfant, aux parents ou à la famille dans son ensemble[36].

Les outils d'observation de la rencontre et de la relation

Ils prennent des formes différentes (grilles d'observation, questionnaires, *etc.*). Ces outils d'observation peuvent avoir été conçus dans le cadre de la construction d'outils d'évaluation (19), probants ou non ; ils peuvent également résulter de démarches plus locales (20), initiées au sein d'une collectivité, d'une association gestionnaire ou d'un établissement. Ces productions locales s'appuient souvent sur des références théoriques explicites.

[32] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
[33] Pour les ESSMS, elles sont présentées au sein du règlement de fonctionnement, article L. 311-7 du CASF.
[34] Articles 373-2-1 et 373-2-9 du Code civil.
[35] Article D. 216-1 du CASF.
[36] Quelques exemples de supports sont présentés en annexe n° 5.

Des développements relatifs aux champs d'observation lors de la VPT sont présentés au **chapitre 3.2.3**.

Les *outils d'observation* sont appréhendés dans cette RBPP comme des outils scientifiques destinés à objectiver les observations en lien avec des thématiques particulières. Ils doivent permettre d'étayer le travail d'analyse de la relation parent-enfant. Leur utilisation n'est pas systématique, ne se suffit pas à elle-même et doit faire l'objet d'une réflexion en équipe à la fois sur l'intérêt de leur utilisation, mais aussi sur l'interprétation des données.

L'espace physique dédié aux VPT « intra-muros »

Les VPT peuvent être exercées dans un lieu dédié et géré par les professionnels, dans un espace mis à disposition des professionnels, en extérieur ou au domicile parental. Le lieu (en intérieur) de déroulement des VPT doit être conçu spécifiquement.

➔ Concevoir ou choisir des locaux pour l'accueil des temps de VPT qui permettent :

- d'assurer la sécurité de l'enfant, des professionnels et des parents, la sécurité étant ici entendue dans une acception large (sécurité physique[37], psychologique, gestion des incidents, *etc.*) ; à cet égard, les locaux, la circulation des personnes et l'accueil sont réfléchis pour permettre aux participants d'y accéder sans se croiser, si nécessaire ;
- d'encadrer la rencontre, en s'assurant que le tiers accède à tout ce qui se dit et se fait et puisse intervenir sans délai, si nécessaire ;
- de proposer un environnement physique, un espace accueillant, chaleureux, adapté à l'âge de l'enfant, équipé (mobilier, espace d'attente, salle d'eau, coin « cuisine » ou apparenté, supports pédagogiques, ludiques, *etc.*), disposant d'un espace extérieur sécurisé[38] ;
- de diversifier les temps de rencontre : possibilité de se déplacer à l'intérieur du lieu, de changer d'activité en cours de visite ou d'une visite à l'autre, *etc.* ;
- de la part des professionnels[39], de garantir la confidentialité des échanges entre membres de la famille lors du temps de rencontre ;
- de réserver aux professionnels un bureau confortable, équipé et meublé, proche des espaces de visite.

1.3. Coopérer avec les différents intervenants concernés par la mesure de VPT

Les principales collaborations et coordinations professionnelles, dans le cadre d'une mesure de VPT, vont concerner les services de VPT et l'autorité judiciaire, les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance ou les services d'AEMO ainsi que le lieu d'accueil (foyer d'accueil, assistant familial, pouponnière, TDC, *etc.*).

Les pratiques de coordination permettent de promouvoir la continuité et la cohérence des actions menées auprès de l'enfant dont le président du conseil départemental est le garant[40], d'adapter les modalités d'encadrement des visites parents-enfant, en fonction des besoins évolutifs de l'enfant et de l'évolution constatée des réponses parentales à ces besoins.

[37] Les locaux doivent être conformes à la règlementation de sécurité en vigueur (règlementation relative à la sécurité incendie, à la conservation des produits dangereux, aux risques électriques). Ils sont accessibles aux personnes en situation de handicap.

[38] L'espace extérieur ne doit pas être accessible à d'autres personnes que celles conviées par le service de VPT.

[39] Le partage d'information à caractère confidentiel ou secret entre les différents professionnels intervenant dans la mesure de VPT est nécessaire, et autorisé sous conditions. Voir **annexe n° 6**.

[40] Article L. 223-1 du CASF.

1.3.1. Coopérer avec les autorités judiciaires et administratives

1.3.1.1. Avec l'autorité judiciaire

Si l'intérêt de l'enfant le justifie, le juge des enfants peut octroyer un droit de VPT à l'un ou l'autre des parents[41] et doit présenter dans ses décisions les motifs (besoin d'un tiers lors des rencontres) et les objectifs de cette mesure. Il fixe pour partie les modalités de mise en œuvre de ces temps de rencontre et peut déléguer cette tâche au service gardien, en collaboration avec les parents. Les services chargés de mettre en œuvre les VPT et les services de l'ASE s'inscrivent dans ce cadre judiciaire.

Les attentes des professionnels œuvrant comme tiers relativement aux prérogatives du juge des enfants

Les équipes en charge des mesures de VPT soulignent l'importance, pour leur action, de pouvoir disposer d'une décision précisant les éléments suivants :

- les types d'intervention (visite, sortie) et de présence (permanente ou intermittente) attendus par le magistrat ;
- le danger physique et/ou psychique encouru par l'enfant, amenant à l'encadrement des rencontres[42] ;
- la durée de la mesure et la fréquence des rencontres.

Idéalement, la décision contiendrait également des renseignements concernant :

- les objectifs poursuivis par la mesure de VPT, et les attendus pour envisager l'évolution de ces objectifs et/ou modalités de mise en œuvre ;
- les personnes autorisées à participer ou non à la visite, en fonction des situations ;
- le cas échéant, les possibilités laissées par le juge des enfants au service de VPT pour faire évoluer l'organisation des temps de VPT, sans audience (simple information du juge).

Enfin, comme le souligne le ministère de la Justice (21), l'explication de sa décision par le juge à l'audience aux parties, et plus particulièrement au mineur, est bénéfique à la mise en œuvre de la mesure de VPT. La collaboration de tous les acteurs dans ce travail, en premier lieu les services éducatifs chargés de la mise en œuvre de la mesure et, le cas échéant, l'avocat du mineur, est nécessaire.

➔ En collaboration avec l'ASE, le tribunal judiciaire (TJ) et les autres professionnels concernés, se mettre d'accord, à défaut s'informer quant à la terminologie retenue sur le ressort du tribunal pour désigner les mesures et les conditions de réalisation de celles-ci.

Afin d'éviter toute confusion entre les intervenants autour de la famille, et entre ces intervenants et la famille accompagnée, les dénominations utilisées sur un territoire donné doivent être comprises par toutes les parties concernées. Si besoin, les termes utilisés sur un territoire, et le sens à leur donner, peuvent être écrits et diffusés (20). Il s'agit de favoriser l'adéquation entre les attendus définis pour une mesure de VPT et les modalités de sa mise en œuvre.

➔ Repérer les modalités d'échange promues par le TJ, notamment le rôle des services de l'aide sociale à l'enfance dans les échanges avec les magistrats, en vue de :

- permettre l'information du magistrat en cours de mesure ;

[41] Articles 375-7 du Code civil, 1199-3 du Code de procédure civile, R. 223-30 du CASF.

[42] Si le danger ne peut pas être suffisamment précisé, alors l'objectif de la mesure de VPT est d'évaluer, dans une temporalité définie, certains éléments qui pourraient constituer ou confirmer un danger.

- favoriser le traitement des demandes d'ajustement de la mesure en cas de besoin ;
- gérer les incidents significatifs ou les situations particulières dans leurs conséquences : arrêt d'un temps de visite, incarcération imprévue d'un parent, *etc.* ;
- anticiper le déroulé des phases d'évaluation en fin de mesure.

➔ Pour ceux qui disposent de cette faculté[43], consulter le dossier judiciaire auprès du greffe, en amont puis régulièrement en cours de mesure.

Les dossiers judiciaires sont mis à jour, en intégrant notamment les comptes-rendus d'expertise, les informations relatives aux ordonnances de protection, aux interdictions de contact prononcées par la justice pénale, *etc.*

➔ Participer aux temps d'échanges interinstitutionnels dédiés à la construction des pratiques partenariales entre professionnels et services.

En effet, l'inscription dans ces espaces de partenariats est nécessaire à la qualité de l'intervention des professionnels.

1.3.1.2. Avec les services de l'aide sociale à l'enfance

Les relations de travail entre les services de l'ASE et services de VPT sont continues et multiples : séquences de travail visant l'élaboration du cadre de la mesure, évaluation de la mesure à échéance, gestion des situations imprévues, urgentes ou problématiques, *etc.* Cette collaboration s'inscrit dans des fonctionnements différents, en fonction des territoires.

Les relations entre services de VPT et services de l'ASE, dans leur fonction de référence de parcours, visent les enfants confiés. Les enfants suivis en milieu ouvert (civil ou pénal) ne sont pas confiés à l'ASE. Le parcours de l'enfant est alors sous la responsabilité du service d'AEMO ou du référent fil rouge du service territorial éducatif de milieu ouvert (STEMO) de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Les RBPP présentées ci-dessous sont donc à construire, le cas échéant, avec ces interlocuteurs.

➔ Organiser des temps de travail réguliers entre le service de VPT et le service référent du parcours de l'enfant pour :
- repérer les méthodologies mobilisées pour fixer les objectifs de la mesure de VPT, élaborer le cadre d'intervention, évaluer la situation de fin de mesure ;
- présenter les modalités de réalisation des mesures proposées par le service de VPT.

➔ Se rendre disponible pour les temps de préparation de la mise en œuvre de la mesure.

La double fonction des professionnels de l'ASE dans la mesure de VPT

Le service de l'aide sociale à l'enfance occupe, dans certaines mesures de VPT, une double fonction :
- celle de référence du parcours[44] ;
- celle d'opérateur de la mesure de VPT : ce sont alors les travailleurs sociaux employés par les services du conseil départemental qui font tiers lors des temps de VPT.

[43] Article 1187 du Code de procédure civile. L'ensemble des intervenants dans le cadre d'une mesure de VPT ne dispose pas nécessairement d'un droit d'accès direct au dossier.

[44] Article L. 223-1-1 du CASF : « *[le PPE] mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur* ». Voir également article D. 223-14 du CASF.

Dans cette configuration, la proximité entre professionnels employés par le département **ne doit pas amener à compresser ou obérer les phases successives de préparation et de mise en œuvre de la mesure**, telles qu'elles sont identifiées dans cette RBPP. De la même manière, la mise en œuvre de la mesure de VPT **ne doit pas se substituer au travail d'accompagnement fait par ailleurs** par l'ASE.

Une vigilance particulière est recommandée, en direction de l'encadrement de ces services[45], lorsqu'un même professionnel est chargé de porter la référence de parcours et la fonction de tiers lors des rencontres parents-enfant, pour une même famille : les risques d'une confusion des rôles (tant chez le professionnel que chez les membres de la famille), d'une conflictualité exacerbée entre parents et professionnels et d'une faible pluridisciplinarité lors de l'évaluation de la mesure sont existants.

1.3.2. Coopérer avec les professionnels du lieu d'accueil de l'enfant

La collaboration entre service de VPT et lieu d'accueil s'appuie sur des échanges réguliers entre professionnels, à l'initiative de l'une ou l'autre partie. Dans le respect des règles de partage d'information à caractère confidentiel ou secret, les professionnels du lieu d'accueil (éducateurs, assistant familial) :

- sont informés des objectifs de la mesure et de ses éventuelles évolutions dans le temps ;
- sont sollicités comme « *accompagnateur de l'enfant* » et « *observateur de ses réactions avant et au retour des visites* » (22).

Cette sous-partie concerne également les TDC et les membres de la famille qui accueillent l'enfant[46]. Les pratiques décrites ci-dessous sont à adapter aux configurations suivantes : service de VPT extérieur au lieu de placement, service de VPT au sein d'un établissement qui accueille l'enfant, accueil chez un TDC ou un membre de la famille.

- De prime abord, recevoir ou échanger avec les professionnels du lieu d'accueil afin de disposer d'éléments complémentaires relatifs à l'enfant et/ou ses parents. Répondre à leurs questionnements éventuels relatifs au cadre et aux objectifs de cette mesure de VPT.
- Dans le respect des règles relatives au secret professionnel et s'ils n'en disposent pas, partager avec les professionnels du lieu d'accueil de l'enfant le contenu de la décision de justice, relativement aux droits parentaux et au sens de la présence d'un tiers lors des rencontres.
- Leur faire part des « attentes » du service de VPT à leur égard :
  - disponibilité pendant la visite, réalisation des transports, etc. ;
  - partage d'information régulier relatif au quotidien de l'enfant, à ses préférences, ses amitiés, etc.
- Identifier, chaque fois que cela est possible, des pratiques communes visant à faire face à d'éventuelles situations de crise : retours difficiles de l'enfant, incident lors de la visite, absence répétée du parent, refus de l'enfant de se rendre à la VPT avant celle-ci, *etc*.
- Informer régulièrement les professionnels du lieu d'accueil.
- Les solliciter pour procéder au repérage et à la transmission des comportements, attitudes et discours pouvant signaler une difficulté (« *troubles du sommeil, de l'appétit, changements de*

[45] Ces recommandations peuvent s'appliquer à d'autres professionnels exerçant cette double fonction : professionnels des services d'AEMO, *etc*.

[46] Article 375-3, 1°, 2° du Code civil.

comportement, survenue ou aggravation des difficultés d'acquisition des apprentissages, conduites d'agrippement ou d'évitement avec les adultes de référence, etc. » (15) ou un mieux-être de l'enfant (discours positif, amélioration des résultats scolaires, *etc.*).

L'observation des effets de la VPT résulte de l'observation de l'enfant en amont, au cours et après le temps de rencontre. Les réactions de l'enfant peuvent se manifester en dehors du temps de visite (lors du retour de la visite ou au sein du lieu d'accueil, le plus souvent), les questionnements de l'enfant peuvent tout autant être adressés aux professionnels tiers lors des VPT qu'à ceux du lieu d'accueil de l'enfant, ou encore à sa fratrie, qui peut chercher des éléments de réponse auprès des professionnels. Cette observation est continue au sein du lieu d'accueil, car chaque enfant a « une temporalité propre » dans la manifestation des effets du temps de VPT.

Ces signaux devront être analysés (voir chapitres 3 et 4) dans un cadre pluridisciplinaire. Cette analyse suppose une **prudence dans l'interprétation qui en est faite car ils peuvent également répondre à d'autres éléments que l'évolution de la qualité de la relation parents-enfants**[47]**.**

- Promouvoir l'utilisation d'une « *fiche d'observation* » (23), entendue comme un *« document déclinant plusieurs items qui constitue un support de travail et d'échange* » entre le service de VPT, le professionnel du lieu d'accueil et le référent éducatif de l'enfant.
- Leur proposer des espaces d'échange lors de temps hors VPT, s'ils le souhaitent.

1.4. Soutenir les professionnels exerçant les temps de VPT

La fonction de tiers lors des VPT est reconnue comme une pratique « ***exigeante et complexe*** », qui demande de la « *détermination* » (14), ainsi que de la retenue, du tact, de la réactivité aux professionnels. La prise en compte dans l'accompagnement des nombreux paramètres propres à chaque situation en protection de l'enfance, la concentration et la vigilance nécessaires pour protéger l'enfant, et la nécessité de restituer ce travail clairement, exigent des professionnels des connaissances, des compétences et des postures spécifiques.

En outre, accompagner les temps de VPT peut exposer les professionnels à « *un coût psychique élevé […]. Certains parents attaquent le cadre, tentent de le transgresser et mettent à mal les intervenants […]* » (14). Par ailleurs, si certaines situations évoluent favorablement en termes de qualité de la relation, d'autres situations n'évoluent que très peu dans le temps, renvoyant les professionnels à une forme d'impuissance, de perplexité quant à leur réelle capacité à protéger l'enfant dans ses rencontres avec son ou ses parents (24).

L'ensemble des sources étudiées ou consultées ont souligné le besoin de développer des **actions de soutien spécifiques** à destination des professionnels contribuant à la réalisation des temps de VPT. Ces actions sont **organisées et soutenues par l'encadrement et la direction des services**, et visent à développer leurs connaissances, leurs compétences et à leur permettre d'adapter l'accompagnement aux besoins des enfants, aux capacités et compétences des parents, en disposant de temps repérés pour ce faire. Elles leur offrent des espaces d'élaboration autour des projets d'accompagnement et des interventions associées, ainsi que des espaces de soutien face à leurs difficultés, notamment émotionnelles[48].

[47] Le contexte de la VPT peut également être responsable de ces réactions de mal-être : présence des tiers, impossibilité de retrouver la relation intime, spontanée avec le parent, stress parental généré par le contexte, temps de trajet, souffrance de la séparation réactivée au contact des parents, *etc.* D'autres éléments, telle la difficulté pour l'enfant à construire son attachement à l'égard de la famille d'accueil et du parent en même temps, peuvent également expliquer certaines de ces manifestations.

[48] D'autres interventions de soutien relèvent du temps de reprise à l'issue de la VPT, elles sont présentées en **chapitre 3**.

➔ Développer, au moyen de formations professionnelles continues (individuelles et/ou collectives) et d'autres supports d'information, les **connaissances** des professionnels œuvrant comme tiers.

Les thématiques spécifiques de formation à proposer aux professionnels sont les suivantes :

- besoins fondamentaux de l'enfant et développement de l'enfant, besoins particuliers des enfants en situation de handicap, effets des violences intrafamiliales, et spécificités des situations de violences conjugales ; effets des maltraitances et négligences[49] parentales (13, 15, 23) *;*
- théorie de l'attachement, clinique du trauma, troubles de la relation parent-enfant, effets de la maladie mentale parentale sur les enfants ;
- repères cliniques appliqués à la relation parent-enfant : aide contrainte, approche interactionnelle, approches groupales et psychodynamiques de la famille, théories de la parentalité ;
- formation à l'approche interculturelle (25, 26).

➔ Développer, au moyen de formations professionnelles continues ou d'autres supports, les **compétences** des professionnels œuvrant comme tiers.

À partir des travaux de C. SELLENET[50], il est possible d'identifier les compétences suivantes comme nécessaires à l'action du tiers lors de la VPT.

Dans le champ de la suppléance :

- des « *compétences d'expertise, en évaluant la situation, en identifiant les facteurs en cause et les grilles d'analyse susceptibles d'expliquer la situation* », en fixant des objectifs d'évolution, même modestes ;
- des compétences organisationnelles et relationnelles, « *que l'on retrouve dans la gestion du temps de l'intervention, des places, des activités proposées »* et qui favorisent les espaces de coopération.

Dans le registre de l'assistance, le professionnel doit développer :

- des « *compétences d'activation qui consistent à s'appuyer sur les ressources du parent »* ;
- des *« compétences d'utilisation qui regroupent les capacités à valider les efforts du parent, à conforter les savoirs qui sont adaptés, à utiliser toutes les ressources que peut présenter le milieu* ».

On peut ajouter les compétences d'analyse, de synthèse et de rédaction afin de pouvoir « *rendre compte, à l'oral comme à l'écrit, des problématiques intersubjectives et subjectives […] en tenant compte des enjeux de cette clinique chez l'enfant et le/les parents […] et chez les différents protagonistes de la mesure de protection* » (14).

Enfin, dans le cadre de l'accueil des très jeunes enfants et des nourrissons, il est recommandé (23, 27, 28) de former les professionnels aux « *signes que l'on peut rencontrer dans l'observation de ces enfants »,* à *« l'observation de l'enfant et des interactions précoces parents-enfant »* (23), à partir de l'éclairage proposé par les neurosciences quant aux besoins de l'enfant, au repérage et à la compréhension des signes de souffrance des jeunes enfants et à l'impact des traumatismes relationnels précoces (23).

[49] Article R. 223-31 du CASF.

[50] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.

- ➔ Prévoir, dans la formation d'intégration des nouveaux professionnels, une période d'observation de différents temps de VPT avant de les désigner comme tiers lors d'une rencontre.
- ➔ Prévoir les situations de remplacement du ou des professionnels habituellement désignés pour faire tiers lors d'un temps de VPT :
  - si le remplacement peut être anticipé, inviter le professionnel qui remplacera à participer à la visite précédant l'absence du professionnel tiers « habituel ». La présence du remplaçant est requise lors du temps de préparation, de réalisation de la VPT et du bilan de ce temps. Sa présence lors de la restitution écrite des observations réalisées est conseillée ;
  - si le remplacement doit se faire dans l'urgence (absence non prévue) :
    - s'assurer de la connaissance par le remplaçant désigné de la situation familiale, des objectifs de la mesure et du contenu (même sommaire) des précédents temps de VPT,
    - informer enfant et parents, en amont du temps de VPT, de ce remplacement,
    - si ce remplacement paraît compromettre la sécurité de l'enfant, de ses parents ou génère une forte inquiétude chez l'enfant ou le parent, discuter avec les parents et l'enfant de la possibilité de déplacer le temps de VPT.
- ➔ Organiser les temps de travail des professionnels en considérant les besoins des personnes accompagnées.

L'organisation des moyens humains doit permettre de garantir :

- la présence de personnel formé lors des temps prévus pour la réalisation de ces visites ;
- la recherche d'une continuité : les professionnels doivent, autant que possible, être les mêmes pour une situation, tout au long de la mesure de VPT ;

La continuité du tiers

Il existe un consensus assez net quant à la pertinence de construire une « continuité » du tiers[51], entendue ici comme la présence du même professionnel (ou du même binôme) pour encadrer l'ensemble des temps de visite d'une même mesure (15, 16, 22).

Il ne faut toutefois pas nier les difficultés importantes qui sont rencontrées par les services de VPT pour assurer une telle continuité, encore plus lorsqu'un binôme est nécessaire pour médiatiser la rencontre parent-enfant. Le cadre spécifique de l'urgence rend également très complexe l'organisation d'une telle continuité.

Les experts réunis en groupe de travail (GT) pour cette RBPP ont ainsi souhaité préciser cette recommandation. La pertinence d'offrir une « **continuité des personnes** », tant à l'égard de l'enfant qu'aux parents, dans le déroulé de la mesure de VPT, est soulignée par les experts qui considèrent cet élément comme qualitatif. Néanmoins, ces experts ont envisagé d'autres formes d'organisation qui offrent d'autres formes de continuité que celle « de la personne ». Il en ressort que :

- en premier lieu, la continuité de la personne qui œuvre comme tiers est un gage de qualité, **dans la mesure où son accompagnement et ses observations sont travaillés dans un cadre pluridisciplinaire** ;
- certaines configurations qui mobilisent une équipe de professionnels pour gérer une même mesure peuvent également apporter une forme de continuité, si cette équipe est formée et stable dans le temps et peut s'appuyer sur des mécanismes garantissant la cohérence des interventions ;

[51] Au terme de l'article R. 223-30 du CASF, « *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* ».

- d'autres éléments font également continuité : l'encadrement socio-éducatif, le lieu, l'organisation logistique, mais également la bonne transmission d'information entre professionnels (5).

Enfin, l'application la plus conforme possible de la mesure (respect de la fréquence des temps de VPT, de leur durée, de leur horaire, *etc.*) constitue un facteur essentiel pour garantir la continuité du cadre d'intervention.

Le GT « Parents concernés » a quant à lui pointé, sans remettre en question la pertinence de cette continuité, que les parents devraient, sous conditions, avoir le droit de changer de tiers si l'accompagnement proposé n'est pas « *satisfaisant* ».

- la disponibilité, indispensable, d'un ou plusieurs encadrants afin d'appuyer les professionnels œuvrant comme tiers et d'intervenir, le cas échéant ;
- le contrôle de la charge de travail de chaque professionnel œuvrant comme tiers.

Cette organisation est influencée par les profils, la pluridisciplinarité des professionnels, ainsi que les ressources humaines, en volume, dont disposent les services de VPT. L'adaptation des horaires d'ouverture des lieux de VPT peut faciliter l'exercice de la mesure et la qualité du travail d'accompagnement mené lors de ces temps.

➔ Mettre à disposition des professionnels les espaces collectifs de soutien adaptés, en instaurant de façon régulière et/ou en garantissant la tenue des temps de travail suivants :

- *temps de réflexion, d'analyse et de construction de l'accompagnement* (réunions de situation internes et externes, *etc.*), en vue de dégager les hypothèses de compréhension et d'intervention, dans un cadre pluridisciplinaire ;

Illustration

Au sein d'un SAAD Familles encadrant une équipe de techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF), ont été mis en place :

- des temps institutionnels, deux fois par mois (réunions d'équipe et analyse des pratiques) ;
- un site de rattachement, pour offrir des espaces équipés aux TISF ;
- une application téléphonique qui permet de joindre un autre professionnel en cas de danger.

- *temps d'analyse de la pratique professionnelle* (APP), afin de :
  - porter une réflexion sur les pratiques déployées auprès des personnes accompagnées,
  - aborder certains ressentis ou certaines émotions complexes : perte de sens, peur, culpabilité, honte (de détourner le regard face à une attitude difficile à supporter, *etc.*).

Illustration

Bien que non applicable pour les mesures de VPT exercées en espace de rencontre, le RNER (18) prévoit la mise en place, sur l'activité JAF des ER, « *de 8 heures de séances d'analyse de la pratique par an* ». Ces temps d'APP bénéficient tant aux professionnels qu'aux éventuels bénévoles intervenant en ER.

Par ailleurs, ce référentiel distingue deux temps de travail complémentaires dans l'organisation des rencontres parents-enfants :

- les « *heures d'ouverture du service au public pour l'accueil des enfants et des parents* » ;
- les « *heures d'organisation de l'activité (dans la limite de 50 % du nombre d'heures annuelles d'ouverture du service au public), […] qui comportent les heures dédiées à la coordination*

administrative et au secrétariat, aux tâches de coordination du service et de régulation du travail des intervenants, au temps de réunion d'équipe et de travail en réseau et au temps d'analyse de la pratique ».

➔ Lors de ces différents temps, accueillir et accompagner les émotions ressenties par les professionnels du fait des accompagnements de VPT.

Ce recueil des émotions vise à préserver les capacités d'intervention des professionnels œuvrant comme tiers. La qualité d'un temps de VPT se fonde également sur « *la patience, la faible impulsivité, l'engagement professionnel, la confiance en soi pour pouvoir intervenir, la disponibilité horaire, l'aisance communicationnelle et la tolérance* » à l'égard des parents (29). Les difficultés desquelles sont témoins les professionnels tiers peuvent amener des « distorsions » dans la posture du professionnel, en lien avec un effet de contamination (30) de la problématique familiale sur le professionnel, l'apparition de traumatismes vicariants[52], *etc.* Lors des temps de travail indiqués ci-dessus, l'encadrement, l'équipe autour du professionnel peuvent jouer un rôle de triangulation pour limiter ce risque.

➔ En cas de problématique liée à des conflits de valeurs, proposer en premier lieu un entretien et si nécessaire un temps de supervision au professionnel concerné.

1.5. Garantir la sécurité des professionnels œuvrant comme tiers

La sécurité du professionnel œuvrant comme tiers doit être garantie. C'est aussi parce que le ou les professionnels sont en sécurité qu'il leur est possible de protéger l'enfant, mais aussi de s'engager dans leurs interventions de soutien à la relation.

En cas d'urgence, d'incident significatif, le professionnel doit connaître et mobiliser les actions et ressources pertinentes. La configuration physique des locaux, les compétences des professionnels, la disponibilité de l'encadrement managérial sont des éléments favorisant la sécurité des professionnels œuvrant comme tiers. Plus spécifiquement, il convient de mettre en place des procédures pour gérer les situations complexes, les incidents graves, et mobiliser un nombre suffisant de professionnels, à l'instant T, au sein du service de VPT.

➔ Afin d'organiser l'intervention des professionnels du service de VPT, définir et garantir :
- un nombre maximal de situations à accompagner par journée de travail ;
- un temps de préparation et de disponibilité (avant et après le temps de VPT) ;
- leur responsabilité dans la préparation (relationnelle, socio-éducative et logistique) de la visite, et le rôle assigné aux autres professionnels du service (encadrement socio-éducatif, direction, personnel d'accueil, *etc.*) lors de cette visite ;
- un temps de « répit », nécessaire, entre deux temps de VPT. Ce temps de répit est distinct du temps de retranscription des observations réalisées à l'issue d'un temps de VPT.

Il est possible d'adjoindre un « *plan de sécurité* » (31) comprenant les mesures[53] relatives aux éléments suivants :
- situation d'urgence engageant la sécurité des personnes : protocole d'urgence, plan d'évacuation, affichage des professionnels d'astreinte, *etc.* ;

[52] Le Larousse donne comme définition pour le terme vicariant : « *qui remplace quelque chose d'autre* ». Par extension, un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact.

[53] Certaines de ces mesures peuvent préexister, en lien avec d'autres obligations règlementaires (règlementation relative à la prévention des incendies, *etc.*).

- situation d'urgence sanitaire : certification en réanimation cardiorespiratoire ou formation aux gestes de secours valides, information médicale essentielle à la santé des enfants.

➔ Évaluer le besoin d'une présence de professionnels autres en soutien des professionnels œuvrant comme tiers lors de la VPT, et garantir cette présence si le besoin est avéré.

Illustration

Au sein d'un SAAD Familles employant des TISF, les professionnels ont une application téléphonique qui permet de joindre un autre professionnel en cas de danger. Dans un autre service de VPT, il y a systématiquement un professionnel « libre » qui peut intervenir à la demande lors d'une VPT.

➔ Face à la survenance d'un fait grave, ou à la réitération d'incidents lors des VPT, envisager, après échange avec l'enfant, les parents et le service gardien :

- un changement de professionnel ou de binôme ;
- une modification de l'organisation de la mesure (horaire, présence d'accompagnants, présence d'autres professionnels en appui, *etc.*) ;
- une externalisation de la mesure ;
- une demande de suspension (en urgence si besoin) de la mesure, adressée au JE[54].

[54] Article R. 223-31 du CASF : « *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* ». Si le service qui fait la demande de suspension de la mesure au juge est un ESSMS, il doit également faire un signalement à l'autorité qui l'a autorisée en application de l'article L. 331-8-1 du CASF.

2. Organiser la mesure de VPT en amont de la première visite

Le juge des enfants (ou le procureur de la République) décide de la présence d'un tiers pour encadrer les rencontres parents-enfant(s) et motive cette restriction apportée aux droits parentaux. Il définit pour partie les modalités de réalisation de la mesure de VPT. À défaut de décision du juge, les modalités de mise en œuvre de la mesure sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et le service gardien ou l'établissement auquel l'enfant est confié[55].

Les professionnels du service de VPT contribuent tant à l'élaboration des objectifs de l'accompagnement qu'à celle des modalités de réalisation des temps de VPT. Ils établissent et mettent en œuvre un projet d'accompagnement qui précise les objectifs opérationnels de la mesure de VPT et les moyens de les atteindre. Les processus de collaboration entre les différentes parties impliquées dans cette phase d'organisation de la mesure de VPT sont variables entre départements (20, 32, 33).

Cette séquence de travail se déroule en amont du premier temps de rencontre parents-enfants : l'anticipation de cette planification est indispensable. Dans tous les cas, ces modalités doivent être inscrites dans le PPE.

