



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

**L'impact des parcours migratoires traumatiques des
parents sur le développement psychique des enfants :
quelle prise en charge au CHS ?**

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction du Dr Yannis GANSEL

SUEUR, Valérie
Année 2022-2023



UNIVERSITÉ
JEAN MONNET
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Lyon 1

L'impact des parcours migratoires traumatiques des parents sur le développement psychique des enfants : quelle prise en charge au CHS.

Mots clés : Traumatisme psychique-Enfant-Parentalité-Migration-Pédopsychiatrie.

Résumé

L'accompagnement en pédopsychiatrie des enfants issus de familles migrantes est bien spécifique car il implique de tenir compte d'une multitude de facteurs. Effectivement, ce qui complexifie la situation est avant tout la barrière de la langue, les faibles moyens de ces familles à venir jusqu'aux soins, leur manque de disponibilité physique et psychique, le sens que peuvent avoir pour eux les dispositifs de soins, mais aussi le manque de temps et de moyens, du côté des professionnels, pour prendre en compte leur parcours migratoire bien souvent traumatique. En effet, l'histoire de ces parents semble avoir un impact sur la nécessité de soins pour leurs enfants, sur la possibilité de les mettre en place et d'y trouver un sens commun.

L'idée de ce travail est de faire un double constat : analyser les répercussions que peuvent avoir les parcours migratoires des parents sur le développement psychique de leurs enfants, à travers des vignettes cliniques, des interviews de professionnels du soin, et voir ensuite comment les situations sont prises en compte en service de pédopsychiatrie, plus particulièrement au CHS¹ de la Savoie. L'objectif est de voir comment tenter d'améliorer l'accueil et l'accompagnement de ces familles et leurs enfants, afin d'être au plus près et au plus juste de leur parcours de vie.

¹CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier tous les intervenants du D.I.U. « Santé Société Migration » qui m'ont transmis leurs connaissances, leur passion et leur engagement à travers ces différents modules au cours de cette année 2022/2023. Ils m'ont beaucoup appris et ont enrichi ma pratique professionnelle. De cette façon, ils m'ont donné envie de me former davantage sur ces sujets.

Je remercie vivement Stéphanie BROCHOT pour sa disponibilité, sa réactivité et sa gentillesse, ainsi que Yannis GANSEL pour ses conseils, ses encouragements, sa mise à disposition et son intérêt porté à mon travail.

Mes remerciements vont tout particulièrement à ces parents et enfants que j'ai rencontrés depuis mes débuts en pédopsychiatrie, il y a onze années maintenant. En effet, ce sont ces rencontres qui m'ont conduites à me spécialiser. Je souhaite, à travers ce mémoire, leur rendre hommage. Ces personnes m'ont énormément inspirée dans la rédaction de cet écrit

Merci au C.H.S., et plus particulièrement à l'encadrement et au service de formation continue de m'avoir permis d'accéder à cette formation.

J'adresse mes plus vifs remerciements à mes collègues du CMP/CATTP² Enfants de Challes les Eaux, à mes anciennes collègues de travail et aussi aux autres collègues du C.H.S, avec qui j'ai eu de riches échanges. Leur partage de point de vue et de compétences s'est révélé une grande source d'enrichissement.

Je remercie Marie et Saïd le couple d'amis qui m'ont hébergé à Lyon. Ma formation s'en est trouvée grandement facilitée.

Enfin, mon immense gratitude à ma fille et mon conjoint pour leur soutien indéfectible tout au long de cette année. Qu'ils en soient ici remerciés.

²CMP/CATTP : Centre Médico Psychologique/Centre Thérapeutique à Temps Partiel

Table des matières

Introduction	p. 7
<u>1. Présentation du terrain d'intervention.</u>	p. 9
1.1 : Mon parcours en tant qu'AS. au CHS.	p. 9
1.2 : Le CHS.	p. 9
1.3 : Les services de pédopsychiatries.	p. 9
1.4 : Les missions des Assistants Sociaux au CHS.	p. 10
1.5 : Le CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux « Le Galien ».	p. 11
<u>2. Définitions, théories et réflexions</u>	p. 12
<u>3. Vignettes cliniques.</u>	p. 15
3. 1. Vignette clinique n°1 : celle de « Nicolas et sa famille ».	p. 15
<i>3.1.1 Présentation de la situation de Nicolas et sa famille.</i>	p. 15
<i>3. 1.2 Observations pédopsychiatriques.</i>	p. 15
<i>3. 1.3 Observations sociales.</i>	p. 16
<i>3. 1.4 Observations réalisées par les infirmières.</i>	p.17
<i>3. 1.5 Observations sur les temps de groupe thérapeutique.</i>	p. 17
<i>3. 1.6 Observations psychomotrices.</i>	p. 18
<i>3. 1.7 Observations orthophoniques.</i>	p. 18
<i>3. 1.8 Conclusions.</i>	p. 19
3. 2. Vignette clinique n°2 : celle de « Pava et son fils Ivan ».	p. 20
<i>3.2.1 Présentation de la situation de Pava et Ivan.</i>	p. 20
<i>3.2.2 Histoire de Pava.</i>	p. 20
<i>3. 2.3 Observations sur le parcours de soins et de scolarisation d'Ivan.</i>	p. 22
<i>3. 2.4 Observations sur les temps de PEGI.</i>	p. 26

3. 2.5 Consultation à l'ADDCAES : dispositif APSI.	p. 26
3. 2.6 Conclusions.	p. 27
3. 3. Vignette clinique n°3 : celle de « Nino et sa maman ».	p. 28
<i>3.3.1 Histoire de la maman de Nino.</i>	p. 28
<i>3. 3.2 Parcours de soins et de scolarisation de Nino.</i>	p. 28
<i>3. 3.3 Point de suivi en présence d'une interprète et de la maman de Nino.</i>	p. 31
<i>3.3.4 Conclusions.</i>	p. 32
3. 4. Tableau de comparaisons	p. 33
3. 5. Conclusions.	p. 34
4. <u>Interviews de professionnels du CHS.</u>	p. 35
4.1.1 Introduction	p. 35
4. 1.2 Présentation des structures des professionnelles Interviewées.	p. 36
<i>4.1.2.1 Présentation du CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux « Le Galien ».</i>	p. 36
<i>4.1.2.2 Présentation du CMP/CATTP Enfants et adolescents de Chambéry le Haut.</i>	p. 37
<i>4.1.2.3 Présentation du CMP/CATTP Enfants et Adolescents d'Aix les Bains.</i>	p. 37
<i>4.1.2.4 Présentation de l'Unité de Psychopathologie Périnatale.</i>	p. 38
<i>4.1.2.5 Présentation de La Buissonnière.</i>	p. 39
4. 1.3 Synthèse des informations collectées à travers les interviews.	p. 40
4. 1.4 Conclusions	p. 44
5. <u>Conclusion</u>	p. 46
6. <u>Bibliographie.</u>	p. 48
7. <u>Glossaire.</u>	p. 50
8. <u>Annexes</u>	p. 52
8.1.: Plaquette de présentation du CHS.	p. 52

8. 2 : Plaquette de présentation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.	p. 54
8. 3 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP Le Galien à Challes les Eaux.	p. 56
8. 4 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP à Chambéry le Haut	p. 58
8. 5 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP d'Aix les Bains.	p. 60
8.6: Plaquette de présentation de l'UPPN.	p. 62
8. 7 : Plaquette de présentation de La Buissonnière.	p. 64
8. 8 : Plaquette de présentation de l'ADDCAES.	p. 66
8. 9 : Plaquette de présentation du dispositif APSI de l'ADDCAES.	p. 67
8. 10 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS.	p. 68
8. 11 : Questionnaire à destination des familles.	p. 69
8. 12 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une psychologue à l'UPPN.	p. 72
8.13 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview de la psychologue de La Buissonnière.	p. 75
8.14: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'un médecin pédopsychiatre du 2^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS.	p. 80
8 15: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'un médecin pédopsychiatre du 3^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS.	p. 82
8.16: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une psychomotricienne du 3^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS.	p. 85
8. 17 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une éducatrice spécialisée du 1^{er} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS.	p.88
8.18 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une psychomotricienne du 1^{er} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS.	p. 91

Introduction

Une personne en situation migratoire, la plupart du temps, se déplace souvent seule, parfois accompagnée par un mari/une femme ou un/des enfant(s), voire les deux. Les parcours migratoires, dans une grande majorité des cas, sont des expériences traumatiques pour les personnes qui les vivent. Dans ma pratique professionnelle quotidienne, en tant qu'Assistante Sociale en pédopsychiatrie au CHS, je suis de plus en plus amenée à accompagner des familles, majoritairement des femmes seules avec leurs enfants, issues de la migration.

Je souhaite, au travers de ce mémoire, non seulement rendre visible l'histoire de ces mères que nous rencontrons dans nos services de pédopsychiatrie -celles que j'appelle « mère-courage » et leurs enfants « symptômes » qui portent « les fantômes » de l'Histoire-, mais aussi en laisser une trace. Je n'ai pas choisi ce sujet par hasard, mais plutôt parce que j'ai conscience qu'il peut résonner à certains endroits de mon histoire personnelle, ainsi que celle de la famille dans laquelle j'ai grandi, et de celle que je me suis construite. Je suis particulièrement touchée par le combat que ces femmes mènent quotidiennement depuis le départ de leur pays d'origine, et celui qu'elles ont dû bien souvent mener pour en partir. Ce combat perdure au quotidien pour pouvoir exister en tant que sujet dans le pays d'accueil, pour accéder à un statut, à un logement, aux droits et aux soins nécessaires pour elle et leurs enfants. Nous allons voir par cette étude que les soins pédopsychiatriques de ces enfants sont souvent révélateurs de parcours de vie difficiles.

Comment accompagner au mieux ces familles, dans les parcours de soins de leurs enfants, en tenant compte de leur parcours migratoire traumatique qui fait trace visible et invisible sur eux-mêmes, ainsi que sur leurs enfants ? Comment pouvoir prendre le temps d'accueillir la parole fragilisée et blessée de ces parents, le plus souvent ces mères, pour ensuite les aider à trouver un sens aux soins proposés à leurs enfants ? Comment leur offrir un espace de paroles pour qu'elles puissent comprendre et accepter la nécessité de la mise en place d'un espace de soins pour leurs enfants ?

Ce mémoire, au cours duquel je vais tenter de montrer le retentissement des parcours migratoires des parents sur le développement psychique de leurs enfants, va se décliner sous la forme de quatre grands axes. Je présenterai tout d'abord mon lieu d'exercice professionnel dans ma mission d'Assistante Sociale.

Des théories seront ensuite exposées afin d'étayer ma réflexion. S'ensuivra une étude conséquente et analytique comprenant la présentation de trois vignettes cliniques, particulièrement représentatives de cet impact du parcours migratoire des parents. La dernière partie, articulée autour d'interviews de professionnelles en pédopsychiatrie, sera logiquement consacrée à un état des lieux des prises en charge au CHS de ce public.

Cela m'amènera à proposer des pistes de réflexion afin de répondre au mieux aux problématiques psychiques auxquelles se heurtent ce public aux parcours migratoires complexes.

1.Présentation du terrain d'intervention

1.1 : Mon parcours en tant qu'AS³. au CHS.

J'interviens en tant qu'assistante sociale en pédopsychiatrie depuis mai 2012, pour le CHS de la Savoie à Bassens ; plus précisément en CMP. Enfants et Adolescents et en CATTP

Entre 2012 et 2019, j'exerce sur les CMP/CATTP de Modane, Saint Jean de Maurienne et Chambéry le Haut. Chambéry le Haut est une ZUP⁴ où la population présente une mixité majeure et un important brassage des cultures.

Par la suite, entre septembre 2019 et 2021, je travaille toujours à la ZUP mais également sur la commune de Challes les Eaux. Pour finalement n'intervenir qu'à Challes les Eaux depuis octobre 2022 jusqu'à ce jour.

1.2 : Le CHS.

Le CHS de la Savoie assemble deux pôles d'intervention : la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Pour une prise en charge optimale des patients, le département de la Savoie est découpé en secteurs géographiques : cinq secteurs pour les patients adultes, trois inter-secteurs pour les enfants et un service départemental pour les adolescents. Cet établissement sanitaire permet une offre de soins diversifiés, notamment hospitalisation complète, consultations, prises en charge à temps partiel, accueil familial thérapeutique. Les différentes structures présentes sur l'ensemble du département de la Savoie offre des services de proximité.

1.3 : Les services de pédopsychiatries.

Les CMP/CATTP Enfants et Adolescents sont des structures extra hospitalières rattachées au CHS de la Savoie proposant des soins en ambulatoire. La mission de ces structures, dans le cadre du service public hospitalier, est d'assurer et de proposer la prévention et les soins des troubles psychologiques, psychiatriques ou du développement de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 18 ans. L'ensemble des consultations et des soins est financé dans le cadre du budget Sécurité Sociale du CHS de la Savoie et ne nécessite aucun paiement direct des usagers.

³AS : *Assistant Social*

⁴ZUP : *Zone à Urbaniser en Priorité.*

Nous disposons de trois inter-secteurs de pédopsychiatrie dont deux sont dotés d'un hôpital de jour, destiné à accueillir des enfants porteur de T.S.A⁵, avec des prises en charge plus conséquentes qu'en CMP/CATTP, des moyens humains et des temps de prise en charge plus importants. Le CHS dispose d'une Unité de Psychopathologie Périnatale pour les enfants de 0 à deux ans, où vont être accueillis des mères et leurs bébés, afin de prendre en charge et soutenir les liens précoces. Cette unité s'est vu attribuer des locaux au CHMS⁶ de Chambéry.

Dans le cadre des soins en pédopsychiatrie, les enfants sont reçus en première intention par les pédopsychiatres ou par les psychologues des structures. Lors des premières consultations, une évaluation des besoins de l'enfant va être réalisée, et il en découlera un projet de soins thérapeutiques, si nécessaire, avec soit une ou des prises en charges individuelles et/ou groupales. Les prises en charge ont lieu principalement de manière hebdomadaire.

1.4 : Les missions des Assistants Sociaux au CHS.

Au sein du CHS, les assistants sociaux ont pour mission d'aider les patients, les personnes accueillies et les familles qui connaissent des difficultés sociales, à prévenir ou à surmonter ces difficultés, à maintenir ou à retrouver leur autonomie, et également à faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Dans le respect des personnes, nous recherchons les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique et social. Nous conseillons et accompagnons ces personnes dans l'objectif d'améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel. Notre rôle est d'informer l'usager et sa famille sur les droits sociaux et leur en faciliter l'accès dans le cadre d'un accompagnement global. Nous participons à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets sociaux et éducatifs de l'établissement. Nous assurons, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination de leur parcours avec d'autres institutions, les services sociaux et médico-sociaux. Nous allons à la rencontre des partenaires dans un souci de contenance et de cohérence dans l'accompagnement auprès des usagers et de leur famille. Nous assurons un rôle « d'interface » entre l'usager, les acteurs de son environnement et l'équipe de soins. Nous apportons un soutien social contribuant à l'accompagnement d'un projet thérapeutique, à une continuité des soins, dans un projet de vie. Du fait de notre expertise en matière de santé mentale, nous apportons un appui et une vision sociale à l'équipe, et aux partenaires extérieurs. En pédopsychiatrie, nous accueillons les enfants

⁵TSA : Trouble du Spectre de l'Austime

⁶CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie.

et leurs parents dans les locaux des CMP, mais nous pouvons également aller vers ces familles, en nous rendant à leur domicile lorsque cela semble adapté. Nous avons également une mission majeure de prévention et de protection de l'enfance.

1.5 : Le CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux « Le Galien ».