2.1. Contribuer à l'élaboration des objectifs de la mesure de VPT

La fixation des objectifs de la mesure, telle qu'entendue ici, dépasse le strict intitulé de la décision judiciaire instaurant les droits de VPT. **Cette décision judiciaire fait cadre,** elle peut fixer certains objectifs pour une situation familiale donnée. Néanmoins, il est **nécessaire de retranscrire cette décision de justice dans les différents outils concourant au projet personnalisé d'accompagnement**. La forme de ce projet d'accompagnement peut être variable[56].

La fixation des objectifs de l'accompagnement dépend de plusieurs éléments, qui doivent être pris en compte par les professionnels : les motifs de danger identifiés, la perspective définie quant au parcours de protection, la nature du temps de visite à accompagner (visite parent(s)-enfant(s), VPT fratrie, visites avec des adultes autres que les parents, *etc.*), la nature et l'efficacité des précédentes interventions éducatives, le cas échéant. La temporalité de la mesure est également à prendre en considération : les objectifs assignés à une première mesure de VPT diffèrent souvent des objectifs poursuivis dans le cadre d'un renouvellement de mesure.

Le contexte particulier de l'accueil d'urgence[57], mis en œuvre dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), contraint la temporalité entre accueil de l'enfant, premiers temps de VPT et première audience devant le juge des enfants. Il n'est ainsi parfois pas possible de mener cette séquence de stabilisation des objectifs de la mesure. Dans de telles configurations de travail, il est possible de mener de front la mise en œuvre des premiers temps de VPT et la progressive clarification des objectifs qui seront poursuivis. **Le travail spécifique de définition des objectifs dans le cadre d'un placement réalisé dans l'urgence est abordé au chapitre 3.1 de cette RBPP**.

[55] Article 375-7 du Code civil, article 1199-3 du Code de procédure civile, article R. 229-30 du CASF.

[56] Ce projet d'accompagnement peut être formalisé dans le PPE ou dans une annexe à ce PPE (pour les VPT réalisées par l'ASE), dans un projet personnalisé d'accompagnement complémentant le DIPEC (pour les établissements et services sociaux), dans un contrat d'accompagnement (SAAD Familles), un projet d'accompagnement (ER).

[57] Article 375-5 du Code civil.

2.1.1. Recueillir les informations nécessaires

Les informations à recueillir ne se limitent pas aux éléments relatifs à la relation parent-enfant, bien qu'ils soient centraux : la situation de danger, le parcours de protection décidé pour l'enfant, plus largement, toute donnée pertinente pour comprendre la situation et les interactions familiales est utile aux professionnels.

- **Disposer des documents présentant les attendus de la mesure de VPT, plus largement des attendus des mesures de protection décidées pour l'enfant.**
- S'appuyer sur les informations issues des dossiers judiciaires[58] et/ou administratifs[59].

Les TISF intervenant dans des SAAD Familles ou les professionnels des espaces de rencontre n'ont pas accès de droit au dossier judiciaire de l'enfant. Les services départementaux ou les services de milieu ouvert doivent être en mesure de leur communiquer les informations pertinentes issues de ces documents.

- À chaque fois que cela est possible, recevoir ou s'entretenir avec :
  - les parents ;
  - l'enfant ;
  - les professionnels du lieu d'accueil.

Certaines situations peuvent compliquer la préparation et l'échange d'informations, de points de vue avec les parents et l'enfant : accueil en urgence, parents présentant des troubles psychiques importants, enfant qui refuse le contact avec son parent, *etc*.

Ces pratiques sont également à déployer auprès d'un TDC qui accueille un enfant concerné par des VPT. Dans ce cadre, il faut associer le TDC aux temps d'élaboration du cadre de la mesure, avant de présenter la proposition à l'enfant et aux parents.

- Chercher à repérer :
  - si les parents et l'enfant comprennent les conditions dans lesquelles leur rencontre va s'effectuer : présence d'un ou de plusieurs professionnels tiers, lieu et horaire prédéterminés, calendrier fixant la fréquence, autres restrictions potentielles ;
  - ce que les parents disent, pensent de leur enfant, ce qu'ils expriment de leurs difficultés ayant conduit à l'intervention des services de protection de l'enfance ;
  - ce que l'enfant peut exprimer relativement à ses parents : manque, peur, crainte, tristesse, colère, *etc*. ;
  - ce que les membres de la famille attendent individuellement de ces temps de rencontre, notamment ce qu'ils envisagent concernant les « *relations fraternelles des enfants et les relations au sein de la famille élargie* » (34).
- S'enquérir de l'existence d'autres espaces d'observation et/ou d'évaluation pour mieux appréhender la relation parent-enfant ; prendre l'initiative de les contacter, le cas échéant.
- En cas de mesure renouvelée, exercée par un nouveau service de VPT, prévoir une phase de passation entre les professionnels concernés.
- Tracer les échanges sous forme écrite et intelligible pour tous.

[58] Article 1187 du Code de procédure civile.
[59] Articles L. 311-6 et L. 311-7 du Code des relations entre le public et l'administration.

2.1.2. Définir les objectifs de la mesure

À partir de la décision du juge et des trois objectifs généraux assignés à toute mesure de VPT[60], il convient, dans une collaboration entre le service gardien de l'enfant, le service de VPT pressenti ou désigné, les parents et l'enfant, de définir des objectifs spécifiques pour la mesure de VPT.

La définition des objectifs de la mesure de VPT s'inscrit dans la temporalité du parcours de protection de l'enfant et prend en compte les éléments dont les professionnels disposent déjà quant aux interactions familiales. À défaut, les premiers temps de VPT doivent d'abord permettre d'observer et de comprendre les interactions familiales, en vue d'orienter le travail d'accompagnement.

Enfin, la fixation des objectifs **prend en compte les contraintes inhérentes au cadre de la mesure** de VPT : temps de rencontre réduits, latence entre les rencontres, « artificialité » ressentie du lieu et du contexte[61], *etc.*

- Participer aux différents temps de travail proposés par les services de l'ASE, le cas échéant par le pilote de la mesure (service d'AEMO, STEMO) en vue :
  - d'affiner la connaissance de la situation familiale et plus spécifiquement des problématiques relationnelles ayant conduit à décider de la présence d'un tiers lors des temps de visite ;
  - d'affiner sa connaissance des attentes du service gardien, de ses échanges avec les parents et l'enfant ;
  - de présenter aux autres professionnels l'analyse faite par le service de VPT quant à la situation familiale et le sens de l'intervention en VPT ;
  - d'éclairer le décideur au sujet des possibilités concrètes d'intervention qu'a le service de VPT.
- Pour une première mesure, si la situation est peu ou pas connue des services, travailler les objectifs de la mesure progressivement.
- Mettre en exergue l'objectif ou les objectifs pour lesquels le droit de VPT est spécifiquement mobilisé dans une situation donnée, en lien avec la problématique relationnelle enfant-parent, ses impacts sur la sécurité et le développement de l'enfant ainsi qu'avec la nature des liens d'attachement que l'enfant a déjà construits avec le parent.

Un objectif permanent de la VPT est de permettre la rencontre parent-enfant, lorsque la situation fait apparaître un danger immédiat pour l'enfant lorsqu'il est en présence de ses parents. Cet objectif est généralement complété d'autres objectifs, qui peuvent notamment être les suivants :

- « *observer et évaluer un aspect particulier* » de la relation (22, 25), en lien avec les capacités parentales, une compétence parentale, ou l'état de l'enfant en présence de ses parents (en début de mesure ou lors d'une reprise de contact) ;
- évaluer la fragilité persistante de l'enfant face à ses parents « *réels* » (30) ;
- développer la relation entre l'enfant et le parent, *« dans un contexte où on ne vise pas à éduquer le parent, mais à le soutenir dans sa (re)prise de contact avec son enfant* » (22, 25) ;
- mobiliser une ou plusieurs compétences ou attitudes parentales ciblées ;
- « *offrir à l'enfant un espace thérapeutique, lorsque l'enfant a vécu différentes formes de traumatismes et en a gardé des séquelles. La visite devient un espace de soin* » permettant à

[60] Article R. 223-29 du CASF : « *protéger, évaluer et accompagner la relation parent-enfant* ».

[61] Du point de vue des personnes accompagnées (parents et enfants) et de nombreux experts, une rencontre dans un lieu inconnu, sous le regard d'un tiers, pour un temps limité et dans le cadre d'une décision judiciaire ne permet pas une relation pleinement authentique entre un parent et son enfant, notamment au début de la mise en œuvre du dispositif. Les observations réalisées doivent donc être systématiquement mises en perspective avec ce caractère artificiel.

l'enfant de poursuivre son développement émotif et psychique en prenant une saine distance avec les difficultés de son parent (4).

Ces objectifs ne sont pas exclusifs les uns des autres et sont amenés à évoluer en cours de mesure (15).

➔ Identifier les besoins pour lesquels les réponses parentales sont insatisfaisantes et pour lesquels les autorités décisionnaires mandatent le service de VPT afin qu'il aide à la réponse à ces besoins.

À titre d'exemple, dans l'objectif d'évaluer les « *capacités parentales* » (35), il est possible de préciser si le service va observer et soutenir :

- l'identification et la reconnaissance par le parent du besoin de l'enfant ;
- l'interprétation des manifestations de l'enfant ;
- la réponse du parent aux besoins exprimés ou ressentis par l'enfant de façon appropriée dans un délai acceptable pour l'enfant.

➔ À chaque fois que cela est possible, chercher à corréler un besoin de l'enfant et les interventions facilitant la réponse à ce besoin, dans le cadre de l'exécution d'une mesure de VPT.

➔ Définir les champs d'observation centraux, en lien avec les problématiques familiales connues :

- chez l'enfant ;
- chez le parent ;
- chez les autres participants, le cas échéant (fratrie, membres de la famille).

L'observation est un objectif central de la mesure de VPT. Il convient d'identifier en amont les champs d'observation spécifiques qui vont aider à l'évaluation de la situation et des effets des interventions. Des outils, des lieux et des profils professionnels spécifiques peuvent être nécessaires pour mener ce travail.

➔ Identifier les espaces et les actions de soutien à la relation, et à chaque membre de la famille concerné par la mesure de VPT, à partir des besoins de l'enfant et des profils des parents.

À titre d'exemple, pour les nourrissons confiés, un travail autour de la « création » du lien parents/enfant est souvent envisagé, afin d'amener le parent à s'adapter à son enfant, et non l'inverse.

Le soutien aux compétences parentales et la mesure de VPT

L'importance de développer des pratiques spécifiques de soutien aux compétences parentales[62] lors des temps de VPT fait débat, bien que de nombreux acteurs soulignent le besoin de consolider ces compétences parentales, ou certaines d'entre elles, avant d'envisager une ouverture des droits de visite.

Parce qu'il organise une rencontre entre enfant et parent(s), le temps de VPT permet *de facto* aux parents de mobiliser certaines compétences parentales, même de façon très modeste parfois (compétences communicationnelles, de régulation émotionnelle, de maternage, *etc.*). Des **actions spécifiques de guidance parentale peuvent également être mises en œuvre lors des temps de VPT. Néanmoins, le cadre de cette mesure ne permet pas un travail soutenu de consolidation de ces compétences parentales** : les temps de visite sont souvent courts, les participants peuvent souhaiter simplement profiter de leur temps de rencontre. Par ailleurs, le cadre est contraint et l'initiative parentale souvent limitée de fait, d'autant plus si les relations entre parents et service de VPT sont dégradées.

[62] La HAS a défini les compétences parentales de la façon suivante : « *les compétences parentales sont l'ensemble des compétences cognitives, émotionnelles et sociales qui permettent au parent d'exercer son rôle parental dans l'objectif de garantir la sécurité et de promouvoir le bien-être et le développement de son enfant dans un contexte socio-culturel donné* ». HAS. Cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. 2021.

Pour mener à bien ce travail de soutien aux compétences parentales dans le cadre d'une mesure de VPT :

- il convient de cibler les compétences à travailler lors des temps de VPT et de définir les modalités concrètes de cet accompagnement ;
- il est nécessaire, si ces compétences se développent, d'adapter le cadre de la mesure de VPT (durée des rencontres plus longue, adaptation de la posture du tiers, changement du lieu d'exercice de la mesure, *etc.*), pour que l'accompagnement lors des temps de VPT sollicite de façon croissante les compétences parentales dans la réponse aux besoins de l'enfant ;
- d'autres interventions, spécifiquement orientées vers le soutien à la parentalité[63], devraient être proposées, en complément des temps de VPT.

➔ Préciser dans un document écrit les objectifs retenus, de sorte qu'ils soient clairs et compréhensibles tant pour l'enfant, ses parents que pour les professionnels :

- les formuler de sorte qu'ils puissent être évalués en fin de mesure ;
- les décliner en sous-objectifs, si cela facilite la compréhension et l'implication des parents et de l'enfant.

2.2. Contribuer à l'organisation des différents temps de visite

Cette phase vise à construire les modalités de réalisation des temps de VPT, afin qu'ils **garantissent les conditions de sécurité des parties prenantes, la poursuite des objectifs définis préalablement et le déploiement d'interventions de soutien aux parents et à l'enfant dans leur relation** (11, 15, 16, 36). Elle est discutée avec l'enfant et les parents, dans une logique de recherche de consensus, d'adhésion (34). L'organisation de la mesure doit être adaptée à chaque situation.

Cette organisation **pourra être mise à mal**, ce qui implique de chercher à anticiper les difficultés éventuelles et repérables, afin de proposer des solutions de contournement, soit en amont du premier temps de VPT, soit en cours de mesure[64].

Repères juridiques

La *décision de mise en œuvre d'une mesure de VPT* appartient au juge[65]. Il explicite les motifs et définit les objectifs assignés à la mesure de restriction des droits parentaux[66].

La *désignation du tiers* relève :

- du juge des enfants pour un accueil chez une personne (TDC, chez l'autre parent, *etc.*). Pour un accueil chez un TDC ou un autre membre de la famille, le juge peut désigner un service d'AEMO ou un service dépendant de l'ASE pour faire tiers ;
- du service (ou établissement) à qui l'enfant est confié, dans les autres cas.

[63] Certaines de ces interventions peuvent être organisées par le service de VPT lui-même (entretiens éducatifs réguliers, etc.). Elles peuvent aussi être développées par des partenaires : maisons des familles, services de médiation familiale, ou encore actions collectives ou individuelles à destination des parents et/ou des enfants. Se reporter notamment à la RBPP consacrée aux pratiques d'accompagnement du « retour en famille », HAS, 2021, pour des éléments sur ces pratiques de soutien.

[64] La saisine de l'autorité administrative ou judiciaire en cours de mesure en vue de modifier le cadre de réalisation des temps de VPT répond quant à elle à des considérations relatives au danger encouru par l'enfant, voir 4.2.

[65] Articles 375-5 et 375-7 du Code civil.

[66] Si des rencontres parents-enfants peuvent aussi être encadrées par un tiers, au terme du contrat d'accueil provisoire conclu entre des parents et l'ASE, elles ne constituent pas des VPT.

La *présence permanente ou intermittente du tiers*[67] lors de la VPT est fixée, le cas échéant, par le juge. Le juge peut accorder une certaine latitude sur ce point aux services, sous couvert d'en être informé régulièrement.

La *fréquence des VPT* est fixée par le juge, ou s'il le décide et sous son contrôle, déterminée par accord entre les parents et le service à qui l'enfant est confié.

La *durée du temps de VPT* est déterminée par l'accord entre les parents et le service à qui l'enfant est confié.

Sauf à ce que le juge le décide, *le lieu* est fixé par le service à qui l'enfant est confié, après concertation du tiers chargé de la mesure de VPT, du mineur et de ses représentants légaux.

L'*évaluation* est réalisée par la personne ou le service tiers ; elle est envoyée directement au juge s'il désigne le tiers, ou au service à qui l'enfant est confié dans les autres situations.

2.2.1. S'impliquer dans la définition du cadre de la mesure

À ce stade, le service de VPT qui sera chargé de la mesure est généralement désigné, à tout le moins pressenti. Il peut et doit activement participer à cette phase de préparation matérielle, organisationnelle et logistique.

- ➔ À partir des objectifs définis, et en collaboration avec le référent de situation, échanger avec :
  - l'enfant et les parents, sur des temps séparés, pour recueillir leurs souhaits (durée des temps de VPT, bilans intermédiaires, possibilité de disposer d'un lieu avec une cour, un jardinet, *etc.*), leurs contraintes de vie quotidienne (activité professionnelle, scolarité, soins, distance géographique, manque de ressources financières, *etc.*) ;
  - les professionnels du lieu d'accueil : il s'agit de s'informer et d'échanger au sujet du rythme de vie et du quotidien du bébé, de l'enfant ou de l'adolescent, en vue de la fixation des horaires et des lieux de VPT, des organisations logistiques (transports, *etc.*) envisageables.
- ➔ Disposer d'un mandat clair et compréhensible (ce qui est autorisé ou non, ce qui est déjà fixé par le magistrat), relatif au cadre de mise en œuvre de la mesure.
- ➔ Puis, en association avec le référent de situation et les autres professionnels impliqués dans la réalisation de la mesure, mettre au travail la phase de construction et de formalisation de l'organisation retenue **en traitant les points présentés ci-dessous**. Tracer les échanges.

2.2.2. Définir le cadre de réalisation des temps de VPT

Les variables existantes dans l'exercice des VPT sont :

- la nature de l'encadrement professionnel de ces temps : effectif, formation, compétences ;
- la fréquence, la durée et l'horaire des temps de rencontre ;
- le lieu et l'espace dédiés à ces visites : locaux dédiés, visites en extérieur, locaux dédiés dans le lieu d'accueil, au domicile familial ; aménagement mobilier, espace extérieur ;
- la nature et le contenu de ces temps de rencontre : repas, accompagnements, activités ludiques, *etc.* ;
- la composition, les personnes présentes : parent(s), enfant, fratrie, famille élargie, autre personne significative.

[67] Article R. 223-29 du CASF.

Le choix du cadre de mise en œuvre des temps de VPT est déterminé en fonction de plusieurs facteurs : le niveau de risque de préjudice pour l'enfant (37), l'âge et la maturité de l'enfant (38), la nature de la relation parent-enfant (39) et les recommandations des professionnels impliqués (40).

Une fois ces variables définies, le projet personnalisé d'accompagnement est constitué : les objectifs/perspectives sont définis (**voir chapitre 2.1**), les moyens pour les atteindre et les évaluer sont prévus. Ces éléments seront à formaliser.

2.2.2.1. Profil du ou des tiers

La connaissance de la situation de l'enfant et des conditions du danger auquel il est exposé est indispensable pour envisager la désignation d'un tiers, d'un service de VPT pertinent. En effet, le professionnel œuvrant comme tiers doit disposer des connaissances, compétences et outils[68] adaptés au besoin de médiatisation dans une situation familiale, défini à partir des besoins de l'enfant et de ses parents.

La règlementation ne précise pas quelles catégories de professionnels peuvent être désignées pour accompagner des VPT : en l'absence d'indications précises sur ce point, tous les professionnels socio-éducatifs (éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, moniteur-éducateur, TISF, cadre socio-éducatif, auxiliaire de puériculture, puéricultrice, médiateur familial, *etc.*, à l'exception des maîtresses de maison) ou cliniciens (psychologues) sont à même de réaliser les temps de VPT, sous conditions de répondre aux obligations de formation et de compétences présentées au **chapitre 1.4**.

- Tout d'abord, si le juge ne l'a pas indiqué dans sa décision, définir le type de présence du tiers lors de la VPT (22, 29) : la présence peut être « permanente » ou « intermittente ».
- Prendre en considération la capacité des tiers (et de leur service d'affectation) à mettre en œuvre les évolutions potentielles du cadre d'exercice du droit de VPT (sortie en présence d'un tiers, allongement de la durée des temps de rencontre).
- Statuer sur la constitution d'un binôme de professionnels pour médiatiser la rencontre. Si le binôme est retenu, organiser le rôle de chaque membre du binôme auprès de l'enfant, du parent et de l'encadrement du service.

La **constitution d'un binôme** doit être réfléchie :

- lorsque les participants au temps de VPT sont nombreux ;
- lorsque l'observation est jugée comme devant mobiliser des regards croisés **lors du temps de VPT** ;
- lorsque les interventions de médiatisation justifient, *a priori*, la mobilisation de compétences complémentaires ou exigent de s'appuyer sur le positionnement de deux tiers, engagés de façon différenciée dans la relation et le soutien des interactions parents-enfants ;
- lorsque la pathologie du parent (ou celle de l'enfant), ses manifestations comportementales le nécessitent, tant pour garantir la sécurité physique des personnes que pour soutenir l'observation et la réflexion au sujet de la situation, durant et après la rencontre ;
- lorsque la sécurité de l'enfant lors de la rencontre ne peut être effective qu'en présence de deux professionnels (notamment lorsque certains parents rencontrent simultanément leur enfant).

[68] Article R. 223-31 du CASF.

L'existence d'un binôme de professionnels œuvrant comme tiers ne dispense pas l'encadrement de réfléchir à la présence d'autres professionnels sur le lieu, lors du temps de VPT, pour des considérations de sécurité.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte que la présence de plusieurs professionnels peut aussi augmenter le stress parental, la sensation d'être observé (cela vaut également pour l'enfant ou l'adolescent) et donc l'inhiber dans ses compétences et rendre la visite plus difficile pour le parent et pour l'enfant.

➔ Dans l'hypothèse où la désignation ne résulte pas de la décision de justice elle-même, désigner les professionnels tiers, afin de :

- disposer des compétences évaluées comme nécessaires à l'accompagnement des temps de VPT (par exemple, une puéricultrice pour un très jeune enfant, ou encore un clinicien qui peut « *interpréter sur-le-champ les comportements de l'enfant et du parent afin de s'assurer d'une protection psychique de l'enfant et de l'adéquation des messages du parent à l'enfant (« messages clairs, adéquats et soignants »)* (22) ;
- pouvoir composer un binôme de tiers si cela est indiqué ;
- proposer des espaces ou des supports spécifiques ;
- garantir une continuité du/des professionnels œuvrant comme tiers.

Il n'est pas recommandé de demander aux professionnels du lieu d'accueil (ceux en charge de l'accompagnement quotidien de l'enfant) de médiatiser la rencontre entre l'enfant qu'ils accueillent et ses parents ou d'autres personnes tierces (30).

➔ Si les différents professionnels souhaitent recourir à l'intervention de TISF rattachés à un SAAD Familles et que le juge a désigné un autre type de service de VPT, saisir le juge pour qu'il envisage d'autoriser l'ASE à désigner le tiers, après échange avec les parents.

➔ Pour un enfant accueilli par un TDC :

- désigner, en première intention, un service de VPT pour faire tiers lors des rencontres ;
- n'envisager la médiatisation des temps de VPT par la personne désignée TDC qu'après une évaluation approfondie de la situation[69].

2.2.2.2. Fréquence et durée des temps de VPT

Conformément à l'article R. 223-30 du CASF, la fréquence des visites est définie « *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* ».

Il n'y a pas de « règles » identifiées par la littérature permettant de corréler de façon systématique durée et fréquence des temps de VPT à une typologie de profils qui associerait problématiques familiales, niveau de danger pour l'enfant, facteurs de risque et de protection (22, 25, 26). L'appréciation de la fréquence (lorsqu'elle n'est pas fixée par le magistrat) et de la durée des temps de VPT s'appuie sur une évaluation pluridisciplinaire des professionnels, en association avec les personnes accompagnées. Les fréquences peuvent être très variables (de plusieurs rencontres par semaine à quelques rencontres par an), les durées sont variables également.

La durée du temps de VPT

Les durées des temps de VPT peuvent être très variables, allant de quelques dizaines de minutes à plusieurs heures consécutives. Les experts réunis en groupe de travail invitent à limiter la durée

[69] Se reporter à l'**annexe n° 2** – « Le tiers non professionnel ».

maximale d'un temps de VPT. Face à la volonté de mettre en place des temps de VPT de plusieurs heures consécutives, les experts réunis en GT insistent sur la nécessité de réfléchir à :

- la possibilité de décider d'une présence intermittente du tiers ;
- la possibilité de décider d'une autre mesure, plus adaptée, si les objectifs de la mesure sont axés sur le soutien aux parents dans leur relation et leur aptitude à répondre aux besoins de leur enfant.

En effet, des temps de VPT de plusieurs heures consécutives sont complexes à mettre en œuvre, du fait de la fatigue occasionnée par les actions de protection, de soutien et d'observation développées par le tiers lors du temps de VPT. Le risque est important que le professionnel ne soit obligé de relâcher sa vigilance et son accompagnement sur des temps aussi longs (besoins physiologiques, alimentation, besoin de courtes pauses chez le professionnel, *etc.*), ce qui ne permet pas de protéger en permanence l'enfant. Par ailleurs, certains lieux ne facilitent pas l'action de protection (notamment si elle doit être permanente) dans le cadre de ces temps de VPT de plusieurs heures (tel le domicile des parents, au sein duquel certains espaces ne sont pas facilement accessibles : salles d'eau, chambre parentale, *etc.*).

Enfin, la qualité du travail d'observation est également compliquée à garantir : plus la durée est longue, plus les observations sont nombreuses et le travail de restitution écrite en fin de VPT est conséquent.

➔ Afin de fixer la fréquence et la durée, prendre en compte :

- les objectifs spécifiques de la mesure de VPT : ainsi, dans l'hypothèse de la préparation à une ouverture des droits, ou dans le cadre d'un travail de construction/soutien à la relation entre un parent et son très jeune enfant placé, il est souhaitable d'augmenter la fréquence et la durée des temps de VPT ;
- l'évaluation des capacités et incapacités parentales, et leur caractère temporaire ou chronique : un parent présentant des incapacités parentales va exposer son enfant à l'absence de réponse à ses besoins lors des temps de VPT. En fonction des effets de ces non-réponses, proposer une fréquence lâche et une durée réduite pour les temps de VPT ;
- l'âge de l'enfant, ses besoins tels que repérés ou exprimés ;
- l'état de l'enfant lors des rencontres : réactivation d'angoisses infantiles, amélioration du bien-être de l'enfant, faible attention lors de la VPT, malaise face à la présence d'un tiers, *etc.* ;
- la capacité de l'enfant à investir son lieu d'accueil, à « *élaborer entre chaque visite* », lorsque le déroulé de celles-ci est générateur de « *désorganisation* » (41) ;
- le rythme de vie quotidien de l'enfant : l'existence de contraintes scolaires, ludiques ou amicales est prise en compte mais ne peut être le seul motif de choix autour de la durée des temps de VPT, ni de leur fréquence[70] ; dans la mesure du possible, pour les enfants scolarisés, il est recommandé d'organiser les temps de VPT en dehors du temps scolaire, afin de ne pas entraver leur scolarité ;
- les souhaits des parents et des enfants ;
- la capacité des parents (appréciée à partir de contraintes objectives et extérieures à leur personne) à tenir le rythme des rencontres : « *la régularité de la présence des parents aux visites est tout aussi importante que la fréquence des rencontres* » (25).

[70] Néanmoins, les notions de « *rythme* » et de « *besoins* » sont partiellement croisées, car l'inscription de l'enfant dans un rythme qui lui convient et qu'il repère est un besoin fondamental de l'enfant. Pour les adolescents, le rythme est à prendre en compte, d'autant que d'autres facteurs évoluent avec l'âge (capacité à se protéger, à se déplacer, horaires de soirée, *etc.*).

- Pour les enfants (particulièrement les très jeunes enfants) qui vont être concernés par plusieurs temps de VPT sur une même semaine :
  - questionner le sens de cette décision, avec l'ASE et le magistrat, en lien avec les objectifs assignés à la situation ;
  - prendre le temps de mesurer les effets du rythme soutenu de VPT par semaine en questionnant aussi si cela est supportable pour l'enfant ;
  - intégrer les temps de transport dans la réflexion relative aux effets sur l'enfant, notamment l'enfant en bas âge ;
  - mesurer la charge logistique pour le lieu d'accueil ; considérer également les autres obligations hebdomadaires de l'enfant (rendez-vous médicaux, activités sportives, temps ludiques, temps scolaires) ;
  - si cela est adapté aux besoins de l'enfant, proposer une alternance des visites pour les parents séparés afin de réduire la charge sur les enfants ;
  - réfléchir à la pertinence de ce qui peut être proposé sous forme d'autres prises de contact en présence d'un tiers (visioconférence (18), courrier).
- Sonder la possibilité de mobiliser d'autres systèmes de soutien, en vue de modérer certaines contraintes (aide à la mobilité, appui sur les ressources de l'environnement des personnes, *etc.*).
- En cas de doute, d'hésitation, faute de disposer d'éléments suffisants pour une situation donnée, proposer une fréquence et une durée « réduites », en se donnant la possibilité d'élargir si les rencontres se déroulent positivement.
- La fixation de la fréquence/durée étant pointée comme un arbitrage parfois très conflictuel avec les parents, si le juge ne l'a pas déjà fait, solliciter au besoin son arbitrage pour valider une fréquence/durée, à tout le moins pour qu'il apporte des éléments de cadrage pour faciliter la décision des services et des parents.
- En cours de mesure, réévaluer régulièrement la fréquence et la durée des temps de VPT, afin de solliciter leur ajustement aux besoins de l'enfant et aux objectifs poursuivis par la mesure.

2.2.2.3. Lieu de la visite

Conformément à l'article R. 223-30 du CASF, sauf disposition contraire du juge, le lieu de la VPT est fixé par l'établissement ou le service à qui l'enfant a été confié, en concertation avec le tiers, le mineur et ses représentants légaux « *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* ».

Les différentes possibilités laissées aux décideurs sont la réalisation des temps de VPT dans un lieu dédié (espace intérieur et extérieur) et clos (au sein des services de l'ASE, au sein des établissements d'accueil, au sein d'un service dédié aux VPT), dans l'espace public (clos ou ouvert) ou au domicile des parents. Le choix du lieu doit se faire en tenant compte de l'intérêt de l'enfant, des objectifs de l'intervention et des risques encourus par l'enfant lors des rencontres avec ses parents (ayant justifié la mise en place de la mesure). Cela implique que tout service de VPT doit disposer ou se voir mis à disposition un espace adapté pour la réalisation des temps de VPT.

Il n'est pas recommandé (30, 33) de réaliser les temps de VPT au domicile du TDC ou de la famille d'accueil de l'enfant confié, ni au sein de son unité de vie, en cas d'accueil institutionnel.

Repères juridiques : les VPT pour les enfants accueillis en pouponnière

La publication récente du décret n° 2025-900 du 5 septembre 2025 relatif à l'accueil des enfants de moins de trois ans confiés au titre de la protection de l'enfance en pouponnière à caractère social autonome ou au sein d'un autre établissement social et médico-social modifie l'article D. 341-11 du CASF, qui dispose ainsi que « *la **pouponnière** propose aux parents un accompagnement à la parentalité effectué par l'équipe référente de l'enfant.* ***Les visites en présence d'un tiers sont organisées au sein de l'établissement ou du service*** ».

➔ S'assurer, au sein du lieu pressenti :
- de la disponibilité des espaces, du mobilier, des circulations, des espaces extérieurs nécessaires à la mise en œuvre du projet d'accompagnement ;
- de la disponibilité dans le temps de ces espaces, en vue d'offrir de la continuité ;
- de la possibilité de procéder aux observations requises pour apprécier la qualité de la relation parent-enfant.

➔ Déterminer en première intention le lieu de la rencontre en fonction du lieu d'hébergement de l'enfant, afin d'éviter autant que possible de lui faire parcourir de longs trajets.