Au CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux, j'interviens au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de deux pédopsychiatres, deux psychologues, deux éducatrices spécialisées, trois infirmières, deux psychomotriciennes et un psychomotricien, deux secrétaires médicales, un neuropsychologue, une ergothérapeute et un cadre de santé.

Je suis confrontée, dans ma pratique professionnelle quotidienne, à de nombreuses situations où il est question de traumatismes, et notamment de traumatismes liés aux histoires de vie des familles migrantes. Souvent des enfants naissent, grandissent et vivent au cœur de ces parcours de vie complexes et sont touchés de près ou de loin par ce que traversent leurs parents, la plupart du temps des mères seules. Par conséquent, ils en sont directement ou indirectement impactés dans leur développement, et particulièrement leur développement psychique.

2. Définitions, théories et réflexions

La notion de **migration** est le fait de se déplacer, de bouger au sens propre. Cette migration peut être choisie ou forcée ; elle peut avoir lieu pour des raisons familiales, politiques, économiques, climatiques.

Un migrant est selon l'OMS⁷ «une personne en situation de déplacement d'un endroit à un autre, qu'elle traverse ou non une frontière internationale. »

« Traditionnellement, il est un monde des hommes, il est un monde des femmes... Le monde des femmes migrantes est peu étudié. Pourtant, les marques de la migration dans leur vie sont souvent profondes, parfois béantes. Il est vrai que, pour les percevoir, il faut s'intéresser au monde de l'intimité, du dedans, du petit, du concret, des enfants...Ainsi la migration des femmes, des mères, est comme celle des hommes, multiple, avec des arbres de vie complexes – entrelacs d'histoires vécues, entendues, rêvées ou inventées, de récits parfois tragiquement arrêtés, mais aussi initiation à d'autres mondes, d'autres possibles, d'autres solitudes, d'autres libertés... » Marie-Rose MORO.

L. CROCQ définit le **traumatisme psychique** comme le fait pour un enfant d'avoir vécu **une expérience psycho traumatique**, soit un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophes ou événements de guerre, mais aussi de l'avoir vécu, sur le mode du trauma dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance d'absence de secours ».

Plusieurs psychologues et psychiatres ont développé des théories sur le traumatisme psychique :

Ainsi Marie-Rose MORO, dans *Interprétation Psychanalytiques du Traumatisme*, (2012), écrit que « en clinique transculturelle, le traumatisme devrait être conçu comme étant « tous les non-sens qui touchent l'individu selon le niveau d'être, du sens et du faire » c'est-à-dire comme l'ensemble des éléments bouleversant le sujet dans sa manière d'exister, d'octroyer une signification à son expérience et d'appartenir à sa communauté et même à l'humanité. »

Quant à lui Sandor FERENCZI (journal clinique 1932) rapporte que « en réaction au choc traumatique, la psyché se scinde, causant une véritable déchirure du Moi ou de l'identité, créant ainsi diverses sphères de fonctionnement au sein de celle-ci ».

⁷O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

Selon ROUSSILLON (2005) « le sujet se retire de son expérience subjective, se quitte, se coupe de lui-même, comme le lézard qui, lorsque pris au piège, accepte de sacrifier une partie de soi pour sauver le tout. Le sujet se retrouve face à la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale, d'anesthésier la partie de soi en contact avec cette douleur insupportable, de se tuer pour subsister. Ce qui rappelle le clivage narcissique évoqué par FERENCZI ». « Survivre psychiquement, mettre en œuvre des stratégies pour survivre, ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir » est également une des idées qu'il défend.

Jean-Michel QUINODOZ (2000) mentionne « les sujets traumatisés souffrent de l'impossibilité d'intégrer divers fragments d'eux-mêmes, vécus comme irréconciliables. »

La parentalité définie par Didier HOUZEL dans les années 90 « comprenait trois dimensions dans ce « fait d'être parent » : celle de « l'exercice », qui renvoie à une définition juridique de la parentalité, celle de la « pratique », renvoyant à la personne qui concrètement prend soin de l'enfant et assure son éducation, et celle de « l'expérience » d'être parent, correspondant plus à un sentiment subjectif, à un lien vécu avec l'enfant.

Les parcours migratoires des êtres humains sont chargés d'étapes et de vécus complexes et douloureux, qui les touchent eux en premier lieu, mais aussi leurs enfants.

La peur, l'anxiété, l'errance, le fait de devoir rester sous silence, la question du droit à l'existence, l'invisibilité, la perte de repères, la perte de la famille, la perte du groupe d'appartenance, l'exclusion, les ruptures, les violences multiples et variées, les départs précipités des pays, les enfants laissés au pays, la barrière de la langue, les trajets, les violences administratives, l'isolement... tous ces éléments, et bien d'autres encore, peuvent impacter fortement le bien-être des personnes migrantes et de leurs enfants, et faire trace de traumatismes dans leur parcours de vie.

Il est évident que les parents migrants en recherche de nourriture, de logement, d'emploi, qui font face d'une part à une incertitude liée à l'attente d'une éventuelle régularisation de leur statut, et de l'autre à des institutions qui sont souvent maltraitantes dans leurs réponses et dans la prise en compte de leurs situations, sont bien souvent indisponibles pour leurs enfants et en incapacité de jouer la fonction protectrice parentale.

Comment ces parents peuvent-ils aider leurs enfants à grandir, à se construire dans des situations d'extrême précarité, de peur et d'incertitude ? Comment peuvent-ils apporter une sécurité affective à leurs enfants, étant eux-mêmes en insécurité totale ?

Ce qui rend vulnérables les enfants de migrants, c'est la difficulté à faire coexister différentes langues, cultures et appartenances. Pour bien grandir et bien se développer, ces enfants doivent réussir à s'appuyer sur un monde du dedans, qui serait celui de la famille, et un monde du dehors, celui de l'école et des institutions.

Voici quelques questions tirées de l'article de RIZZI, Alice TITIA. « Importance des productions des enfants en clinique transculturelle » qu'il serait bon de se poser pour un meilleur accompagnement thérapeutique des enfants de migrants :

« Comment accompagner l'enfant dans un parcours psychothérapeutique adapté aux spécificités transculturelles qu'il porte ?

Comment l'aider à traverser la singularité de son processus de construction identitaire fondée sur une profonde vulnérabilité ?

Comment favoriser la dynamique thérapeutique qui lui permettrait d'abandonner le clivage entre « monde du dedans et monde du dehors, monde d'ici et monde d'ailleurs, entre l'avant et l'après migration » (BAUBET et MORO, 2000) ?

Comment soutenir le développement du métissage comme « compromis face à l'impossible choix d'être seulement d'ici ou seulement d'ailleurs » (MORO, 2002) ? -

« Par quels moyens faciliter son expression narrative et son élaboration psychique et culturelle ? »

3.Vignettes cliniques

Il me semble plutôt pertinent et tout à fait indispensable de venir illustrer mes propos par différentes vignettes cliniques retraçant des situations rencontrées dans le cadre de mon travail en CMP Enfants et Adolescents.

3. 1. Vignette clinique n°1 : celle de « Nicolas et sa famille ».

3. 1.1. Présentation de la situation de Nicolas et sa famille :

Je nommerai l'enfant concerné par cette vignette clinique, Nicolas.

Les parents de Nicolas font une demande de suivi auprès du CMP. Enfants de leur secteur de domiciliation sur les conseils de l'institutrice. En effet, Nicolas ne marche plus, alors qu'auparavant il marchait. Suite à une chute, il refuse de marcher et se déplace sur les genoux. L'institutrice pense qu'une prise en charge en psychomotricité pourrait l'aider.

Nicolas, âgé de 3 ans en 2014, est scolarisé en PSM⁸ au sein d'une école de Savoie. Il est né en France, d'un père de nationalité arménienne et d'une mère de double nationalité russe et géorgienne. Nicolas a également une petite sœur née en France, âgée d'un an et demi.

Les parents ont fui la Géorgie, pour des raisons politiques, et sont arrivés en France en 2009.

Ils n'ont pas de titre de séjour et sont logés dans un petit appartement prêté par la mairie de leur commune. Un réseau d'aides s'est mis en place pour les soutenir sur le plan alimentaire, pour le paiement des factures diverses, de la vêtue, etc. et bien évidemment dans l'accompagnement des démarches administratives.

3. 1.2. Observations pédopsychiatriques :

Lors de la 1^{ère} consultation avec la pédopsychiatre, Nicolas est présent avec sa maman. Depuis juin 2014, ce dernier ne se déplace plus que sur les genoux ou à quatre pattes. C'est un enfant bilingue, mais qui ne prononce que deux mots en français. Dans son développement, Nicolas acquiert la marche à 11 mois. Le début du langage apparaît à 19 mois et la propreté est acquise. Sur le plan relationnel, des difficultés sont tout de suite perçues, associées à un retard de développement global. Dans ce temps de consultation pédopsychiatrique, Nicolas se laisse tomber sur les genoux de manière nette. Au domicile, la maman relate qu'il peut présenter des conduites d'opposition, de méfiance, par exemple lorsqu'elle veut lui administrer du Doliprane.

⁸PSM : Petite Section Maternelle

Une consultation médicale a lieu neuf mois plus tard : Nicolas marche désormais, et n'a plus jamais mal aux jambes. Concernant son développement, il répond bien à son nom, comprend les consignes simples et est bien en relation. Par ailleurs, la situation de la famille, toujours en attente d'un titre de séjour, n'est pas réglée. L'enfant paraît moins anxieux et son développement somatique est bon.

La maman abordera plus facilement son histoire difficile, ainsi que le fait que son fils soit né en France et n'ait jamais vécu d'événements traumatiques, qu'il soit très sensible et empathique et qu'il a manifestement été affecté par le parcours traumatique de ses parents.

Nicolas est suivi au CMP et CATTP, pour la période de septembre 2014 à juillet 2017.

Il bénéficie de plusieurs séances de prise en charge hebdomadaire : en groupe thérapeutique, en psychomotricité et en orthophonie.

Au fur et à mesure des entretiens avec les membres de cette famille, ils finissent par s'autoriser à faire la demande de notre appui quant à leurs démarches de régularisation sur le sol français. Au début de l'année de 2015, la pédopsychiatre accepte de faire un certificat médical attestant de l'état de santé de leur enfant et de la nécessité de la poursuite de soins adaptés en France.

Voici un extrait de certificat médical « ... Des prises en charge en psychomotricité et en groupe thérapeutique sont nécessaires devant un tableau d'anxiété généralisée sévère. Nicolas présente des troubles d'une sévérité inhabituelle.... Ces troubles anxieux, ayant des répercussions graves sur le développement, surviennent dans un environnement familial affecté par l'histoire personnelle des parents avec des traumatismes vécus par les parents eux-mêmes, conduits par nécessité adaptative à se taire au sujet de leur propre histoire ».

Fin 2015, un deuxième certificat médical est à nouveau établi pour étayer la démarche des parents, et plusieurs attestations de présence de leur enfant aux soins leurs sont également délivrées pour appuyer leur demande.

3. 1.3. Observations sociales :

En tant qu'assistante sociale au sein du CMP, je rencontre cette maman pour des démarches administratives. Lors d'un premier entretien, je peux apercevoir une trace sur son corps : une grande cicatrice qui part du dessous d'une de ses oreilles traverse tout son cou jusqu'au-dessous de la deuxième oreille. Cette trace impressionnante me fait fantasmer que cette femme a été égorgée. Au cours de cet entretien, elle évoque que leur arrivée en France est liée à un départ pour des raisons politiques.

Je ne demande aucun détail sur cette situation ; la marque dans son cou pouvant déjà laisser transparaître quelque chose de traumatique de son histoire, ainsi que les larmes dans ses yeux en invoquant la raison du départ. Je peux percevoir beaucoup d'émotions dans la voix et la posture de cette femme lors des entretiens.

3.1.4. Observations réalisées par les infirmières :

Au cours du 1^{er} entretien en présence de Nicolas, ses parents et sa petite sœur, Nicolas se déplace sur les genoux. Les parents peuvent raconter que lorsqu'il est tombé, il s'est également écorché le pouce de la main droite, et que depuis cet incident, il garde le pansement et ne veut plus se servir de cette main. Il se réveille la nuit à la maison lorsqu'il perd son pansement, pleure et demande à sa mère de le lui remettre. Au cours de cet entretien, il ne parle pas mais semble comprendre ce qui se dit.

3.1.5. Observations sur les temps de groupe thérapeutique :

En début d'année scolaire, Nicolas vient au groupe thérapeutique sans pouvoir se tenir debout ; cela évolue en cours d'année. Il ne parle pas mais semble comprendre ce qu'on lui dit. Il n'est pas en relation avec les autres enfants et a tendance à jouer dans son coin. Nicolas ne prend pas la parole devant les enfants du groupe. Lorsqu'un enfant lui prend quelque chose des mains, il grogne pour manifester son mécontentement, mais ne se défend pas.

Nicolas retient tout. Il semble être dans la maîtrise. Il a tendance à s'isoler du groupe et à tourner le dos.

Dans les jeux symboliques, il joue des scènes de maisons-voitures ou de voitures-volantes, toutes entourées de barrières. Les personnages ont souvent des bagages.

Les séparations d'avec la maman ou le papa semblent moins difficiles tant à l'école qu'au CMP.

Lors d'entretiens avec la maman, elle peut expliquer que Nicolas parle beaucoup russe au domicile, et que, lorsqu'elle s'adresse à lui en français, il peut lui demander « pourquoi tu parles comme ça ? ».

La situation familiale se pose en 2016 ; les parents obtiennent un titre de séjour d'un an renouvelable et le papa a trouvé un emploi.

Une nette évolution est visible. Nicolas parle beaucoup plus facilement avec les enfants, même s'il reste plus en retrait avec les adultes.

Auparavant systématiquement, dans les séances de groupe, il dessinait, peignait ou construisait une maison avec quatre bonhommes (deux enfants, deux adultes) une voiture et des bagages. Désormais, il commence à introduire dans ses dessins d'autres éléments (poney, herbe, fleurs, etc..).

La dernière année de suivi, Nicolas est très souriant, semble plus ouvert et dit d'emblée être content de venir au groupe. Il parle et joue avec les autres enfants du groupe. Il peut même demander de l'aide auprès des adultes lorsqu'il rencontre des difficultés.

3.1.6. Observations psychomotrices :

Nicolas ne se déplace pas spontanément debout. Il a besoin de la main d'un adulte pour le faire. Mais il préfère se déplacer à genoux seul. Il montre alors une très bonne aisance.

La main de l'autre apparaît comme une simple réassurance plus qu'un appui physique.

Il laisse entendre quelques cris de communication, mais très peu et même en présence de la maman. Cette dernière précise qu'à la maison il parle beaucoup mais que, face à un étranger, il se tait.

Ses difficultés de marche interrogent énormément, étant donné que la marche a été acquise. Il est impossible de nier la dimension psychologique car Nicolas peut se déplacer debout avec la réassurance de la main de l'adulte et sans appui.

3.1.7. Observations orthophoniques :

Nicolas présente un retard de langage et de parole dans un contexte de bilinguisme associé à une situation familiale difficile. Les problématiques liées au bilinguisme peuvent s'expliquer en partie par un conflit de loyauté chez Nicolas. Il est donc proposé à la famille que la maman parle français à ses enfants et le papa garde la langue maternelle pour s'adresser à eux. Nicolas présente une grande sensibilité aux émotions. Des images lui sont présentées avec un petit garçon tombé dans la boue, Nicolas est beaucoup touché et est en incapacité de verbaliser l'histoire.

Le développement du langage en russe est normal selon la maman. Par contre, les premiers mots en français, n'apparaissent qu'à l'entrée en petite section maternelle. La maman commence à parler français en 2011, et le papa comprend la langue mais ne la parle pas.

Nicolas est calme, persévérant dans la difficulté, rapide dans ses réponses quand il les connaît, a un sourire plaqué sur son visage. Il ne demande pas d'aide et ne dit pas qu'il ne sait pas.

En juillet 2017, le souhait de Nicolas est d'arrêter les prises en charge au C.M.P. car il préfère rester à l'école. Lors de la dernière consultation pédopsychiatrique, Nicolas montre qu'il a bien progressé au niveau du langage. L'école se passe bien, tant sur le plan des apprentissages que sur le plan relationnel. Le bilinguisme ne semble pas poser de problèmes. La maman est femme au foyer et le papa a deux activités professionnelles.

Nicolas ne voit pas ses grands-parents maternels ni paternels, et les questions concernant la famille d'origine mobilisent chez lui, beaucoup d'émotions.

Son dessin est organisé ; au départ, il est en gris et noir représentant une voiture habitée par deux personnages, et par la suite Nicolas ajoute des couleurs, des petites maisons le long de la route, deux chiens et des arbres avec des fraises et des pommes.

La maman, avec le recul qu'elle peut acquérir après toutes ces années, se pose la question de savoir si les difficultés familiales n'ont pas fait qu'ils aient pu être moins disponibles en tant que parents vis à vis de leur enfant.

3.1.8. Conclusions :

À travers les dessins de cet enfant, pouvons-nous voir l'insécurité qui le traverse, ainsi que cette crainte d'être un jour expulsé avec sa famille ? Ou ces dessins viennent-ils peut-être aussi représenter le parcours migratoire de ses parents ? Comme décrit dans le livre « Dessins et Destins d'enfants, Jour après nuits » de Serge BAQUE, le dessin n'est-il pas une passerelle entre le passé et le présent ? Les dessins de Nicolas permettent-ils de faire du lien entre le passé dans le pays d'origine et le présent dans le pays d'accueil. Cela pourrait être le dessin passage de l'inconcevable aux soins. Le dessin étant une activité spontanée est toujours investie pour les enfants. Il permet de créer l'occasion d'échanger et de partager des émotions.

Avec les années qui passent et les prises en charge multiples de soins dont bénéficie Nicolas, nous pouvons voir d'autres éléments apparaître dans ses dessins. Pouvons-nous y voir des points d'ancrage ? Nous constatons qu'une forme de sécurité interne semble apparaître en écho avec une situation familiale qui s'apaise. L'obtention d'un titre de séjour pour cette famille leur donne à tous enfin le droit d'exister. Le lien à l'autre devient-il moins dangereux ? Le lien à l'autre peut-il enfin exister ? Nicolas peut-il enfin s'autoriser à lâcher et à avoir confiance en l'autre ? Concernant le langage, ce petit garçon arrive-t-il enfin à s'autoriser à s'exprimer et à faire coexister deux langues qui définissent son histoire de vie : la langue de la terre d'accueil et celle liée à ses origines et son histoire familiale ?

Dans cette situation, des consultations ont lieu en présence des parents, mais n'aurait-il pas fallu prendre plus de temps pour accueillir l'histoire et la souffrance de ces parents et leurs enfants ? Cela aurait également pu être pertinent d'accompagner ces parents vers un espace de parole pour eux ; parce qu'en effet, en venant consulter pour faire face aux difficultés que rencontre leur petit garçon, que viennent-ils dire ou montrer de leur propre souffrance ? À l'époque, à aucun moment nous n'avions fait appel à un interprète car la famille arrivait à s'exprimer et à bien se faire comprendre en français, mais peut-être sommes-nous passés à côté de certains éléments de leur histoire et de leurs ressentis, car ils n'ont pas eu la possibilité de l'exprimer dans leur langue maternelle.

3. 2. Vignette clinique n°2 : celle de « Pava et son fils Ivan ».

3.2.1. Présentation de la situation de Pava et Ivan:

Dans cette vignette clinique, j'appellerai « Pava » la maman de l'enfant suivi au CMP., ce qui signifie « Vraie », et Ivan son enfant.

Pava est serbe et arrive en France à l'âge de six ans au moment de la guerre en Yougoslavie, dans les années 90. Elle est maman d'un petit garçon né en Savoie. Le père de l'enfant ne l'a jamais reconnu et ne le voit pas alors qu'ils vivent dans la même ville. Ivan, scolarisé en GSM⁹, est âgé de 6 ans lorsque sa maman consulte au CMP. Le motif de la 1^{ère} consultation pédopsychiatrique est le suivant : Ivan n'écoute pas à l'école, il a besoin de discipline. Il refuse de s'intégrer au groupe classe et présente des troubles du comportement. En effet, il n'adopte pas l'attitude d'un élève et n'aime que jouer ou faire la bagarre. « La bagarre, c'est parce que j'aime bien ». Un suivi pédopsychiatrique se met en place avec des temps de consultation en présence de l'enfant et de sa mère ensemble, et des séances avec Pava seulement ou Ivan uniquement.

Lors de la première consultation sur le temps en individuel avec le pédopsychiatre, Ivan se présente avec un aplomb et une intelligence indéniable, avec un refus et une opposition clairement marquée.

3.2.2. Histoire de Pava :

Lorsque Pava aborde son histoire dans le cadre des consultations pédopsychiatriques, elle relate qu'avant le départ de la Yougoslavie, elle a dû, fillette, se cacher dans des caves, et que des balles étaient tirées de partout.

⁹G.S.M. : Grande Section Maternelle.

Elle décrit avoir vu des bébés être mis dans des fours pour être sauvés, puis avoir assisté l'arrivée des militaires serbes. Sa mère biologique a été violée, au pays, par un des voisins. À l'époque, la mère adoptive de Pava et les enfants ont pris les derniers avions pour la France. Vers l'âge de 13-14 ans, elle est retournée au pays où elle a revu sa mère. Le père biologique de Pava est inconnu, et son père adoptif est mort d'un cancer de l'estomac avant la guerre. Pava explique que sa mère biologique et sa mère adoptive vivent dans la même maison à l'époque. Sa mère adoptive est une amie de la famille.

L'adoption de Pava se fera en France de manière officielle, et elle gardera son nom d'origine. La mère adoptive de Pava et sa mère biologique sont en lien.

Pava rencontre des difficultés dans les apprentissages au cours de son parcours scolaire ; elle est toujours seule. Après une orientation en SEGPA¹⁰ jusqu'en 4^{ème}, elle finira par obtenir un CAP¹¹ d'agent de sécurité et un CAP petite enfance. Elle peut verbaliser le fait que cela a été « très très » dur pour elle au collège, car elle ne se défendait pas des attaques d'autres jeunes. Un beau jour, dans l'impossibilité de répondre oralement à d'autres jeunes lors d'un conflit, elle vit « réveil explosif » et finit par s'en prendre physiquement à eux.

Pava reste jusqu'à ses 24 ans au domicile de sa mère adoptive. Lorsqu'elle prend son appartement, c'est « un enfer » ; elle travaille la nuit tandis que la grand-mère garde Ivan.

Dans son parcours de femme, Pava aura recours à plusieurs avortements, avant et après la grossesse d'Ivan. Elle accouche d'Ivan en présence de sa mère et de sa sœur.

Pava dit qu'Ivan a renié ses origines et celui-ci répète « je suis français ».

Pava a une sœur qui est mariée et a deux enfants. C'est elle qui garde Ivan les week-ends car Pava est serveuse et cumule des petits boulots. En Yougoslavie, la situation est très pauvre et il est très difficile pour sa mère biologique de subvenir à ses besoins. C'est pourquoi Pava lui envoie de l'argent.

Pava explique que le père d'Ivan est un homme d'origine espagnole et réunionnaise, qu'il n'a pas reconnu Ivan et qu'il ferait comme si cet enfant n'existait pas. Il lui aurait même demandé d'avorter.

¹⁰S.E.G.P.A. : *Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.*

¹¹C.A.P. : *Certificat d'Aptitude Professionnelle.*

Ce monsieur lui aurait proposé une somme de 10000€, et l'aurait menacée de mort, « on va faire ça à l'albanaise », au point qu'elle a dû déposer plainte. Divorcé et remarié, le père biologique d'Ivan a des enfants d'une autre union.

Pava est jeune lorsqu'elle est enceinte d'Ivan. Elle souffre d'un problème cardiaque et a consommé de l'alcool et tabac pendant sa grossesse.

La mère adoptive de Pava présente un début d'Alzheimer. Elle ne parle qu'en Serbe à Ivan, alors que Pava tient à lui parler en français uniquement, malgré les difficultés de vocabulaire.

Pava s'interdit tout ce qui se rapporte à la culture serbe. Elle va même jusqu'à refuser de parler dans sa langue maternelle à son fils. Elle lui parle en serbe uniquement pour faire autorité sur lui et susciter de la crainte chez ce dernier. Ivan souhaite apprendre à parler serbe, ce que Pava refuse.

Pava se sent très persécutée par l'extérieur et le regard des autres, et elle est parfois submergée par des angoisses majeures. Elle ferme systématiquement son logement à clés, en vérifiant plusieurs fois. C'est une « mise à l'abri » qui semble prendre beaucoup de place.

Dans son histoire, quand Pava laisse sous-entendre qu'elle a été protégée par sa mère biologique, parle-t-elle de la guerre ? Ou d'un autre événement dans sa propre famille ?

En France, Pava a eu un parcours d'errance et de prostitution. Il persiste des non-dits importants au sein de cette famille.

Lorsque cela se passait vraiment très mal pour Ivan, et dans leur quotidien, Pava pouvait exprimer le fait qu'elle allait fuir la France.

3.2.3 Observations sur le parcours de soins et de scolarisation d'Ivan :

Ivan est suivi en CMP. Enfants de 2014 à 2021 dans le cadre de consultations pédopsychiatriques et de prise en charge individuelle à visée thérapeutique.

En GSM., au début du suivi CMP., Ivan présente des difficultés dans le cadre scolaire, et elles vont se majorer en CP.¹², où il sera maintenu du fait de retards importants dans les apprentissages.

¹²C.P. : Cours préparatoire.

Quelques consultations vont avoir lieu au sein d'un premier CMP., puis cela va s'interrompre assez rapidement suite au déménagement de la famille. Un nouveau suivi pédopsychiatrique se met en place. Ivan change également d'école pour son deuxième CP.

L'enfant bénéficie également d'un suivi orthophonique en libéral avec une professionnelle assez stricte, ce qui semble lui convenir.

Pava relate un événement assez marquant qui s'est passé à l'école. À l'époque des attentats, la maîtresse amène des explications sur le sujet aux enfants de la classe, et Ivan a une réaction inadaptée en jouant à tirer sur tout le monde dans la classe.

Le début d'année en CE1¹³. se déroule plutôt bien, puis le comportement d'Ivan se dégrade tout à coup de façon importante. En parallèle, il présente des tics moteurs des yeux et de la bouche.

Lors des consultations médicales, Ivan amène un imaginaire inquiétant ce qui encourage la pédopsychiatre à préconiser une prise en charge individuelle thérapeutique pour cet enfant, avec la nécessité de canaliser cet imaginaire.

Ivan a accès à beaucoup de vidéos aux contenus ultra-violents dont il ne sait pas quoi faire.

Des aménagements ont été mis en place à l'école car les problèmes de comportement persistent, s'accompagnant d'un refus de se mettre au travail. Afin de formuler une demande d'accompagnement par une AHEH¹⁴ auprès d'Ivan, l'école et Pava sollicitent la MDPH¹⁵. Ivan est en CE2¹⁶, il bénéficie de l'aide de son AHEH et un contrat de comportement est établi. Or quelques semaines après son entrée en CE2, la situation devient ingérable à l'école du fait de ces troubles du comportement majeurs.

Ivan est complètement envahi par ces troubles. L'école représente « un pays ennemi ». Ivan rencontre de grandes difficultés de socialisation dans le collectif. Son niveau d'attention est très faible. Il a des gestes brusques et très maladroits pour entrer en relation avec les autres. Il peut se mettre en danger.

Au fil des consultations, Pava amène le fait que cela se passe bien au domicile avec son fils, et que les difficultés de comportement ne seraient présentes qu'à l'école.

¹³C.E.1. : Cours Élémentaire niveau 1.

¹⁴A.H.E.H. : Aide Humaine aux Élèves. Handicapés.

¹⁵MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

¹⁶CE2 : Cours Élémentaire 2ème année

Les problèmes à l'école ne cessent de continuer et s'aggrave. Ivan peut même être violent à l'égard d'autres enfants. Une nouvelle demande d'aide est faite auprès de la MDPH : la mise en place d'un SESSAD TC¹⁷.

À ce moment-là, Pava fait une demande de dérogation pour un changement d'école. En effet, elle a une sensation de pression et d'acharnement de la part de l'école à l'égard de son enfant.

La situation se détériore de plus en plus ; Ivan s'en prend aux plus petits de l'école, et est dans une provocation incessante auprès des adultes. Il joue à attraper les filles pour les attacher au poteau de basket. Il teste en permanence les limites ; les adultes en arrivent à le menacer pour qu'il s'arrête. L'école sera à l'initiative de la transmission d'une IP¹⁸ auprès du Conseil Départemental.

A la maison aussi, cela devient très compliqué. Ivan est beaucoup sur la tablette qu'il demande pour regarder des vidéos de « Playmobils » alors qu'en fait il visionne des films d'horreur. Pava se trouve dans des conflits importants avec son fils, qui ont un retentissement sur ses soucis cardiaques, et vont jusqu'à déclencher des crises d'angoisse chez cette dernière.

Ivan poursuit sa scolarité avec des aménagements importants ; il a un emploi du temps à la carte, bénéficie du dispositif ULIS¹⁹ sur les temps d'après-midi et de la présence de l'AHEH quotidiennement. Malgré ces aménagements, cela reste difficile pour lui et il n'arrive pas à suivre. Il est nerveux, stressé et a des difficultés attentionnelles.

En plus du suivi au CMP, Pava va consulter un neurologue dans un hôpital d'un autre département. Ivan va également passer un bilan neuropsychologique en libéral. Les tics sont toujours présents et s'intensifient. Le neurologue évoque un syndrome de Gilles de la Tourette. Il est en CM1²⁰ et le retard dans les apprentissages reste important. Ivan présente un niveau de CP.

¹⁷SESSAD TC : *Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile Troubles du Comportement*

¹⁸IP : *Information Préoccupante*

¹⁹ULIS : *Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire*

²⁰CM1 : *Cours Moyen 1ère année*

Durant les consultations médicales au CMP, Ivan est toujours dans des questionnements sur la violence, sur la sexualité, sur les sujets terrifiants. « C'est pas les écrans, c'est mon cerveau, mes cauchemars qui me disent de prendre des kalachnikovs...il y avait un mec avec un couteau et un autre, je les ai tués tous les deux ».

Suite à une hospitalisation pendant plusieurs jours, un diagnostic de TDAH²¹ sera posé, et un traitement médicamenteux sera mis en place afin de le soutenir par rapport à son déficit attentionnel et de l'aider à réguler ses émotions ainsi que ses soucis de comportement envahissants.

Au cours de l'hospitalisation, voici ce qui a pu être observé lors d'une évaluation psychologique : « les débordements observés sur le plan comportemental d'Ivan seraient en bonne partie liés à des angoisses qu'il ne parvient pas à gérer. Il semble *jouer un rôle* en reproduisant notamment des comportements verbaux et moteurs chargés d'agressivité qu'il a pu observer et apprendre des vidéos qu'il regarde...En effet, les injures et les gestes obscènes repérés sont de moins en moins contrôlés et pourraient appartenir à des tics. Par ailleurs, Ivan semble en difficultés pour trouver sa place dans cette dynamique familiale ce qui peut participer à son mal-être ».