Le transport de l'enfant, de l'adolescent

En fonction des services choisis et du lieu de résidence de l'enfant, les personnes amenées à conduire l'enfant de son lieu de vie au service de VPT sont distinctes : professionnels du lieu d'accueil, professionnels de l'ASE, professionnels du service de VPT, professionnel du transport (taxi, *etc.*). Les parents ne peuvent gérer le déplacement de leur enfant[71].

Néanmoins, que l'enfant rencontre ses parents au sein de l'établissement qui l'accueille ou qu'il doive se déplacer pour rencontrer ses parents dans un autre lieu professionnel ou au domicile de ses parents, les principes exposés ci-dessous sont valables :
- garantir la continuité de la personne qui conduit et du mode de transport ;
- permettre à l'enfant de faire connaissance de la personne qui le conduira, avant et après la visite ;
- s'assurer de la coordination avec le lieu de VPT pour gérer l'arrivée de l'enfant, et la présence possible, dans un lieu proche ou dédié, de l'accompagnant de l'enfant lors de la visite (pour le mobiliser en cas de fin anticipée de la VPT, d'absence du parent, *etc.*).

Le parent se déplace par ses propres moyens pour rejoindre le lieu de VPT. Si besoin, les services sociaux de polyvalence, les ressources personnelles des parents ou des professionnels de santé mentale (en cas d'entraves psychiques chez les parents) peuvent être saisis pour que le parent obtienne de l'aide.

➔ Si le lieu d'accueil de l'enfant dispose d'un service de VPT internalisé, le prioriser, sauf :
- à ce qu'il ne permette pas la poursuite d'objectifs spécifiquement assignés à la mesure ;
- si les relations avec les parents sont très conflictuelles : les parents attaquent l'institution, sont violents lors des temps de VPT, font intrusion dans l'espace de vie de l'enfant, ou lorsque la séparation enfant/parent semble impossible (physiquement) en fin de visite.

➔ Organiser les temps de VPT au domicile parental[72] dans les situations suivantes :

[71] Il peut arriver qu'enfant et parent soient convoyés ensemble en direction du lieu de VPT. Cela exige de médiatiser le temps de transport : à ce sujet, aucune donnée de littérature n'a pu être recueillie.

[72] Tous les services de VPT peuvent être amenés à réaliser ce genre de temps de VPT.

- mise en œuvre d'un projet d'ouverture des droits : les VPT au domicile parental permettent alors une phase intermédiaire, avec maintien des VPT[73] sur un temps court, en vue de vérifier les conditions de sécurité des enfants, l'organisation des parents ;
- existence d'un problème de mobilité du parent, qui ne peut pas se déplacer ou ne peut pas investir le lieu tiers (maladie somatique, maladie mentale). La VPT peut ainsi être organisée à l'hôpital ou au sein de l'établissement d'accueil du parent.

➔ S'assurer, avant de décider d'organiser les VPT au domicile parental, des points suivants :
- les pratiques de mise en sécurité du professionnel doivent être identifiées ;
- le transport de l'enfant doit être prévu ;
- les temps de préparation et de débrief de la VPT doivent être adaptés, ainsi que la prise de notes ;
- la gestion de l'imprévu pouvant être complexe, elle doit être réfléchie et anticipée, autant que possible ;
- si d'autres mesures éducatives sont réalisées à partir du domicile du parent (AEMO, *etc.*), les objectifs de chacune des mesures, et donc de chaque professionnel, doivent être définis de manière très précise : il convient de clarifier systématiquement « qui fait quoi ? » et de s'assurer que le parent et l'enfant ont bien compris cette répartition des rôles.

➔ Refuser l'organisation des temps de VPT au domicile parental si cela peut « *faire resurgir les traumatismes qui y ont été vécus par l'enfant* » (25) : enfant victime de la violence conjugale au domicile, *etc.*

➔ Ne recourir à des endroits extérieurs qu'après évaluation :
- des conditions de sécurité de l'enfant lors des rencontres avec ses parents ;
- du besoin d'encadrement professionnel de ces temps de VPT dans des lieux/espaces publics : il ne faut pas que les membres de la famille soient entourés de trop de professionnels lors du temps de VPT ;
- de l'apport d'un tel lieu quant à l'atteinte des objectifs fixés autour de la relation parents-enfants : situation qui vise à observer/soutenir la réponse des parents à un besoin identifié.

2.2.2.4. Les autres éléments d'organisation

➔ S'informer sur les règles et les pratiques encadrant les autres formes de contacts parents-enfant.

En France, si la décision judiciaire ne prévoit pas la médiatisation des contacts « hors rencontre présentielle » entre parents et enfants, ces contacts sont réputés libres, c'est-à-dire non médiatisés. Ces autres formes de contact sont diverses : appel téléphonique, courrier électronique (courriel ou échanges sur des réseaux sociaux), correspondance postale, cadeaux, dons d'objet. Il est néanmoins important (17, 25, 26, 29, 42), si cela n'a pas déjà été fait par l'ASE, de se questionner sur ce point précis.

Les experts réunis en GT soulignent le **paradoxe** qu'il peut exister lorsque **les rencontres parents-enfants sont organisées en présence d'un tiers**, parfois avec un binôme **alors que l'ensemble des autres contacts parents-enfants ne se font pas en présence d'un tiers**. En effet, dans certaines situations, les contacts téléphoniques ou électroniques entre enfants et parents sont fréquents, parfois quotidiens. Dans ces situations, il est compliqué pour les professionnels de mener à bien les objectifs de protection et d'accompagnement de la relation, dans le cadre de la mesure de VPT.

[73] Parfois en alternance avec des droits de sortie ou d'hébergement.

➔ À défaut de dispositions encadrant ces contacts :
  - évaluer le besoin de la présence d'un tiers lors de ces contacts, en prenant en compte les possibilités matérielles[74] de procéder à la médiatisation de ces contacts ;
  - si le besoin n'est pas repéré, informer les parents et les enfants de leur droit à entretenir ces contacts de façon libre ;
  - le cas échéant, proposer aux parents de médiatiser ces autres formes de contact ; recueillir leur avis à ce sujet ;
  - en cas d'accord, formaliser cette organisation, en précisant les professionnels chargés de médiatiser ces contacts (service d'internat, assistant familial, TDC, service de VPT au sein d'un établissement, *etc.*) ; en cas de désaccord, saisir les autorités administratives et judiciaires pour arbitrage.

➔ Envisager, dans un cadre pluridisciplinaire, les interventions qui pourraient faciliter, pour l'enfant et ses parents, leur compréhension de la mesure de VPT et leur implication dans celle-ci : entretiens psychologiques réguliers, *etc*.

Ces espaces ont vocation à compléter les interventions de soutien portées par le lieu d'accueil de l'enfant ou le service de milieu ouvert. Ils peuvent être développés par le service de VPT, les services de l'ASE, du lieu d'accueil si le service de VPT y est internalisé, plus rarement par d'autres intervenants.

2.3. S'accorder sur le cadre de la mesure de VPT

Le processus décrit ci-dessus (**chapitres 2.1 et 2.2**) aboutit à une proposition d'organisation de la mesure, à partir des appréciations des professionnels et dans le respect du cadre fixé par la décision judiciaire. Cette proposition doit être présentée aux parents, à l'enfant, afin de permettre, si besoin, des ajustements à partir de leurs demandes et besoins.

➔ Dans le cadre d'un entretien organisé séparément pour le parent et pour l'enfant, en présence du service référent de la situation de l'enfant, présenter les options (objectifs, cadre de mise en œuvre de la mesure, modalités d'intervention spécifiques et/ou partenariales) retenues par les professionnels. Pour de jeunes enfants, convier le professionnel du lieu d'accueil à cet entretien.

➔ Rechercher l'accord du parent et de l'enfant quant à l'organisation de la mesure.

Les besoins exprimés par les enfants (38) autour de la pratique de la VPT se centrent sur la mise en place d'un « *cadre stable et structurant avec des repères matériels (jouets, espaces adaptés) pour sécuriser la rencontre et gérer la pression* », sur « *la possibilité d'anticiper et de comprendre le déroulement des visites grâce à un accompagnement adéquat, incluant une préparation et un débriefing* » et sur la « *création de nouveaux souvenirs positifs pour atténuer les traumatismes passés et modifier l'image du parent* ». Cependant, les enfants contestent plusieurs aspects des VPT : la rigidité des visites qui perdent leur sens avec le temps, leur « *instrumentalisation dans un dispositif où ils sont contraints de rencontrer un parent qu'ils perçoivent parfois comme un étranger* ». Ils

[74] Cet encadrement des contacts mobilise souvent le lieu d'accueil, ce qui invite à adapter l'organisation retenue pour gérer ces contacts. Il convient, lorsque ces professionnels du lieu d'accueil sont mobilisés, de prendre en compte le fait que leur pratique de médiatisation de ces contacts sera différente de celle qu'aurait développée un professionnel rattaché à un service de VPT, du fait de la place particulière que les professionnels du lieu d'accueil (ou les TDC) occupent auprès de l'enfant quotidiennement.

développent alors différentes stratégies de *coping*[75] face à ces rencontres difficiles (« *évasion mentale* », « *somatisation* », *etc.*).

- En cas de désaccord ou de contre-proposition de l'enfant ou du parent :
  - vérifier la cohérence de cette demande avec la décision judiciaire ;
  - vérifier la pertinence de la demande : cette modification vise-t-elle une meilleure réponse à un besoin de l'enfant (modification de l'horaire à la demande de l'enfant, pour éviter de renoncer à un autre temps de vie important, *etc.*) ? Cette modification cherche-t-elle à améliorer une interaction problématique dans la relation parent-enfant (demande du parent d'être soutenu dans ses prises de parole face à son adolescent, *etc.*) ? ;
  - vérifier la faisabilité matérielle pour le service de VPT ;
  - dans l'affirmative, modifier le projet d'accompagnement en conséquence.
- Face à une difficulté « non dépassable[76] », informer l'autorité administrative ou judiciaire de cette difficulté et leur présenter les options envisagées ou retenues pour limiter l'atteinte aux droits des personnes accompagnées : créneau horaire imposé, limitation de la durée des temps de VPT, désignation d'un lieu transitoire, *etc.*

Il est possible d'accompagner ces solutions transitoires par la saisine d'un autre service de VPT, en collaboration avec le service gardien, pour transférer l'exécution de la mesure.

- Formaliser les éléments du projet personnalisé d'accompagnement dans un document dédié. Prendre en compte, le cas échéant, les arbitrages rendus par les autorités administratives ou judiciaires.
- Rappeler formellement les modalités permettant à une autre personne d'accompagner le parent lors du temps de VPT, les motifs d'annulation de la visite et les conditions pour lever la médiatisation.

2.4. Modifier les modalités d'organisation en cours de mesure de VPT

Dans le cadre du déroulé de la mesure de VPT, sans entrer en contradiction avec les termes de la décision judiciaire et du projet d'accompagnement, les évolutions des dynamiques relationnelles peuvent amener à envisager une évolution des objectifs de la VPT. Peuvent s'en trouver modifiées les modalités de médiatisation, notamment pour augmenter ou modérer les interventions visant à la protection de l'enfant, ou solliciter plus ou moins fortement le ou les parents lors des temps de visite. Il peut également être nécessaire de garantir la sécurité des enfants ou des professionnels, face à des parents particulièrement dangereux ou vindicatifs à l'encontre du lieu exerçant les VPT.

Si les parents peuvent être demandeurs d'évolution, de modification dans le cadre de mise en œuvre de la mesure, **ces évolutions doivent être fondées sur le niveau de risque et les besoins de l'enfant, dans sa relation avec ses parents et leur pertinence en lien avec l'amélioration de la qualité des interactions parents-enfants[77].** La demande d'évolution, quand elle émane de l'enfant, est traitée avec beaucoup d'attention.

---

[75] Élaboré par LAZARUS et LAUNIER en 1978, le concept de *coping* désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Selon LAZARUS et FOLKMAN (1984), le *coping* est défini comme *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». Voir ANESM. Argumentaire de la RBPP « L'accompagnement des MNA dits MIE », 2017.

[76] Telles une impossibilité de respecter l'horaire envisagé, l'absence de professionnels de santé ou de psychologues cliniciens dans l'équipe désignée, l'absence de possibilité d'évolution dans les modalités de réalisation des VPT au sein d'un même service, *etc.*

[77] Les pratiques d'évaluation sont précisées au **chapitre 4** de cette RBPP.

En tout état de cause, ces évolutions sont à engager dès lors qu'une évolution rapide de la relation est constatée sur un temps perçu comme significatif. Lorsque l'évolution de la situation ne peut être accompagnée dans le cadre de la décision de justice en vigueur, il convient de saisir les autorités administratives ou judiciaires pour modifier le projet personnalisé d'accompagnement ou la décision du juge des enfants[78].

En fonction des départements, le juge peut « autoriser » les services auxquels l'enfant est confié ou les services de VPT à adapter (dans le respect de la décision judiciaire) certaines modalités de mise en œuvre en cours de mesure. Le juge en est alors systématiquement informé, afin qu'il puisse exercer sa mission de contrôle.

2.4.1. Ajuster le cadre de la médiatisation aux besoins de l'enfant et des parents

Ces ajustements se font en lien direct avec le référent de situation (ASE, AEMO, STEMO).

Si l'objectif est d'assouplir l'intervention de médiatisation

- Avant de permettre l'assouplissement du cadre, s'assurer que la sécurité de l'enfant sera garantie lors des temps de VPT à venir.
- Augmenter la durée des temps de VPT à partir des effets constatés des VPT sur l'enfant, le cas échéant sur le parent.
- Évaluer la possibilité d'assurer une présence intermittente du professionnel œuvrant lors de ces temps de VPT.
- Proposer des lieux, des supports aussi diversifiés que possible, afin de multiplier les environnements dans lesquels la relation parent-enfant s'expérimente.
- Évaluer les effets de ces aménagements :
  - sur l'enfant et les parents ;
  - sur la vie de l'enfant au sein de son lieu d'accueil.
- Informer les autorités décisionnaires des évolutions engagées.

Si l'objectif est de renforcer l'intensité de la protection

- Évaluer l'opportunité de :
  - modifier l'organisation des visites : durée réduite, encadrement professionnel renforcé, *etc.* ;
  - saisir l'autorité administrative et/ou judiciaire si cela ne permet pas de respecter les termes de la décision judiciaire. L'en informer en tout état de cause.
- Si cela est nécessaire à la sécurité immédiate de l'enfant (risque d'enlèvement, violence extrême du parent, *etc.*), saisir sans délai l'autorité judiciaire d'une demande de suspension des VPT.
- Expliquer à l'enfant les raisons de ces modifications dans la mise en œuvre de la mesure de VPT.
- Informer les parents, sur un temps spécifique, de ces raisons, et des suites possibles qui seront données par les différents professionnels (JE, ASE, service de VPT) à ces aménagements temporaires.
- Informer le lieu d'accueil.
- Statuer provisoirement sur les autres formes de contact, sauf si la décision de justice le précise.
- S'assurer de l'information des autres lieux d'accueil si la fratrie est dispersée.

[78] Article R. 223-31 du CASF.

2.4.2. Accompagner le changement de lieu d'accueil de l'enfant

Le changement de lieu d'accueil de l'enfant en cours de mesure est une réalité, notamment pour les enfants et adolescents accueillis dans un premier temps en service ou foyer départemental d'urgence. Bien qu'encadrés par les textes[79], ces changements de lieu d'accueil doivent être pris en compte par les services de VPT.

Le lieu d'accueil de l'enfant doit être pensé, le cas échéant, en lien avec l'existence de VPT, conformément à l'article 375-7 du Code civil[80].

Cette indication est particulièrement pertinente pour les enfants accueillis dans un premier temps en foyer de l'enfance (foyer d'accueil en urgence), car ils vont souvent connaître une orientation vers un autre lieu d'accueil si le placement est maintenu. La décision d'orientation de l'enfant vers un autre lieu d'accueil doit, autant que possible, prendre en compte les possibilités d'exercice de ces VPT. Les possibilités d'exercice semblent recouvrir des dimensions distinctes : projet d'accompagnement du service de VPT, proximité géographique et accessibilité, horaires d'ouverture, règlement, *etc*. Il s'agit de décisions complexes à prendre, considérant les autres variables à intégrer lors d'un changement de lieu d'accueil (par exemple, l'accompagnement et la compensation de la situation de handicap d'un enfant).

- Anticiper autant que possible les relais entre services de VPT. Pour ce faire, informer systématiquement les services de VPT de tout projet ou décision de changement de lieu d'accueil de l'enfant.
- Participer aux temps d'échange prévus pour accompagner ce changement de services de VPT.
- Rechercher lors de cette transition des éléments de continuité : horaires, supports à la rencontre, *etc*.
- Si le changement de lieu d'accueil ne permet pas de maintenir l'organisation définie pour la mesure de VPT :
  - recevoir enfant et parents pour les en informer ;
  - leur faire part de l'organisation qui pourrait être retenue dans le futur service de VPT ;
  - en cas de désaccord, solliciter l'arbitrage de l'autorité administrative ou judiciaire ;
  - si cela est possible, prolonger temporairement la réalisation des VPT dans le service d'origine, pour permettre de construire un plan d'intervention adapté et réaliste, au plus proche de la décision de justice.

En effet, **au moment du changement de lieu d'accueil, tout change pour l'enfant** : école, copains et copines, éducateurs, *etc*. Lorsque cela est possible, il peut **être important de ne pas changer, au moins temporairement, le lieu et les professionnels qui assurent les VPT. Cela contribue à la sécurité physique et psychologique de l'enfant et à la continuité du cadre**.

[79] Article L. 223-3 du CASF.

[80] Au terme de l'article 375-7 du Code civil, le lieu d'accueil de l'enfant « *doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents et le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs […]* ».

3. Mettre en œuvre les temps de VPT

Les pratiques présentées dans ce chapitre visent à **garantir la qualité de l'accompagnement lors des temps de VPT**. **Tout service, tout professionnel œuvrant comme tiers, quels que soient son statut professionnel, sa formation, son cadre d'intervention, doit chercher à les développer** auprès de l'enfant, de ses parents ainsi qu'auprès des autres professionnels intervenant dans le parcours de l'enfant. Il **doit conséquemment disposer du cadre de travail et des moyens nécessaires**.

Le rôle du professionnel œuvrant comme tiers **ne peut être réduit à celui d'un simple surveillant ou d'un médiateur neutre** (43, 44). Ce professionnel tiers assure une présence engagée et structurante. Sa mission ne se limite pas à encadrer la visite : **outre des actions de protection et d'observation, il soutient un véritable travail relationnel entre l'enfant et le parent, en tenant compte des enjeux affectifs, psychiques et juridiques de la situation**. Pour porter ces actions, les professionnels sont amenés à adapter leurs postures, leurs interventions : ils accompagnent l'expérience relationnelle dans ce qu'elle comporte de fragile, de manquant, de conflictuel ou de soutenant, en respectant la temporalité propre à chaque situation familiale.

3.1. Présenter le dispositif de VPT aux personnes accompagnées en amont de la première visite

La présentation du service, de ses fonctionnements spécifiques, de ses locaux, du ou des professionnels qui médiatiseront les temps de VPT, est organisée en amont du premier temps de VPT. Elle permet d'informer parent et enfant, de les familiariser avec le lieu et les personnes, de répondre à leurs questions éventuelles. Ce temps participe de la mise en confiance des personnes accompagnées, et enclenche la mise en œuvre du calendrier de visites. Le premier entretien vise également à poser de premiers éléments de contenance (45).

- Organiser un entretien au sein du service désigné pour mettre en œuvre les temps de VPT, sous l'égide d'un encadrant de ce service et en présence du référent de parcours, **séparément avec les parents et l'enfant** (accompagné d'un professionnel de son lieu d'accueil).

La présence de l'avocat de chaque partie ou d'une personne de confiance, pour ce premier entretien, doit être autorisée à la demande des parties.

- Leur présenter les éléments suivants :
  - la nature de la mesure, les objectifs poursuivis par la mesure, les interventions envisagées ou planifiées ;
  - la personne (ou le binôme) qui médiatisera les temps de VPT, qui se présente et rappelle son rôle ;
  - les voies de sortie de la mesure de VPT.
- Présenter aux parents et aux enfants les règles de fonctionnement avec clarté. Leur laisser la possibilité de poser leurs questions. Leur remettre un document écrit[81] présentant ces règles et le soumettre à leur signature.
- Si ce premier entretien est compliqué à mettre en place (refus des parents, parent injoignable, enfant malade, *etc.*), chercher des moyens autres pour poser le cadre avant la première VPT :

[81] Il peut être intégré au règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF).

échanges par écrit avec le parent, rencontre de l'enfant sur son lieu de vie par les professionnels du service de VPT, *etc*.

Ces solutions ne doivent être mobilisées qu'en dernier recours, la rencontre physique doit être absolument privilégiée.

- Leur remettre un calendrier, précisant au minimum les dates de visite, la durée (heure de début et de fin de visite), le lieu, le rythme des bilans de situation. La qualité du ou des tiers intervenant lors des temps de VPT est précisée chaque fois que cela est possible.
- Leur proposer une visite du lieu, de « l'espace de visite » retenu pour leurs rencontres.
- Pour l'enfant, accompagné du professionnel de son lieu d'accueil, préparer la visite, en :
  - préparant la pièce ou le lieu de visite de façon individualisée (âge, préférences), et en laissant l'enfant y évoluer lors de cette visite ;
  - présentant la configuration des lieux (localisation du professionnel du lieu d'accueil, les toilettes, les zones de repli, *etc*.) ;
  - expliquant à l'enfant et au lieu d'accueil le cheminement entre l'arrivée sur le site, le passage vers la salle de visite et le retour de la salle de visite vers les référents du lieu d'accueil.
- Laisser la possibilité aux participants à cet entretien/visite d'appeler après la visite introductive s'ils ont besoin d'informations complémentaires.

3.2. Organiser spécifiquement les premiers temps de visite

L'accompagnement spécifique des premiers temps de VPT (faisant suite à la première décision judiciaire) est indiqué pour toutes les mesures de VPT, et particulièrement celles faisant suite à une OPP. Cette phase vise l'entrée en relation entre enfant/parent et professionnel œuvrant comme tiers, le repérage des dynamiques relationnelles (notamment les « retrouvailles » entre membres de la famille). Elle intègre les observations déjà effectuées lors des interventions antérieures, le cas échéant. Elle doit permettre de dégager ou de confirmer de premières pistes d'intervention. L'observation appuyée de chaque participant et de leurs interactions est nécessaire, pour toute première mesure.

En cas de changement de service de VPT en cours de mesure, il est recommandé d'accorder une attention particulière aux premières visites au sein du nouveau service.

3.2.1. Mettre en œuvre les premiers temps de VPT dans le cadre spécifique d'une OPP

L'ordonnance de placement provisoire, rendue sur le fondement de l'article 375-5 du Code civil, est une décision urgente visant la protection immédiate du mineur. Elle est dérogatoire relativement au principe du contradictoire en assistance éducative. Sous 15 jours[82], le juge des enfants statue sur la confirmation ou la modification de l'OPP si les parties n'ont pu être consultées en amont de la décision du juge. La mise en œuvre des temps de VPT potentiellement organisés dans ce laps de temps doit être adaptée, d'autant que les phases de travail déclinées aux **chapitres 2 et 3.1** de cette RBPP ne sont que rarement réalisables dans le cadre de l'OPP. Le contenu des temps de VPT sera restitué à l'autorité judiciaire, afin de l'aider dans sa prise de décision relativement aux droits parentaux.

[82] Article 1184 du Code de procédure civile : « *[…] Lorsque le placement a été ordonné en urgence par le juge sans audition des parties, le juge les convoque à une date qui ne peut être fixée au-delà d'un délai de quinze jours à compter de la décision, faute de quoi le mineur est remis, sur leur demande, à ses parents ou tuteur, ou à la personne ou au service à qui il était confié. Lorsque le juge est saisi, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article 375-5 du Code civil, par le procureur de la République ayant ordonné en urgence une mesure de placement provisoire, il convoque les parties et statue dans un délai qui ne peut excéder quinze jours à compter de sa saisine, faute de quoi le mineur est remis, sur leur demande, à ses parents ou tuteur, ou à la personne ou au service à qui il était confié […]* »

- Désigner systématiquement un tiers professionnel pour encadrer les temps de VPT. Constituer un binôme lorsque cela est indiqué[83] ou lorsque la situation est inconnue des services de l'ASE.

En fonction des premières observations, la pertinence de maintenir ce binôme pour la suite de la mesure peut être réévaluée.

- Informer les parents et l'enfant, en phase de préparation du 1er temps de VPT, des **objectifs spécifiques de ces premières visites**, centrés sur :
  - l'organisation de temps de VPT « apaisés », lors desquels l'enfant est en sécurité, et peut ainsi rencontrer son ou ses parents dans le contexte du retrait de l'enfant du domicile parental du fait du placement très récent. Il convient de se mettre d'accord avec les parents sur ce premier objectif ;
  - l'observation de l'état (intensité, contenu) de la relation intrafamiliale, les réactions de l'enfant lorsqu'il est en présence de ses parents, les attitudes et comportements parentaux ;
  - le soutien immédiat (notamment émotionnel) à l'enfant et aux parents.
- Les informer de la probable évolution, à court terme, de ces objectifs.
- Observer avec attention les interactions parent-enfant, afin de confirmer/d'infirmer les premières hypothèses de compréhension, issues des travaux préparatoires (voir **chapitre 2.1**).

Dans des situations peu connues des services au moment de l'admission, cette observation visera à dégager de premières hypothèses de compréhension, et ainsi d'engager le travail d'accompagnement sur la base de premiers objectifs définis et partagés.

- Compiler rigoureusement sous forme de note écrite et synthétique les observations réalisées lors de ces premiers temps de VPT et les premières hypothèses de compréhension, en vue de les transmettre aux services de l'ASE et à l'autorité judiciaire.

La traçabilité des premiers temps de VPT est importante, en ce qu'elle permettra de disposer d'une « description initiale », d'une « lecture initiale » de la relation lors des rencontres parents-enfants. Bien qu'incertaine du fait du faible temps d'observation à disposition et du contexte émotionnel particulier attaché à ces premiers temps de VPT « post-séparation », cette lecture initiale facilitera l'évaluation dynamique de la situation.

3.2.2. Mettre en œuvre les premiers temps de visite hors OPP

Il est possible que la mise en place d'une mesure de VPT ne soit pas liée à une ordonnance de placement provisoire. Cette mesure peut venir répondre à la dégradation de la relation parents-enfant dans le cadre d'un placement déjà en cours, ou à la demande de reprise de contact d'un parent absent depuis un certain temps. Là encore, les pratiques des professionnels doivent être adaptées aux besoins et aux capacités de l'enfant et du parent.

- Désigner systématiquement un tiers professionnel pour encadrer les temps de VPT.
- Proposer de la continuité dans la mise en œuvre de ces premiers temps de VPT (professionnels œuvrant comme tiers, horaires, supports, *etc.*).
- Revenir sur le cadre, les objectifs poursuivis et les interventions envisagées pour les atteindre. Répondre aux questions de l'enfant et du parent.
- Garantir une cohérence dans les positions du lieu d'accueil, du service de VPT et des services de l'ASE relativement à l'encadrement des droits de rencontre parent-enfant.

[83] Se reporter au **chapitre 2.2.2.1** de cette RBPP.

➔ Préciser les objectifs de la mesure progressivement :

- construire de la confiance entre enfant et professionnels, entre parents et professionnels ;
- mesurer l'écart entre la situation telle qu'elle est perçue par le parent et la perception qu'en ont les professionnels ;
- chercher d'abord des points d'appui avec les parents et l'enfant, pour faire contenance lors des temps de VPT.

Cette recommandation est applicable aux temps de VPT réalisés dans les premiers mois suivant l'OPP, à l'issue des 15 premiers jours de placement (voir ci-dessus).

➔ Réaliser un premier bilan à l'issue de quelques temps de VPT, pour :

- vérifier la compréhension du cadre de la mesure par l'enfant et le parent ;
- mesurer la capacité du parent à tolérer et investir le cadre médiatisé de ces rencontres ;
- solliciter des ajustements au cadre de la mesure, en fonction des observations réalisées ;
- aborder et dépasser, si possible, les points de blocage repérés.

Pour les professionnels œuvrant comme tiers, ce premier bilan peut aider à définir le ou les modes d'intervention à privilégier (au moins dans un premier temps) auprès de l'enfant et du/des parents. Ces modes d'intervention relèvent notamment[84] :

- des interventions dites de renforcement pour potentialiser les réactions de l'enfant et les rendre sensibles au parent ;
- des conseils, orientés vers le confort de l'enfant ou facilitant sa prise d'initiative ;
- un renforcement des attitudes du parent lorsque celui-ci montre un ajustement correct à l'enfant ;
- des explications directement orientées vers l'enfant, pour le rassurer ne serait-ce que par la voix ;
- des interventions valorisantes pour l'enfant sur ce qu'il est ou sur ce qu'il fait ;
- une aide directe pour suppléer le parent, faire avec lui ou à sa place.

3.3. Mettre en œuvre le temps de VPT

La mise en œuvre du temps de VPT doit être entendue comme **une séquence en quatre temps :**

- **préparation du temps de rencontre ;**
- **accompagnement et médiatisation du temps de rencontre parent-enfant ;**
- **réalisation d'un point dans les suites du temps de VPT ;**
- **production des écrits professionnels.**

La qualité de la relation entre le professionnel et le parent est un facteur important pour que la rencontre parent-enfant soit de bonne qualité (46). Elle ne se réduit pas à un bon contact relationnel, mais constitue un levier clinique essentiel. Lorsqu'elle s'appuie sur une posture contenante, claire et non jugeante, elle permet au parent de se sentir reconnu dans sa place, même en situation de fragilité, et ouvre un espace où la relation à l'enfant peut être soutenue, pensée, et parfois transformée (12).

Le professionnel doit adapter son approche en fonction de chaque situation (46) : la nature, l'intensité de l'intervention ne peut être « *définie **qu'in concreto** en fonction des besoins de l'enfant, des capacités parentales et de l'analyse de la situation*[85] ». En effet, les postures et pratiques du professionnel

[84] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.
[85] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.

œuvrant comme tiers peuvent influencer considérablement le déroulement et l'efficacité des visites médiatisées. Outre l'asymétrie des places entre le professionnel tiers et le parent (qui peut se sentir infantilisé, voire humilié) :

- une posture trop intrusive ou directive du professionnel œuvrant comme tiers peut avoir des effets négatifs : elle peut inhiber la spontanéité de la relation parent-enfant et créer des résistances chez le parent (47) ;
- à l'inverse, une posture trop distante ou passive peut également être préjudiciable, en privant l'enfant et le parent d'un soutien nécessaire à la construction d'une relation positive (47). L'enfant peut avoir besoin d'un soutien actif pour se sentir en sécurité et pour que la visite se déroule de manière constructive.

La mise en œuvre des temps de VPT est **complexe** : les professionnels œuvrant comme tiers y occupent plusieurs places et poursuivent plusieurs objectifs : protéger, observer, soutenir les participants et leur relation, souvent face à des parents (et parfois des enfants/adolescents) opposés à la mesure, peu confiants et peu à l'aise avec ce cadre médiatisé. À certains égards, le temps de VPT peut être appréhendé comme un espace paradoxal. **Un objectif central dans l'intervention des professionnels tiers est de trouver l'équilibre, pour chaque situation, entre ces places et objectifs, en d'autres termes de sortir de la binarité, de l'opposition entre besoins de l'enfant et droits des parents.**

3.3.1. Préparer le temps de visite avec l'enfant et parent

La préparation du temps de rencontre prend la forme d'un échange et de certaines actions professionnelles. Elle s'organise peu de temps avant le temps de VPT, généralement juste avant.

Cette préparation doit permettre d'accueillir les personnes de façon bienveillante et chaleureuse, de vérifier la faisabilité de la visite (état psychique du parent, *etc.*), de rappeler les objectifs spécifiques à ce temps de rencontre, en revenant si besoin sur le déroulé des visites précédentes, parfois d'organiser le salon de visite avec l'enfant et/ou le parent.

Espace d'expression offert à l'enfant et au parent, la préparation du temps de VPT doit également permettre au tiers de se préparer pour le temps de visite, parfois de gérer des situations imprévues.

➔ En amont, relativement à la préparation du temps de VPT par les professionnels :

- prévenir son équipe, préparer son lieu ;
- se « ***mettre en état de pleine disponibilité et attention*** » (48, 49) :
  - se rendre disponible matériellement : ne pas avoir de téléphone (sauf obligation de sécurité imposée par le service, ne rien avoir à signer, faire ses besoins physiologiques, disposer du matériel pour la prise de notes si nécessaire),
  - se remettre en tête la situation, la précédente visite et les sous-objectifs à travailler pour ce temps de VPT.

➔ Accueillir le parent et l'enfant avant la visite, sur des temps et des espaces séparés.

Ces modalités d'accueil peuvent évoluer, en fonction de l'avancée dans la situation et de l'évolution positive, tant de la relation entre enfant et parents, qu'entre parents et professionnels.

➔ Préparer le contenu de la rencontre avec le parent en centrant le temps d'échange sur :

- l'évaluation de son état physique et psychique pour démarrer ou non la VPT : risque de consommation de substances psychoactives (SPA), état de tension, agressivité exprimée ou contrôlée, risque de passages à l'acte violents, propos délirants, *etc.* ;

- la proposition d'aide pour répondre aux questions de son enfant, les actions de soutien à sa concentration sur le temps de visite, si besoin ;
- l'évocation des besoins et préoccupations actuelles de l'enfant ;
- l'évocation des comportements qui posent question à l'équipe professionnelle : retrouvailles, séparation, nourrissage, *etc.* ; la suggestion aux parents d'une pratique alternative, mieux adaptée aux besoins de l'enfant.

➔ Préparer la rencontre[86] avec l'enfant en :

- le questionnant sur son état, ses attentes, ses envies ;
- rappelant l'organisation du temps de visite : professionnel présent, emplacement des personnes, contenu, supports ;
- le rassurant, à tout le moins en l'écoutant, s'il exprime de l'inquiétude, de l'incompréhension.

Pour un nourrisson, il s'agira de promouvoir son sentiment de sécurité, son apaisement, en réfléchissant aux moyens les plus adaptés pour gérer le « passage de bras » entre le professionnel du lieu d'accueil, le professionnel œuvrant comme tiers et les parents, lors de l'arrivée de l'enfant sur le lieu de VPT.

➔ Échanger avec le professionnel du lieu d'accueil de l'enfant afin de recueillir des informations complémentaires concernant l'enfant : état physique, physiologique et émotionnel, verbalisations, comportement pendant le transport, recueil des préoccupations et questions concernant les visites.

➔ Dans l'hypothèse de temps de VPT au domicile des parents, échanger avec les parents en amont des temps de VPT pour :

- rappeler les règles organisant ces rencontres : présence de professionnels, intermittente ou permanente, durée fixe, personnes autorisées au domicile, le cas échéant. Leur capacité à respecter ces règles fera partie de l'évaluation de la mesure ;
- préparer le contenu des visites avec eux, afin que chacun anticipe et soit prêt le jour de la VPT.

Les problématiques d'assiduité et de retard

Absence ou retard du parent

Dans ces situations, le travail avec l'enfant est essentiel pour maintenir un espace de continuité et de sécurité malgré l'absence parentale (50) et permettre l'expression des pensées et ressentis de l'enfant. Un cadre de fonctionnement doit être mis en place pour gérer ces situations, notamment en cas d'absence parentale répétée.

➔ Chercher à comprendre les raisons des retards ou absences parentales.

➔ Face au retard des parents, maintenir le terme prévu de la visite.

Cela peut aider à travailler sur la constance et la fiabilité du parent pour l'enfant, sur la compréhension par l'enfant de la « réalité », des limites du parent.

➔ Pour les retards fréquents, essayer de réduire le temps de visite et demander au parent d'arriver plus en avance.

➔ Rappeler les obligations de présence aux parents, et les effets de leur absence sur l'enfant.

➔ Envisager la possibilité de demander une confirmation systématique de présence.

[86] Pour obtenir des éléments complémentaires au sujet des pratiques facilitant l'expression de l'enfant ou de l'adolescent, se reporter à : ANESM. RBPP. L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance. 2014. D'autres travaux sont en cours sur ce sujet au sein de la HAS.

- Évaluer la pertinence de mettre en place des « *visites symboliques*[87] » pour éviter que l'enfant ne soit confronté à un vide relationnel (5) (11, 51).
- En lien avec le service gardien et le juge des enfants, considérer la pertinence de solliciter la suspension des visites après un certain nombre d'absences.

Absence, retard ou refus de l'enfant

- Face au retard de l'enfant, décaler la fin de la visite pour respecter le temps de visite prévu, si cela est possible.
- Face à l'absence de l'enfant, identifier s'il s'agit d'une absence involontaire ou volontaire. Identifier la nature de l'opposition (colère, tristesse, peur, conflit de loyauté, *etc.*) ; analyser l'évolution du refus sur la durée.
- Face au refus de l'enfant/adolescent de participer au temps de VPT :

> **Propos recueillis auprès d'une adolescente (Strasbourg)**
>
> « *Franchement, il ne faut pas forcer un enfant ou un adolescent à voir ses parents s'il ne le veut pas.* »

  - adapter l'accompagnement :
    - entendre seul l'enfant pour comprendre le contexte et les raisons de ce refus. Il est possible de lui proposer des entretiens individuels, afin d'aborder plus précisément ce qui peut les entraver quant à la perspective de ces temps de VPT,
    - lui expliquer le sens des visites,
    - accepter que le refus puisse être temporaire,
    - maintenir le temps de VPT tel que prévu,
    - **éviter toute contrainte directe** et travailler sur l'acceptabilité progressive de la rencontre ;
  - accompagner les parents :
    - leur expliquer le refus de l'enfant, sans les culpabiliser,
    - travailler sur leur posture et leur capacité à entendre la parole de l'enfant,
    - mobiliser des dispositifs d'accompagnement à la parentalité.

3.3.2. Médiatiser le temps de VPT

Les pratiques de médiatisation développées par le tiers peuvent être déclinées (avec des limites) sous la forme d'un corpus général, applicable à peu près à toute action de médiatisation ; ce corpus peut être complété par des pratiques d'accompagnement plus spécifiques, liées aux vulnérabilités parentales, aux lieux d'exercice des mesures, au nombre de participants et à leur place dans l'environnement de l'enfant, ou encore aux objectifs spécifiquement poursuivis dans une situation donnée.

Le rôle du professionnel œuvrant comme tiers doit pouvoir évoluer dans le temps, si la situation le justifie. La modification formelle du cadre des visites n'est pas simultanée avec les évolutions dans la pratique du tiers. Cela demande ainsi au tiers d'être un vecteur de compréhension, mais également, à

[87] L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) indique que ces visites « symboliques » se déroulent « *sans la présence des parents, tout en reprenant le même cadre* ». Elles peuvent être proposées à l'enfant *« lors d'absences concrètes du parent (absence inopinée à une visite programmée, absence longue, situations où les visites programmées sont très espacées, situations de suspension provisoire des visites)* ». Lors de ces visites, les tiers « *vont donner des nouvelles du parent à l'enfant, reprendre les derniers évènements qui se sont déroulés avec celui-ci, l'informer des démarches du service envers son parent et surtout lui offrir un espace où il puisse poser des questions concernant son parent, énoncer ses sentiments, ses états émotionnels, ses colères, ses désarrois, etc.* ».

chaque fois que cela se justifie, d'évolution des modalités de la protection de l'enfant accompagné, en rapport à ses besoins.

Le tiers construit son action :

- en réagissant lors du temps de visite, à partir de ses observations et analyses des interactions verbales et non verbales lors du temps de VPT ;
- en développant des interventions, des attitudes, ou encore en faisant le choix de ne pas intervenir, en diffusant des informations, *etc.*, réfléchies (en amont et en aval du temps de VPT) en fonction des objectifs définis pour une situation individuelle donnée.

Les interventions du tiers doivent permettre :

- une centration sur l'enfant et sur les effets du temps de VPT sur lui ;
- la médiatisation de la rencontre et de la relation, avec la recherche chez le parent d'une « *disponibilité minimale mais activable* » et d'une « *sensibilité parentale minimale* » ;
- le soutien à la prise d'autonomie dans la relation, de la part de l'enfant et/ou du parent (20), avec la mise à disposition de lieux adaptés, de supports adaptés.

Enfin, **faire tiers, c'est aussi percevoir sa propre influence sur le déroulé de la visite**, *in fine* sur la nature de la relation telle qu'observée lors du temps de visite.

3.3.2.1. Protéger l'enfant

La protection de l'enfant doit être garantie lors de la rencontre. Lorsque le déroulé de la rencontre ne permet pas d'assurer la sécurité de l'enfant, physiquement comme psychiquement, la rencontre doit être interrompue. Outre les éléments abordés plus tôt dans cette RBPP (importance de la configuration des locaux, mise en sécurité des professionnels, adaptation du cadre de mise en œuvre à la situation particulière de l'enfant et de ses parents), les professionnels doivent déployer des interventions spécifiques pour protéger l'enfant lors de la rencontre.

- **Ne médiatiser qu'une rencontre à la fois**, par professionnel ou par binôme, et par espace.
- Refuser tout acte de violence de la part de l'enfant ou du parent. En cas de survenance d'épisodes de violence lors de la rencontre :
  - reprendre systématiquement le comportement ou les propos violents au cours de la visite, en les disqualifiant ;
  - si cela est nécessaire pour que la visite puisse continuer dans des conditions acceptables, stopper temporairement le temps de visite, pour que chacun puisse retrouver du calme ;
  - reprendre également ces faits, propos ou attitudes lors du temps de bilan, organisé dans les suites du temps de VPT ;
  - si ces faits se répètent, malgré les reprises effectuées, envisager la suspension temporaire de la mesure, en lien avec l'autorité judiciaire et le service gardien.
- Informer l'enfant régulièrement du sens et du déroulé de ces temps de VPT.
- Contrôler les communications entre le parent et l'enfant. Faire expliciter, reprendre et si besoin interdire lors de la rencontre « *les mots dans l'oreille, les apartés à voix basse, l'usage d'une langue étrangère hors la présence d'un interprète, une communication de l'enfant avec un tiers au téléphone du parent* » (48, 49).
- Intervenir pour :
  - protéger l'enfant d'un contact trop intrusif (proximité physique inadéquate, gavage de l'enfant, *etc.*), d'une communication ou d'une attitude inadaptée (dénigrement de l'enfant, des

professionnels du lieu d'accueil, discours irréalistes au sujet d'un retour en famille, *etc.*). L'intervention est d'abord une intervention orale, avec une occupation de l'espace qui doit être réfléchie et mesurée. L'intervention physique contenante envers le parent ou l'enfant doit rester exceptionnelle et ne se justifie que pour prévenir un acte de violence attentatoire à l'intégrité physique d'un participant ;

- contenir l'enfant psychiquement : cela permet à l'enfant de ne pas être atteint de façon trop intense par l'attitude de son parent, par les manifestations relevant du lien pathologique, le cas échéant, en s'appuyant sur la présence, les explications, les interventions du professionnel tiers ;
- répondre à une demande d'intervention de l'enfant ;
- « *compenser* » les incapacités ou carences parentales en termes de réponse aux besoins de l'enfant, lors du temps de VPT, ou au sujet de ce temps de VPT. Il s'agit de fait d'interventions qui « *devraient être faites par les parents : éducatives, autoritaires, consolatrices, etc.*, *mais qui révèlent une carence de position des parents*[88] ».

L'incapacité parentale

L'incapacité parentale n'est pas une notion juridique. E. BONNEVILLE-BARUCHEL (52) indique que l'incapacité parentale est un « *état psychopathologique* », inscrit dans le registre des troubles psychiques personnels, ces troubles affectant gravement le « *pouvoir être parent* ». L'incapacité peut être momentanée ou chronique. Cette incapacité ne relève pas de la volonté, du désir du parent, mais elle génère chez le parent l'impossibilité de répondre aux besoins de son enfant. Le parent souffrant d'incapacité ne dispose pas des ressources et des capacités personnelles (maîtrise de l'impulsivité, solide intégration des interdits fondamentaux, capacité à supporter la frustration et à pouvoir différer sa satisfaction personnelle, *etc.*) qui permettent d'être un parent à temps complet suffisamment bon pour le développement de l'enfant sans négligence, sans maltraitance. Dit autrement, les troubles qui découlent de cette incapacité empêchent le parent « *d'acquérir et/ou de mettre en œuvre de façon permanente les compétences parentales* » (51).

➔ Écourter le temps de rencontre lorsque :

- le parent renouvelle des comportements inadaptés ou inadéquats, malgré les interventions des professionnels ;
- l'enfant présente des réactions ou des manifestations inquiétantes, révélatrices de son mal-être[89].

➔ Expliquer aux participants les raisons de cet arrêt et les conséquences de cette décision des professionnels :

- discuter d'abord avec l'enfant, en fonction de son âge, de sa maturité, de son discernement : « *Le comportement des parents soulève probablement de vives réactions chez lui, mais il doit être accompagné afin d'en arriver à faire ses choix* » (25) ;
- reprendre la situation avec les parents : « *revoir les modalités avec les parents et les amener à comprendre l'impact de leurs actions sur l'enfant* » (25).

➔ En informer sa hiérarchie, en vue de l'information du service gardien de l'enfant.

[88] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.

[89] Il est possible de prévoir l'arrêt du temps de VPT à partir d'un geste non verbal de l'enfant, sur lequel le professionnel tiers s'est mis d'accord en amont avec l'enfant.

Il faut être en situation de pouvoir rendre compte correctement au JE, car un débat contradictoire est à prévoir sur ce point. Il ne faut pas s'engager tout de suite sur une évolution (restriction, suspension, arrêt) des droits avec l'enfant et/ou le parent, car cela relève de la décision du juge des enfants.

3.3.2.2. Observer lors de la VPT

L'observation des effets d'une mesure de VPT se fait avant, pendant, après le temps de VPT. Cette observation dans le temps concerne tout autant l'enfant, dans une articulation structurée avec les lieux d'accueil de l'enfant, que le parent, pour lequel l'observation de ses attitudes hors temps de VPT sera plus complexe à réaliser. **Cette sous-partie se centre sur l'observation réalisée lors du temps de visite en présence d'un tiers.**

- Doter les professionnels d'une grille d'observation ou de tout autre outil permettant de les guider dans les observations qu'ils ont à réaliser, et les former à l'utilisation de cet outil.

Les outils d'observation de la relation

L'outil d'observation n'est pas l'outil de mesure, même si certains outils sont pensés pour aborder ces deux dynamiques de travail. L'équipe projet de la HAS a pu étudier plusieurs outils d'observation :

- grilles d'observation élaborées par les services de VPT ;
- grilles d'observation élaborées par des sociologues, des praticiens chercheurs ;
- grilles d'observation annexées à des guides de pratiques relatifs aux VPT.

L'existence d'outils d'évaluation faisant souvent défaut, il existe très peu d'outils d'observation adaptés et validés pouvant être utilisés par les professionnels lors des VPT. On peut néanmoins définir plusieurs types d'observations, qui peuvent, selon l'objectif, être réalisées avant, pendant, juste après ou à distance de la VPT. Les outils devront être adaptés à l'âge des enfants et aux configurations spécifiques qui peuvent être rencontrées (VPT fratrie, visite en contexte interculturel, *etc.*), afin de permettre un suivi objectif et cohérent quel que soit l'intervenant. Les données recueillies via ces outils devront faire l'objet de comptes-rendus réguliers adaptés aux interlocuteurs.

Quelques exemples de grilles d'observation sont disponibles dans l'annexe « Boîte à ressources ».

- S'assurer que ces outils permettent l'observation factuelle, objective et précise des conditions de sécurité de l'enfant et des interactions entre enfant et parent.
- Organiser l'espace de la rencontre de façon à pouvoir observer les interactions, en :
  - disposant d'une vision totale de cet espace, depuis tout lieu de cet espace ;
  - étant suffisamment à proximité pour pouvoir entendre les échanges oraux et repérer les contacts physiques entre les personnes ;
  - se déplaçant chaque fois que cela est nécessaire.
- Inscrire les observations dans la continuité : l'observation doit être répétée afin de comparer les données d'une VPT à l'autre.
- Réfléchir à ce que l'on va observer dans ce cadre d'un temps de VPT, en lien avec les objectifs assignés ou la dynamique relationnelle propre à la situation.

L'observation de la relation est aussi et toujours une observation du contexte dans lequel elle s'inscrit. Observer, c'est aussi observer les effets en soi, sur soi : ressentis, pensées, *etc.* Ces éléments, s'ils sont mis en regard avec des observations factuelles relatives aux temps de VPT, peuvent nourrir la réflexion en binôme, en équipe, en supervision et participer à l'orientation du travail de médiatisation et d'accompagnement.

➔ De prime abord, relever les éléments factuels démontrant un engagement parental ou son absence : assiduité aux temps de VPT, respect des horaires, préparation par le parent de ce temps de rencontre, investissement des temps de préparation et de débrief, *etc*.

➔ Observer les éléments suivants :

- les attitudes lors de l'entrée en relation, la rencontre en début de visite ; les attitudes lors de la fin de la visite : chaleur, joie, inquiétude, stress, tristesse ;
- l'état de l'enfant, ses réactions et ses actions lors du temps de rencontre ;
- l'état du ou des parents (et de chacun, s'ils rendent visite simultanément à leur enfant), de l'enfant, leurs réactions et leurs actions lors du temps de rencontre ;
- la proximité lors du temps de rencontre, et la réciprocité de cette proximité ;
- la communication directe, indirecte, les interventions visant à soutenir cette communication, l'absence de cette communication ;
- le type de relation entretenue avec chaque membre de la fratrie (constant et homogène ou non, *etc*.), et ce en croisant les temps parents-enfant seul et temps parents-fratrie, lorsque cela est possible ;
- la mobilisation des différents supports mis à disposition (jeux, photos, lectures, espace d'activité physique, *etc*.), éventuellement l'apport de supports de la part des parents ou de l'enfant ;
- la capacité de l'enfant comme du parent à solliciter ou non le tiers pendant la VPT et, le cas échéant, la nature de ces sollicitations.

Ces observations devront être analysées dans un cadre pluridisciplinaire, en usant de prudence quant au sens à donner à certains de ces comportements. Les observations doivent permettre d'apprécier les champs suivants :

- présence et ponctualité des membres de la famille ;
- compréhension et adhésion au cadre médiatisé des rencontres parents-enfants, capacité de l'enfant et du parent à collaborer avec les professionnels ;
- type d'attachement développé par l'enfant avec ses parents ;
- postures des parents lors du temps de rencontre, cohérence entre le discours et les actes parentaux ;
- capacités des parents à répondre aux besoins fondamentaux et spécifiques de l'enfant, lors du temps de VPT ;
- le cas échéant, qualité des ressources à disposition des parents dans l'environnement.

L'observation de l'enfant de la part des professionnels

Les professionnels doivent s'attacher à :

- observer : voir, entendre, sentir ;
- repérer : les rythmes, les fonctions primaires, le comportement, les modalités relationnelles, les acquisitions et les performances ;
- comprendre les manifestations et le comportement de l'enfant.

L'observation du très jeune enfant, de l'enfant ou de l'adolescent constitue un indicateur de qualité dès lors que cette observation s'associe à une prise de notes descriptives, effectuées rapidement après le temps de la rencontre (sans interprétation). L'observation a une base commune et des caractéristiques liées à l'âge de l'enfant, moins de 3 ans, 3-11 ans et plus de 11 ans :

- l'observation de l'enfant de moins de 3 ans demande une bonne connaissance du développement de l'enfant de cet âge. Elle exige de la patience et une sensibilité aux expressions qui passent par le corps. Elle doit être prioritairement réalisée par les

professionnels formés à la petite enfance (puéricultrices, auxiliaires de puériculture, TISF, éducateurs de jeunes enfants) ; les assistantes familiales accueillant des tout-petits doivent disposer des connaissances et compétences adaptées ;

- dès que l'enfant acquiert une certaine autonomie et un langage, l'observateur est plus sollicité. Le langage complète l'observation mais ne doit pas la recouvrir ou l'occulter. La socialisation est plus importante et offre des indicateurs plus accessibles ;
- à l'adolescence, l'observation est plus participante, la communication utilise le langage oral et corporel. L'adolescent sait plus clairement maintenir secret son ressenti et parfois même en inverser l'expression.

➔ Observer la capacité du parent (30) à :

- « *S'occuper du corps de son enfant (besoins physiologiques et sécurité physique : prévention des accidents domestiques, soins médicaux, etc.)* » ;
- « *Se décentrer de soi dans la durée, de pouvoir différer ses désirs* » ;
- « *Comprendre les besoins de son enfant petit à partir de l'enfant en soi* » (pouvoir éprouver de l'empathie) ;
- « *Procurer un contact physique et verbal rassurant et calmant à son enfant* » ;
- « *Contenir son propre énervement, son impulsivité, se retenir* » ;
- *« Poser des limites, ce qui nécessite d'avoir une estime de soi suffisante pour accepter de ne pas être aimé temporairement par son enfant* ».

La dimension interculturelle doit être clairement réfléchie, pour éviter les interprétations biaisées dans l'analyse de la relation parent-enfant ou de la posture parentale auprès de l'enfant/avec l'enfant.

➔ Plus spécifiquement en lien avec la qualité de la relation, observer les manifestations (ou leur absence, leur perturbation, leur désorganisation) de :

- la sensibilité parentale, plus spécifiquement la réflexivité, la disponibilité et la cohérence parentales, et les compétences parentales pour répondre de façon adaptée et ajustée aux besoins de leur enfant ;

La disponibilité parentale

La disponibilité parentale peut se définir comme « *la capacité du parent à reconnaître, interpréter et répondre dans un délai acceptable et de façon appropriée aux signaux et besoins de son enfant* » (AINSWORTH, 1978). Cette disponibilité doit avoir une constance dans le temps. Les professionnels peuvent s'appuyer sur l'observation des comportements de l'enfant envers son parent, et des réponses du parent à ces comportements, pour recueillir des observations utiles sur ce point.

À l'inverse, l'hostilité parentale correspond à un « *ensemble de comportements négatifs de la part du parent, que ce dernier n'est pas en capacité [sic] de réguler. L'hostilité comporte le rejet de l'enfant, l'impulsivité (cris, gestes brusques devant l'enfant), l'évaluation négative de l'enfant, la froideur vis-à-vis de lui, l'agressivité, l'agacement vis-à-vis de lui, l'indifférence à sa présence, le contrôle psychologique de l'enfant par l'utilisation du reproche et de la culpabilisation de l'enfant* » (20).

Les parents bénéficiant d'un droit de visite en présence d'un tiers présentent souvent, au départ, un déficit, voire une absence de sensibilité parentale et un excès d'hostilité. Les droits de visite en présence d'un tiers sont déterminants pour soutenir et évaluer simultanément le développement de la sensibilité parentale et la régulation de l'hostilité.

- les moyens de régulation émotionnelle mobilisés entre enfant et parent (après un épisode de stress, de joie, de surprise, *etc.*) ;

- les changements (brusques, répétés, systématiques dans une situation donnée) d'état, d'attitude, de type de communication de l'enfant lors de la rencontre avec son parent.

➔ Pour l'observation des nourrissons ou des bébés :

- désigner un professionnel tiers spécifiquement formé à l'observation et l'accompagnement du tout-petit ;
- à défaut, former les professionnels, afin qu'ils disposent des connaissances et compétences spécifiques nécessaires à l'observation du jeune enfant (51).

3.3.2.3. Soutenir la relation

L'accompagnement de la part du ou des professionnels lors de la VPT prend également la forme d'un **travail de médiatisation** qui mobilise des techniques relevant de la « *traduction simultanée et de la guidance* » (35). Ainsi, le professionnel œuvrant comme tiers aide :

- l'enfant à comprendre ce qu'il vit lors des rencontres avec ses parents. Il met à disposition de l'enfant ses « *capacités de pensée* » ;
- le parent à « *comprendre les éprouvés et les besoins de son enfant, et à y répondre de façon adaptée* ».

Le travail est prioritairement axé sur l'enfant, mais doit aussi être mené conjointement avec le parent qui peut être mis en difficulté face à des attitudes inattendues de son enfant, qui peut avoir besoin d'être accompagné pour comprendre son enfant ou revisiter avec lui l'histoire passée (autour de la situation de danger). **La temporalité, la possibilité même d'un tel soutien dépendent de chaque famille.**

Trois processus psychiques de la pratique de médiatisation

Dans une récente recherche, N. BOTELLA (12) identifie *« trois processus psychiques propres à la médiatisation qui permettent d'installer le dispositif des visites médiatisées en tant que dispositif clinique favorisant le travail de pensée par l'enfant, par le parent, mais également par le professionnel* ».

Les trois processus psychiques identifiés par l'auteure sont résumés ci-dessous :

- l'installation d'un fond sécurisant ;
- la tiercéisation du cadre et de l'objet ;
- la mise en mouvement des contenus psychiques de la parentalité.

La mise en place de ces trois processus peut permettre de construire « *la position clinique du professionnel au contact de ces familles* » lors des temps de VPT. La mise en œuvre de cette dynamique *« renvoie au travail de symbolisation sur la relation parent-enfant comme sur le sens de la mesure de protection. Elle concerne aussi bien l'enfant, le parent que le professionnel en place de tiers, ce dernier étant lui-même sujet et objet de ces processus, et donc artisan de ce travail de pensée du fait de sa fonction réflexive au sein de ces remises en contact. En effet, le tiers professionnel est acteur dans les processus qui soutiennent la symbolisation tout autant qu'il est « utilisé » par l'enfant et par le parent en tant qu'objet pour symboliser*[90] *et à symboliser (travail d'identification des modalités de présence)* ».

Le professionnel œuvrant comme tiers joue un rôle essentiel sur trois plans. Il offre un cadre stable qui apaise les tensions et soutient les repères, notamment pour l'enfant. Il incarne une figure tierce qui aide à différencier les places de chacun et à symboliser les liens familiaux. Enfin, il soutient

[90] ROUSSILLON R. La fonction symbolisante de l'objet. Revue française de psychanalyse. 1997, vol. 61, n° 2, p. 399-413. Cité par l'auteure.

l'émergence d'un travail de pensée chez le parent, en lien avec les fonctions et les responsabilités parentales. Son rôle s'exerce ainsi à la croisée du cadre légal et des réalités psychiques : il contribue à protéger, à penser et, lorsque c'est possible, à réaménager les liens familiaux.

Soutenir spécifiquement l'enfant lors du temps de VPT

Les actions de soutien à destination de l'enfant, lors du temps de VPT sont à adapter à chaque situation individuelle, en fonction des réactions, des attentes, des craintes de l'enfant. Dans ce sens, continuité, régularité, solidité du cadre doivent être soutenues.

Pour les enfants concernés par les VPT (53), « *colère, inquiétude, peur, culpabilité et attente fiévreuse* » sont les principales émotions que les enfants peuvent manifester en lien avec les visites. Tout comme les adultes, les enfants peuvent considérer comme embarrassante la présence du tiers, qui empêche la spontanéité et l'intimité avec le parent.

➔ Travailler avec l'enfant :

- « *la représentation que l'enfant a de son parent et de ses capacités* », afin de permettre à l'enfant de construire « *des attentes réalistes à son égard* » (49) ; dans le même temps, l'aider à investir, lorsque cela est possible, ses liens d'attachement autres ;

  Propos recueillis auprès d'une pré-adolescente (12 ans), à Strasbourg (67)

  « *Je ne suis pas vraiment contente des temps que je passe avec ma mère. J'aimerais qu'elle soit plus animée, plus présente lors des temps de VPT. Je ne comprends pas vraiment pourquoi elle se comporte comme cela, mais je dois bien faire avec.* »
- l'inscription dans sa lignée familiale.

➔ Soutenir la construction identitaire de l'enfant, son aptitude à conserver et exprimer une identité et des pensées différenciées de celle de son parent, en présence de celui-ci :

- aider l'enfant à pouvoir dire « non » : lui donner les moyens de repérer et de sortir des dynamiques dysfonctionnelles et/ou des liens pathologiques avec son parent, par son action propre ;
- soutenir l'enfant dans sa compréhension de sa situation, dans son acceptation/rejet (sentiment de honte, d'humiliation, de désespoir, *etc.*) de sa situation.

Le lien de « tyrannie rétorsive »

E. BONNEVILLE-BARUCHEL propose des développements relatifs à la notion de « lien de tyrannie rétorsive » chez l'enfant : « je vais te le faire payer ». L'enfant adopte une attitude de rejet, injurieuse, agressive envers le parent, avec « *des comportements de type odieux couplés à des demandes et exigences matérielles incessantes* » (49).

Dans ces situations, le comportement de l'enfant ou de l'adolescent ne peut être accepté et doit être repris et travaillé par les professionnels tiers lors de la VPT. Si nécessaire, d'autres interventions devront être envisagées et entreprises auprès de l'enfant et de l'adolescent pour éviter ce type de relation, d'interactions.

Soutenir spécifiquement les parents lors des VPT

Ce travail de soutien vise tout autant à :

- consolider l'aptitude des parents à répondre à certains besoins de leur enfant, tels qu'ils pourront s'exprimer lors de temps de VPT ;

- qu'à apporter un soutien psychologique et intellectuel aux parents, afin qu'ils comprennent le sens de la mesure de restriction de leurs droits, et acceptent de modifier, dans le cadre contraint de la VPT, leurs modalités relationnelles et leurs pratiques éducatives.

Ce travail de soutien peut prendre du temps à produire ses effets sur les parents et la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant. Considérant, notamment pour le jeune enfant, le besoin de sécurité, de stabilité physique et affective, **ce temps d'évolution des parents doit être repéré et analysé**, en vue de l'évaluation de la situation et de l'adaptation possible des dispositifs de protection autour de l'enfant.

Si certains parents reconnaissent que les VPT peuvent être bénéfiques pour leurs enfants et eux-mêmes, le niveau d'encadrement, de protection est régulièrement perçu comme excessif (54). Ils ressentent également cette mesure comme une « épée de Damoclès » : « *si ça se passe mal, on ne récupérera jamais notre enfant* ». Les parents développent des stratégies, visant par exemple à « *se présenter comme bon parent* » lors des VPT, ou à modérer l'expression de leurs émotions (comportements figés, peu spontanés) en présence d'un tiers qui n'est « *pas neutre* »[91].

Les VPT sont vécues par de nombreux parents comme stigmatisantes, comme disqualifiant la fonction parentale, particulièrement pour certains pères (55). Les parents parlent d'une « *expérience difficile* » (29) :

- cette rencontre de son enfant dans un lieu peu connu en présence de tiers est éprouvante, car elle réactive souvent « *la culpabilité, l'impuissance, la colère, la tristesse* » liées à la situation de placement de l'enfant ;
- l'enfant étant accueilli par des inconnus dans un lieu tout aussi inconnu, l'intervention peut être perçue comme une intrusion ;
- le parent peut se sentir privé de son rôle parental auprès de l'enfant.