Pendant la période du 1^{er} confinement, Pava et son fils sont chacun de leur côté dans l'appartement, et tout se passe bien. Les tics d'Ivan ont quasi disparu avec le confinement. Ivan suit les échanges en visio avec ses camarades de classe, mais cela entraîne une certaine excitation chez lui. Pendant le confinement, lors des échanges téléphoniques entre Pava et les professionnels du CMP, elle exprime le fait qu'elle craint plus les actes inciviques (vol, magasins dévalisés...) que le virus. Elle parlera même d'un risque de guerre civile et du fait que les militaires devraient intervenir.

Pava et Ivan ont l'air d'avoir trouvé un meilleur accordage pendant la période de confinement

Après le confinement de retour au CMP, Pava dit avoir supprimé les écrans au domicile.

À l'entrée au collège en 6^{ème}, Ivan bénéficie d'aménagements mais cela n'empêche pas la présence de comportements violents envers les professeurs. Les tics sont revenus de plus belle. Il ne rend pas son travail et n'entre pas dans les apprentissages. Il est injurieux et commet des incivilités. Il est victime des moqueries de ses camarades. Ivan souhaite rapidement intégrer dans une filière d'apprentissage.

²¹ T.D.A.H. : Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

3.2.4. Observations sur les temps de PEGI ²² :

Ivan va bénéficier de Prise En Charge Individuelle avec une éducatrice spécialisée. La première année de PEGI, il va mettre en scène, avec des playmobils, des personnes violemment attaquées physiquement par un personnage dangereux présenté comme fou. Ces histoires sont souvent difficiles à comprendre et à suivre. Seuls les événements violents sont tout à fait perceptibles. La professionnelle ne peut pas partager le jeu avec lui, car il la place en position d'observatrice. Au début de la deuxième année de PEGI, Ivan rencontre des difficultés pour quitter la salle de groupe ; il se barricade derrière des fauteuils, entasse des matelas et dit « je suis dans mon bunker et personne n'a le droit de rentrer ». La question du sentiment de sécurité intérieure et de protection semble centrale dans sa problématique. Ensuite un jeu de rôle se construit petit à petit entre Ivan et l'éducatrice. L'éducatrice joue le rôle d'une petite fille de 9 ans et lui celui d'un tueur en série. L'histoire a pour thèmes l'enlèvement, la torture physique et psychologique de cette petite fille. Le tueur et la petite fille sont tous deux sans famille. La question de la protection et de la justice est très présente dans le jeu de rôle. Ivan joue un personnage ayant le pouvoir de vie ou de mort sur un autre, ce qui met à l'œuvre une sorte de fascination sidérante. Son imaginaire est envahi par des scènes de boucherie, de tuerie d'adultes et de bébés.

Ivan joue beaucoup des scénarios de cruauté, de sadisme, dans lesquels par exemple des personnages enlèvent un enfant à ses parents, le torturent ou le nourrissent de choses dégoûtantes pour le faire vomir. Dans ces séances, Ivan convoque aussi des personnes pendues, des corps coupés, des personnages qui en poursuivent un autre avec des couteaux. Ivan a une fascination des armes. Il amène énormément d'horreur et des contenus très crus

3.2.5. Consultation à l'ADDCAES ²³ : dispositif APSI ²⁴ :

Dans l'accompagnement de cette famille, une consultation auprès de l'ADDCAES, et plus particulièrement dans le cadre du dispositif APSI, sera mise en place. La pédopsychiatre et l'éducatrice spécialisée ont accompagné le jeune et sa mère à cette consultation. Pava a pu aborder devant son fils une partie de son enfance à elle pendant la guerre ; elle expose des scènes où elle était cachée, terrorisée et où elle a vu un bébé être jeté par une fenêtre.

²²PEGI: *Prise en Charge Individuelle*

²³ ADDCAES : *Association Départementale pour le Développement et le Coordonnement des Actions auprès des Étrangers de la Savoie.*

²⁴ A.P.S.I. : *Appui à la Parentalité en Situation Interculturelle.*

Elle a laissé sous-entendre qu'il y avait encore d'autres événements traumatiques dans son histoire, sans en dire d'avantage, comme si elle ne pouvait que les laisser dans une zone d'ombre.

Le suivi au CMP de cet enfant et l'accompagnement de cette maman ont duré plusieurs années, puis Pava a poursuivi les soins de son enfant, sur un autre département. Le suivi au CMP s'est arrêté d'un coup et ils ont disparu du jour au lendemain, comme des fantômes.

3.2.6. Conclusions :

Le trauma de la famille, et plus particulièrement celui de Pava, vient envahir l'imaginaire et la fantasmagorie de son enfant. Ivan s'identifie à cela jusqu'à ne plus savoir où il est réellement et qui il est dans tout cela. L'enfant semble porter ce qui ne lui appartient pas, mais plutôt ce qui appartient à l'histoire d'une fillette de 6 ans, Pava-Histoire traumatique qu'elle a transportée avec elle depuis le départ de son pays de naissance jusqu'à son arrivée dans le pays d'accueil, la France, impactant jusqu'à sa vie d'adulte.

Ivan est dans un processus d'identification à l'agresseur ; il porte le mauvais, la violence et la terreur que sa mère a vécus enfant. Porte-il, malgré lui, la monstruosité de la guerre, cet enfant au prénom serbe donné par sa maman serbe, avec tout le regard traumatique de Pava à l'égard sur la Yougoslavie ?

Nous observons dans cette situation que Pava fait disparaître toute son appartenance à sa culture d'origine, qu'elle lie uniquement à du trauma. Elle se refuse à faire coexister la culture de son pays d'origine et celle de son pays d'accueil.

Ce qui ressort également de cet accompagnement est que Pava présente une ambivalence par rapport à sa mère biologique et sa propre mère, comme si elle avait deux mères. Et pourtant son premier lien d'attachement à sa propre mère est comme effacé par le trauma, comme si ce lien ne pouvait exister qu'intrinsèquement lié au trauma de guerre, au trauma de son histoire.

Cette maman se saisit bien des consultations, dans le dispositif de soins de son fils, pour évoquer ses propres difficultés. Mais n'aurait-il pas été plus pertinent de travailler l'orientation de cette femme vers un espace de soins pour elle, ce qui lui aurait permis de mettre au travail les nombreux traumas de son parcours de vie ? Le dispositif APSI de l'ADDCAES a permis cette ouverture à l'approche transculturelle. Nous nous pouvons nous demander si la poursuite de ce travail aurait pu être porteuse pour cette maman et son enfant. Ne faut-il pas voir « la fuite de cette famille » comme une crainte de venir travailler en profondeur l'horreur de toute cette histoire ?

3. 3. Vignette clinique n°3 : celle de « Nino et sa maman ».

Dans cette vignette clinique, j'appellerai l'enfant suivi Nino et sa maman Madame C.

Nino est suivi depuis trois ans en CMP, et l'est toujours actuellement.

3.3.1. Histoire de la maman de Nino :

La maman de Nino est comorienne ; elle est arrivée en France, à Marseille plus précisément, avec une fille âgée d'un an, qui présentait une insuffisance cardiaque. Cette femme a émigré en France pour faire soigner sa petite fille, qui est décédée après être restée un an en service de réanimation. Cet événement a eu lieu au moment où la mère était enceinte de Nino.

Le père de Nino vit aux Comores et nous ne savons pas s'il a reconnu son fils.

Madame C a d'autres enfants restés au pays : un fils qui a 16 ans aujourd'hui et une fille de 9 ans qui vivent tous deux avec leur père aux Comores. Elle a aussi une autre fille de 11 ans, issue d'une autre union ; cette dernière est élevée par sa grand-mère maternelle et tante, restées aux Comores.

Ayant un oncle en Savoie, elle a choisi ce département au motif d'un rapprochement familial. Arrivée sans papiers lorsqu'elle était enceinte de Nino, cette dame a souffert d'un diabète gestationnel pendant sa grossesse. Elle a accouché seule de Nino à la maternité. Madame C travaille tous les jours dans le cadre d'un contrat d'insertion.

Elle fait part d'un trauma vécu lorsqu'elle était petite aux Comores, où une fillette est morte, sous ses yeux, sous les coups de ses parents. Cet épisode d'une extrême violence a laissé un trauma important chez elle

Nous ressentons indéniablement un isolement majeur de la part de cette maman.

3.3.2. Parcours de soins et de scolarisation de Nino :

Nino et sa maman sont adressés au CMP par l'école.

Lors de la première consultation médicale, la pédopsychiatre fait l'anamnèse de Nino, qui fait état d'un très bon développement global jusqu'à son entrée à l'école, à part des soucis au niveau l'alimentation.

La maman décrit un enfant tout le temps en colère. Nino est scolarisé en PSM ; il refuse de faire la sieste à l'école et ne mange pas forcément. À l'école Nino ne veut que jouer : il refuse d'écouter et fait de grosses crises de colère face à la frustration.

Madame C décrit un petit garçon assez calme à la maison, qui regarde beaucoup la télévision, notamment des dessins-animés, en précisant toutefois qu'il peut jeter des chaises lorsqu'il est en colère. Elle explique que dans des situations de conflits et de refus du « non » elle appelle, en visio le père de Nino. L'enfant ne voit son père qu'à ce moment-là à travers un écran.

Lors de cette consultation, Nino affiche un visage teinté de colère voire de rage et garde continuellement les sourcils froncés et relevés ; son visage évoque *celui d'un guerrier*. En effet, Nino montre une colère exacerbée. Il se présente comme déterminé à décider, ce qui nous semble immédiatement être sa manière habituelle de fonctionner.

Madame C indique qu'elle s'endort d'épuisement chaque soir.

Plusieurs consultations médicales avec la pédopsychiatre vont avoir lieu d'où naîtront des échanges sur les mesures sociales existantes et les soins proposés.

La pédopsychiatre s'interroge au sujet de la compréhension de la langue française de la part de la maman. Le médecin est aussi interpellé par plusieurs aspects concernant la dimension culturelle comme la représentation que la maman se fait des soins, les difficultés de son enfant, les différences de modèle d'éducation...

Nino adopte des comportements violents à l'école : il peut taper la maîtresse et ses camarades de classe. Il peut également mordre. La maîtresse aurait envisagé de déposer une plainte.

Nino transpose ces comportements violents également à la Maison de l'Enfance, centre de loisirs, où il se rend le mercredi.

Une proposition de prise en charge groupale est faite à la maman, ainsi qu'une demande de bilan orthophonique en libéral. La maman accepte ces préconisations de soins pour son fils.

Le groupe thérapeutique est mené par une éducatrice spécialisée et une psychomotricienne. Nino évolue dans ce groupe avec un autre petit garçon de son âge. Le groupe s'oriente vers une médiation corporelle. Nino va pouvoir, à l'aide de cet espace, étayer et consolider son sentiment de sécurité interne, ainsi que travailler autour de son image de « méchant ».

Au niveau de l'école, une demande d'AHEHI²⁵ est faite auprès de la MPDH. On note que, selon Nino, l'AHEHI est là « pour aider les enfants qui ne sont pas sages, qui sont méchants à l'école. » En effet, les difficultés de Nino se majorent tant à l'école qu'au domicile et conduisent à la mise en place d'un accompagnement par une assistante sociale de secteur auprès de la famille, ainsi qu'à des interventions d'une TISF²⁶ au domicile pour soutenir la parentalité. Parallèlement à cela, Madame C ne sort pas de la maison et ne partage pas ni activités de loisirs ni jeux avec son fils, une autre mesure éducative est mise en place : un SEMOH²⁷.

Nino fait preuve d'hétéro-agressivité dans le cadre scolaire et finit par être exclu plusieurs jours, ce qui contrarie beaucoup la maman car elle a un emploi aidé et il est très difficile pour elle de s'absenter au travail. Étant seule, Madame C n'a pas d'autre choix que d'être présente pour garder son fils. En PSM, Nino a eu une succession d'institutrices, ce qui a probablement ravivé un sentiment d'insécurité. Une demande de prise en charge en SESSAD TC est alors établie pour Nino.

Un entretien a lieu au CMP pour faire le point sur les soins et la situation. À cette occasion, Madame C exprime son manque de confiance en l'école. Elle parle de son angoisse concernant la mort, de ses craintes que Nino ne soit maltraité à l'école et du risque qu'il n'en meure. Elle dit s'être sentie jugée par l'école, où elle a été suspectée de maltraitance sur son enfant. Selon l'école, cela expliquerait les comportements de son fils dans le cadre scolaire. La maman pense que des choses lui auraient été cachées. La question d'un éventuel placement de son enfant en famille d'accueil lui est insupportable.

Lors de cet entretien est évoquée la complexité pour Nino d'être au milieu de ce conflit entre sa mère et l'école : comment peut-il s'y sentir bien alors que sa maman se méfie de l'institution ?

Dans le cadre de sa prise en charge au CMP, Nino peut se mettre en danger en sautant et en tapant sur des objets. Il se montre en recherche de sensations fortes qui ont tendance à le désorganiser intérieurement et psychiquement. Il est en demande d'un espace plus réduit du type d'un cabane dans la salle de groupe : cela lui offre la possibilité de s'auto-réguler et de se

²⁵AHEHI : Aide Humaine aux Élèves Handicapés Individuelle

²⁶TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

²⁷SEMOH : Service Éducatif en Milieu Ouvert et d'Hébergement

sécuriser. Nino est en recherche de ce besoin de contenance. Au fil des séances, il peut enfin entrer dans des « jeux de faire semblant ».

Dans une relation duelle avec la professionnelle, il peut vivre des moments de régression. En revanche les temps de transitions restent difficiles pour Nino qui ressent le besoin d'être porté pour rejoindre sa maman à la fin de la séance.

À l'entrée au CP, on remarque que Nino peut être calme lorsqu'il est totalement isolé du groupe classe et en dehors de toute sollicitation de l'adulte, mais il qu'est dans l'incapacité d'investir le travail proposé en classe et qu'il montre une opposition avec des attitudes d'hétéro-agressivité envers les adultes. Il présente une forte impulsivité avec des mises en danger importantes. Nino obtient alors une notification validée par la MDPH pour une scolarité partagée : une place en ITEP²⁸ lui est proposée le jeudi et le vendredi, s'accompagnant d'une scolarisation ordinaire le lundi et le mardi. Dès le début de son année de CP, une ESS²⁹ a lieu. Au cours de cette réunion à l'école, la maman souhaite que Nino soit scolarisé comme les autres enfants de son âge et elle ajoute que « l'école a lâché Nino le jeudi et le vendredi ».

Madame C trouve un nouvel emploi en maison de retraite. Elle dit ne pas pouvoir assurer les trajets pour emmener son fils jusqu'au point de ramassage pour l'ITEP et refuse alors l'intégration de son fils dans cet établissement.

3.3.3. Point de suivi en présence d'une interprète et de la maman de Nino :

Dernièrement une consultation au CMP se déroule en présence d'une interprète en langue comorienne, des professionnelles qui suivent Nino et de sa maman, mais sans ce dernier. L'objectif de cette rencontre est de répondre aux interrogations de la maman qui ne comprend pas la nécessité des soins de son fils ni leur sens. Au cours de cette consultation, l'interprète s'installe en face de la maman, ce qui prend tout sens dans l'idée « d'un effet miroir ». Cela donne l'opportunité de retisser l'histoire et le parcours de cette maman, permet de faire des liens entre son trauma et son vécu, et replace au cœur de l'échange la dimension culturelle et les origines de Madame C. Comme le trauma de la maman est entendu et pris en compte, son histoire peut s'ancrer dans la réalité : elle commence à retrouver une partie de son identité et à sortir du mouvement de dissociation lié à son trauma. Elle devient de plus en plus ouverte et souriante au fur et à mesure de l'entretien.