➔ Rechercher la mise en confiance, notamment en :
- veillant à la dimension d'hospitalité et d'accueil des parents ;
- leur offrant écoute, soutien et compréhension ;
- adoptant un discours franc et honnête relativement à la situation, leurs attitudes, l'état de leur enfant ;
- sollicitant régulièrement le parent pour qu'il contribue à la préparation des temps de VPT à venir, et conforte son rôle dans l'animation du temps de VPT ;
- soutenant l'élargissement des droits, lorsque les conditions sont réunies.

➔ Travailler certains comportements parentaux pour augmenter le « sentiment de sécurité » des participants : ces comportements vont relever du repérage des signaux et besoins de l'enfant, de leur interprétation par le parent, de la réponse qu'il va proposer et de la constance de ces réponses dans le temps.

➔ Occuper une fonction de *« traduction simultanée de l'enfant pour le parent* » (49), afin de combattre la perception idéalisée de l'enfant, quand bien même le professionnel exerce alors des fonctions assimilables à « ***des fonctions parentales*** » auprès du parent de l'enfant.

➔ Se concentrer dans un premier temps sur des comportements positifs du parent. Souligner ces comportements positifs lors de la visite, ou dans l'après-visite.

➔ Soutenir dans le temps ces comportements positifs.

[91] Ces éléments ont été recueillis auprès du GT « Parents concernés » et auprès des associations d'anciens enfants placés.

- ➔ Permettre au parent d'exprimer ses ressentis lors des temps de VPT, reconnaître et accepter ces émotions : prendre soin du parent, c'est aussi, le plus souvent, prendre soin de l'enfant.
- ➔ Adapter les interventions professionnelles en fonction des objectifs fixés et des caractéristiques des parents.

Ainsi, il est possible de développer[92] :

- des « *interventions normatives, souvent les moins acceptées par les parents, car elles questionnent directement les modèles éducatifs. Ces interventions sont de type « faire » ou « ne pas faire »* » ;
- des observations réflexives sur l'état du parent : ces observations doivent être réalisées « *avec subtilité* » et « *justement dosées* » ;
- des « *interventions confirmatives* », qui visent à valider ce qui est fait ou dit par le parent et visent à le conforter dans son rôle ;
- des « *interventions réflexives, de décodage : l'intervenant est, dans ce type d'intervention, celui qui donne du sens à la scène, celui qui en se centrant sur l'enfant explique au parent les mouvements de l'enfant, son bien-être ou son inconfort, mais aussi celui qui propose ou suggère des solutions* » ;
- des « *interventions formatives* ». Ces interventions touchent à la stimulation de l'enfant, au rythme des biberons, aux gestes d'hygiène, à la façon de ranger les jouets, se faire obéir, *etc.*

- ➔ Recentrer, chaque fois que cela est nécessaire lors du temps de VPT, les parents sur leur enfant et le temps de rencontre en cours.

Médiatiser la relation enfant-parents lors de la VPT

Si la mesure de VPT vise en première intention à garantir la sécurité de l'enfant, elle doit également permettre de proposer des interventions de soutien à la relation parent-enfant. L'amélioration de la relation est d'ailleurs perçue comme favorisant la sécurité de l'enfant, lors et en dehors des temps de visite. Dans certaines situations, cette amélioration pourra amener à réfléchir à l'ouverture des droits parentaux. Il est important de trouver un juste équilibre dans l'intervention du tiers, en étant à la fois présent et soutenant, tout en laissant de l'espace à la relation parent-enfant pour se développer naturellement (39). Le tiers doit également être attentif à son « *propre contre-transfert* », afin d'éviter les « *réactions en miroir ou les contre-agirs* » (44).

- ➔ Rechercher et modérer en premier lieu le conflit de loyauté chez l'enfant.
- ➔ Le cas échéant, soutenir l'enfant dans la gestion de ses problématiques de loyauté.

Approfondissements : le tiers comme un « *témoin engagé* »

Le concept du tiers comme un « témoin engagé » dans la relation parents-enfant est repris par E. BONNEVILLE-BARUCHEL[93] dans ses travaux. Le tiers comme « *témoin engagé* » occupe les places de :

- témoin : mémoire de l'histoire et du présent de la situation familiale, des rencontres, des liens qui ont pu et/ou peuvent être marqués par « *le déni, l'effacement, le désaveu subjectif, les angoisses* » ;

[92] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.
[93] BONNEVILLE-BARUCHEL E. Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé. Érès. 2015.

- engagé : à faire mémoire donc, à travailler dans le « présent » de la situation, en protégeant l'enfant, en soutenant la relation, en soutenant et accompagnant les parents dans leurs émotions et leurs actions, en adaptant le cadre de protection en fonction de la réalité du danger.

➔ Encourager et soutenir les activités parents-enfants adaptées au niveau de développement des enfants.

Les activités mobilisent différents supports : les jeux, le matériel de création artistique, les supports informationnels, *etc*. Les supports mobilisés doivent être pensés et prévus en amont de la VPT. Pour les enfants très jeunes, les supports doivent être adaptés, ainsi que pour les autres tranches d'âge ou dès lors qu'un besoin éducatif particulier est identifié (troubles psychiques, situation de handicap, *etc*.). Au domicile des parents, il est possible d'utiliser les supports présents chez les parents ou des supports amenés par les professionnels. Il est à noter que :

- les activités proposées lors des temps de VPT peuvent ne pas être adaptées (« pas n'importe quel jeu, joué n'importe comment »). Par ailleurs, certains adolescents, certaines familles peuvent préférer discuter, se remémorer des moments de vie lors des temps de VPT, ce qui doit être respecté ;
- les espaces modifient les supports (intérieur/extérieur, *etc*.) ;
- le choix des activités (le cas échéant) lors du temps de VPT s'appuie d'abord sur les préférences de l'enfant, celles du parent (enfant et parent peuvent proposer d'apporter leurs propres supports d'activités, après échange avec les autres participants au temps de VPT) à défaut sur la proposition des professionnels ;
- pour inscrire ces temps de VPT dans une forme de « rappel du quotidien », les activités peuvent prendre la forme de l'organisation d'un temps de repas, d'un accompagnement chez le coiffeur, *etc*.

➔ Chercher, par des moyens adaptés, à « *outiller le parent à être plus sensible aux signaux de son enfant et à le soutenir afin qu'il offre une réponse plus rapide et appropriée aux besoins de l'enfant* » (56).

➔ Encourager et soutenir une communication intrafamiliale apaisée lors des temps de VPT.

Lors des temps réunissant parent et fratrie

➔ Respecter, dans un premier temps, la demande du parent et des enfants quant aux membres de la famille qui participeront à la rencontre, sauf à ce que les éléments de situation ne le permettent pas, en termes de sécurité d'un ou des enfants présents : conflit au sein de la fratrie, rapport de domination, d'emprise au sein de la fratrie ou sur un membre de la fratrie, *etc*.

➔ De la même manière, en première intention, dans la situation où la fratrie est placée dans son ensemble, ou si une partie de celle-ci est placée, organiser les visites familiales avec l'ensemble de la fratrie pour préserver les liens familiaux globaux.

Dans son cadre de référence en matière de visites supervisées (25), le centre jeunesse de la Montérégie indique que la décision d'inclure ou d'exclure la fratrie dans la visite avec le parent « *n'est pas indissociable de l'objectif clinique de la visite, on ne peut donc pas en faire une règle générale pour toutes les visites* ». Quelques éléments permettent de guider cette réflexion de la part des professionnels et des personnes accompagnées :

- « *Si l'objectif est d'observer la dynamique familiale, les rôles de chacun, la présence de la fratrie est tout à fait indiquée ;*

- *si l'objectif est de bâtir la relation avec le parent, de maintenir ou de recréer un lien, cela doit se faire avec chaque enfant en individuel ;*
- *si l'objectif est d'observer la sensibilité et la capacité du parent à répondre aux besoins de ses enfants lorsqu'ils sont ensemble, cela peut être indiqué ;*
- *si on veut favoriser le développement des compétences parentales, il peut être plus adéquat de commencer avec un enfant à la fois avant d'augmenter graduellement les défis pour le parent ;*
- *les questions de la menace à l'intégrité physique et psychologique ainsi que du sens pour chacun des enfants doivent également faire l'objet d'une réflexion qui déterminera la fréquence et les modalités de visite.* »

➔ Observer individuellement chaque enfant, et la relation qu'entretient le parent avec chaque enfant.

Cette exigence peut influencer la configuration des temps de VPT : nombre d'enfants présents simultanément, nombre de professionnels, lieu désigné, supports, *etc*.

➔ Observer également :
- les interactions entre les enfants ;
- la capacité des parents à gérer plusieurs enfants simultanément (contre-indication si la capacité n'est pas repérée) ;
- les méthodes éducatives mobilisées par les parents pour répondre aux besoins de chaque enfant tout en permettant l'expression de relation entre frères et/ou sœurs.

➔ Intervenir lorsqu'il est nécessaire de :
- soulager le parent présent pour permettre une relation privilégiée avec l'un des enfants ;
- venir en aide à l'un des enfants, moins investi par le parent, et que l'intervenant sentirait en souffrance pendant la visite.

3.3.2.4. Développer des pratiques spécifiques à certaines situations particulières

Si les pratiques de mise en œuvre des temps de VPT s'appliquent en tout contexte de VPT, certaines postures ou interventions du professionnel œuvrant comme tiers doivent les compléter, pour accompagner au mieux certaines situations familiales. La formation spécifique des professionnels aux vulnérabilités abordées ci-dessous, à leurs effets sur les personnes et aux modalités d'intervention les plus pertinentes auprès de ces personnes est nécessaire.

Les pratiques spécifiques concernant les enfants

Les très jeunes enfants (0-3 ans)

Un accompagnement adapté, individualisé est crucial pendant la petite enfance, période de vulnérabilité majeure sur les plans neurologique, affectif et développemental (51, 57). Les besoins fondamentaux du jeune enfant (sécurité, affection, stimulation, soins) doivent donc être satisfaits sous peine de graves conséquences à long terme (1, 27).

Des recherches qualitatives (58) montrent des réactions individuelles très variables chez les bébés lors des VPT, sans tendance générale claire (ni bénéfice, ni préjudice immédiat). Toutefois, la stabilité relationnelle, la prévisibilité des rythmes et la qualité de l'encadrement sont des facteurs reconnus de soutien au développement du lien d'attachement et à la résilience de l'enfant (57).

Il semble que toutes les pratiques d'accompagnement attachées à la mise en œuvre d'une mesure de VPT doivent être menées de façon particulièrement qualitatives, vigilantes et adaptables, dans des délais resserrés si nécessaire. Ces pratiques doivent être « passées à la loupe » par les professionnels, les exigences envers les professionnels concernés « grossies », dans une logique de

qualité de l'accompagnement : **ce qui vaut pour tout enfant vaut encore plus pour le bébé**. L'exigence d'une approche individualisée, non systématique, pour concevoir le cadre de la mesure et réaliser les temps de rencontre est unanimement soulignée par les experts du GT « Professionnels ».

- Former spécifiquement les professionnels œuvrant comme tiers aux besoins du très jeune enfant, à l'attachement et à l'observation du nourrisson, du bébé ou du très jeune enfant.
- Connaître la situation du bébé : motifs de danger et de placement, contexte et histoire familiale (notamment le temps de la grossesse), nature des relations entre parents et professionnels, enfants et professionnels.
- Repérer les dynamiques de construction d'un attachement entre les professionnels du lieu d'accueil et le bébé.
- En amont du premier temps de VPT, recevoir le bébé plusieurs fois au sein du service désigné, sur des temps courts et en présence du professionnel du lieu d'accueil (ou son parent non bénéficiaire de la mesure de VPT), pour qu'il se familiarise avec l'environnement.
- Encadrer les temps de VPT avec un binôme de tiers qualifiés. Réfléchir à la présence du professionnel référent du lieu d'accueil, pour l'enfant de moins de 2 ans, afin de limiter les mécanismes de retrait relationnel de l'enfant.

La condition nécessaire à une telle présence est l'absence d'hostilité forte du parent à l'égard de ce professionnel, plus globalement à la mesure de retrait de l'enfant de son domicile. Le professionnel du lieu d'accueil, s'il est présent, n'a pas pour fonction de faire tiers lors de la rencontre : il est présent pour sécuriser l'enfant.

- Anticiper le déroulé des temps de début et de fin de VPT, en fonction de l'état de l'enfant et de l'attitude des parents tels qu'observés.
- Ajuster la durée et la fréquence des temps de VPT, en :
  - acceptant une forme de rigidité en début de mesure, pour que la durée et la fréquence soient stables et puissent faire repère pour le très jeune enfant ;
  - sollicitant la modification de la durée/fréquence, si le besoin est évalué par les professionnels, en fonction des observations réalisées.
- Mobiliser des espaces dédiés, adaptés (lange, biberon, sécurité, taille des objets et du mobilier, *etc.*) et sécurisants.
- Rechercher les lieux les plus proches du lieu de résidence de l'enfant, pour limiter les transports et les ruptures dans le rythme quotidien, lorsque cela est possible.
- Afin de « *favoriser chez l'enfant un sentiment de sécurité* », contrôler le cadre dans lequel se déroule la visite*, « pour s'assurer que l'enfant vit une expérience positive et non perturbatrice* ».

L'intervenant doit notamment « *encourager le parent à être calme et capable de participer à l'installation d'une ambiance bienfaisante pour son enfant* » (56). Cela passe notamment par la modération de certains comportements du parent, parfois avide de son enfant et qui le « surstimule », ce qui génère beaucoup d'attente chez le tout-petit.

- Protéger l'enfant lorsqu'il manifeste des réactions d'inconfort, de mal-être, notamment à l'égard de son parent.
- Soutenir ce qui se passe durant la visite :
  - proposer ou partager des jeux ou des activités avec le parent et l'enfant ;
  - outiller le parent à être plus sensible aux signaux de son enfant pour une réponse plus rapide et appropriée aux besoins de l'enfant ;
  - renforcer les comportements parentaux positifs ;

- encourager et soutenir les activités parents-enfants.

Cela n'implique pas de prendre une posture strictement coercitive avec les parents : il est nécessaire de tenter de leur laisser de la capacité d'action lors de la VPT, tout en intervenant pour garantir la sécurité de l'enfant, si nécessaire.

Illustration : le respect du rythme de sommeil de l'enfant pendant la VPT

Certains bébés arrivent en dormant à la VPT. Il est recommandé de demander aux parents de ne pas les réveiller car accueillir son enfant, c'est aussi le faire dans ces conditions. Il est important que les professionnels tiennent le cadre afin que les rythmes de l'enfant soient respectés par son parent. Si le bébé dort à chaque visite, l'horaire de la VPT peut être réfléchi et modifié pour donner la possibilité aux parents d'être dans l'interaction avec leur enfant.

- ➔ Garantir une intervention soutenue et supplétive pour limiter les effets de période de soins, de prise en charge dégradée de la part des parents (lors des temps de visite).
- ➔ Observer finement, en continu et avec l'aide de repères cliniques et d'outils dédiés, les états et réactions de l'enfant lors des visites, en tout temps de celles-ci.
- ➔ Observer également les dynamiques de séparation/retrouvailles avec le référent du lieu d'accueil.
- ➔ Évaluer en continu l'incidence des visites sur l'enfant.
- ➔ Face à des réactions perçues comme inquiétantes de la part des professionnels, informer le référent de parcours sans délai.

Les échanges réguliers avec le lieu d'accueil de l'enfant sont indispensables à cette évaluation.

Les adolescents

Les adolescents vivent souvent une période de remise en question de leurs liens d'attachement, de remise en cause des figures parentales, des figures d'autorité et des adultes en général. Cela peut générer de l'ambivalence dans leur désir de contacts avec leurs parents. Ils peuvent agir sur le cadre de ces temps de VPT (absences, retards, oublis, demandes répétées d'évolution rapide des droits, *etc.*). La fonction de tiers peut être rejetée (recherche d'intimité) ou soutenante (intermédiation au contact).

- ➔ Prendre en compte les souhaits des adolescents, quant à l'existence de rencontre avec leurs parents, la médiatisation de ces rencontres, à la fréquence et durée de celles-ci et à la présence de leurs frères et sœurs.

> **Propos recueillis auprès d'une adolescente (14 ans), à Metz (57)**
>
> « *Moi, cela me dérange, la présence de l'éducateur lors des temps de VPT. Ce que je dis à ma mère, c'est intime. Du coup, au début de la mesure, on ne se disait rien, avec ma mère, lors des temps de VPT. On a demandé des temps de visite libres. Je sais que cela ne se passe pas toujours bien avec ma mère, mais je préfère la voir sans tiers*. »

- ➔ Favoriser un accompagnement qui renforce l'autonomie et la responsabilité de l'adolescent dans la relation, notamment en :
  - encourageant les échanges significatifs et de qualité avec le parent ;
  - outillant le parent pour reconnaître les signaux émotionnels et les besoins de l'adolescent ;
  - garantissant le respect de l'intimité de l'adolescent (lieu de visite, contenu des échanges).

- Adapter les supports des salles de visite à la période adolescente : présence de jeux de société de leur âge, existence de zones de repli, adaptation des règles relatives à l'usage des téléphones portables, *etc*.
- Considérant la difficulté qui peut être celle de l'adolescent de s'exprimer avec son parent en présence d'un tiers, réévaluer régulièrement les conditions du danger ayant amené à la médiatisation des rencontres parent-adolescent.

Ceci est d'autant plus pertinent à réaliser si les autres formes de contact parent-enfant ne sont pas médiatisées. Par ailleurs, dans une perspective d'accès à la majorité[94], il convient de prendre en compte le fait que les rencontres parents-adolescent cesseront d'être médiatisées le jour de ses 18 ans.

- Être vigilant aux signaux de mal-être, de décrochage scolaire ou social, qui peuvent se manifester pendant ou après les VPT.
- Les associer à la rédaction du compte-rendu de VPT, ainsi qu'à l'évaluation des effets de ces temps.

Les VPT fratrie

Les visites en présence de la fratrie peuvent connaître des configurations variées, outre la taille de la fratrie. Ces VPT peuvent réunir le parent et un/plusieurs/tous ses enfants, comme elles peuvent réunir les fratries (ou une partie de celle-ci) sans le parent : **nous retenons les termes de « VPT fratrie » pour les situations qui réunissent les enfants sans leurs parents.**

Le principe légal[95] est celui de la non-séparation des fratries lors d'un placement concernant une fratrie. Si elle n'est pas possible, le maintien des liens (ou la construction des liens en cas de placement très précoce) doit être organisé entre la fratrie, si cela est conforme à l'intérêt de l'enfant. Ces contacts entre membres d'une fratrie sont libres à partir du ou des lieux de placement respectifs des enfants.

La mise en place de ces VPT fratrie n'est indiquée que lorsque, pour un enfant, le ou les membres de sa fratrie sont significatifs[96] pour lui (25) et que la relation nouée entre eux est « *nocive* » (excitation mutuelle, tentative de tenir l'autre sous son emprise, *etc.*) (30). Seul un motif grave peut justifier que la fratrie ne soit pas en contact (agressions et violences d'un membre de la fratrie sur les autres, relations qui restent toxiques malgré les interventions psycho-socio-éducatives).

Les VPT fratrie sont pensées dans la perspective du devenir de l'enfant, car le soutien du lien entre frères et sœurs pourra permettre à l'enfant, en fonction des situations, de disposer de cette ressource dans sa vie d'adulte. Les VPT fratrie **ne peuvent être mises en place sur la seule base de la demande parentale à ce sujet ;** cette demande doit toutefois être prise en compte par les professionnels.

- Solliciter l'autorité judiciaire pour faire apparaître dans la décision d'assistance éducative la demande de mise en place de VPT fratrie.
- Évaluer le sens des VPT fratrie, à l'aune du besoin propre à chaque enfant, en prenant en compte :
  - l'existence de rivalité entre enfants ;

[94] Pour aller plus loin, se reporter à : HAS. RBPP. Améliorer la prise en charge à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance. Volet 2 : l'accès à l'autonomie. 2023.

[95] Article 375-7 du Code civil, articles L. 112-3 et L. 221-1, 8° du CASF.

[96] Les fratries ont parfois peu de souvenirs communs, n'évoquent pas ces souvenirs entre eux, ils sont comme des « semi-étrangers ».

- la nature des liens d'attachement entre frères et sœurs : cela est décisif lorsqu'il s'agit de maintenir, créer ou développer les liens d'attachement entre membres de la fratrie ;
- l'existence d'un projet de retour en famille de l'enfant ou des enfants (indication pour la mise en place de VPT fratrie).

➔ Désigner un binôme de tiers pour les VPT fratrie.

➔ Adapter le temps de VPT aux besoins des enfants de la fratrie.

Il suffit parfois à chaque membre de se voir quelques minutes, pour vérifier que tout le monde se porte bien.

➔ Si le juge des enfants le permet, à chaque fois que cela est pertinent, associer les membres majeurs de la fratrie à ces visites fratrie.

➔ Si la dynamique constatée lors des visites est nocive à la fratrie ou à un de ses membres, en informer les professionnels référents de situation au sein de l'ASE ou du service d'AEMO.

Les pratiques spécifiques concernant les parents

Les parents présentant des troubles psychiques ou psychiatriques

Les troubles psychiques ou psychiatriques des parents peuvent s'exprimer de façon diverse : ces manifestations peuvent aller du retrait et quasi-mutisme à l'excitation et la logorrhée, de la discordance comportementale à l'hyper adaptation, de la dépression à l'exaltation de l'humeur avec présence ou non de délire, avec des comportements marqués par des rituels répétitifs ou au contraire une imprévisibilité de réaction, etc. Par ailleurs, certains parents sont accompagnés, pris en charge sur le plan psychiatrique, d'autres non. Le professionnel œuvrant comme tiers est donc amené à prendre en compte cette diversité des situations parentales.

➔ Avoir une bonne connaissance de la situation du parent concernant :

- la manière dont les « *désordres psychiques se sont manifestés et ont entravé ses rapports avec l'enfant* ;
- *la position du parent concernant ses difficultés psychiques (reconnaissance de la maladie, suivi médical et observance, perception par l'enfant du problème psychique du parent, etc.)* » (22).

Il est pertinent de prendre en compte la « fine connaissance » que les enfants ont parfois de leurs parents, et leurs propres stratégies pour y faire face.

➔ Constituer un binôme de professionnels, dont un des deux est psychologue clinicien ou professionnel de santé mentale, et chercher à garantir la continuité de ce binôme.

➔ En lien avec les professionnels du lieu d'accueil de l'enfant, s'informer, le cas échéant, auprès des professionnels de santé accompagnant le parent au sujet de ses troubles psychiques, afin de savoir si le parent est suivi et/ou bénéficie d'un traitement médical.

➔ Vérifier avant la rencontre l'état mental du parent : s'il est « *trop délirant, halluciné ou très retiré et déprimé* » (22), reporter la visite et informer l'enfant et l'ASE.

➔ Organiser le déroulé de la visite pour éviter le « *vide de la relation* » (59), notamment avec des parents démunis sur le plan communicationnel ou relationnel.

➔ Rester « *vigilant et actif* » lors de la visite si elle a lieu, car les manifestations de désordre psychique ne sont pas « *toujours claires* » (22).

➔ Intervenir pour protéger l'enfant *« contre le sentiment d'étrangeté qui peut l'envahir ».* Arrêter le temps de rencontre si l'enfant le demande.

- Rapporter, décoder auprès du parent ce que fait ou exprime l'enfant[97].
- Apporter à l'enfant, au fur et à mesure qu'il grandit, des éléments de compréhension sur ce que sont le trouble psychique, la maladie mentale, l'hospitalisation.

Au besoin, d'autres professionnels peuvent contribuer à ce travail, notamment les professionnels de santé mentale qui accompagnent l'enfant dans d'autres espaces.

- Le cas échéant, intervenir pour faire cesser des propos inappropriés, recentrer le parent sur le sens de la visite, reprendre *a posteriori* de façon obligatoire avec le parent son attitude et ses effets sur l'enfant. Informer l'enfant de ces éléments de reprise.
- Dans les cas indiqués et envisageables, permettre l'accompagnement de ce parent par un professionnel de santé, à même de l'aider à se contenir ou à se tempérer.

Les parents en situation de handicap

- Proposer, en lien avec le service gardien, au parent de pouvoir être accompagné d'un proche aidant.

Afin de s'assurer de l'absence de danger pour l'enfant du fait de la présence de cet accompagnant, il est possible de s'appuyer sur la **sous-partie « Situation particulière : la présence d'un accompagnant auprès du parent »**, présentée ci-après, dans cette RBPP.

- Anticiper les besoins du parent liés à l'accessibilité (interprétariat en langue des signes française (LSF), codage, accessibilité physique du bâti, *etc.*).
- Occuper si nécessaire une posture compensatoire pour éviter d'exposer l'enfant à certains manques dans la réponse à ses besoins, pendant la visite.
- Anticiper des activités, des supports (échanges sur le quotidien, jeux, photos, *etc.*) pour faciliter la relation et les échanges.
- Ne pas faire à la place du parent, mais l'aider à investir la relation, l'espace et le temps.

Les parents souffrant d'addictions

- Vérifier avant la rencontre la disponibilité du parent : s'il est sous l'emprise de SPA, reporter la visite et prévenir le service gardien de ce report.

Ce point doit être inscrit dans les règles de fonctionnement du service de VPT.

- Accompagner le parent dans le « *réapprentissage cadré des besoins des enfants, des rythmes*[98] ».
- Rester en lien, le cas échéant, avec les professionnels accompagnant le parent concernant sa problématique d'addiction, afin de pouvoir savoir, dans le respect des règles relatives au secret professionnel et au partage d'information à caractère confidentiel ou secret, si le parent continue de consommer des SPA ou non, et s'il est accompagné dans un cadre professionnel quant à cette problématique.

Les parents présentant un haut niveau d'agressivité

Il s'agit de parents qui manifestent des traits « *d'impulsivité, d'agressivité, de menaces suicidaires, de manque de régulation des émotions, d'attaque régulière du cadre de travail* » (22), capables de

[97] SELLENET C. Les grands principes qui doivent guider les visites en présence d'un tiers. Contribution de l'auteure. Non datée.
[98] *Ibid.*

passages à l'acte physiques ou verbaux violents. La consommation de SPA augmente les risques et l'intensité de ces manifestations chez certains parents.

- Composer un binôme de professionnels pour faire tiers lors du temps de VPT.
- Définir avec clarté ce qu'est un « comportement perturbateur ou violent », qui ne sera pas toléré lors d'une visite (ou en amont). Présenter les conséquences si le cadre n'est pas respecté.

Ce point doit être inscrit dans les règles de fonctionnement du service de VPT.

- Fixer des objectifs visant à la modération de leurs attitudes ou comportements.
- Observer attentivement les enfants, lors et après la visite, dans ces situations.
- Évaluer la pertinence de reporter la visite si l'évaluation pré-visite révèle une attitude parentale particulièrement hargneuse, chicanière ou provocatrice, pour éviter le risque de voir l'enfant obligé de contenir son parent lors de la visite.
- En cas de menace verbale ou physique, adressée à l'enfant, à l'autre parent ou aux professionnels :
  - arrêter le temps de rencontre et prévenir le service gardien ;
  - reprendre avec le parent quelques jours après, en présence d'un cadre et, si nécessaire, d'un agent de sécurité ;
  - prévenir les forces de l'ordre et déposer plainte, le cas échéant ;
  - envisager, après évaluation, d'adresser au juge une demande de suspension des temps de VPT.

Les parents auteurs ou présumés auteurs de violence sur leurs enfants

Ces rencontres comportent en elles-mêmes un risque dissociatif pour l'enfant (20), y compris lorsqu'elles ont lieu avec le conjoint de l'agresseur car il est très difficile, dans les situations d'inceste, de savoir quelle place a tenu le deuxième adulte lors des agressions ou des premières révélations.

- S'informer quant à la nature, la fréquence et la gravité des violences subies par l'enfant (ou qu'il dit avoir subies). Si la justice pénale est saisie de la situation, s'informer sur l'actualité de la procédure et les peines prononcées, le cas échéant.
- Centrer les objectifs de la mesure sur la protection de l'enfant et l'observation du type de relation existant entre enfant et parent.
- Construire l'observation afin de pouvoir repérer les comportements d'intrusion, de séduction, de stimulation excessive chez le parent et/ou chez l'enfant.
- Prendre en compte dans l'appréciation des effets de ces visites, outre les observations factuelles réalisées en cours de VPT, le ressenti du professionnel : malaise, peur, inconfort.

Les pratiques spécifiques du fait du lieu d'exercice des temps de VPT

Les visites en milieu carcéral

Ne sont abordées ici que les situations dans lesquelles ***le parent*** *est incarcéré.* Si la préparation de la mesure et l'exercice de temps de VPT diffèrent peu entre les situations « ordinaires » et le milieu carcéral, il convient de prendre en compte les contraintes spécifiques du milieu fermé, et les effets (crainte, oppression, *etc.*) qu'elles génèrent sur l'enfant et sur le professionnel œuvrant comme tiers. En ce

sens, les pratiques particulières d'accompagnement, présentées ci-dessous, sont à développer dans le cadre de temps de VPT exercés en milieu carcéral.

➔ Prendre attache en première intention avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) en charge d'accompagner le parent détenu.

Il est conseillé de prendre contact avec le CPIP au plus tôt pour pouvoir s'informer au sujet de l'emploi du temps du détenu, obtenir des informations sur la réservation de l'espace de visite, être informé des changements dans la situation du parent ou pouvoir l'informer hors temps de VPT, *etc*.

➔ Questionner le parent sur sa volonté de rencontrer son enfant en milieu carcéral.

➔ En fonction de son âge, sonder également l'enfant ou l'adolescent à propos de son souhait de voir ou de ne pas voir son parent en milieu carcéral.

➔ Solliciter un permis de visite nominatif, pour l'enfant et le professionnel (celui de l'enfant mentionne les professionnels présents parmi la liste des accompagnants).

➔ Réserver un espace pour la rencontre en amont de la visite.

L'horaire des visites est assez strict. Il est recommandé de questionner le lieu de détention sur ses possibilités en termes de lieux de rencontre. Cet échange permet également de se renseigner sur les modalités de réservation de ces lieux (60).

Les lieux qui peuvent être mis à disposition varient en fonction des structures pénitentiaires : parloir classique, parloir avocats, espaces enfants-parents, unités de vie familiale (UVF). Il existe également parfois un lieu d'accueil pour les familles et proches de détenus aux abords des établissements pénitentiaires. Il est possible de les contacter pour les périodes précédant et suivant la VPT.

➔ Préparer avec l'enfant les supports en amont du déplacement pour le temps de VPT.

Une circulaire[99] précise les objets pouvant être apportés à la personne détenue par son ou ses enfants. Il est prévu que les enfants en bas âge puissent conserver leur doudou, leur biberon et leur tétine et que l'accompagnateur puisse apporter une couche et une bouteille d'eau ouverte. Les enfants sont autorisés à laisser à leur parent un petit objet (non métallique) ou un dessin. Le professionnel peut apporter au parent des documents concernant son enfant pour consultation (dossier médical, dossier scolaire, *etc.*).

➔ Informer l'enfant sur les spécificités du milieu carcéral, en amont du premier temps de rencontre.