²⁸ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

²⁹ESS : Équipe de Suivi de Scolarisation

Il est décidé que les soins pour Nino se poursuivront sous la forme d'une prise en charge individuelle.

3.3.4. Conclusions :

Madame C est venue en France pour sauver une fille, ce qu'elle a échoué en plus d'avoir laissé d'autres enfants derrière elle dans son pays d'origine. Nous pouvons fantasmer que Madame C est tombée enceinte en France afin d'avoir l'autorisation de rester sur le sol français pour faire soigner cette enfant malade. Est-ce que Nino est « l'enfant sauveur », né de la perte d'un autre enfant ? Est-il là pour sauver cette mère de la perte de son enfant et d'elle-même ? Dans ce contexte où Nino n'a pas pu réparer, il se perçoit comme méchant, toujours en faute, comme s'il tenait pour responsable de la mort de sa sœur. Il porte une culpabilité majeure.

Madame C a de nombreuses craintes par rapport à la mise en place des soins pour Nino. Dans son imaginaire, la France a échoué pour sauver sa fille : dans ces conditions que pourrait-il arriver à son fils ?

Madame se rouve dans une sorte de « *No Man's Land* » où elle n'est ni ici, ni là-bas. Cette maman a vécu un arrachement à son pays d'origine pour sauver son enfant. Cette situation présente une succession de traumatismes dans son parcours d'exil, de séparation et d'abandon. La violence portée par cet enfant tourne autour de la question de la mort. La question de la maltraitance plane en arrière-plan, sans que l'on sache vraiment si cela appartient à la réalité du quotidien de cette mère et de son enfant, ou plutôt à la trace du trauma lié à l'enfance de cette maman. Madame C laisse transparaître une méfiance, tout à fait palpable et à différents niveaux, vis-à-vis des institutions françaises. Nous espérons que cette dernière consultation en présence de l'interprète va permettre à cette maman et son enfant de trouver un apaisement et faire évoluer cette situation favorablement. En effet, Madame s'est sentie entendue, reconnue et porteuse d'une histoire qui a été prise en compte.

3. 4. Tableau de comparaisons

Nom	Sexe de l'enfant	Age de l'enfant et pays de naissance	Troubles de l'enfant et soins mis en place	Scolarisation et aménagements scolaires	Caractéristiques du parent	Parcours migratoire	Circonstances du trauma chez le parent
Nicolas	M	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ans au début des soins - Né en France 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relationnelles associées à un retard de développement global - Tableau d'anxiété généralisée sévère - Retard de langage et de la parole dans un contexte de bilinguisme - Suivi pédopsychiatrique, psychomotricité, orthophonie et groupe thérapeutique - Suivi au CMP de 09/2014 à 07/2017 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrée en PSM au début des soins - Orientation vers le CMP faite par l'institutrice 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents en couple avec deux enfants - Père de nationalité arménienne - Mère double nationalité russe et géorgienne - Arrivés à l'âge adulte en France 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuite de la Géorgie pour des raisons politiques - Pas de titre de séjour à l'arrivée en France - Hébergés par la commune et réseaux d'aides associatifs très présents - Titre de séjour obtenu en 2016 (périodicité d'un an renouvelable) - Père trouve un emploi 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte politique du pays d'origine à l'époque : en Géorgie
Ivan	M	<ul style="list-style-type: none"> - 6 ans au début des soins - Né en France 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement - Comportements violents dans le cadre scolaire - Imaginaire inquiétant et envahissant - TICS - Syndrome de Gilles de la Tourette - TDAH - Suivi pédopsychiatrique, PECEI, suivi orthophonique en libéral, bilan neuropsychologique en libéral - Consultation ADDCAES : dispositif APSI - Suivi CMP de 2014 à 2021 	<ul style="list-style-type: none"> - GSM au début des soins - Maintien en CP - Retards importants dans les apprentissages - AESH et contrat de comportement - SESSAD TC - Dispositif ULIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Pava est arrivé enfant en France - Pava de nationalité serbe - Mère seule - Père n'a pas reconnu Ivan - Adoption officielle de Pava a lieu en France - Père biologique de Pava inconnu - Père adoptif DCD d'un cancer avant la guerre en Yougoslavie - Isolement de Pava 	<ul style="list-style-type: none"> - Départ de la Yougoslavie vers l'âge de 6 ans par avion avec mère adoptive et la fratrie - Parcours d'errance et de prostitution en France 	<ul style="list-style-type: none"> - Guerre en Yougoslavie - Vécus traumatiques liés à la guerre (cachée, terrorisée...) - Scènes de guerre - Plusieurs avortements en France - Angoisse majeure chez Pava
Nino	M	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ans au début des soins - Né en France 	<ul style="list-style-type: none"> - Intolérance à la frustration - Colère exacerbée - Troubles du comportement - Mise en danger - Recherche de contenance et de portage - Suivi pédopsychiatrique, groupe thérapeutique, suivi orthophonique en libéral - Point suivi en présence d'une interprète et mère - Proposition PECEI - Toujours suivi actuellement au CMP 	<ul style="list-style-type: none"> - PSM au début des soins - Orientation vers le CMP faite par l'école - AESHI - Exclusions plusieurs jours de l'école - SESSAD TC - ITEP - Proposition scolarisation 2jours à l'ITEP et 2jours en scolarisation ordinaire (refusée par la mère : souhaite que son enfant soit scolarisé comme les autres enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mère comorienne, seule - Père aux Comores, reconnaissance de Nino ? - 3 enfants de 8, 11 et 16 ans laissés aux Comores - Mère arrivée en Savoie enceinte de Nino - Travail en contrat d'insertion - Isolement majeur - Aides éducatives pour soutenir la parentalité : TISF et SEMOH, évocation d'un placement de Nino 	<ul style="list-style-type: none"> - Départ des Comores vers la France pour soigner sa fille d'un an, souffrant d'une insuffisance cardiaque - Arrivée en Savoie pour une regroupement familial (oncle présent en Savoie). - Pas de papiers à l'arrivée en France. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'une fille, à Marseille, âgée de deux ans suite à une année d'hospitalisation en service réanimation (insuffisance cardiaque) - Trauma vécu enfant aux Comores : une enfant meurt sous les coups de ses parents devant Madame étant enfant - Manque de confiance en l'école pour Nino : angoisses majeures qu'il soit maltraité à l'école et qu'il en meurt

3.5. Conclusions

J'ai choisi ces trois vignettes cliniques car elles présentent des familles d'origines multiples avec des motifs de migration totalement différents, ce qui permet d'explorer un large éventail de réflexions et d'illustrations quant au sujet traité à travers ce mémoire. Les caractéristiques communes à ces situations l'isolement, l'insécurité et la précarité, me paraissent à cet égard très révélatrices. Nous pouvons aussi percevoir une indisponibilité psychique de ces parents face à leurs enfants, du fait de parcours traumatiques et d'histoires de vie lourdes et complexes. Je trouve que ces vignettes cliniques viennent vraiment mettre en lumière le lien entre le parcours de migration des parents et les troubles psychiques de leurs enfants. En effet, les troubles de Nicolas, Yvan et Nino sont très massifs et lourds de conséquences au quotidien pour leur bon développement. Ce sont des histoires de vie qui m'ont marquée et touchée tant professionnellement que personnellement et dont il est difficile de ne pas se souvenir. J'ai bien d'autres situations en tête que je pourrais présenter dans ce travail mais j'ai dû faire un choix.

Quelques temps après avoir commencé ce travail, j'ai croisé « Pava » sur son lieu de travail et je lui ai expliqué ce que j'avais entrepris comme formation et notamment le travail qui en découlait. Je lui ai fait part du fait que je présentais son histoire et celle de son fils dans mon écrit, et que pour moi c'était une manière de rendre hommage à cette « mère-courage » qu'elle est. Cela permettrait aussi de faire trace de tout ce qu'elle avait pu partager avec nous de sa vie, de son intime et de sa souffrance. J'ai vu des larmes emplir ses yeux. Elle a mis la main sur le cœur et m'a dit un grand merci. Ce moment m'a beaucoup émue.

Ces vignettes cliniques nous montrent au combien le parcours de ces parents, ces mères, impacte au plus profond la vie de leurs enfants et teinte la relation parents-enfants. Les répétitions de traumatismes vécus par ces parents au cours de leur propre enfance, lors de leur parcours migratoire et à leur arrivée dans le pays d'accueil -la France pour ces trois situations, laissent une trace indélébile dans le développement psychique de leurs enfants. L'essentiel du travail de soins va permettre aux enfants de transformer cette empreinte.

Comment pouvons-nous entendre, accueillir et mettre au travail toutes ces questions auprès des publics que nous accompagnons en service de pédopsychiatrie ? Quels sont les points essentiels à améliorer dans ce que nous offrons à ces familles ? Que pourrions-nous créer pour répondre à ces besoins particuliers ?

4. Interviews de professionnelles du CHS.

4.1.1 Introduction

Je trouve intéressant de visualiser comment les différents acteurs du CHS interviennent en pédopsychiatrie : les uns sur la question des liens précoces et les autres auprès des enfants et adolescents de 0 à 18 ans, mais plus spécifiquement auprès du public issu de l'immigration. Pour ce faire, j'ai établi un questionnaire que j'ai présenté à huit professionnelles dont trois pédopsychiatres, deux psychologues, trois psychomotriciennes et une éducatrice spécialisée. J'ai fait le choix d'adresser ce questionnaire à l'UPPN³⁰ qui prend en charge les liens précoces, ainsi que la Buissonnière qui est un centre d'accueil spécialisé parent-enfant. Je l'ai également soumis à plusieurs professionnelles de trois CMP/CATTP enfants et adolescents, répartis sur plusieurs secteurs de la Savoie, notamment celui de Chambéry le Haut, situé sur une ZUP hébergeant majoritairement une population à mixité sociale et culturelle. L'intérêt de cette partie sera de croiser les regards multiples, riches et pluridisciplinaires des professionnelles.

Sur l'ensemble des professionnelles à qui j'ai transmis ce questionnaire, seulement deux personnes n'y ont pas répondu, faute de temps et de disponibilité. En effet, j'ai conscience que ce travail à inviter chacune des personnes à dégager un temps important afin de pouvoir répondre à l'ensemble des questions, a demandé un temps de réflexion considérable. Ce qui est ressorti des échanges autour de ce questionnaire, est que les professionnelles semblaient très intéressées par ce travail et certaines ont même demandé à pouvoir lire le rendu final de mon mémoire. Ma démarche leur paraît comme plus que pertinente car nous sommes toutes d'accord sur le fait que nous avons à nous questionner et à réfléchir sur nos manières de prendre en charge ce public.

L'objectif de ce questionnaire est de faire un état des lieux de la prise en charge des jeunes et de leur famille présentant des parcours migratoires, souvent complexes et douloureux, dans nos services de périnatalité et de pédopsychiatrie. L'idée étant qu'en croisant les regards pluridisciplinaires de ces services, cela pourrait éventuellement permettre de faire émerger des pistes de réflexions, ainsi que des outils à mettre en place pour améliorer ces prises en charge.

³⁰UPPN : *Unité de Psychopathologie Périnatale*

Ces réflexions croisées pourraient ajuster le regard que nous portons sur ces situations, et nos manières d'apporter un soutien et un accompagnement, de façon à être le plus adéquat possible.

4.1.2 Présentation des structures des professionnelles interviewées.

4.1.2.1 Présentation du CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux « Le Galien ».

Le CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux est le lieu où j'exerce mon métier d'Assistante Sociale. Nous sommes une équipe composée de deux pédopsychiatres, de deux psychologues et un neuropsychologue, une cadre de santé, deux psychomotriciennes et un psychomotricien, trois infirmières, deux éducatrices, deux secrétaires et moi-même.

La majeure partie des professionnels interviennent à temps partiel sur cette structure.

Nous accueillons un public de 0 à 18 ans. Nous intervenons auprès de jeunes pouvant présenter des troubles multiples : troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'adaptation, Troubles du Comportement, troubles spécifiques du langage oral et écrit, dyspraxie, retards de développement et retards mentaux, Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, troubles anxieux, phobies scolaires, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur, troubles sévère de l'attachement, Troubles du Spectre de l'Autisme, troubles délirants aigus ou chroniques.

Une première consultation menée par une pédopsychiatre ou une psychologue a lieu en présence de l'enfant et sa famille. Suite à cela, un projet de soins va être défini en équipe, lorsque cela s'avère nécessaire, sous la forme de séance individuelle ou groupale selon les besoins de l'enfant, voire les deux. Différentes médiations peuvent être proposées aux enfants en fonction de ce qu'ils présentent comme difficultés, en individuel avec un ou deux professionnels, en binôme d'enfants ou en petit groupe de 3 à 6 enfants. Voici les médiations les plus fréquemment utilisées : peinture, construction, groupe « Penser Imaginaire Faire », travail autour de l'élaboration d'une bande dessinée, hypnose, groupe Contes, groupe Habiletés sociales, groupe à visée psycho-corporelle, groupe sport qui rassemble plusieurs enfants des différents CATTP de la Savoie et puis les « dispositifs des petits » où sont accueillis des enfants présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme. Pour chacun des enfants de ce dispositif, quatre soignants interviennent (éducatrice, psychomotricienne, infirmière et psychologue) afin d'apporter un regard multiple.

La structure de Challes les Eaux dispose également du DAT qui est le Dispositif Autisme Tarentaise qui est à visée diagnostique dans le cadre des suspicions de TSA.

Le CATTP est un lieu de soins pour des jeunes nécessitant une prise en charge spécifique régulière et plus fréquente qu'au CMP.

Un travail thérapeutique est mené auprès des enfants par chacun des professionnels de la structure, ainsi qu'un accompagnement des familles.

4.1.2.2 Présentation du CMP/CATTP Enfants et adolescents de Chambéry le Haut.

Le CMP/CATTP Enfants et Adolescents de Chambéry le Haut est un lieu où j'ai exercé le métier d'assistante sociale pendant sept années. L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, de deux psychologues, de deux psychomotriciennes, d'une éducatrice spécialisée, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'une cadre de santé et d'une secrétaire médicale. Les différents professionnels interviennent majoritairement à temps partiel.

L'équipe intervient auprès d'enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans présentant un panel de troubles identiques à ceux pris en charge au CMP Enfants de Challes les Eaux.

La particularité de ce CMP est qu'il est implanté sur une ZUP et les locaux sont au rez-de-chaussée d'une tour d'immeuble située au cœur du quartier. Le public accueilli présente une grande précarité, une mixité sociale et culturelle plus importante que sur d'autres CMP/CATTP Enfants de Savoie.

La mise en place des projets des soins des enfants se déroule de la même manière qu'au CMP enfants de Challes les Eaux. Ce sont plutôt les types de groupes et médiations qui vont être différents. La structure propose des prises en charge autour de l'expression au sens large, autour du jouer à faire semblant, autour des groupes « cabanes », des médiations psycho-corporelle, du groupe marionnettes et du groupe art thérapie.

4.1.2.3 Présentation du CMP/CATTP Enfants et Adolescents d'Aix les Bains.

Le CMP/CATTP Enfants et Adolescents d'Aix les Bains se voit confier les mêmes missions d'accueil que les deux autres structures présentées ci-dessus. L'équipe est composée de trois pédopsychiatres, de quatre psychologues, de deux infirmières, de trois psychomotriciennes, d'une orthophoniste, de quatre éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale, d'un cadre de santé et deux secrétaires médicales. Pour la plupart, les professionnels exercent à temps partiel. Cette structure a la particularité d'avoir également un Centre d'Accueil Thérapeutique Spécifique pour l'Autisme où sont reçus des enfants à partir de 18 mois, porteurs de TSA et devant bénéficier de prise en charge spécifique en Hôpital de Jour ou en CATTP.

Une équipe de professionnels est dédiée plus particulièrement au CATSA ; une partie des membres de l'équipe intervient également au CMP/CATPP.

Voici quelques médiations proposées sur le CATTP d'Aix les Bains : art thérapie, cuisine thérapeutique, musique et création de chansons avec enregistrement, jeux de société, travail en binôme, groupe sport.

4.1.2.4 Présentation de l'Unité de Psychopathologie Périnatale.

L'équipe de l'UPPN se compose de trois pédopsychiatres à temps partiel, de deux psychologues dont une à temps plein, de deux psychomotriciennes à temps partiel et de deux infirmiers à temps partiel. L'UPPN accueille des enfants âgés de 0 à 2 ans, voire parfois un peu plus âgés selon les situations et le projet de soins, ainsi que leurs parents.

L'accompagnement de l'UPPN est destiné à prendre en charge des mères présentant des dépressions du post-partum en lien avec la maternité, des troubles anxio-dépressifs en lien avec le devenir mère et la fonction parentale et des pathologies psychiatriques. Les mères peuvent être autant reçues en consultation en anténatale que post-partum. Les soignants de l'UPPN accompagnent également des situations familiales où sont repérées des troubles de l'interaction mère-bébé, des difficultés d'investissement du bébé et des troubles de l'attachement précoce avec retentissement sur le développement du bébé.

La plupart du temps, les premières demandes sont adressées par des sage-femmes, la PMI³¹, ou les pédiatres. Ce sont les pédopsychiatres et les psychologues qui reçoivent en première intention. Lorsque les premières demandes concernent des troubles psychosomatiques, la psychomotricienne peut recevoir en première intention les situations. Dans le cadre des consultations externes, les pédopsychiatres et les psychologues reçoivent assez régulièrement les mères sans les enfants, car bien souvent, ces femmes souhaitent parler de leur souffrance et de leurs difficultés en-dehors de la présence de leur enfant. Les psychomotriciennes, quant à elle, vont toujours recevoir la dyade mère-bébé.

L'équipe de liaison répond aux sollicitations du service de réanimation, de néo natalité, de maternité et de pédiatrie.

Le centre de jour propose plus de régularité au niveau des soins. Les familles qui ont des besoins plus importants sont reçues de manière hebdomadaires.

³¹PMI : Protection Maternelle Infantile

L'équipe peut par exemple proposer un groupe « musique ». L'UPPN souhaite ouvrir plusieurs autres groupes, notamment un pour accompagner les troubles alimentaires et troubles du sommeil, et un sur la question du devenir mère.

Les locaux de l'UPPN sont répartis sous une configuration spécifique : le bureau destiné à la psychomotricienne et la psychologue se situe à côté du service de pédiatrie du CHMS ; un autre bureau est localisé à la maternité et permet à l'équipe de liaison d'intervenir. Le centre de jour, quant à lui, a élu domicile à l'extérieur du CHMS, mais tout en restant à proximité de façon à être facilement accessible aux familles.

4.1.2.5 Présentation de La Buissonnière.

Dans le cadre de la protection de l'enfance soit en administratif soit en judiciaire, La Buissonnière accueille des enfants de 0 à 3 ans (et jusqu'à 6 ans dans le cas d'une fratrie) avec leur mère, ainsi que les femmes enceintes à partir du septième mois de grossesse. Au total, vingt-six mères peuvent être accueillies, et jusqu'à quarante enfants maximum.

Un accueil de jour est proposé aux pères et parents proches. C'est un centre d'accueil médico-social spécialisé, partenaire du CHS, relevant de la protection de l'enfance et de la CAF³².

Cette structure se répartit en trois services : un centre parental, un Établissement d'Accueil de Jeunes Enfants ouvert 24h/24h et un SEMOH (uniquement destiné aux situations de la Savoie).

L'équipe se compose de six éducateurs spécialisés, de deux éducatrices de jeunes enfants, une TISF, une infirmière puéricultrice, quatre infirmiers, neuf auxiliaires de puériculture, une pédiatre, une psychologue, une psychomotricienne et un pédopsychiatre.

La particularité de cette équipe est qu'une partie des professionnels est détachée du CHS pour intervenir sur place, notamment la pédopsychiatre, la psychologue, la psychomotricienne et un infirmier.

Au centre parental, un accompagnement 7j/7 et 24h/24 est proposé aux mères hébergées sur place. Ce dispositif est un lieu de vie.

³²CAF : Caisse Allocations Familiales

L'objectif de La Buissonnière est d'accompagner et d'évaluer la construction du lien d'attachement précoce, mais aussi d'envisager des alternatives au placement de l'enfant, voire le préparer si nécessaire.

L'accompagnement se fait intentionnellement sur des temps de collectif et dans des espaces communs : les mères sont ainsi hébergées en chambre, et non dans des appartements.

4. 1.3 Synthèse des informations collectées à travers les interviews.

Les professionnels du CHS sont de plus en plus souvent confrontés à des familles issues de l'immigration. Cela est clairement décrit par les intervenants des services de soins présentés plus haut.

Pour la plupart des situations, les familles sont fréquemment dans l'attente d'une régularisation pérenne et se retrouvent dans un « entre-deux » plus qu'angoissant, autant pour les parents que leurs enfants.

Comme peuvent le décrire les psychologues de l'UPPN et de La Buissonnière, les bébés/enfants font face à des mères qui sont très anxieuses et qui présentent une grande indisponibilité à leur bébé ; ces mères sont épuisées et isolées. Cela va entraîner des difficultés d'accordage entre ses mères et leurs bébés, des difficultés dans le lien d'attachement, des troubles divers chez les enfants comme de la désorganisation ou de l'hypervigilance. Les mères sont dans un état de survie et leur sécurité interne propre n'est déjà pas présente. Comment pourraient-elles en transmettre quelque chose d'étayant à leurs enfants et les sécuriser ?

Il est observé au niveau de La Buissonnière que beaucoup de bébés présentent une prématurité, qui semble liée au parcours de déplacement de ces femmes, mais aussi probablement à l'état de survie dans lequel elles évoluent au moment de leur grossesse.

Comment ces mères peuvent-elles penser leur bébé quand elles cherchent un toit pour dormir, de quoi manger et qu'elles ne peuvent envisager leur futur ? Lorsqu'il n'y a pas de stabilisation, c'est difficile pour elles de porter leur attention à leurs enfants, de les sécuriser et de leur transmettre une confiance nécessaire dans l'environnement dans lequel ils évoluent afin de se construire psychologiquement. Elles sont dans des préoccupations matérielles au détriment d'une attention à l'enfant et d'un accordage affectif adapté.

Les bébés sont très joyeux, très moteurs et viennent tenter de « réanimer » psychologiquement ces mères.

Ils s'adaptent à la situation, sont assez faciles et ne vont pas venir mettre leurs mères encore plus en difficultés qu'elles ne le sont déjà, de par leur histoire, leur parcours et leur statut actuel. On remarque également des retraits relationnels de la part de certains enfants, liés aux difficultés maternelles, plus particulièrement dans les cas de dépressions maternelles.

Certaines mères présentent des tableaux de dépression sévère ou de Syndrome de Stress Post-Traumatique. Les bébés y réagissent soit par de l'agitation, soit par de l'abattement ou du collage mère-enfant, avec une difficulté majeure de différenciation.

Les enfants vont développer des troubles en lien avec une insécurité répétée, notamment à cause des nombreux déplacements, en raison de l'attente, de la notion de survie dans laquelle se trouvent ces mères, de l'errance.

Ces mères présentent une fragilité psychique à laquelle va s'ajouter une précarité sociale et administrative.

Concernant la prise en charge des liens précoces, les professionnelles ont affaire à des familles conciliantes par rapport aux soins ; elles investissent les soins autant pour elles que pour leurs bébés, mais parfois aussi avec des tableaux de grande passivité. En revanche, il est difficile de savoir ce que ces familles comprennent et retirent des objectifs de soins. Les mères en particulier sont en difficultés pour se rendre disponibles car elles tentent de contenir leur propre souffrance avant toute chose.

Ces mères sont dans de l'agir et n'ont pas toujours la possibilité de penser ; elles ne sont donc pas toujours en mesure de faire des liens entre leur parcours, leur(s) trauma (s), leur histoire de vie et les difficultés retrouvées chez leur enfant. Ce sont souvent les soignants qui mettent des mots sur ces questions-là. Tout en restant vigilants à ne pas « réactiver » les traumas et à ne pas amener une culpabilité à ces mères, ils doivent aussi prendre le temps de se questionner sur le risque d'effondrement de celles-ci.

Dans ces dispositifs de soins, il n'est pas toujours aisé d'aborder la question du parcours ou des traumas auprès de ces mères, car c'est une clinique qui est longue et demande de laisser « le temps au temps ». Les traumas successifs entravent la capacité de ces femmes à raconter, à se raconter. Souvent il est nécessaire de s'occuper préalablement des manifestations somatiques de ces femmes et d'être uniquement dans du prendre soin, pour ensuite pouvoir accéder à leur part psychique.

Au niveau des CMP/CATTP Enfants et Adolescents, ce qui va apparaître au premier plan chez les enfants, ce sont des difficultés de communication, les troubles du comportement, les troubles anxio-dépressifs, les troubles des apprentissages, les TSA, une souffrance réactionnelle liée aux conditions de vie, une souffrance liée au déracinement et à la perte d'ancrage et de repères, une souffrance liée aux traumatismes transgénérationnels, un retard de langage et souvent un retard du développement psychomoteur associé. Les enfants se présentent avec des troubles assez graves.

Les parcours migratoires peuvent encore plus impacter les enfants lorsqu'ils sont passifs dans cette situation et lorsqu'ils n'ont pas été informés de cette démarche. Souvent les parents ont l'impression de protéger leurs enfants en ne leur disant rien ou alors ils se disent que ceux-ci sont trop jeunes et qu'ils ne comprendraient pas. Lorsque la famille n'accède pas à un statut régulier et pérenne, cela augmente le niveau d'anxiété, de fragilité et de précarité auprès de l'ensemble des membres de la famille. De fait, une famille en situation irrégulière vit dans une plus grande instabilité et précarité. Le lien parent-enfant va donc être teinté par cette situation anxiogène. Les enfants vivent beaucoup de ruptures, de traumatismes, ce qui va faire trace en eux et impacte leur bon développement. Ils font face à des parents très préoccupés, eux-mêmes insécurisés et peu, voire pas disponibles psychologiquement.

Il est très insécurisant pour ces enfants d'avoir tous leurs repères à recréer au niveau de la langue, de l'école, de ce qui concerne la culture du pays d'origine et celle du pays d'accueil, et ce dans un contexte de vie instable et anxiogène. En effet, l'exil a des conséquences sur l'usage des langues. La langue maternelle est investie affectivement et elle représente une continuité entre le pays d'origine et la famille. Les enfants vont devoir s'inscrire dans deux mondes différents : d'une part, un monde du dedans qui est défini par la langue maternelle, la culture d'origine et la famille, et d'autre part un monde du dehors, représenté par l'école, la langue et la culture française. L'apprentissage de la langue française par les parents va être un soutien à la parentalité.

L'impact du parcours migratoire des parents de ces enfants sur leur développement psychique sera plus ou moins marqué en fonction de la façon dont l'enfant et sa famille auront pu être portés, soutenus, entourés et pris en charge lors des soins pour atténuer les conséquences des traumatismes vécus. Cela va dépendre beaucoup des réponses institutionnelles que les parents auront reçues au cours de leur parcours, et aussi de cette instabilité, de cette précarité et de cet isolement auxquels ils auront dû faire face.

En CMP/CATTP, les prises en charge demandent à ce qu'un lien de confiance puisse se tisser entre ces familles et les professionnels afin de pouvoir faire alliance. Il semble important d'être dans de l'acceptation de la différence de culture, d'approche et de ne pas être dans du jugement mais plutôt dans une dimension de partage. Il paraît indispensable de tenir compte de la culture d'origine et du parcours de ces familles pour penser au mieux les soins pour leurs enfants. Nous devons être attentifs aux représentations culturelles des enfants et de leurs parents et comprendre le sens que ces derniers mettent derrière leurs manières de faire. Il convient aussi de leur expliquer comment cela se passe dans le pays d'accueil.

L'exil est une rupture avec le milieu d'origine, une perte de repères culturels et de la langue ; la culture peut représenter une enveloppe protectrice, enveloppe protectrice qu'il va falloir reconstruire.

Dans les suivis en psychomotricité, l'alliance avec les parents va être plus fragile à construire car c'est le lien enfant-soignant qui va être au premier plan. Ce n'est pas dans cet espace que seront travaillés le parcours des familles et les traumatismes des parents. C'est un lieu où l'on part de l'enfant pour l'aider à se construire ou à se reconstruire en tant que sujet. Le travail en psychomotricité n'est pas dans les apprentissages, pas dans l'éducation et pas non plus dans une réparation physique. Ces familles peuvent se trouver en difficultés car cela demande une véritable disponibilité psycho-affective pour accompagner les besoins spécifiques de leurs enfants.

L'investissement des parents dans les soins va dépendre de leur culture, de leur propre état et de leur propre histoire. Bien souvent, ils ne souhaitent pas trop demander, se font discrets car leur préoccupation est de se faire accepter dans leur pays d'accueil, alors ils ont cette volonté d'avoir un ou des enfants comme les autres. L'implication de ces parents est souvent difficile car ils sont dans des préoccupations qui sont de l'ordre de la survie. Les soins psychiatriques ne sont pas la priorité pour ces familles.

Les professionnelles sont toutes d'accord sur le fait qu'il paraît indispensable d'avoir davantage recours à l'interprétariat afin de mieux accompagner ces situations. Faire appel à un interprète peut-être de manière systématique apporterait un riche soutien au niveau de la communication et permettrait également à ces parents de pouvoir expliquer leur parcours à leurs enfants afin que cela puisse faire sens dans leur histoire. Cela permettrait aussi de tisser un lien entre le vécu dans le pays d'origine, le parcours de migration et cette nouvelle vie dans le pays d'accueil.

Pour une prise en charge optimale de ces situations, il serait bénéfique que les intervenants bénéficient de formations plus spécifiques en matière de migration, de clinique transculturelle, voire même qu'ils mettent en place des groupes de travail.

Il existe sur Chambéry une association, l'ADDCAES, spécialisée dans toutes les problématiques en lien avec la migration, l'interculturalité et le droit des étrangers. A cet égard, les professionnelles pensent qu'il serait judicieux d'interpeller leurs équipes plus fréquemment, et notamment d'avoir plus souvent recours au dispositif APSI. Cela permettrait de travailler avec l'outil des consultations transculturelles.

Il serait plus que pertinent de pouvoir mettre en place un suivi plus conséquent auprès de ces familles, et notamment auprès des parents. En effet, les équipes de professionnels pourraient aborder la question du traumatisme et accompagner les parents vers un espace thérapeutique qui leur serait dédié.

Il paraît indispensable de renforcer le travail de partenariat car ces situations demandent à être portées, à faire du lien et impliquent d'être à plusieurs pour penser et accompagner au mieux.

4. 1.4 Conclusions.

A l'issue de ce recueil de réflexions, nous pouvons remarquer que le maître mot de l'accueil de ces familles, dans les dispositifs de soins au CHS, serait « prendre le temps ou la clinique du temps ». En effet, nous avons tendance à mettre en place des soins relativement rapidement pour les enfants, mais avec ce type de population, il semble y avoir d'autres enjeux à percevoir avant tout.