Il existe des supports adaptés aux différents âges des enfants, qui décrivent la venue d'un enfant au parloir : bande dessinée, documents produits par l'UFRAMA[100], documents proposés par des associations d'accompagnement des enfants de parents incarcérés, *etc*.

Les visites en milieu hospitalier

Il n'existe que peu de données de littérature sur ces visites en milieu hospitalier. Toutefois, les pratiques spécifiques suivantes ont pu être identifiées et doivent être développées par les professionnels du service de VPT désigné pour la mesure.

[99] Circulaire du ministère de la Justice du 20 février 2012 relative au maintien des liens extérieurs des personnes détenues par les visites et l'envoi ou la réception d'objets.

[100] Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées : http://www.uframa.org

Si l'enfant est hospitalisé

- Si la durée d'hospitalisation est courte, envisager le report de la visite, en discutant avec les parents et l'enfant.
- Accepter la demande de l'enfant de voir ses parents en VPT lors de son hospitalisation.
- Organiser le temps de VPT en :
  - informant le personnel soignant concernant les droits des parents ;
  - sollicitant un échéancier relatif aux comptes-rendus sur l'état de santé de l'enfant qui seront faits aux différentes parties (parents, professionnels) ;
  - s'adaptant à l'état physique et psychique de l'enfant malade ;
  - collaborant avec les professionnels soignants : règles d'organisation, horaires, information sur l'état de l'enfant ;
  - se conformant aux heures des visites de l'hôpital ;
  - différenciant, lorsque cela est perçu comme nécessaire, les créneaux de visite des professionnels du lieu d'accueil de ceux du ou des parents[101] ;
  - sollicitant une réduction de la durée du temps de VPT, si le parent n'est pas rassurant devant son enfant quant à son état de santé ;
  - recourant éventuellement à la visioconférence médiatisée.

Si le parent est hospitalisé

- Examiner la disponibilité du parent avant la rencontre et l'état de l'enfant.
- Préparer également des contenus, des supports facilitant l'échange oral. Prévoir des activités pour l'enfant qui souhaiterait rester en présence du parent sans échanger avec lui.
- Après échange avec le personnel médical, en rapport avec la dégradation de l'état de santé du parent et les manifestations physiques ou comportementales de cette dégradation, envisager la saisine de l'autorité judiciaire en vue d'une suspension temporaire des rencontres parents-enfant.
- En cas de suspension des VPT, proposer à l'enfant d'autres contacts s'il le souhaite. Aborder avec lui cette impossibilité de rencontrer son parent du fait de son état du moment.
- Pour des enfants qui connaissent des VPT avec des parents très malades, en lien avec le personnel soignant, travailler « le rapport à la mort », préparer au mieux l'enfant si l'hypothèse est posée par les professionnels de santé et lui permettre d'aller rencontrer son parent afin de pouvoir lui dire « au revoir ».

Autre situation particulière : la présence d'un accompagnant auprès du parent

La présence d'un accompagnant du parent lors des temps de VPT peut être anticipée ou le parent peut se présenter de façon spontanée avec un accompagnant. Lorsque le juge statue sur ce point, toute personne qui souhaite participer à la VPT doit obtenir son autorisation, S'il ne le fait pas, c'est aux services (ASE et service de VPT) de prendre la décision d'autoriser ou non cette tierce personne à participer à la VPT.

La présence de personnes occupant le statut d'aidant d'un parent en situation de handicap, ou la présence d'une aide humaine pour un enfant en situation de handicap (interprète en LSF, codeur ou personne en soutien pour signer auprès d'un enfant présentant une déficience visuelle, auditive, *etc.*) doit être perçue de façon spécifique et bienveillante, en lien avec les professionnels médico-

[101] À titre d'exemple, la situation de bébés hospitalisés peut justifier la présence simultanée des professionnels du lieu d'accueil et des parents dans un cadre médiatisé. ***Cf.* p. 62-63 de cette RBPP.**

sociaux accompagnant le parent et/ou l'enfant. L'appui sur ces personnes, qui aident parent et/ou enfant, est nécessaire au bon déroulé du temps de VPT.

- Si la présence d'un accompagnant issu de l'entourage du parent est demandée en amont du premier temps de VPT, évaluer, à travers des échanges avec l'enfant et le parent, mais aussi en interrogeant les sources disponibles (entourage familial, autre ESSMS, autorité judiciaire, *etc.*) si cette présence :
  - est bénéfique ou nuisible pour l'enfant ;
  - perturbe ou dégrade les modalités d'accompagnement visant à l'atteinte des objectifs de la mesure de VPT.
- En fonction de cette évaluation, répondre au parent demandeur avant le premier temps de VPT.
- Si le parent se présente spontanément avec un accompagnant inconnu du service de VPT ou de ses partenaires (ASE, établissement médico-social, *etc.*), différer la réponse à la demande tout en refusant la présence de l'accompagnant dans un premier temps, pour disposer du temps nécessaire à l'évaluation de cette demande.
- En cas de désaccord entre parents et professionnels quant à la participation de cet accompagnant aux temps de VPT, solliciter l'arbitrage par l'autorité judiciaire.
- Si l'accord est donné pour cette présence, observer les interactions parent-enfant en présence de cette tierce personne, l'expression des défaillances parentales, la place qu'occupe ce tiers, *etc.*

Le cas particulier de la présence d'un interprète

Pour l'ANESM (61), l'interprète est perçu comme devant maîtriser les compétences d'un interprète médiateur culturel :

- il traduit, révèle l'intention, suit le ton de l'échange (humour, etc.) ;
- il donne également des éléments à l'évaluateur sur le contexte culturel dans lequel a pu évoluer le déclarant et la cohérence de certains éléments du discours de celui-ci.

Le tiers, ou le responsable du service de VPT, doit, en amont du premier temps de rencontre :

- préparer l'interprète, en s'assurant qu'il est sensible à la culture et au profil de l'enfant ;
- s'assurer que les interprètes comprennent et respectent le concept de confidentialité ;
- s'assurer que les interprètes sont formés sur les bases de la protection de l'enfance, les droits de l'enfant ainsi qu'aux techniques de communication avec les enfants ;
- s'assurer qu'ils comprennent leur cadre d'intervention, à savoir la médiatisation des rencontres parents-enfants, dans une logique de protection de l'enfant ;
- s'atteler à disposer du même interprète pour l'ensemble de la mesure.

Lors de la visite, le tiers doit :

- observer attentivement l'interaction de l'interprète avec l'enfant et le parent tout au long de la visite. L'intervention de l'interprète ne doit pas générer de doute, pour l'enfant et son parent, sur l'identité du tiers professionnel ;
- s'adresser directement à l'enfant ou au parent lors du temps de VPT, et non pas à l'interprète.

3.3.2.5. Conclure le temps de visite

Conclure le temps de VPT, prévoir et être disponible lors des dernières minutes facilite les « au revoir » entre parents et enfant et permet d'accompagner ce moment de transition : la fin de la VPT signifie la séparation de la cellule familiale jusqu'au prochain temps de VPT. La fin du temps de rencontre doit

être anticipée, observée et accompagnée, car il peut s'agir d'un moment chargé émotionnellement, tant pour l'enfant que pour le parent. La présence du tiers professionnel est nécessaire pour contenir et étayer ce temps afin que celui-ci organise une séparation en vue de prochaines retrouvailles.

- Annoncer préalablement, avec des paroles bienveillantes, l'approche de la fin de visite.
- Si la séparation est difficile (pleurs, contacts physiques prolongés, refus du parent de quitter le salon de visite) :
  - raccourcir ce moment « *avec délicatesse, sans violence mais avec fermeté* » (30) ;
  - envisager la mobilisation d'objets transitionnels ou de rituels de fin de visite : doudou, petite comptine pour se dire au revoir, circulation d'objets entre l'enfant et les parents, objet qui reste chez les parents (album, cahier de vie, *etc.*).

Il est possible, en amont de la rencontre, de se mettre d'accord avec l'enfant quant à la façon dont il souhaite dire « au revoir » à son parent (« au revoir » à l'oral, avec une main agitée, bise, câlin, *etc.*).

- À la fin de la visite :
  - rappeler le prochain créneau de visite ;
  - ramener l'enfant vers son accompagnant, avec un intervenant ayant participé au temps de VPT ;
  - proposer au parent de prendre quelques instants pour conclure la visite, seul avec lui ; le cas échéant, sonder son état émotionnel et lui apporter du soutien, si besoin.
- Si la situation justifie que les professionnels du lieu d'accueil ne croisent pas les parents au sein du service de VPT, organiser le départ de l'enfant et du parent de façon séparée.

3.3.3. Faire le point avec les participants dans les suites du temps de visite

À l'issue du temps de VPT, immédiatement après ou dans les quelques jours qui suivent, le déroulement de la visite doit être repris, sur un temps qui peut être court, avec l'enfant et avec les parents. Ces points visent également à préparer avec les personnes accompagnées le prochain temps de VPT. **Le temps et le cadre nécessaires à la réalisation de ce bilan doivent être garantis pour toute mesure, pour tout professionnel, que la présence du tiers soit permanente ou intermittente.**

Des transmissions se font avec la personne qui prend en charge l'enfant au quotidien ou avec son référent. Des temps de permanence permettent des échanges, complémentaires au bilan de fin de visite. Si le tiers est non professionnel, il doit pouvoir être accompagné pour élaborer le cadre de cet échange de fin de visite, avec le parent.

Avec l'enfant et les parents

Avec l'enfant

- Adapter le créneau et le contenu de ce bilan à l'âge de l'enfant. Recevoir l'enfant seul.
- Le sonder quant à ses ressentis, ses affects, son état après la visite :
  - encourager l'expression de ses émotions, en utilisant au besoin des supports pour ce faire (cartes des émotions, *etc.*). Valider avec lui ses émotions ;
  - l'aider à mettre en mots ses attentes et ses désirs envers son parent ;
  - l'accompagner dans son propre processus d'élaboration ;

- le soutenir dans l'auto-évaluation de ses comportements ;
- l'aider à faire des liens entre le passé et le présent.

➔ Lui confirmer après la visite que son parent n'allait pas bien ou, au contraire, souligner les signes positifs dans l'évolution du parent.

➔ Pour les plus petits, recevoir l'enfant en présence du référent du lieu d'accueil.

➔ Préparer, lorsque cela est possible, le contenu de la prochaine visite.

Avec le parent

➔ Recevoir les parents seuls. Rappeler le sens de ce temps de bilan.

➔ Encourager l'expression de leurs émotions.

➔ Revenir sur le déroulé de la visite en vue de les aider à mieux comprendre leurs propres réactions durant les visites et favoriser le développement de nouvelles attitudes, capacités et compétences parentales. Solliciter le parent pour qu'il s'exprime sur ces sujets. Pour le professionnel tiers, exprimer sa propre lecture de ce temps de VPT.

Ces temps de reprise peuvent contribuer au travail de soutien de la relation que le parent entretient avec son enfant. Pour cela, il convient de chercher à soutenir le changement en :

- « *montrant, rendant visible ce qui est à changer ;*
- *transmettant les connaissances sur le développement et les besoins de l'enfant ;*
- *suscitant l'intérêt à s'impliquer et à interagir avec l'enfant ;*
- *proposant des manières de faire, d'interagir avec l'enfant ;*
- *valorisant tous les essais de changement ;*
- *encourageant le parent à agir sur les difficultés personnelles qui affectent sa capacité parentale par des conseils, des références ou de l'accompagnement vers des ressources spécialisées ;*
- *se projetant sur la rencontre suivante et déterminer avec le parent ses objectifs* » (20).

➔ Communiquer avec les parents sur les évolutions : *« en montrant les progrès, […] leur assiduité, leur engagement, mais aussi en les alertant lorsque cela est nécessaire sur des évolutions négatives ou des régressions* » (51).

➔ Solliciter régulièrement le parent, en fonction de ses capacités et de ses possibilités, pour le responsabiliser quant à la préparation et au déroulé du prochain temps de VPT : proposition de supports, d'activités extérieures.

Avec le professionnel œuvrant comme tiers

Ce temps de reprise peut prendre des formes diverses (échange oral, échange écrit ou entretien téléphonique entre professionnels), adaptées aux réalités professionnelles des intervenants en VPT, notamment les TISF. Ces échanges concernent les autres professionnels tiers et/ou l'encadrement du service. Les professionnels peuvent éprouver le besoin d'évoquer ce qu'il s'est passé lors de la VPT, de partager les émotions qu'ils ont vécues, leurs hésitations dans la manière de gérer la VPT. Les émotions, les éprouvés, les résistances ou mouvements intérieurs du professionnel font partie intégrante du travail clinique dans les VPT[102].

➔ Accepter les échanges informels, parfois rapides, à la demande des professionnels, dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel.

[102] Les espaces de supervision, d'analyse de la pratique, abordés au chapitre 1.4, permettent de soutenir cette fonction d'élaboration.

Avec les professionnels du lieu d'accueil

- Informer les professionnels du lieu d'accueil de la manière dont la visite s'est déroulée et terminée, afin de garantir la continuité affective et éducative :
  - les informer de l'état de l'enfant lors de la visite et d'éventuels faits saillants ;
  - pour les enfants de moins de 2 ans, les informer également du contenu de la visite, en vue de réguler le quotidien du bébé : prise de repas, temps de sommeil ou d'agitation, *etc*.
- Accompagner les professionnels du lieu d'accueil dans le « décodage » des comportements de l'enfant, dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel.

L'enfant est libre de s'exprimer ou non au retour des visites. Il peut parfois ressentir « *un conflit de loyauté* » au retour, sans que cela soit « *nécessairement négatif* » (22).

3.3.4. Tracer les observations par écrit

La production d'un compte-rendu de la visite étant nécessaire, ce temps doit être prévu pour les professionnels. Ces comptes-rendus serviront de base à l'évaluation des effets de la VPT[103].

Les conditions de rédaction de ce compte-rendu sont influencées par les conditions matérielles de réalisation de la VPT (binôme, visites au domicile parental, réalisation de la visite par un tiers non professionnel, *etc.*). Le contenu de ce compte-rendu est variable, en lien avec la fréquence des visites, leur déroulé, *etc*. Un outillage informatique performant doit être disponible pour tous les professionnels œuvrant comme tiers.

- Disposer de trames précises, intégrant un outil/une grille d'observation des interactions relationnelles et des états de chaque participant (*cf.* **chapitre 1.2**).
- Restituer dans les comptes-rendus de visite :
  - le cadre dans lequel s'est déroulée physiquement la rencontre ;
  - les objectifs spécifiquement attachés à un temps de VPT, le cas échéant ;
  - les interventions réalisées par le professionnel ;
  - les demandes, les expressions positives, négatives ou d'alerte de l'enfant ;
  - les attitudes parentales, leurs actions visant à la réponse aux demandes et besoins de l'enfant ;
  - les incidents significatifs survenus lors des temps de VPT.

La prise de notes ou le remplissage d'une grille d'observation

Relativement à la prise de notes en cours de visite, il n'a pas été possible d'identifier un consensus. Trois méthodes semblent coexister sur le terrain :

- prise de notes en cours de visite : le compte-rendu de visite est disponible dès la fin de la visite ;
- prise de quelques éléments de notes, en vue de simplifier la rédaction du compte-rendu de fin de visite *a posteriori* de la visite (le jour même, plus tard) ;
- aucune prise de notes en cours de visite, rédaction complète *a posteriori.*

La prise de notes ne **doit jamais prendre le pas sur la protection de l'enfant, l'observation des interactions et la capacité à soutenir la relation**, lors du temps de VPT : il semble donc que la

[103] Article R. 223-31 du CASF : « *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*. »

prise de notes en cours de VPT soit complexe à réaliser, d'autant qu'elle peut générer une dynamique d'accroissement des défenses de l'enfant et du/des parents lors du temps de VPT.

Les notes rédigées doivent permettre de restituer factuellement le déroulé de la visite.

- Noter systématiquement heure d'arrivée et de départ, personnes présentes et un rapide descriptif de l'état de l'enfant et du parent, en début et en fin de visite.
- Proposer aux parents et aux enfants de prendre connaissance du contenu définitif des observations réalisées et reportées.
- Proposer aux parents de construire par eux-mêmes une méthode pour tracer, de leur côté, le déroulé des VPT.

Il peut s'agir d'un petit carnet de notes que le parent remplit avant et après la visite, cela peut également être un document préconstruit par les professionnels, avec quelques rubriques simples (présence, professionnels et autres adultes présents, contenu, faits marquants, dont les situations où le professionnel est intervenu).

4. Évaluer la mesure de VPT

L'évaluation des effets de la mesure de VPT et de la relation parent-enfant est réalisée régulièrement au cours de la mesure ainsi qu'à chaque échéance de mesure. L'évaluation à échéance a un périmètre précis. Elle consiste d'abord à évaluer l'existence et la qualité de la relation parent-enfant, **en vue de statuer sur la persistance d'éléments de danger contre-indiquant des visites libres entre l'enfant et le parent** ; pour ce faire, elle intègre systématiquement une évaluation du niveau de sécurité de l'enfant lors des rencontres avec son ou ses parents, ou les autres personnes qui le rencontrent en VPT.

Elle est réalisée, dans un cadre pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, à partir des observations faites en amont, au cours et en aval des temps de VPT, des échanges avec les autres intervenants (professionnels ou non) dans la situation et également des éléments du dossier éducatif.

Cette évaluation contribue à l'évaluation globale de la situation de l'enfant, en ce qu'elle apporte des éléments précis et argumentés relatifs à la qualité de la relation parent-enfant, et permet de réfléchir à l'existence, l'importance et la nature des liens entre un enfant et son/ses parents, sa fratrie.

Ce chapitre aborde spécifiquement les éléments de pratique visant **l'évaluation des effets des temps de VPT sur la relation parent-enfant, la sécurité et le développement de l'enfant**, et les modalités pour intégrer ces éléments d'analyse dans l'évaluation globale du danger encouru par l'enfant et les décisions en termes de mesures de protection et de soutien.

4.1. Évaluer les effets des VPT sur la relation parent-enfant

Évaluer les effets de la mesure de VPT à partir des observations faites lors et autour des temps de VPT revient à mesurer :

- les attitudes, les actions, le discours que les parents ont montrés, et l'impact de ces éléments sur la réponse qu'ils proposent aux besoins de leur enfant ;
- l'état de l'enfant lorsqu'il est en présence de ses parents (ce qui inclut la possibilité d'investir, en termes d'attachement, son lieu d'accueil) ;
- la qualité et l'intensité des interactions entre parents et enfant, lors des temps de VPT ;
- l'efficacité des interventions professionnelles, c'est-à-dire l'impact positif, négatif ou neutre des actions de médiatisation entreprises.

L'évaluation est pluridisciplinaire et formalisée. Comme cela a déjà été évoqué, l'évaluation des effets d'une mesure de VPT concerne le service de VPT, mais aussi tous les autres intervenants dans le parcours de protection de l'enfant.

Enfin, l'évaluation est réalisée dans une dynamique temporelle, tenant compte de l'évolution des parents et des réactions de l'enfant au fil des temps de VPT.

Les outils d'évaluation des effets de la VPT

Malgré les recherches effectuées, il n'a pas été possible d'identifier d'outil probant dédié strictement à l'évaluation des effets des VPT sur la sécurité de l'enfant et sur la qualité des interactions entre l'enfant et son ou ses parents.

Les outils de mesure des effets des VPT repérés sont des outils à dominante locale, qui croisent :

- la synthèse du recueil des observations réalisées lors des temps de rencontre organisés dans la temporalité de la mesure ;
- des éléments visant à mesurer, à partir de ces observations, différentes thématiques relevant de la rencontre entre l'enfant et ses parents ;
- parfois, une trame permettant la pondération de ces différentes évaluations thématiques, en vue de produire une analyse globale de la qualité de la relation parent-enfant, telle qu'observée dans le cadre de la mesure de VPT.

À titre d'exemple, dans son récent référentiel dédié aux mesures de VPT, le département du Nord (20) met à la disposition de ses agents ou de ses autres opérateurs : une grille de qualification des comportements sensibles et insensibles, une grille de recueil d'observation, une trame pour « l'écrit évaluatif » ainsi que des supports visuels pour faciliter la participation de l'enfant et du parent à l'évaluation des effets des VPT.

La boîte à ressources, annexée à cette RBPP [104], présente quelques outils pour aider les professionnels à choisir ou constituer un outil d'évaluation des effets de la VPT.

➔ Afin de procéder à l'évaluation des effets de la mesure :
- se doter des comptes-rendus d'observation des temps de VPT, ainsi que des bilans d'étape, le cas échéant, afin d'objectiver les signaux, discours, attitudes, présence/absence, *etc.* ;
- s'informer des discours, attitudes et aptitudes parentales en dehors des temps de VPT.

➔ Demander aux professionnels œuvrant comme tiers de formaliser à l'écrit :
- la synthèse de leurs observations, de leurs ressentis lors des temps de VPT ;
- l'évaluation de l'impact de leurs interventions auprès des parents et des enfants lors des phases de préparation, de mise en œuvre et de bilan des temps de VPT : degré de sollicitation du tiers par le parent et/ou l'enfant, *etc.*

➔ Proposer une appréciation des capacités et incapacités parentales, de leur caractère temporaire ou permanent, et leurs effets sur la nature du lien existant entre le parent et l'enfant.

➔ Restituer ce que fait le parent avec l'enfant, mais aussi ce que représente le parent pour l'enfant.

➔ Pour ce qui concerne les parents de l'enfant, mettre en exergue :
- leur assiduité et leur collaboration avec les professionnels ;
- l'évolution de leurs compétences parentales, pour celles qui se sont exprimées lors des temps de VPT (communication, apports de repères à l'enfant, soutien et valorisation de l'enfant, compréhension de ses demandes, chaleur, vitalité, élan lors des temps de VPT) ;
- les compétences d'adaptation émotionnelle, comportementale et intellectuelle des parents dans la relation avec leur enfant. Doivent notamment être repérés les attentes inappropriées envers l'enfant, l'efficacité des méthodes éducatives parentales, l'intensité des interactions négatives parents-enfants, le seuil de tolérance et l'impulsivité du parent.

➔ Par ailleurs, évaluer les dynamiques de développement de l'enfant en les considérant à partir du développement physique, psychologique, émotionnel et intellectuel de l'enfant, si nécessaire au moyen d'outils disponibles[105].

[104] Se reporter à l'**annexe n° 5**.

[105] À titre d'exemple, les « jalons » du guide de STEINHAUER (voir Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de STEINHAUER 0 à 5 ans. 2014) sont mobilisables, ainsi que d'autres outils.

- Compléter l'évaluation en intégrant les observations que les professionnels du lieu d'accueil (et des partenaires, le cas échéant) amènent sur l'évolution de l'état de l'enfant entre chaque visite (avant ou après les visites) : cet enfant « *qui n'en dira rien ou qui, au contraire, sera très en colère, qui va tout casser, certains autres qui vont investir ce que le parent a apporté, d'autres encore qui ne voudront pas en entendre parler et qui voudront déchirer les photos, détruire les jouets, etc.* » (41).
- Rencontrer, sur des temps séparés, l'enfant et ses parents, pour recueillir :
  - leurs avis sur l'analyse des professionnels, qui leur aura été préalablement restituée ;
  - leurs expériences de ces temps de VPT ;
  - leurs souhaits, en **veillant à ne pas renvoyer à l'enfant ou à l'adolescent « la responsabilité » des propositions relatives à la mesure de VPT**.
- En s'appuyant sur la synthèse des observations réalisées lors des temps de VPT, formaliser la position des professionnels ayant exercé la mesure de VPT sous la forme d'un rapport, d'une note récapitulative de fin de mesure, en faisant apparaître de façon claire, compréhensible :
  - les observations retenues par les professionnels ;
  - les analyses menées à partir de ces observations ;
  - les hypothèses de compréhension issues de ces analyses ;
  - les propositions d'interventions attachées à ces hypothèses.

Les propositions se centrent sur :

- la prolongation de la mesure ou son arrêt, liés à l'ouverture des droits (fin de la médiatisation des rencontres qui deviendront libres entre parents et enfants, dans le cadre des fréquences et types de droits conférés par l'autorité judiciaire) ou à la restriction des droits (fin des rencontres parents-enfants sous toutes leurs formes, jusqu'à décision modificative, le cas échéant) ;
- en cas de prolongation, les potentielles évolutions qu'il conviendrait de réfléchir pour modifier les objectifs et le cadre de mise en œuvre de la mesure de VPT ;
- la possibilité de solliciter des espaces d'interventions complémentaires pour soutenir certains aspects de la relation parent-enfant, le cas échéant.

Les différents professionnels sont amenés à relier :

- les observations faites dans « l'ici et maintenant de la relation », pour l'enfant et son/ses parents ;
- les hypothèses relatives aux besoins de protection de l'enfant à plus long terme, en envisageant les espaces de protection/soutien nécessaires au développement de l'enfant, à sa sécurité et son bien-être, incluant l'éventuelle prolongation de la mesure de VPT ou son arrêt.

Cette analyse formalisée doit également faire apparaître les points de désaccord entre les participants, incluant les parents et les enfants.

Les enfants de moins de 3 ans

L'évaluation des effets de la VPT chez un enfant de moins de 3 ans s'appuie sur les connaissances et outils spécifiques à cet âge de la vie de l'enfant protégé. Cette évaluation est décisive en vue de l'évaluation globale de la situation de l'enfant, considérant la temporalité spécifique, « resserrée » du développement du nouveau-né.

- Procéder prioritairement à l'observation des interactions parents/enfant ; confronter ces interactions au discours des parents.

- Repérer les dynamiques, si elles existent, de renforcement de la qualité de la relation, des attitudes parentales ou l'évolution des réactions, des états du très jeune enfant, lors des différents temps successifs de VPT.
- Apprécier spécifiquement :
  - la sensibilité parentale aux signaux du bébé. La disponibilité psychoaffective du parent est « *la base de sa réponse aux besoins physiques, éducatifs, affectifs et émotionnels* » (27) ;
  - la qualité de l'attachement parent-enfant.
- Mettre en perspective :
  - les effets des VPT sur l'enfant, son état, son investissement de son lieu d'accueil ;
  - la temporalité propre au développement de l'enfant ;
  - le rythme d'évolution des parents. En effet, la capacité de changement des parents, si elle existe, n'est parfois pas adaptée au temps de développement de l'enfant : les parents sont « *trop lents* » à évoluer, ce qui engage la sécurité et le développement de l'enfant. La progression peut être lente, d'autant plus si les mouvements de progression/régression existent (62).

4.2. Contribuer à l'évaluation globale de la situation de l'enfant

Lors de cette séquence, portée par le référent de situation, le service de VPT contribue spécifiquement à l'évaluation de la relation parent-enfant, de façon moindre à l'évaluation de la santé et du développement de l'enfant.

L'évaluation globale de la situation facilite également la prise de décision quant aux modalités de rencontre parent-enfant : « *pour émettre une recommandation quant aux modalités de contacts, il faut avoir évalué l'ensemble de la situation familiale et les facteurs pouvant contribuer au succès et à l'insuccès de ces contacts* » (7).

- S'inscrire dans les processus définis par les autorités judiciaires ou administratives, telles qu'elles sont effectives sur un territoire donné. Il peut s'agir de :
  - réaliser des entretiens avec les parents et l'enfant, parallèlement aux entretiens conduits par d'autres intervenants, afin de réaliser une synthèse des éléments entre tous les intervenants ;
  - participer à des temps de synthèse réunissant tous les intervenants, les parents et l'enfant ;
  - transmettre un rapport écrit (*cf.* **chapitre 4.1**) formalisant la position des professionnels ayant exercé la mesure de VPT au référent de parcours et au juge[106].
- S'informer des décisions prises par l'autorité judiciaire.

[106] Article R. 223-31 du CASF.

5. Ajuster les pratiques d'accompagnement à l'évolution de la mesure de VPT

L'ajustement des objectifs de l'accompagnement[107], à l'issue d'une première période de VPT, s'appuie sur l'évaluation des effets de la mesure (*cf.* **chapitre 4**). Cet ajustement se construit dans une temporalité adaptée à la situation. **Seul le juge est habilité à rétablir ou à restreindre les droits parentaux.**

Il n'y a « *rien à préjuger* », les parcours de protection sont construits à partir de l'évaluation faite, **pour chaque situation spécifiquement** (4), du danger encouru par l'enfant s'il devait rester, seul, en présence de son ou ses parents ou un membre de sa famille. En fonction de l'évaluation de la qualité de la relation parent-enfant et de sa potentielle modification dans le temps :

- la mesure de VPT peut évoluer vers une ouverture des droits parentaux (fin de la médiatisation) ou, à l'inverse, une restriction des droits, associée ou non à des démarches d'adaptation du statut de l'enfant (en lien avec les services de l'ASE et l'autorité judiciaire) ;
- la mesure de VPT peut être renouvelée sur des temps plus longs.

5.1. Accompagner l'arrêt de la mesure de VPT

Les temps de VPT s'inscrivent « *dans le soin au développement de l'enfant* » (1). Néanmoins, leur incidence sur la sécurité et le développement de l'enfant ou de l'adolescent sont à repérer, en ce qu'ils diffèrent d'un enfant à l'autre, d'une situation à l'autre. Ainsi :

- certaines situations connaissent une évolution permettant progressivement un assouplissement du cadre des rencontres, jusqu'à la reprise de visites sans accompagnement : dans ces hypothèses, les parents ont au minimum des compétences suffisantes pour garantir la sécurité de leur enfant lors d'un temps de sortie bref ;
- dans d'autres situations, il peut être nécessaire de restreindre les visites, voire de suspendre, à plus ou moins long terme, les visites (11).

5.1.1. Accompagner l'ouverture des droits

À l'instar de toute mesure d'assouplissement ou d'ouverture du cadre en protection de l'enfance, il s'agit d'un moment provoquant des fragilités spécifiques (notamment un mouvement de désidéalisation). Le retrait du tiers, l'arrêt de médiatisation, même s'ils sont souhaités par les parents et les enfants, peuvent rendre la situation plus vulnérable.

Lorsque le juge décide la fin de l'encadrement des temps de rencontres parents-enfant et accorde des droits de visites libres aux parents :

- soit sa décision est immédiatement exécutoire, et les pratiques présentées ci-dessous ne peuvent pas être mises en œuvre (elles ont potentiellement été mises en œuvre lors des quelques mois précédant la décision judiciaire (voir **chapitre 2.4.1** de la RBPP)) ;
- soit le délai intervenant entre la décision judiciaire modifiant les droits parentaux et l'arrêt effectif de la mesure de VPT est court (quelques visites généralement).

[107] Article L. 223-1-1 du CASF. Le PPE est *« mis à jour […] afin de tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux de l'enfant. Après chaque mise à jour, il est transmis aux services chargés de mettre en œuvre toute intervention de protection »*.

Lorsque les professionnels disposent de temps pour préparer cette ouverture, l'accompagnement de ces derniers temps de VPT vise notamment à anticiper l'organisation qui devra être construite entre le lieu d'accueil, les parents et l'enfant, pour mettre en œuvre les futures rencontres parents-enfants.

➔ Si la décision d'ouverture est prise, en fonction de chaque situation et en lien avec le service gardien, élargir les temps de rencontre et assouplir progressivement l'encadrement du temps de rencontre, en :
  - organisant, à chaque fois que cela est possible, certains des temps de VPT au domicile des parents ;

Relativement à l'alternance entre temps de VPT au sein d'un service et temps de VPT exercés au domicile des parents, il peut être opportun de se questionner après quelques temps de VPT à domicile, car les parents peuvent être tentés de désinvestir les temps de rencontres au sein du service pour privilégier les rencontres organisées à leur domicile.