Nous avons besoin d'avoir davantage recours à l'interprétariat, et cela se pense et se dit de manière unanime. Ce public nécessite une clinique particulière et par conséquent il convient que les professionnels puissent accéder à des formations plus spécifiques pour faciliter la mise en place des soins adaptés à ces enfants.

Concernant l'équipe de Challes les Eaux, nous envisageons peut-être de créer des groupes de parole pour les familles et des groupes de travail pour les professionnels. Nous mesurons au combien il y aurait un intérêt à mettre en place des consultations en binôme de professionnels, notamment pédopsychiatre et assistante sociale, de manière à aborder ces situations dans leur globalité. Il nous paraît incontournable de se mettre au travail sur la question du trauma, la

dimension interculturelle et de réfléchir avec l'aide d'autres services comme l'EMPP³³ afin d'ouvrir de nouvelles pistes d'accompagnements.

Nous pourrions envisager de créer des espaces pour la famille pour prendre soin du lien parents-enfants ou des liens familiaux.

Lors de la réalisation de ce travail de mémoire, j'ai élaboré également un questionnaire à destination des familles au parcours migratoire. Il contient un nombre assez conséquent de questions. Il pourrait conduire à rédiger une anamnèse très complète de ces familles. Les questions balayent l'ensemble de la situation en passant par le parcours, les raisons du parcours, le statut, les membres de la famille restés au pays, les enfants, la grossesse, l'enfance des parents, le vécu des parents, le lieu de vie, la scolarisation des enfants, les soins apportés à ces derniers...et encore bien d'autres volets qui permettent d'avoir une connaissance globale de ces situations et d'accueillir plus de contenu. Je pense que ce questionnaire pourrait être soumis lors d'entretiens en présence d'une psychologue et de moi-même.

J'avais l'intention de pouvoir le mettre en pratique avec plusieurs familles et d'en faire un retour à travers ce mémoire, mais cela aurait demandé un travail trop conséquent et chronophage. J'ai cependant soumis ce questionnaire à une famille³⁴ au cours de plusieurs rendez-vous, mais il ne m'a pas été possible d'exploiter les réponses faute de temps. La mère m'a énormément remerciée à l'issue des entretiens, qui ont pourtant été assez longs et intenses, me disant que c'était la première fois que l'on s'intéressait réellement à qui elle était, à son histoire ainsi qu'à celle de sa famille. Ces entretiens ont été extrêmement riches dans la compréhension de l'histoire familiale, de leur parcours migratoire et aussi des traumatismes vécus qui ont pu se répéter à travers les enfants du couple. Les entrevues se sont réalisées dans un partage de culture, de point de vue et d'émotions. Nous avons déjà une bonne alliance avec cette famille mais j'ai vraiment eu le sentiment que ce travail l'avait renforcée.

Peut-être que ce questionnaire pourrait être un outil précieux dans la prise en charge de futures situations issues de parcours migratoire.

³³EMPP : *Equipe Mobile Psychiatrie Précarité*

³⁴ Cette famille était accompagnée par l'équipe du CMP de Challes les Eaux depuis déjà une année. J'ai reçu cette mère d'origine marocaine mariée, mère de deux enfants, qui avait connu un parcours migratoire que je qualifierai de « double ». En effet, enfant, elle a tout d'abord migré du Maroc vers l'Italie avec sa famille. Avec son mari marocain rencontré en Italie, elle a eu deux enfants présentant tous deux des TSA très importants. Ils ont ensuite migré de l'Italie vers la France.

5. Conclusion

Ce mémoire permet de mettre en lumière le fait que les parcours migratoires des parents ont un impact sur le développement psychique de leurs enfants. Nous avons pu le constater particulièrement à travers l'étude des trois vignettes cliniques que j'ai présentées. Cet impact est issu de causes multifactorielles présentes avant, pendant et à la fin du parcours migratoire.

Les professionnelles de pédopsychiatrie du CHS consultées s'accordent pour dire qu'il est indispensable de porter un regard particulier sur ces situations et de prêter une écoute attentive à ces familles. Je les rejoins absolument sur ce point.

Pour cela, il est déterminant d'avoir pu bénéficier de formations spécifiques au préalable. De même, il est essentiel de recourir de manière plus systématique à l'interprétariat qui est un outil précieux pour cette clinique. Nous avons tout intérêt à prendre le temps d'accueillir la parole, la souffrance et l'Histoire de ces parents afin de proposer les soins les plus adaptés possible à leurs enfants.

Il s'avère tout à fait fondamental de prendre soin de ces parents, de ces mères afin qu'ils puissent prendre soin de leurs enfants. Ces parents sont vulnérables et ont besoin de reconnaissance dans leur parentalité. Ils souffrent d'un isolement important. Cet isolement pourrait être rompu à l'aide de la mise en place de groupes de parents, par exemple. Cela leur permettrait également de recréer le collectif dans lequel ils évoluaient avant leur migration.

Dans ces situations, l'enfant va grandir et se développer aux côtés d'un adulte isolé, en souffrance, en errance, en situation d'extrême précarité, en situation de peur, en situation d'instabilité permanente, en situation d'insécurité et d'incertitude, et il va devoir se construire avec ces événements traumatiques. Tous ceux-ci sont des facteurs de vulnérabilité supplémentaires pour ces parents et leurs enfants. Comment un lien parent-enfant peut-il se constituer de manière adaptée dans un tel climat ? Nous devons soutenir ce lien en proposant des soins aux enfants et parents.

Au moment de la grossesse, les mères ont besoin d'un entourage soutenant de leurs proches ; dans ces situations, il va manquer un groupe de femmes, une enveloppe protectrice, un entourage affectif pour les aider à devenir mères. C'est aussi une période où les vécus traumatiques peuvent resurgir. Par conséquent, il est d'autant plus primordial que des soins puissent se mettre en place le plus tôt possible pour accompagner ces mères et leurs bébés.

Ces parents, ces mères, font face à des ruptures avec leur lieu de vie d'origine, des ruptures avec les liens familiaux et sociaux, et aussi des ruptures géographiques et institutionnelles répétées dans le pays d'accueil. Nos structures de soins en pédopsychiatrie interviennent en fonction du lieu de domiciliation des familles. Les soins vont se mettre en place pour les enfants à un endroit, mais ces familles sont souvent dans des situations transitoires, ce qui peut entraîner des changements de domicile, et par conséquent des changements de lieux de soins et de professionnels. Nous pourrions être vigilants, faire preuve de plus de souplesse en proposant des aménagements afin d'éviter une discontinuité dans les prises en charge, étant donné que ces familles ont déjà vécu de nombreuses ruptures par le passé et qu'elles sont en recherche accrue de repères stables et solides. Nous nous devons en tant que professionnels de soins, d'apporter un soutien et un point d'ancrage à ce public.

Se montrer créatifs et inventifs avec de nouveaux projets à construire et des dispositifs novateurs à mettre en place, dans l'optique de répondre de façon concrète et plus appropriée aux besoins de ces enfants en recherche d'ancrage et de ces parents déracinés, serait une réflexion intéressante à mener.

6. Bibliographie

« Wahiba, une femme, une maman » de Wahiba WADI-MOUHARRAR, La Maison des Familles de Grenoble 07/2018,

« Rien n'est jamais perdu » Basma Mezlini Arfaoui, octobre 2017, Maison de la Famille de Grenoble.

« Être parents ici quand on revient de loin, Regards croisés sur la parentalité en exil » Réseau Samdarra, sous la Direction de Domitille Blanco, mai 2011.

Mères et bébés en errance migratoire, mars 2020.

DAVOUDIAN Christine, Mères et bébés sans-papiers Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?, **Éditions** érès 2014, 2012., 245 pages.

MORO Marie Rose, Parents en exil Psychopathologie et migrations, Presses Universitaires de France, 1994, 240 pages

DOUVILLE Olivier, BENHAÏM Michèle, BOUKOBZA Claude, COUSEIN Marie, DEGORGE Virginie, FOURMENT-APTEKMAN Marie-Claude, MOURAS Jean-Paul, QUESEMAND-ZUCCA Sylvie, Clinique de la psychanalytique de l'exclusion, DUNOD, 2012, 259 pages.

BAQUE Serge, Dessins et Destins d'enfants Jour après nuits, Hommes et Perspectives, 2002, 204 pages.

Film Midnight Traveler de Hassan FAZILI et Émilie MAHDAVIAN.

LIÉBERT Philippe. « Définition des traumatismes psychiques précoces », Quand la relation parentale est rompue. Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant, sous la direction de LIÉBERT Philippe. DUNOD, 2015, pp. 45-52.

MELLIÉ Denis, et Emmanuel GRATTON. « Éditorial. La parentalité, un état des lieux », *Dialogue*, vol. 207, n°1, 2015, pp. 7-18.

MORO, Marie Rose. « Transmettre malgré tout. Migrer au féminin pluriel », *Empan*, vol. n°50, n°2, 2003, pp. 96-105.

VACHON Mélanie, CALDAIROU-BESSETTE Prudence, ROUSSEAU Cécile, Pratiques soignantes en santé mentale jeunesse auprès des familles réfugiées : répétition traumatique et reconstruction du lien social, *Revue québécoise de psychologie*, 2017, 38 (3), 33-59.

SMOLAK David, BRUNET Louis, Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique, *Revue québécoise de psychologie*, 2017, 38 (3), 99-124.

Mc MAHON Audrey, FELDMAN Marion ROUSSEAU Cécile, MORO Marie-Rose, *Enfant persécuteur ou enfant sauveur ? Quand trauma et migration s'amalgament à l'ambivalence de la mère dans la relation à son bébé, santé mentale au Québec*, 2020, 45 (2), 79-95.

RIZZI, Alice TITIA. « Importance des productions des enfants en clinique transculturelle », *Le Carnet PSY*, vol. 188, n°3, 2015, pp. 27-30.

7. Glossaire

A.D.D.C.A.E.S. : Association Départementale pour le Développement et le Coordination des Actions auprès des Étrangers de la Savoie.

A.H.E.H. : Aide Humaine aux Élèves. Handicapés.

A.H.E.H. I. : Aide Humaine Individuelle aux Élèves Handicapés

A.P.S.I. : Appui à la Parentalité en Situation Interculturelle.

A.S. : Assistant Social.

C.A.F : Caisse d'Allocations Familiales

C.A.P. : Certificat d'Aptitude Professionnelle.

C.A.T.T.P : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

C.E.1. : Cours Élémentaire de niveau 1.

C.E.2. : Cours Élémentaire de niveau 2.

C.H.M.S : Centre Hospitalier Métropole Savoie.

C.H.S de la Savoie : Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie.

C.M.1 : Cours Moyen 1ère année

C.M.P : Centre Médico Psychologique.

C.P. : Cours préparatoire.

E.M.P.P. : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité.

E.S.S : Équipe de Suivi de Scolarisation.

G.S.M. : Grande Section Maternelle.

I.P. : Information Préoccupante.

I.T.E.P. : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique.

M.D.P.H. : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

P.E.C.I : Prise En Charge Individuelle

P.M.I : Protection Maternelle et Infantile.

P.S.M. : Petite Section Maternelle

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

S.E.S.S.A.D : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile.

S.E.G.P.A. : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

S.E.M.O.H. : Service En Milieu Ouvert et d'Hébergement.

T.C. : Troubles du Comportement.

T.I.S.F. : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale.

T.D.A.H. : Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

T.S.A. : Troubles du Spectre de l'Autisme.

U.L.I.S. : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire.

U.P.P.N : Unité de Psychopathologie Périnatale.

Z.U.P : Zone à Urbaniser en Priorité.

8. Annexes.....

8.1.: Plaquette de présentation du CHS.

LES MOTS CLÉS

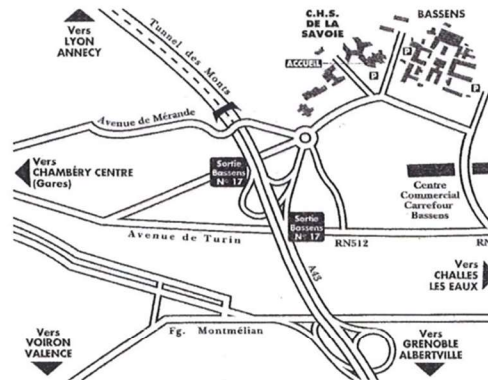
Les services proposent une offre de soins diversifiée : hospitalisation complète (consultations, prises en charge à temps partiel, accueil familial thérapeutique, ...) et de proximité à travers l'implantation de structures de consultation sur le département de la Savoie (CMP, CATTP, HJ, ...).

CMP : Le Centre Médico-Psychologique regroupe des spécialistes et propose des consultations prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Il a un rôle de prévention, de diagnostic, d'accompagnement thérapeutiques et d'orientation.

CATTP : Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel est un lieu de soins pour adultes, adolescents et enfants nécessitant une prise en charge spécifique (régulière et plus fréquente) en groupe.

HJ : L'Hôpital de Jour répond à une demande de soins pour des personnes nécessitant une prise en charge à temps partiel ou à la journée par une équipe pluridisciplinaire.

Édité décembre 2022



ACCES SITE BASSENS

EN VOITURE

DEPUIS LYON/ANNECY :
Sur la voie rapide, prendre la sortie N°17 BASSENS après le tunnel, puis continuer tout droit au rond point.

DEPUIS CHAMBÉRY CENTRE :
Après la gare direction Bassens, continuer tout droit sur l'avenue de Mérande, passer les deux ronds points et prendre à gauche au troisième.

Coordonnées GPS: lat. : 45.578016 / long. : 5.94188

EN BUS

Ligne D Arrêt Hôpital Bassens

EN VELO

Possibilité de garer son vélo au parc à vélo situé à l'entrée.



CHS DE LA SAVOIE



Prévenir, Soigner, Accompagner

Adresse :

Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie
89 avenue de Bassens
73000 BASSENS

Adresse postale :

BP 41126 73011 Chambéry Cedex

Téléphone (standard) : 04 79 60 30 30

Mail : dag@chs-savoie.fr

<http://www.chs-savoie.fr>

Présentation

Le CHS de la Savoie est le seul **établissement public psychiatrique** du département pour une population de plus de 430 000 habitants.

Il a pour mission de lutter contre les maladies mentales dans les secteurs qui lui sont rattachés.

Ainsi, il met à disposition de la population un ensemble de services et d'équipements pour accueillir toute personne nécessitant des soins, dans une visée de **prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale.**

Pour une prise en charge optimale des patients, le département est découpé en **secteurs géographiques** : 5 secteurs pour les adultes, 3 Intersecteurs pour les enfants et un service départemental pour les adolescents.

Le CHS de la Savoie propose une **offre de soins diversifiée** : hospitalisation complète, consultations, prises en charge à temps partiel, accueil familial thérapeutique.... et de proximité à travers l'implantation de structures de consultation sur le département de la Savoie.

Les équipements (CHIFFRES 2021)

- **208 lits d'hospitalisation** à temps complet sont disponibles sur le site de Bassens
- **39 structures extrahospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour)** maillent le territoire de la Savoie, pour :
 - 105 places d'Hôpital de Jour
 - 188 places en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
 - 25 places d'Accueil Familial Thérapeutique

L'activité (CHIFFRES 2021)

- **14 907** patients (10 316 pôle adulte et 4 724 pôle de pédopsychiatrie) pris en charge
- **1243** patients en file active hospitalisation temps plein
- **92%** des patients sont suivis en ambulatoire
- **62 018** journées d'hospitalisation (hors AFT) dont : 53.2% en Hospitalisation Libre, 24.5% en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, 16.4% en péril imminent et 5.9% en Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat.