  - proposant la mise en place d'une présence intermittente du tiers, lors des temps de VPT ;
  - définissant un calendrier d'ouverture séquencé sur quelques temps de visite, concrétisant élargissement, assouplissement et diversification des temps de VPT ;
  - consultant les parties sur cette proposition d'organisation ;
  - laissant l'enfant s'exprimer sur son ressenti, son sentiment de sécurité, à l'issue des temps de VPT (horaires élargis, sortie en présence d'un tiers, *etc.*) ;
  - évaluant chacun des temps de visite ;
  - préparant le relais avec d'autres professionnels, et pensant à clore la mesure avec parents et enfants.

➔ Envisager la modification de l'organisation des rencontres parents-enfants.

Lorsque la mesure de VPT s'arrêtera, le lieu d'accueil et les parents devront gérer les arrivées et départs, potentiellement les débriefs post-rencontres. Il convient ainsi d'anticiper cette réalité en :

  - préparant cette phase nouvelle avec chaque partie prenante (parents, enfants, lieu d'accueil) ;
  - invitant le parent et le lieu d'accueil à gérer « en autonomie » le temps de bilan en fin de temps de VPT ;
  - recherchant un changement de perception de la part des parties, afin de signifier à l'enfant qu'il va pouvoir évoluer dans deux espaces distincts, mais qui se parlent et se coordonnent ;
  - en instituant des routines et des rituels, si nécessaire.

➔ En lien avec le service gardien, statuer, le cas échéant, sur le besoin de prolonger les autres interventions auprès des membres de la famille, centrées sur les relations et les dynamiques intrafamiliales (entretiens familiaux, ateliers éducatifs, *etc.*).

5.1.2. Accompagner la restriction des droits

La décision judiciaire de restriction des droits se fonde sur l'appréciation du danger encouru par l'enfant, l'absence pérenne des parents et les effets délétères des rencontres sur l'enfant. Elle peut, plus marginalement, correspondre à des comportements parentaux extrêmes : possession d'armes dangereuses, comportements délictueux d'un parent pédophile, *etc.* (29). Il est ainsi recommandé que les démarches aux fins de restriction soient engagées sans délai et que la décision prise soit par suite d'effet immédiat (7, 30).

Enfin, la restriction des droits peut être transitoire, liée à une décompensation (avec ou sans hospitalisation), à un passage difficile dans la vie du parent.

Si la décision d'arrêt de la mesure de VPT est prise :

- donner son avis quant au maintien d'autres formes de contacts ;
- signifier la suspension ou la fin de mesure à l'enfant et au parent (par courrier si besoin) :
  - les informer des conditions et modalités possibles de reprise des rencontres,
  - contribuer, en fonction des orientations retenues par les services de l'ASE ou de la CESSEC, aux démarches d'adaptation du statut de l'enfant ;
- solliciter le lieu d'accueil de l'enfant pour qu'il continue à observer les indicateurs de résilience pendant plusieurs mois (20) ;
- si cette décision d'engager une adaptation du statut de l'enfant confié est retenue, accompagner les ultimes temps de VPT prévus, en ajustant les objectifs de ces rencontres à la fin de la mesure VPT.

L'adaptation à long terme du statut de l'enfant confié

Les démarches d'adaptation du statut de l'enfant ne relèvent pas du service de VPT, elles mobilisent comme pilotes les services départementaux, la « commission d'examen de la situation et du statut des enfants confiés » (CESSEC) et l'autorité judiciaire, notamment la justice aux affaires familiales. Créées en 2016, les CESSEC sont des commissions pluridisciplinaires mises en place par le président du conseil départemental dans chaque département, afin d'examiner la situation des enfants confiés depuis plus d'un an, lorsqu'il existe un risque de délaissement parental ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins[108]. Elle examine, tous les six mois, la situation des enfants de moins de 2 ans. Son avis doit être transmis au juge saisi (63).

Les options offertes en termes d'adaptation du statut de l'enfant passent par :

- la délégation d'autorité parentale (article 377 du Code civil) ;
- le retrait de l'autorité parentale (article 378-1 du Code civil)[109] ;
- le consentement des parents à l'adoption (articles 348 à 350 du Code civil) ;
- la déclaration judiciaire de délaissement parental (article 381-1 du Code civil).

À l'issue de ces démarches, un projet de vie est construit (adoption, statut de pupille de l'État, accueil par tiers durable et bénévole, *etc.*). Le droit commun permet (articles 373-2-7 du Code civil, 1072-1 et 1187-1 du Code de procédure civile) d'articuler l'action du JAF et du JE.

5.2. Mettre en œuvre la prolongation de la mesure de VPT

Si la mesure de VPT doit répondre au cadre légal et règlementaire des mesures d'assistance éducative[110], elle ne connaît pas en elle-même de borne règlementaire de durée maximale comme minimale. Néanmoins, les dispositifs d'adaptation du statut de l'enfant confié, pour les enfants qui en relèvent, sont actionnables après une ou deux années d'accompagnement, lorsque les parents sont absents, souffrent d'incapacités parentales chroniques, ne manifestent aucunement la volonté de s'occuper de leur enfant.

[108] Articles L. 223-1, D. 223-26 et D. 223-27 du CASF.

[109] La circulaire de la DACG du 7 avril 2016 présente les dispositions relatives au retrait de l'autorité parentale prononcé par une juridiction pénale (circulaire du 7 avril 2016 de présentation des dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, NOR : JUSD1609502C).

[110] Article 375 du Code civil.

Dans la pratique, un certain nombre de mesures de VPT durent plus de deux ans, et peuvent s'allonger pour durer une décennie ou plus. Ces mesures longues peuvent répondre aux besoins de certaines situations :

- réalisation d'observations complémentaires, afin d'aider à statuer sur les droits de visite accordés aux parents, de clarifier le projet de vie de l'enfant ;
- sous conditions, mise en œuvre d'un travail sur la relation parents-enfant par le biais des temps de VPT (11) ;
- volonté de maintenir des rencontres en vue du maintien d'un lien, dans des situations particulières, notamment lorsque les parents ont pris conscience de leurs propres difficultés et sont dans une acceptation de ce que le placement apporte à leur enfant, ou qu'ils sont lourdement carencés et nécessitent un étayage constant, *etc.*

Ces mesures de VPT au long cours sont cadrées dans leurs objectifs, qui relèvent de l'accompagnement de la relation parent-enfant, comme toute mesure de VPT (se reporter au **chapitre 2.1 de cette RBPP**). Ces objectifs sont en lien avec le projet de vie visé pour l'enfant (retour en famille ou non, stabilité du lieu d'accueil priorisée, *etc.*). Concomitamment, le cadre d'intervention des professionnels œuvrant comme tiers (fréquence, type d'accompagnement, durée de temps de rencontre, lieu des VPT, *etc.*) est également redéfini (se reporter **au chapitre 2.2**).

Ainsi, les VPT au long cours **ne doivent pas être systématiquement proposées à échéance**.

Enfin, cette sous-partie valorise une approche incrémentale et ajustée des pratiques d'accompagnement : les pratiques développées au **chapitre 3** sont à mettre en œuvre, avec des adaptations apportées en lien avec les objectifs assignés à ces mesures de VPT de plus long terme : actions de soutien aux réponses parentales, travail sans binôme, lieu différent, présence intermittente du tiers.

La temporalité de la mesure de VPT

La maîtrise du temps de la mesure est centrale : la durée de la mesure dépend de la qualité du lien et de son importance dans la réponse aux besoins fondamentaux et spécifiques de l'enfant, en lien avec les capacités des parents, leur implication auprès de l'enfant, la consolidation de leurs compétences. À défaut, se pose la question d'une autre mesure, d'un autre parcours de l'enfant, car le risque est fort d'une perte de sens, d'un désinvestissement du cadre de la VPT de la part du parent et/ou de l'enfant si cette mesure ne permet pas l'amélioration de la sécurité, des conditions de développement et de la réponse parentale aux besoins de l'enfant.

5.2.1. Prolonger l'observation

Il peut être important de prolonger l'observation, sur un temps défini, pour s'assurer de disposer d'une fine compréhension de la qualité de la relation, considérant les impacts de cette évaluation sur le parcours de protection de l'enfant. Cette décision de prolongation se fonde sur des éléments factuels et objectifs, tels que la modification récente de la composition familiale (état de grossesse de la mère, nouvelle naissance survenue après le placement de l'enfant, *etc.*) ou des droits de VPT accordés aux parents, ou encore la nécessité objectivée de disposer de temps d'observation complémentaires à ceux qui ont déjà été réalisés, ces observations ne pouvant être réalisées qualitativement que dans le cadre d'une mesure de VPT.

La prolongation de l'observation n'est pas nécessaire si les différents professionnels disposent de suffisamment d'éléments d'observation pour proposer des hypothèses argumentées quant à la

situation de l'enfant. La mise en œuvre adaptée et sans délai des mesures de VPT prévient également des prolongations de mesure liées à une non-exécution d'une précédente décision.

Les pratiques d'observation présentées au **chapitre 3** sont la base à mettre en œuvre lors de temps d'observation supplémentaire. Elles sont complétées des pratiques ci-dessous.

- Rappeler à l'enfant et aux parents :
  - la durée prévue pour ce temps d'observation complémentaire ;
  - les objectifs précis motivant la prolongation de l'observation ;
  - le calendrier, le lieu, l'identité des professionnels tiers.
- S'assurer de la faisabilité du projet : profil de compétences requis chez les tiers, possibilité d'agir sur la configuration du temps de visite, *etc*.
- Introduire des configurations nouvelles pour compléter l'observation initiale :
  - profil professionnel différent ;
  - changement de lieu, modification de l'horaire, de la durée, de la fréquence.
- Coordonner ce travail d'observation complémentaire avec les autres intervenants : lieu d'accueil, référent ASE, autres intervenants dans le parcours de l'enfant.

5.2.2. Travailler la relation parents-enfant par le biais des temps de VPT

Dans certaines situations, s'il est démontré que les parents sont en difficulté pour répondre aux besoins de leur enfant, dans un cadre aussi restreint que le temps de VPT, il est également constaté que :

- les parents ne sont pas dans l'opposition franche à la mesure de placement ;
- les VPT permettent une rencontre sécurisée de l'enfant avec ses parents ;
- elles lui permettent de constater que ses parents vont bien, qu'ils sont vivants ;
- l'enfant est conscient des inaptitudes parentales.

Le danger pour l'enfant dans la rencontre avec ses parents existe mais le risque de réalisation est faible, du fait de la présence des professionnels, et de la construction d'un cadre adapté (continuité, clarté des objectifs, *etc*.) qui peut favoriser une relation de confiance entre professionnels, enfant et parents.

La mesure de VPT permet alors de garantir les interventions de soutien de la relation parent-enfant à moyen, long terme. Les conditions de sécurité et de développement de l'enfant restent les indicateurs clés pour évaluer la pertinence de telles mesures. À cette condition, ces mesures au long cours peuvent concerner les bébés et les enfants de moins de 3 ans.

La séquence de travail présentée dans le **chapitre 3** est applicable dans ces situations de VPT au long cours. Elle doit être ajustée afin de prendre en compte les pratiques reportées ci-dessous.

- Réfléchir la durée des temps de VPT en fonction des objectifs, du besoin et de la demande de l'enfant.
- Réfléchir à la possibilité de mobiliser un tiers non professionnel.
- En fonction de la progression de l'enfant et du parent, réfléchir à la possibilité de proposer :
  - une présence intermittente des professionnels lors du temps de VPT ;

- la réalisation de temps de VPT sur le lieu de vie des parents, en mobilisant si possible les ressources familiales (en collaboration avec les professionnels sociaux et médico-sociaux pour évaluer la pertinence et la fiabilité des personnes tierces).

➔ Accompagner les parents pour garantir la place à d'autres adultes significatifs et soutenants auprès de leur enfant.

Il s'agit d'aider les parents à permettre à leur enfant de construire des figures parentales « composites ». Le maintien de la mesure de VPT vise alors à soutenir une parentalité partielle sans que le parent soit en concurrence avec les autres adultes ou instances sur lesquels s'appuie l'enfant, tout en préservant les espaces de parentalité qui peuvent se déployer au bénéfice de l'enfant.

➔ Chercher à repérer les éventuels espaces de soutien nouveaux, intervenant auprès des parents, en vue de coordonner observations et interventions.

➔ Travailler à la compréhension et à l'acceptation par l'enfant de la réalité et des limites parentales, lorsque les choses n'évoluent pas ou peu dans le temps.

➔ Réévaluer à chaque échéance, ou chaque fait significatif nouveau, la pertinence de la mesure de VPT.

Il est recommandé de porter au minimum les questionnements suivants :

- La mesure de VPT, plus précisément le maintien de temps de rencontre parents-enfant en présence d'un tiers, fait-il toujours sens pour l'enfant ? pour le parent ?
- Quelles sont les demandes de l'enfant et du parent ?
- Existe-t-il d'autres interventions à même d'accompagner parents et enfant, en lien avec les objectifs définis dans les décisions judiciaires et/ou le PPE ?

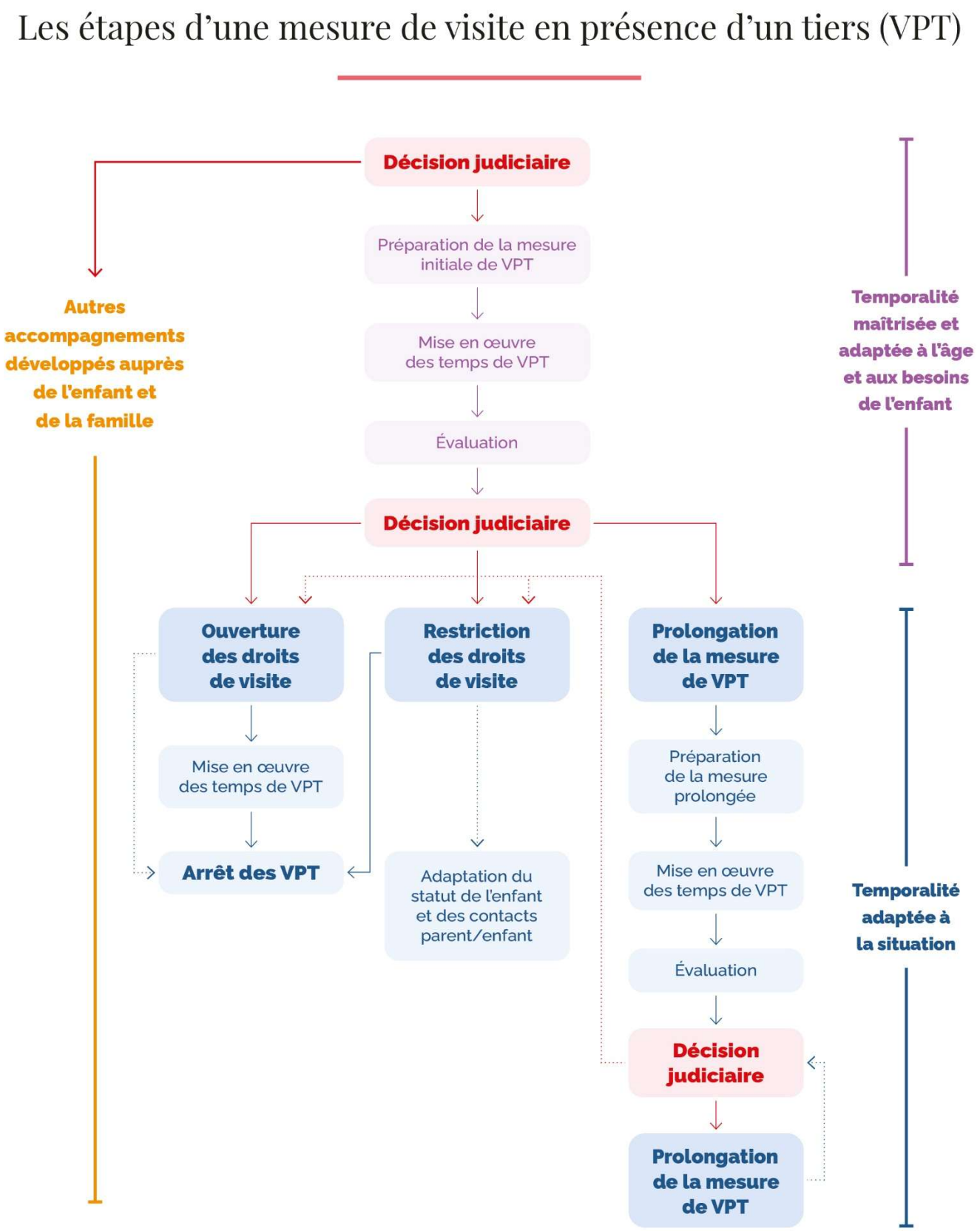
Ces questionnements visent à trouver, dans les situations indiquées, le juste équilibre entre :

- « *la nécessité de permettre à l'enfant de se faire des racines dans son nouveau milieu de vie* ;
- l*a nécessité de maintenir un lien avec son parent, si c'est dans son intérêt »* (22).

Table des annexes

Annexe 1.	Logigramme	84
Annexe 2.	Le recours à un tiers non professionnel	85
Annexe 3.	La « démédiatisation » des rencontres parents-enfant : proposition de critères	86
Annexe 4.	Le travail clinique dans les visites en présence d'un tiers	87
Annexe 5.	Boîte à ressources	88
Annexe 6.	Principales références juridiques	91

Annexe 1. Logigramme



Annexe 2. Le recours à un tiers non professionnel

Il est possible[111] que le juge désigne une personne non professionnelle pour faire tiers lors de la rencontre parent-enfant dans le cadre d'une mesure de VPT, **après une évaluation des besoins spécifiques de l'enfant et des aptitudes et motivations de la personne désignée.**

Ce tiers non professionnel peut être un membre de l'entourage ou de la famille de l'enfant (22, 25, 26). Le recours à ce profil peut notamment être indiqué lorsque la mesure de VPT vise à maintenir dans le temps des rencontres entre l'enfant et sa fratrie, ou entre l'enfant et son ou ses parents. En revanche, ce recours semble contre-indiqué dans les situations justifiant un binôme, ou encore les situations exigeant du tiers des compétences cliniques pour expliquer le comportement du parent auprès de l'enfant et l'aider dans ses interactions avec son parent.

Certaines des exigences imposées aux professionnels doivent être adaptées au statut non professionnel de ces tiers. Lorsque la médiatisation est réalisée par un tiers non professionnel (22), celui-ci est chargé de respecter et faire respecter les objectifs et les règles de la mesure, soutenir l'enfant et le parent avant, pendant et après la visite, ainsi que de partager ses observations. Il peut aussi assurer le transport de l'enfant depuis son lieu d'accueil.

Les experts sollicités ont souhaité compléter ces éléments en appelant, avant de solliciter un tiers non professionnel, à évaluer au minimum :

- le besoin de mettre à disposition un lieu hors domicile du tiers si besoin ;
- la volonté du tiers non professionnel de « médiatiser » les temps de VPT ;
- la capacité de ce tiers à échanger, à échéance régulière, avec le référent ASE à propos de ce qu'il observe de la relation parent-enfant (20) ;
- pour certaines situations[112] :
  - la capacité du tiers non professionnel à protéger l'enfant. Cette capacité peut être influencée par le degré de familiarité du tiers non professionnel avec le parent : il peut renforcer ou au contraire limiter cette capacité de protection. En effet, le tiers doit pouvoir soutenir le parent tout en pouvant s'opposer à lui, face à son enfant, si la situation le justifie,
  - le risque de contamination de la relation entre l'enfant et ce tiers non professionnel (qui peut être une ressource relationnelle importante dans l'environnement de l'enfant), en amont et en cours de mesure.

Le tiers non professionnel, tel qu'évoqué ici, ne doit pas être confondu avec la personne désignée tiers digne de confiance[113] : la réalisation des temps de VPT pour un enfant accueilli chez un TDC (ou chez « *un autre membre de la famille*[114] ») est **confiée à un service dédié**[115] **à chaque fois que cela est nécessaire**, notamment pour prévenir les risques de confusion des rôles et des places, d'accentuation du possible conflit de loyauté chez l'enfant ou pour éviter de renforcer le sentiment d'échec ressenti par le parent. **Si le membre de la famille ou le TDC est désigné comme celui qui fera tiers lors des VPT, cette personne doit être spécifiquement soutenue** dans sa compréhension du sens de la visite ainsi que dans la mise en œuvre des temps de VPT.

---

[111] Article R. 223-31 du CASF.

[112] Les motifs expliquant la présence d'un tiers lors de la rencontre ne répondent pas toujours à un besoin de médiatisation, mais parfois plutôt à celui d'un simple accompagnement, d'une présence sécurisante pour le parent ou l'enfant. Dans ce cas, le tiers n'est pas exposé à ces risques en lien avec la familiarité ou la contamination.

[113] Article 375-3, 2° du Code civil.

[114] *Ibid.*

[115] L'article 375-7 du Code civil organise les modalités de désignation du tiers en cas de placement chez un membre de la famille ou un TDC. Dans ces cas, le juge désigne en principe soit les services de l'ASE soit les personnes ou services visés à l'article 375-2 du Code civil.

Annexe 3. La « démédiatisation » des rencontres parents-enfant : proposition de critères

Une liste d'indicateurs, de critères permettant de réfléchir, d'envisager un processus d'ouverture des droits vers des rencontres sans tiers (démédiatisation) est proposée par Mme BONNEVILLE-BARUCHEL (35, 64). **Ces critères ne s'appliquent qu'à certaines situations familiales**. Dans celles-ci, l'observation et l'accompagnement de la relation parent(s)-enfant amènent l'ensemble des professionnels à évaluer l'existence de « liens pathologiques[116] » entre parent(s) et enfant.

Dans ces situations, les critères suivants, qualifiés de « *critères à valeur absolue* » par l'auteure, sont à évaluer systématiquement avant toute ouverture :

- « *l'enfant ne montre plus de perturbations avant, pendant et après la visite* » ;
- « *le parent a admis le placement* » ;
- « *le parent peut se contenir verbalement et physiquement* » en présence de son enfant ;
- « *les liens pathologiques ne se manifestent plus* » (contamination, séduction narcissique, *etc.*[117]) ;
- « *l'enfant peut dire son opinion à son parent et la garder, même lorsque celle-ci est divergente de celle du parent et que celui-ci tente de l'influencer* ».

L'auteure complète ces critères à valeur absolue par d'autres critères, qualifiés de « *critères importants* ». Leur présence représente un facteur de protection dans une logique de démédiatisation, leur absence un facteur de risque. L'évaluation de ces critères, en sus des critères à valeur absolue, représente une aide à l'appréciation de la pertinence d'entamer une dynamique de démédiatisation :

- « *l'enfant peut tenir tête lors de conversations téléphoniques brèves avec l'intervenant à ses côtés* » ;
- « *l'enfant peut repérer le moment où il se sent mal avec ses parents* » ;
- « *le lien avec la famille d'accueil, le lieu d'accueil, est suffisamment établi et sécure pour qu'un moment passé chez les parents ne risque pas de créer de situation de double appartenance trop conflictuelle* » ;
- « *les apprentissages scolaires ne sont pas trop envahis par les préoccupations de l'enfant concernant ses parents* ».

Les auteurs parlent de « processus de démédiatisation » car l'ouverture progressive du cadre des rencontres est perçue comme une séquence de travail, qu'il convient d'accompagner et d'ajuster dans le temps, en fonction des réactions de l'enfant. En effet, la pondération de la part des professionnels entre les critères « atteints » et ceux restant à consolider peut amener à proposer une ouverture partielle, progressive du cadre des rencontres parents-enfant.

[116] Ces critères sont cohérents avec ceux développés par M. BERGER tels que reportés dans son ouvrage de 2021 (*cf.* Bibliographie de cette RBPP).

[117] Pour l'auteure, les liens pathologiques relèvent d'une « *psychopathologie de l'intersubjectivité* », ce sont donc des liens qui s'inscrivent dans une relation entre un parent, qui connaît une « *psychopathologie parentale* » (de la parentalité), et un enfant qui connaît des troubles psychopathologiques (troubles de l'attachement, immaturité, pathologies des troubles relationnels précoces).

Annexe 4. Le travail clinique dans les visites en présence d'un tiers

Ces approfondissements sont issus de la réflexion des professionnels experts, réunis en groupe de travail.

Les visites en présence *obligatoire* d'un tiers professionnel, lorsqu'elles reposent sur un dispositif clinique structuré, donnent l'opportunité d'un travail sur les liens familiaux (DAVID, 1989) et ne sauraient se réduire à un accompagnement logistique ou une mission de surveillance. Cette potentialité dépend de la qualité du travail clinique qu'effectue le professionnel en charge de médiatiser (BOTELLA, 2022). À partir de ce qui se joue dans et par la relation entre l'enfant, le ou les parents, et le tiers professionnel, à partir des interactions observables, des propos tenus et des mouvements plus profonds, souvent inconscients, que la mise en relation mobilise, le travail clinique permet qu'enfant et parent soient soutenus pour penser différentes composantes de leur relation et de leur histoire.

Le travail clinique effectué par le professionnel en place de tiers organise les conditions pour une mise en pensée des souffrances et des dysfonctionnements familiaux aux fins qu'un travail psychique puisse s'opérer chez l'enfant et chez le parent (LEFEBVRE et STEPHANOFF, 2020), dans une triple visée : réaménagement de la position parentale au bénéfice de l'enfant, modification des modes interactionnels et individuation de l'enfant. Les enjeux sont d'aider l'enfant à intégrer la réalité de ses parents, à élaborer son propre récit de l'histoire familiale, à devenir capable de faire ses propres choix, et *in fine*, de déjouer le risque de répétition transgénérationnelle.

Le travail clinique s'appuie notamment sur l'attention portée à l'accueil, entendu comme une disponibilité d'écoute sans jugement, permettant de repérer les besoins et les capacités de l'enfant et du parent, et de créer les fondements d'une alliance propice à ce travail de pensée. Le clinicien incarne une fonction tierce symbolisante qui soutient la capacité de représentation du lien familial. Il assure une présence engagée. Il rend possible une double adresse, à la fois vers l'enfant et vers le parent, dans le respect des places de chacun. Il s'agit d'écouter et de décoder ce qui se joue à un niveau subjectif et intersubjectif, d'être attentif à la parole, aux gestes, aux silences, à ce qui se montre, tant par des modalités verbales qu'intraverbales (mimiques, postures, *etc.*), affectives ou comportementales. Le tiers clinicien contribue à saisir la qualité de la dynamique intrafamiliale et à une compréhension fine des enjeux du maintien de la relation tant pour l'enfant que pour le parent ou le couple parental. Le clinicien ajuste ses interventions, elles aussi verbales et non verbales. Par son travail réflexif, il soutient un processus de mise en pensée de ce qui se vit ou se raconte entre l'enfant et le parent.

Le clinicien installe un cadre stable et prévisible, qui favorise une baisse des défenses psychiques, indispensable à tout travail d'élaboration. L'enfant peut alors vivre l'expérience d'un environnement suffisamment contenant pour supporter les mouvements internes suscités par la remise en contact avec son parent. Dans cette dynamique, les visites, lorsqu'elles s'inscrivent sur la durée et dans un cadre clinique cohérent, peuvent amorcer ou relancer chez le parent un travail d'élaboration autour de son lien avec l'enfant, des enjeux actuels de leur relation, à partir de son histoire, tout en respectant le processus de subjectivation de l'enfant.

La mesure de VPT deviendra un espace pour penser les enjeux de la relation parent-enfant, assuré par des professionnels ayant une posture clinique ajustée, qui veillent à promouvoir un travail de médiatisation qui sécurise à la fois l'enfant et le parent, les étaye chacun pour eux-mêmes, et les aide à se penser *dans* leur lien de filiation. Cela suppose une présence clinique impliquée, réfléchie, réflexive, ainsi qu'un cadre soutenant pour les professionnels eux-mêmes. Il exige une attention fine aux différents niveaux de la communication, ainsi qu'une capacité à lire les dynamiques intersubjectives à l'œuvre dans un tel contexte de contrainte. Les enjeux affectifs et relationnels qui s'y déploient se révèlent souvent complexes et intriqués.

Annexe 5. Boîte à ressources

Outillage relatif à l'offre de service[118]

- Le référentiel relatif aux droits de visite en présence d'un tiers, réalisé par le département du Nord (2025)[119], propose les ressources suivantes :
  - une fiche de préparation des droits de VPT, qui intègre les objectifs retenus pour la mesure (p. 52-53),
  - un protocole de mise en œuvre des temps de VPT (p. 54-58).
- Le centre jeunesse de la Montérégie, dans son guide de pratique en matière de contacts supervisés[120], met à disposition une trame de règlement des visites supervisées, dans son annexe n° 2 (p. 39-40).
- Le référentiel national des espaces de rencontre[121] propose une trame de « fiche d'identité » d'un espace de rencontre dans son annexe n° 3 (p. 27-28).

Ressources pour la réflexion relative aux séquences d'accompagnement de la mesure

- L'institut universitaire « jeunes en difficulté » de Montréal (IUJD – Montréal, Canada)[122] met à disposition un outil de planification de la mesure de VPT.
- Le conseil départemental de la Vienne (2025) propose, dans son guide technique à destination des TISF[123], une grille d'objectifs d'intervention des TISF, dans le champ de la protection de l'enfance, dans son annexe n° 6 (p. 41-43).
- Le logigramme présenté en annexe de cette RBPP offre une lecture des étapes possibles de l'accompagnement d'une mesure de VPT, renouvelée ou non dans le temps.

Ressources pour l'animation et l'accompagnement des interactions relationnelles lors des temps de VPT

Supports généraux en lien avec la « vie quotidienne » :

- jeux et jouets ; cahier de vie, photos ;
- se saisir de l'environnement, de l'existant, comme la préparation d'un repas, d'une activité créative, *etc.* ;
- activités extérieures (infrastructures sportives, maison de quartier, square, musée, centre social, magasins, *etc.*)

Outils plus spécialisés

- Les « objets flottants » (P. CAILLÉ), qui consistent à s'appuyer sur l'espace (mobilier, objet, *etc.*) de façon symbolique, en vue de permettre aux personnes de réfléchir à leurs positionnements relationnels. L'élaboration vient de la famille et non des professionnels directement.

---

[118] Le guide de bonnes pratiques portant sur les visites supervisées en Angleterre, développé par A. SLADE et la fondation CORAM, propose de nombreuses trames, qui sont utilisées comme supports de travail à différentes étapes de la mise en œuvre de ces mesures, propres au droit anglais (les visites supervisées peuvent relever de problématiques de séparation conjugale conflictuelle comme de protection de l'enfance). Ces ressources n'étant pas traduites, elles ne sont pas détaillées ci-dessous. SLADE A., CORAM. A guide to best practice in supervised child contact. 2002-2010.

[119] Département du Nord (59). Droits de visite en présence d'un tiers. Référentiel. Avril 2025.

[120] Centre jeunesse de la Montérégie. Guide de pratique en matière de contacts supervisés au CJM. Adopté par le comité de direction le 22 juin 2010. N/Réf. : 090 005.

[121] CNAF, Référentiel national des espaces de rencontre (RNER), 2020. Annexe à la circulaire 2020-014 de la CNAF.

[122] Institut universitaire jeunes en difficulté, centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Blais MF, Côté C, Poirier MA, Joly M. Outil de soutien à la planification des contacts et des visites supervisées entre l'enfant et son parent. Montréal: IUJD; 2020.

[123] Conseil départemental de la Vienne (86). Guide technique : TISF et AES. Version actualisée. Janvier 2025.

- Les « cartes des besoins » : face à un conflit adolescents/parents, ces cartes permettent de partir des besoins dans la relation, plutôt que des reproches que s'adressent mutuellement les personnes, afin de faciliter la communication au sein de la famille. Cartes des besoins disponibles aux liens suivants : cnape.fr/documents/cnape -fiches-pratiques-sur-les-besoins-fondamentaux-de-lenfant/ ; Cartes des besoins de l'enfant ou l'adolescent – Communauté 360 Ardèche

Outillage relatif à l'observation de la relation

- Le référentiel relatif aux droits de visite en présence d'un tiers, réalisé par le département du Nord (2025), propose en annexe une fiche individuelle de recueil d'observations et d'évaluation du droit de visite en présence d'un tiers (p.60-63).
- Le centre jeunesse des Laurentides, dans son cadre de référence en matière de visites supervisées[124], met à disposition une grille d'observation de la visite supervisée, dans son annexe n° 5 (p. 41-45).
- Le centre jeunesse de la Montérégie, dans son guide de pratique en matière de contacts supervisés[125], met à disposition :
  - une grille d'observation pour le temps de VPT, dans son annexe n° 3 (p. 41-45) ;
  - une grille d'observation pré/post-visite à l'intention du lieu d'accueil de l'enfant (p. 47-49).

Ressources adaptées à une population, une configuration de visites

- Pour les VPT en milieu pénitentiaire, il est possible de contacter l'Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées (UFRAMA) : http://www.uframa.org

Références de quelques outils d'évaluation thématiques, qui recoupent les thématiques de l'évaluation des effets des VPT

Ressources professionnelles

- Le référentiel relatif aux droits de visite en présence d'un tiers, réalisé par le département du Nord (2025), propose les ressources suivantes :
  - une fiche de repérage des dangers et des facteurs de protection dans la mise en relation, à partager avec les parents (p. 59) ;
  - une grille des comportements problématiques chez les parents d'enfants de moins de 3 ans (p. 34-35) ;
  - une version de la grille de dépistage des situations à risque de délaissement de TURCOTTE (p. 41) ;
  - une trame d'analyse d'un droit de visite en présence d'un tiers pour communication avec l'autorité judiciaire (p. 64-65) ;
  - une grille des comportements parentaux sensibles et sécurisants ; et des comportements parentaux insensibles et insécurisants pour l'enfant (p. 66-69) ;
  - un document présentant une adaptation de l'inventaire des ressources de la résilience de J.-P. POURTOIS, B. HUMBEECK et H. DESMET (p. 77-83).

[124] Centre jeunesse des Laurentides. Cadre de référence en matière de visites supervisées. Adopté en comité de direction le 10 mai 2011.

[125] Centre jeunesse de la Montérégie. Guide de pratique en matière de contacts supervisés au CJM. Adopté par le comité de direction le 22 juin 2010. N/Réf. : 090 005.

Ressources cliniques

NB : Les ressources présentées ci-dessous sont des outils dont l'usage s'appuie sur la formation spécifique des professionnels qui les mobilisent. Il s'agit principalement d'outils de type tests, qui demandent du temps et des conditions spécifiques pour leur passation. Les ressources sont nommées ci-dessous pour faciliter l'information des professionnels intéressés[126].

- Références de quelques outils d'évaluation de l'attachement par l'enfant :
  - version francophone du Q-Sort de Everett WATERS et Kathleen E. DEANE[127] réalisée par le psychologue suisse Blaise PIERREHUMBERT[128] et ses collaborateurs ;
  - partie consacrée aux liens d'attachement présente dans le guide de Paul D. STEINHAUER[129], psychiatre canadien.
- Autres références d'outils d'évaluation thématiques :
  - grille d'évaluation du développement (GED) : la GED permet l'évaluation des sphères cognitive, motrice, langagière et socioaffective, pour des enfants âgés de 0 à 5 ans ;
  - guide d'évaluation des compétences parentales du CJM-IU au Québec[130] ;
  - programme d'intervention québécois « chaque enfant son projet de vie permanent » ;
  - grilles de POURTOIS et DESMET sur les indicateurs de résilience ;
  - l'outil Tri-de-cartes des comportements maternels, de D.R. PEDERSON *et al.*, 1990[131].

[126] Voir également ONPE. Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance. Note d'actualité. Octobre 2016, notamment la fiche n° 26, p. 106 et s. Disponible sur le site de l'ONPE.

[127] WATERS E. DEANE KE. Defining and assessing individual differences in attachment relationship: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In: BRETHERTON I, WATERS E. Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for research in Childhood Development 1985; 50: 41-103.

[128] HALFON O, SIEYE A, ANTONIETTI JP, MÜHLEMANN I, PIERREHUMBERT B. Étude de validation d'une version francophone du "Q-Sort" d'attachement de Waters et Deane. Enfance 1995; 48(3): 293-315.

[129] STEINHAUER P. Guide d'évaluation de la compétence parentale. Toronto : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée ; 1993.

[130] Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du groupe du *Toronto Parenting Capacity Assessment Project* (Guide de STEINHAUER 0 à 5 ans). 2014.

[131] D'autres outils existent également. Différents tests permettent d'évaluer la parentalité et la relation parent-enfant, comme le *Parenting Stress Index* (ABIDIN, 1995), le *Parent-Child Relationship Inventory* (Gerard, 1994), la *Parenting Satisfaction Scale* (GUIDUBALDI et CLEMINSHAW, 1994), ou encore le *Child Abuse Potential Inventory* (MILNER, 1986), *etc*. Ces outils sont présentés dans l'article suivant : L'évaluation psychologique des capacités parentales en contexte de protection de la jeunesse et observation des interactions parent-enfant, Baudry *et al.*, 2016.

Annexe 6. Principales références juridiques

Droit international et européen

- Article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant

« 1 - Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2 - Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3 - Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié. »

- Article 9 de la Convention internationale des droits de l'enfant

« 1 - Les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2 - Dans tous les cas prévus au paragraphe 1er du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3 - Les États parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4 - Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un État partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'État partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les États parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées. »

- Article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant

« 1 - Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'État.

2 - Les États parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3 - Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la

nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique. »

– Article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)

« *Droit au respect de la vie privée et familiale*

1 - Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2 - Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

NB : Peuvent également être consultés l'article 3 de la CEDH, les articles 7 et 24 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que l'article 3 du traité sur l'Union européenne.

Droit français

– Article 375 du Code civil

« *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public […].*

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants. Ce rapport comprend notamment un bilan pédiatrique, psychique et social de l'enfant. »

– Article 375-3 du Code civil

« *Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :*

1° À l'autre parent ;

2° À un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° À un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

4° À un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;

5° À un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Sauf urgence, le juge ne peut confier l'enfant en application des 3° à 5° qu'après évaluation, par le service compétent, des conditions d'éducation et de développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant dans le cadre d'un accueil par un membre de la famille ou par un tiers digne de confiance, en cohérence avec le projet pour l'enfant prévu à l'article L. 223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles, et après audition de l'enfant lorsque ce dernier est capable de discernement […] »

- Article L. 223-1-1 du CASF

« *Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé "projet pour l'enfant", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.*

Le projet pour l'enfant est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire le concernant. Dans une approche pluridisciplinaire, ce document détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur ; il mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur.

Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution.

Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie.

Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier est associé à l'établissement du projet pour l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. Le projet pour l'enfant est remis au mineur et à ses représentants légaux et est communicable à chacune des personnes physiques ou morales qu'il identifie selon les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

Le projet pour l'enfant est transmis au juge lorsque celui-ci est saisi.

Il est mis à jour, sur la base des rapports mentionnés à l'article L. 223-5, afin de tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux de l'enfant. Après chaque mise à jour, il est transmis aux services chargés de mettre en œuvre toute intervention de protection.

Les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en charge et le contrat d'accueil dans un établissement, s'articulent avec le projet pour l'enfant.

Un référentiel approuvé par décret définit le contenu du projet pour l'enfant. »

La décision instituant la visite en présence d'un tiers

- Article 375-7 du Code civil

« *[…] S'il a été nécessaire de confier l'enfant à une personne ou un établissement, ses parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également, par décision spécialement motivée, imposer que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers qu'il désigne lorsque l'enfant est confié à une personne ou qui est désigné par l'établissement ou le service à qui l'enfant est confié. Lorsque le juge des enfants ordonne que le droit de visite du ou des parents de l'enfant confié dans le cas prévu au 2° de l'article 375-3 s'exerce en présence d'un tiers, il peut charger le service de l'aide sociale à l'enfance ou le service chargé de la mesure mentionnée à l'article 375-2 d'accompagner l'exercice de ce droit de visite. Les modalités d'organisation de la visite en présence d'un tiers sont précisées par décret en Conseil d'État.*

Si la situation de l'enfant le permet, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié, dans un document qui lui est alors transmis. Il est saisi en cas de désaccord. […] »

- Article 375-5 du Code civil

« *À titre provisoire mais à charge d'appel, le juge peut, pendant l'instance, soit ordonner la remise provisoire du mineur à un centre d'accueil ou d'observation, soit prendre l'une des mesures prévues aux articles 375-3 et 375-4.*

En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure. Si la situation de l'enfant le permet, le procureur de la République fixe la nature et la fréquence du droit de correspondance, de visite et d'hébergement des parents, sauf à les réserver si l'intérêt de l'enfant l'exige […] »

Les modalités de réalisation des temps de VPT

- Article R. 223-29 du Code de l'action sociale et des familles

« *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.* »

- Article R. 223-30 du Code de l'action sociale et des familles

« *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. »

- Article R. 223-31 du Code de l'action sociale et des familles

« *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.

Lorsque l'enfant a été confié à l'autre parent ou à un tiers prévu au 2° de l'article 375-3 du Code civil, le tiers professionnel transmet son analyse au juge des enfants dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

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. »

- Article 1199-3 du Code de procédure civile

« *La fréquence du droit de visite en présence d'un tiers est fixée dans la décision judiciaire sauf à ce que, sous le contrôle du juge, les conditions d'exercice de ce droit soient laissées à une détermination conjointe entre le ou les parents et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié.* »

Le partage d'information à caractère confidentiel ou secret entre professionnels de la protection de l'enfance, rattachés à un établissement ou un service social[132]

Deux articles de loi encadrent les pratiques générales de partage d'information à caractère confidentiel ou secret, dans le champ de la protection de l'enfance :

- l'article 226-13 du Code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » ;
- l'article L. 221-6 du CASF : « *Toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal. Elle est tenue de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs susceptibles de relever du chapitre VI du présent titre. L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations dans les conditions prévues par l'alinéa précédent ou dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du présent code.* »

Les professionnels du secteur de la protection de l'enfance, au titre de l'article L. 1110-4 du CSP, sont tenus au secret professionnel. Toutefois, le secret est « inopposable » à l'autorité administrative ou judiciaire à l'origine de la mesure de protection, dans la mesure où ces informations ont un lien direct

[132] Au sens de l'article L. 312-1 du CASF.

ou indirect avec la situation du mineur, le cadre ou les effets de la mesure d'accompagnement en cours ou à venir. Le partage d'information potentiellement couverte par le secret professionnel est alors obligatoire[133].

Concernant les autres situations de partage d'information à caractère confidentiel entre travailleurs sociaux, plus justement entre professionnels « *qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 du CASF ou qui lui apportent leur concours*[134] », il est autorisé sous cinq conditions cumulatives :

- pour un professionnel, partager avec ses pairs uniquement (également soumis au secret professionnel) et exerçant dans le cadre de la mission de protection ou y concourant ;
- dans les stricts objectifs d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille ont besoin ;
- le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance ;
- le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ;
- le professionnel est responsable de choisir le partage de l'information ou l'absence de partage puisque l'article L. 226-2-2 du CASF « l'autorise » à partager.

[133] Haut Conseil du travail social (HCTS) – Commission éthique et déontologie. Fiche : « Les informations à caractère personnel concernant les personnes accompagnées : des données à protéger et parfois à partager ». Avril 2017 ; HCTS. Note : « Le partage d'informations à caractère secret dans les commissions traitant des situations de personnes accompagnées ». 2017.

[134] Article L. 226-2-2 du CASF.

Références bibliographiques

1. Direction générale de la cohésion sociale, Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport. Paris: Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

2. Haute Autorité de Santé. Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance : le retour en famille. Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276653/fr/ameliorer-l-accompagnement-des-enfants-a-la-sortie-des-dispositifs-de-protection-de-l-enfance-le-retour-en-famille-recommandation

3. Loidreau L, Guizard A, Real C. Enfants placés, l'importance du tiers dans la construction des liens. Empan 2021;123(3):159-66. https://dx.doi.org/10.3917/empa.123.0159

4. Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Blais MF, Côté C, Poirier MA, Joly M. Outil de soutien à la planification des contacts et des visites supervisées entre l'enfant et son parent. Montréal: IUJD; 2020. https://www.iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/OutilVS2020_ecran8.5x11_IUJDCCSMTL.pdf

5. Nouvel JL. Risques et dangers des rencontres parents-enfant dans le placement Dans: Siffrein C., Blanc C. , Barco F., Kessler G., ed. Le temps, la crise familiale, l'enfant et la justice : entre urgence et prudence. Marseille: Presses Universitaires d'Aix-Marseille - P.U.A.M.; 2023.

6. Courée B. Lien, relation, faut-il les séparer ? 29es Journées nationales d'étude de l'Association nationale des placements familiaux. La Rochelle; 2021.

7. Poitras K, Tarabulsy GM. Les contacts parent-enfant à la suite du placement en famille d'accueil, la trajectoire de placement et le fonctionnement socioaffectif de l'enfant Dans: Poitras K., Beaudry C., Goubau D., ed. L'enfant et le litige en matière de protection. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2017. p. 153-9

8. Déprez A, Wendland J. La visite parentale chez l'enfant placé, une revue de la littérature. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2015;173(6):494-8. https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.009

9. Lefebvre D, Stéphanoff M. L'enfant placé, déchiré entre sa famille et sa famille d'accueil : le travail de soin dans la visite médiatisée spécialisée. Cahiers de l'enfance et de l'adolescence 2021;n° 4(2):85-103. https://dx.doi.org/10.3917/cead.004.0085

10. GEPSo - Groupe national des Etablissements et services Publics. Les établissements de protection de l'enfance 0-3 ans en France. État des lieux. Paris: GEPSo; 2024. https://www.gepso.fr/static/uploads/2024/12/GEPSo_V2-Synthese-pouponniere-Version-20241217.pdf

11. Observatoire national de l'enfance en danger, GIP Enfance en Danger, Oui A, Soudoplatoff AS, Momic M, Gorza C, Séverac N. Sixieme rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement. Paris: ONED; 2011. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_6_201106_1.pdf

12. Botella N. Modélisation psychodynamique des processus psychiques de la médiatisation des visites parentenfant lors d'un placement précoce [Thèse de doctorat. Discipline : Psychologie]. Lyon: Université Lumière Lyon 2; 2019.

13. Botella N. La médiatisation en protection de l'enfance. Approches psychodynamiques des visites en présence d'un tiers Strasbourg: Presses Universitaires; 2022.

14. Botella N. Le travail clinique de médiatisation en protection de l'enfance : la nécessité de bâtir des repères de compréhension pour intervenir. Dialogue 2023;242:149-62.

15. CNAPE groupe d'appui à la protection de l'enfance. La visite en présence d'un tiers dans le cadre de la protection judiciaire : faire de la visite un acte bientraitant et éducatif. Paris: CNAPE; 2012. https://www.cnape.fr/documents/fiche-la-visite-en-presence-dun-tiers-dans-le-cadre-de-la-protection-judiciaire/

16. CNAPE groupe d'appui à la protection de l'enfance. La visite en présence d'un tiers dans le cadre d'un accueil sur décision judiciaire : Faire de la visite un acte bientraitant et éducatif. Paris: CNAPE; 2024.

17. Gebler L. Les espaces de rencontre : La médiatisation des rencontres en assistance éducative. Dossier Actualité Juridique Famille 2015;(10):524-6

18. Caisse nationale des allocations familiales. Circulaire 2020-014. Objet : Diffusion du nouveau référentiel national des espaces de rencontre. Paris: CNAF; 2020. https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/078/documents/partenaires/Circulaire%20R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Espaces%20rencontres.pdf

19. Centre jeunesse de la Montréal institut universitaire. Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans). Montréal: CJM-IU; 2014. https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Guide-d%C3%A9valuation-des-capacit%C3%A9s-parentales_25-09-2014.pdf

20. Droits de visite en présence d'un tiers. Référentiel. Lille: Hôtel du Département du Nord; 2025.

21. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Circulaire relarive décret n° 2023-914 du 2octobre 2023 portant diverses dispositions en matière d'assistance éducative. Paris: Ministère de la justice; 2024. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-01/JUSF2335324C.pdf

22. Centre jeunesse de la Montréal institut universitaire, Blain-Lamoureux D. Guide de soutien pour les visites supervisées. Montréal: CJM; 2010.
https://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/guide_visites_supervisees.pdf

23. Observatoire national de la protection de l'enfance, Oui A, Cole E, Genest L. Penser petit : des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés. Rapport d'étude. Paris: ONPE; 2019.

24. Virat M. Charge émotionnelle et vécu professionnel en protection de l'enfance. ONPE Synthèses 2025;21:1-4.

25. Centre jeunesse de la Montérégie. Guide de pratique en matière de contacts supervisés au CJM. Chambly Québec: CJM; 2010.
https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Guide_de_pratique_contacts_supervises_CJMont%c3%a9r%c3%a9gie.pdf

26. Centre jeunesse des Laurentides. Cadre de référence en matière de visites supervisées. Montréal: CJL; 2011.
https://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/guide_visites_supervisees.pdf

27. Pernel A-S, Garret-Gloanec N. Analyse processuelle des situations de négligence. Vie sociale 2024;n° 44(4):59-76.
https://dx.doi.org/10.3917/vsoc.228.0059

28. Aujard C. Écouter les bébés en pouponnière. Revue de l'enfance et de l'adolescence 2016;94(2):35-44.
https://dx.doi.org/10.3917/read.094.0035

29. Conram Community Campus. A guide to best practice in supervised child contact. London: Conram; 2010.
https://www.coram.org.uk/wp-content/uploads/2023/01/A-Guide-to-best-practice-in-supervised-contact-2010.pdf

30. Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Malakoff: Dunod; 2021.

31. Gouvernement du Québec. Guide relatif aux normes et à l'organisation des services pour les ressources de supervision des droits d'accès (SDA) : Ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2018.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-08W.pdf

32. Les visites protégées dont la mise en oeuvre est confiée au conseil déparmental. Référentiel du département de l'Ain : Département de l'Ain; 2015.

33. Conseil général d'Île et Vilaine. Protection de l'enfance : référentiel des visites en présence d'un tiers. Cahiers techniques du pôle Action Sociale 2009;(195).

34. Euillet S, Ganne C, Turlais A. L'évaluation des situations d'enfants confiés en familles d'accueil : Etat des lieux des pratiques dans le secteur associatif [Rapport de recherche]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.

35. Bonneville-Baruchel E. Enjeux des rencontres entre enfants placés et parents en grande difficulté : comprendre et accompagner. Dans: Les enfants exposés aux violences collectives. Toulouse: Érès; 2016. p. 35-46.

36. Sellenet C. Les visites médiatisées pour des familles séparées : protéger l'enfant Paris: Editions L'Harmattan ; 2010.

37. Boudarse K, Dodelin M. De la visite médiatisée. Étude clinique. Dialogue 2011;n° 193(3):139-52.
https://dx.doi.org/10.3917/dia.193.0139

38. Sellenet C. Paroles d'enfants sur les « visites médiatisées » en protection de l'enfance. Dans: Gutton P., Bagnulo A., Jeanblanc F., ed. Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance. Paris: Éditions GREUPP; 2011. p. 143-50.

39. Pavelka M. Prendre soin de l'enfant et respecter ses parents. Dans: Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance. Paris: Éditions GREUPP; 2015. p. 63-80.

40. Minotto A-M, Rancourt A. Comment chercher la cohérence ? Dans: Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance. Paris: Éditions GREUPP; 2015. p. 35-52.

41. Mermet G. Du côté des familles d'accueil. Dans: Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance. Paris: Éditions GREUPP; 2011. p. 153-63.

42. Van Caemerbeke O. Visites médiatisées : les besoins de l'enfant avant tout, focus sur 2 expériences inspirantes. Dossier. Bulletin de la protection de l'enfance 2024;(152-155):14-22.

43. Cornalba V. Contenir, transformer, retraiter. Trois fonctions des visites médiatisées. Dialogue 2012;n° 197(3):131-40.
https://dx.doi.org/10.3917/dia.197.0131

44. Clergeau S. Visites médiatisées : avec ou sans médiation ? Enfances & Psy 2017;N° 76(4):95-104.
https://dx.doi.org/10.3917/ep.076.0095

45. Janin M. Un regard psychanalytique sur les visites médiatisées : le rôle de la contenance dans le soutien à la parentalité. Dialogue 2022;n° 238(4):177-92.
https://dx.doi.org/10.3917/dia.238.0177

46. Krummenacher L. Savoir-faire professionnel et tissage de relations dans les visites médiatisées. Recherches familiales 2022;19(1):45-56.
https://dx.doi.org/10.3917/rf.019.0049

47. Miljkovitch R, Danner Touati C, Deborde A-S, Cyr C, Sirparanta A, Tarabulsy GM, Dubois-Comtois K. Un programme pour soutenir la sensibilité parentale en protection de l'enfance. Vie sociale 2024;n° 44(4):119-35.
https://dx.doi.org/10.3917/vsoc.228.0119

48. Bonneville-Baruchel E. Les liens pathologiques. Psychopathologie de l'intersubjectivité [Formation visites médiatisées]. Paris: Université Paris V Descartes; 2015.

49. Bonneville-Baruchel E. Psychopathologie de la famille et de l'enfant : les dysfonctionnements de la parentalité et ses effets sur le développement et les capacités relationnelles de l'enfant [Formation visites médiatisées]. Paris: Université Paris V Descartes-Sorbonne; 2015.

50. Moraël E. Refus ou consentement. Enfant et adolescents au coeur des conflits familiaux. Nîmes: Champ Social; 2023.

51. Observatoire national de la protection de l'enfance. Accueil familial thérapeutique (AFT) Pré Médard Centre Hospitalier (CH) Henri Laborit de Poitiers (86). Paris: ONPE; 2018.
https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/86_aft.pdf

52. Bonneville-Baruchel E. Situations d'incapacités parentales : les pathologies des liens parents-enfants. Vie sociale 2024;44(4):103-15.
https://dx.doi.org/10.3917/vsoc.228.0103

53. Sellenet C. Paroles d'enfants sur les « visites médiatisées » en protection de l'enfance. Dans: Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance. Paris: Éditions GREUPP; 2011. p. 143-50.

54. García-Martín MÁ, Fuentes MJ, Bernedo IM, Salas MD. The views of birth families regarding access visits in foster care. J Soc Work 2019;19(2):173-91.
https://dx.doi.org/10.1177/1468017318757399

55. Kiely E, O' Sullivan N, Tobin M. Centre-based supervised child-parent contact in Ireland: The views and experiences of fathers, supervisors and key stakeholders. Children and Youth Services Review 2019;100:494-502.
https://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.008

56. Centre jeunesse de Montréal institut universitaire. Le changement, une réalité au coeur du travail en centre jeunesse. Défi Jeunesse 2014;XX(3).

57. Défenseur des droits, Défenseure des enfants, Avenard G, Toubon J. De la naissance à 6 ans : au commencement des droits. Paris: DD; 2018.
https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_rapport-annuel-enfants_2018_20181121.pdf

58. Deprez A, Antoine C. L'effet des visites parentales chez le bébé placé : une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après une visite médiatisée. Devenir 2011;Vol. 23(3):239-70.
https://dx.doi.org/10.3917/dev.113.0239

59. Sellenet C. Loin des yeux, loin du cœur ? Maintenir les liens parents-enfants dans la séparation Paris: Belin; 2010.

60. Direction interrégionale de la Protection judiciaire de la jeunesse Grand-Ouest. Les visites en présence d'un tiers en détention. Le livret pratique. Rennes: DIRPJJ; 2023.

61. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers ». Argumentaire bibliographique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833665/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangers-argumentaire

62. Ward H, Brown R, Hyde-Dryden G. Assessing Parental Capacity to Change when Children are on the Edge of Care: an overview of current research evidence. Loughborough University: Department for Education; 2014.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330332/RR369_Assessing_parental_capacity_to_change_Final.pdf

63. Observatoire national de la protection de l'enfance. Aménagements de l'autorité parentale, délaissement et intérêt supérieur de l'enfant : état des lieux du cadre légal et de la jurisprudence. Note juridique. Paris: ONPE; 2019.

64. Bonneville-Baruchel E. Démédiatisation visites parent-enfant : critère de procédure. Fiche de synthèse [Formation visites médiatisées]. Paris: Université Paris V Descartes; 2015.

Participants

Équipe projet

Manuela CHEVIOT, cheffe de service recommandation, DiQASM

Renaud HARD, chef de projet, service recommandation, DiQASM

Nagette JOUSSE, assistante, DiQASM

Roxane VILLENEUVE, chargée de projet, DiQASM

Groupe de travail

Professionnels

- Mme Diaye BATHILY, coordinatrice adjointe à la direction, AMFD banlieue Nord et Nord-Ouest (75)
- Mme Nathalie BOTELLA, psychologue clinicienne, docteure en psychopathologie et psychologie clinique, chargée d'enseignement universitaire et formation continue vacataire (Lyon 2), chercheur associé du centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC – EA653 – Lyon 2)
- Mme Solange BOUHEDDA, responsable du service DIAPASON, établissement public Le Charmeyran (38)
- Mme Caroline BRANLY COUSTILLAS, vice-présidente, pôle Affaires familiales, tribunal judiciaire de Paris (75)
- Mme Rozenn BRARD, cheffe de service éducatif, accueil éducatif du Montargeois (45), fondation La vie au grand air
- Mme Blandine DESERT, cheffe de service adjointe, BASE, département de Seine-Saint-Denis (93)
- Mme Sara DESPRÉS, avocate à la Cour (75)
- Mme Audrey DOIN, éducatrice, ASEA Maine-et-Loire (49)
- Mme Sophie FRIEDELMEYER, cheffe de service éducatif, foyer de la jeunesse Charles FREY, Strasbourg (67)
- Mme Lily GLAYMANN, vice-présidente, magistrat coordonnateur du service des affaires familiales, directrice de centre de stage, tribunal judiciaire d'Orléans (45)
- Mme Lucie LACHAUX, responsable d'équipe – assistants familiaux, ASE, département du Rhône (69)
- M. Antoine LE CAM, éducateur spécialisé, SEA 35 – CPFS Saint-Grégoire (35)
- Mme Élisabeth LEFEBVRE, coordinatrice LRPE, pôle Enfance-famille-jeunesse, département du Nord (59)
- Mme Esther MACLE, juge des enfants, tribunal judiciaire de Bobigny (93)
- Mme Lara MONDELIN, psychologue clinicienne, CH Bugey-Sud (01)
- Mme Charlène NICOLAS, cheffe de service, centre départemental de l'enfance de Moselle, PLAPEVILLE (57)
- M. Fabien POURAILLET, éducateur spécialisé, CDEF du Tarn-et-Garonne, Montauban (82)
- Mme Caroline PUCHEU, responsable de service, SYRMA, Les Mureaux (78)
- Mme Marina STEPHANOFF, psychologue clinicienne, directrice clinique de Cap Alésia (75)
- M. Jean-Jacques TEIXEIRA, cadre socio-éducatif, IDEF de la Vienne, Poitiers (86)

- Mme Natacha TRAVERT, assistante familiale, département du Rhône (69)
- Mme Ayfer YANKACAR, éducatrice, foyer de la jeunesse Charles FREY, Strasbourg (67)

Représentants d'usagers

- Mme M. N. AZARES
- M. D. BOKOPOLO
- M. C. Y. CADET
- Mme A. MARTIN

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès de Mme BRARD en septembre 2025. Rozenn BRARD nous a fait profiter, lors des 7 premières séances de travail de ce GT, de tout son engagement, son expérience et son expertise. Nous avons une pensée émue pour elle, ses anciens collègues et ses proches.

Groupe de lecture

Parties prenantes

Marie-Pierre AUGER, conseillère technique, Conférence nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE)

Cyrille BURNEL, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Camille DUBUIT, NEXEM

Sarah FERRANDI, Union nationale aide à domicile en milieu rural (UN-ADMR)

Alice GRUNENWALD, présidente de l'Association française des magistrats de la jeunesse et de la famille (AFMJF)

Emmanuelle LAJUS-THIZON, vice-présidente en charge de l'instruction, tribunal judiciaire de Bordeaux

Sébastien MOUNIÉ, haut fonctionnaire au handicap et à l'inclusion, secrétariat général, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Gilbert MOUNIER, responsable qualité national, Croix-Rouge française

Amélie NAUDOT, présidente de la Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux (FENAMEF)

Vincent VINCENTELLI, directeur du pôle Politiques publiques, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Experts

- Kadija BOUBTITA, thérapeute familiale, 59
- Jean-Laurent CLOCHARD, responsable du pôle Familles – Aide à domicile, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)
- Sophie CHARLES, responsable de formation en action sociale, 69
- Sandrine GALERNE, directrice pôle Famille, Association départementale pour l'aide à l'enfance et aux adultes en difficulté (ADAEA)
- Marie GROSSE-SEIDEL, éducatrice, service accueil familial du foyer de la jeunesse Charles FREY (Strasbourg)
- Domenica HERTZ CLEMENS, assistante de service social, 77

- Mathieu HUGON, psychologue, 83
- Virginie JOSEPH, directrice du CDEF, Toulouse (31)
- Raphaël LAMBERT, psychologue, 77
- Jimmy MESSINEO, directeur de CAP Alésia (75), fondation Droit d'Enfance
- Pascal PRUNET, directeur de MECS, foyer Saint-Joseph, Alès (31)
- Céline REAL, psychologue, CDEF de Montauban (82)
- Linda STEIB, coordinatrice, service de visites médiatisées La Parenthèse (association Plein Soleil, 83)
- Caroline VAGLIO, cadre de direction, CD 91
- Olivier RICHARD, psychologue, IDEF, 86

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESSMS
APP	Analyse de la pratique professionnelle
ASE	Aide sociale à l'enfance
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CD	Conseil départemental
CESSEC	Commission d'examen de la situation et du statut des enfants confiés
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CPIP	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
DIPEC	Document individuel de prise en charge
ER	Espace de rencontre
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
GT	Groupe de travail
HAS	Haute Autorité de santé
JAF	Juge aux affaires familiales
JE	Juge des enfants
ONPE	Observatoire national de la protection de l'enfance
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PPE	Projet pour l'enfant
RBPP	Recommandation de bonnes pratiques professionnelles
RNER	Référentiel national des espaces de rencontre
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SPA	Substance psychoactive
STEMO	Service territorial éducatif de milieu ouvert
TDC	Tiers digne de confiance
TISF	Technicien/ne de l'intervention sociale et familiale
TJ	Tribunal judiciaire
UVF	Unité de vie familiale
VPT	Visite en présence d'un tiers

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2025 – ISBN : 978-2-11-179612-6