Au service du patient

- Promotion de la bienveillance
- Lutte contre la douleur
- Prise en compte de la place des usagers
- Promotion des alternatives à l'hospitalisation complète
- Réhabilitation psychosociale à travers de nombreux dispositifs
- Développement des partenariats avec le secteur médico-social, sanitaire, pénitentiaire, culturel...

Pour plus d'informations,
consultez le site internet
du CHS de la Savoie

www.chs-savoie.fr

8. 2.: Plaquette de présentation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Département de Psychopathologie de l'Adolescent

Responsable de Service : Dr L. LABRUNE

☎ 04.79.60.30.66

Cadre Supérieur de Santé : M. J-L LAPERROUSAZ

Unité d'Hospitalisation Complète – CHS de la Savoie 73000

☎ 04.79.60.30.64

Praticiens Hospitaliers : Dr B.RUMBACH
& Dr J. DROUOT & Dr B. MILANESIO
Cadre de Santé : Mme E. NEBRIGIC

Hôpital de Jour – CHS de la Savoie 73000

☎ 04.79.60.30.66

Praticien Hospitalier : Dr S. CURELLI
Cadre de Santé : M. F. FAGOT

Centre de Santé Adolescents - Chambéry 73000

☎ 04.79.60.52.18

MAISON DES ADOLESCENTS - 303 quai des Allobroges -73000
Praticiens Hospitaliers : Dr L. LABRUNE
& Dr S. CURELLI & Dr B.RUMBACH
Cadre de Santé : Mme C. CHIFFLOT

Dispositif d'Accueil Familial Thérapeutique et Social –

CHS de la Savoie 73000

☎ 04.79.60.30.66

Praticien Hospitalier : Dr L. LABRUNE
Cadre de Santé : Mme E. NEBRIGIC

Dispositifs Intersectoriels

Maison Des Adolescents de Savoie

MDA ☎ 04.79.60.52.18

Coordinateur Médical : Dr L. LABRUNE
Coordinatrice : Mme C. CHIFFLOT

Pédopsychiatrie de Liaison en Pédiatrie

PLP

Praticiens Hospitaliers :
Dr S. CHENU-CHIROSEL et Dr B. RUMBACH
Cadre Supérieur de Santé : M. J-L. LAPERROUSAZ

Unité de Psychopathologie Péri-Natale

UPPN ☎ 04.79.96.61.62

Responsable Médical : Dr A. RAMAUT-ZELLNER
Cadre de Santé : Mme C. CHIFFLOT



PÔLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Chef du Pôle de Psychiatrie de
l'Enfant et de l'Adolescent :

Docteur Sabine SCHIEX

Assistant de Pôle
Cadre Supérieur de Santé :

Monsieur Jean-Luc LAPERROUSAZ

Directrice Référente du Pôle

Madame Laura JOYEUX

Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie

BP 41126

73011 CHAMBÉRY CEDEX

www.chs-savoie.fr

Secrétaire du Pôle

Madame Brigitte TOURNACHE

☎ 04.79.60.52.28

Structures ouvertes du lundi au vendredi
Unité d'Hospitalisation Complète ouverte toute l'année

Service 1er Intersecteur

Responsable de Service :

Dr J. DROUOT

☎ 04.79.60.52.41

Cadre Supérieur de Santé : M. J-L LAPERROUSAZ

CMP-CATTP Jean Bergès - Chambéry ☎ 04.79.60.52.40

339, rue Costa de Beauregard - 73000

Praticien Hospitalier : Dr A. RAMAUT-ZELLNER

Cadre de Santé : Mr J-L LAPERROUSAZ

CMP-CATTP - Hauts-de-Chambéry ☎ 04.79.60.51.69

270, rue du Maconnais - 73000

Praticien Hospitalier : Dr J. DROUOT

Cadre de Santé : Mme E. DE GRIMAUDET DE ROCHEBOUET

HJ-CATTP - Winnicott - Chambéry ☎ 04.79.60.52.43

259, place René Vair - Bâtiment Descartes - 73000

Praticien Hospitalier : Dr S. TARDIEU

Cadre de Santé : Mme N. HAMANT

CMP-CATTP - St Jean de Maurienne ☎ 04.79.60.52.09

107, avenue du Mont Cenis - 73300

Praticien Hospitalier :

Cadre de Santé : Mme E. DE GRIMAUDET DE ROCHEBOUET

CMP - La Rochette ☎ 04.79.60.52.45

5, place Albert Rey - 73110

Praticien Hospitalier : Dr S. TARDIEU

Cadre de Santé : Mme E. DE GRIMAUDET DE ROCHEBOUET

CMP-CATTP - Montmélian ☎ 04.79.60.52.10

94, rue Antoine Borrel - 73800

Praticiens Hospitaliers : Dr M-P. GHIPPONI
& Dr S. TARDIEU

Cadre de Santé : Mme E. DE GRIMAUDET DE ROCHEBOUET

Service 2ème Intersecteur

Responsable de Service :

Dr F. LEGRAND

☎ 04.79.60.31.40

Cadre Supérieur de Santé : M. J-L LAPERROUSAZ

CMP-CATTP Lepic - Aix les Bains ☎ 04.79.60.52.50

1425, boulevard Lepic — 73100

Praticiens Hospitaliers : Dr F. BOHNKÉ
& Dr J. CIERCOLES
& Dr F. LEGRAND

Cadre de Santé : M. M. FAGOT

Antenne Le Sierroz - Aix les Bains

Praticien Hospitalier :

Cadre de Santé : M. M. FAGOT

Hôpital de Jour CATSA - Aix les Bains ☎ 04.79.60.52.42

1425, boulevard Lepic — 73100

Praticien Hospitalier : Dr F. LEGRAND

Cadre de Santé : M. M. FAGOT

CMP-CATTP - Yenne ☎ 04.79.60.52.54

Batiment "Lys Hotel" - Chemin du Port — 73170

Médecin psychiatre coordinateur : Dr F. BOHNKÉ

Cadre de Santé : Mme M. VEUILLET

CMP-CATTP - Coanin ☎ 04.79.60.52.36

CMP : Imm « Maison Guichon » - 2 et 4 rue du Pont Vieux

CATTP : 6, rue de l'Epine — 73160

Médecin psychiatre coordinateur : Dr F. LEGRAND

Cadre de Santé : Mme M. VEUILLET

Service 3ème Intersecteur

Responsable de Service :

Dr S. SCHIEX

☎ 04.79.60.52.28

Cadre Supérieur de Santé : M. J-L LAPERROUSAZ

CMP-CATTP Roger Misès - Albertville ☎ 04.79.60.52.34

Immeuble « les Balcons de l'Arly » 2, rue Léontine Vibert
73200

Praticiens Hospitaliers : Dr S. CHENU-CHIROSEL
& Dr H. RIGAUD

Cadre de Santé : Mme B. JACOB MAHUT

CMP-CATTP Adolescents - Albertville ☎ 04.79.60.52.30

Immeuble « les Balcons de l'Arly » 2, rue Léontine Vibert
73200

Praticiens Hospitaliers : Dr C. SCHEER
& Dr S. SCHIEX

Cadre de Santé : Mme B. JACOB MAHUT

CMP - Bourg St Maurice ☎ 04.79.60.52.35

139, rue du Nantet - BP 77 - 73700

Praticien Hospitalier : Dr C. SCHEER (référent)

Cadre de Santé : Mme B. JACOB MAHUT

CMP-CATTP - Moûtiers ☎ 04.79.60.52.49

61, rue Grenette - 73600

Praticiens Hospitaliers : Dr C. SCHEER

Cadre de Santé : Mme B. JACOB MAHUT

CMP-CATTP Le Galien Challes les Eaux ☎ 04.79.60.51.77

Immeuble « le Galien » - 395, avenue des Massettes - 73190

Praticiens Hospitaliers : Dr H. RIGAUD
& Dr S. SCHIEX

Cadre de Santé : Mme M. VEUILLET

8.3 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP Le Galien à Challes les Eaux.

ACCES

Bus : ligne C, arrêt Médipôle

Voiture : VRU, sortie 20- Challes les Eaux
Suivre direction Challes-Médipôle

Partenariats

L'équipe peut être amenée, en accord avec la famille, à rencontrer différents professionnels qui s'occupent de l'enfant en lien avec :

- > les médecins généralistes, pédiatres...
- > les établissements scolaires (enseignant, médecin, psychologue...)
- > les services sociaux (éducateurs, travailleurs sociaux...) de la ville (CCAS) ou du département
- > la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- > les services de la Protection Maternelle et Infantile ou du Centre Hospitalier (Pédiatrie, Neurologie...)
- > les professionnels libéraux
- > les établissements spécialisés...

Communes desservies par la structure

APREMONT, BARBERAZ, BARBY,
CHALLES LES EAUX, CHIGNIN,
CURIENNE, LA RAVOIRE, LA THUILE,
LES DESERTS, MYANS, PORTE DE
SAVOIE (LES MARCHES), PUYGROS,
SAINT ALBAN LEYSSE, SAINT BALDOPH,
SAINT JEAN D'ARVEY, SAINT JOEIRE
PRIEURÉ, THOIRY, VEREL PRAGONDRAN



CHS DE LA SAVOIE

PÔLE DE PSYCHIATRIE
DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT

**Centre Médico-Psychologique
Centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel
LE GALIEN**

395 avenue des Massettes
Bâtiment « Le Galien »
73190 CHALLES LES EAUX

☎ **04.79.60.51.77**

📠 **04.79.85.27.91**

www.chs-savoie.fr

Structure ouverte du lundi au vendredi

Le CMP/CATTP dépend du CHS DE LA SAVOIE

Chef du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :
Dr Sabine SCHIEX

Responsable de Service : Dr Sabine SCHIEX
Cadre Supérieur de Santé : J.-L. LAPERROUSAZ



CHS DE LA SAVOIE
BP 41126
73011 CHAMBERY CEDEX
04.79.60.30.30
www.chs-savoie.fr

CHS de la Savoie avril 2022

Missions

Le service public

La mission de secteur dans le cadre du service public hospitalier est d'assurer et de proposer la prévention et les soins des troubles psychologiques, psychiatriques ou du développement de l'enfant et de l'adolescent (de 0 à 18 ans).

L'ensemble des consultations et des soins est financé dans le cadre du budget Sécurité Sociale du C.H.S. de la Savoie et ne nécessite aucun paiement direct des usagers.

Le Centre Médico Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) est un lieu de soins pour les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans.

Les parents, les familles et les jeunes peuvent venir consulter pour des motifs divers, en vue d'une évaluation clinique, notamment pour des :

- Troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'adaptation (séparation, deuil...).
- Troubles du comportement (troubles oppositionnels et des conduites avec ou sans troubles affectifs associés).
- Troubles spécifiques du langage oral et écrit.
- Dyspraxie
- Retards de développement et retards mentaux
- Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- Troubles anxieux, phobies scolaires, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur (dépression, tentative de suicide)
- Troubles sévères de l'attachement
- Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)
- Troubles délirants aigus ou chroniques.

A l'issue de cette évaluation initiale, seuls les enfants justifiant de soins en psychiatrie pourront bénéficier d'un suivi dans les structures du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de Jour).

Une première consultation réunissant l'enfant et sa famille est assurée par le médecin psychiatre ou le psychologue. Diverses prises en charge peuvent être proposées, associées ou non à un travail avec l'école et/ou un travail social :

- consultations ou suivis médicaux et/ou psychologiques
- entretiens familiaux
- prises en charge thérapeutiques groupales ou individuelles
- bilans et/ou rééducations.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.) est un lieu de soins pour des enfants et des adolescents nécessitant une prise en charge spécifique (régulière et plus fréquente) sur indication du C.M.P.

Personnel intervenant

Docteur Sabine SCHIEX	Psychiatre
Docteur Hélène RIGAUD	Pédopsychiatre
Marie VEUILLET	Cadre de Santé
Christine DUNAND	Psychologue
Fadhela GUETTOUCHE	Psychologue
Benjamin VOTQUENNE	Psychologue
Sandrine CLERMIDY	Psychomotricienne
Florian DALMASSO	Psychomotricien
Catherine HENNINOT	Psychomotricienne
Sophie DARCHICOURT	Infirmière
Carole GUMATI	Infirmière
Caroline MARCHIORI	Infirmière
Corinne BOCQUERAZ	Educatrice spécialisée
Anne CHAROULET	Educatrice spécialisée
Valérie SUEUR	Assistante sociale
Claire MOCQUOT	Secrétaire médicale
Brigitte TOURNACHE	Secrétaire médicale

8. 4 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP à Chambéry le Haut

ACCES

La structure est desservie par le réseau de bus Stac ligne B arrêt Mâconnais

Le CMP/CATTP se situe dans la tour face au commissariat de police au RDC - Entrée côté pont

Partenariats

L'équipe peut être amenée, en accord avec la famille, à rencontrer différents professionnels qui s'occupent de l'enfant en lien avec :

- les médecins généralistes, pédiatres...
- les établissements scolaires (enseignant, médecin, psychologue...)
- les services sociaux (éducateurs, travailleurs sociaux...) de la ville (CCAS) ou du département
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- les services de la Protection Maternelle et Infantile ou du Centre Hospitalier (Pédiatrie, Neurologie...)
- les professionnels libéraux
- les établissements spécialisés...

Cantons desservis par la structure

Cantons de
Bassens, Chambéry le Vieux,
Les Hauts de Chambéry,
Sonnaz, Voglans



**Centre Médico-Psychologique
Centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel
Chambéry**

270 rue du Mâconnais
73 000 CHAMBERY

 **04.79.60.51.69**

 **04.79.72.39.71**

www.chs-savoie.fr

Structure ouverte du lundi au vendredi

Le CMP/CATTP dépend du
CHS DE LA SAVOIE
Chef du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :
Dr Sabine SCHIEX
Responsable de Service : Jeanne DROUOT
Cadre Supérieur de Santé : J-L. LAPERROUSAZ



CHS DE LA SAVOIE
BP 41126
73011 CHAMBERY CEDEX
04.79.60.30.30
www.chs-savoie.fr

Mise à jour CHS - Novembre 2022

Missions

Le service public

La mission de secteur dans le cadre du service public hospitalier est d'assurer et de proposer la prévention et les soins des troubles psychologiques, psychiatriques ou du développement de l'enfant et de l'adolescent (de 0 à 18 ans).

L'ensemble des consultations et des soins est financé dans le cadre du budget Sécurité Sociale du C.H.S. de la Savoie et ne nécessite aucun paiement direct des usagers.

Le Centre Médico Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) est un lieu de soins pour les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans. Les parents, les familles et les jeunes peuvent venir consulter pour des motifs divers, en vue d'une évaluation clinique, notamment pour des :

- Troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'adaptation (séparation, deuil...).
- Troubles du comportement (troubles oppositionnels et des conduites avec ou sans troubles affectifs associés).
- Troubles spécifiques du langage oral et écrit.
- Dyspraxie
- Retards de développement et retards mentaux
- Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- Troubles anxieux, phobies scolaires, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur (dépression, tentative de suicide)
- Troubles sévères de l'attachement
- Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)
- Troubles délirants aigus ou chroniques.

A l'issue de cette évaluation initiale, seuls les enfants justifiant de soins en psychiatrie pourront bénéficier d'un suivi dans les structures du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de Jour).

Une première consultation réunissant l'enfant et sa famille est assurée par le médecin psychiatre ou le psychologue. Diverses prises en charge peuvent être proposées, associées ou non à un travail avec l'école et/ou un travail social :

- consultations ou suivis médicaux et/ou psychologiques
- entretiens familiaux
- prises en charge thérapeutiques groupales ou individuelles
- bilans et/ou rééducations.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.) est un lieu de soins pour des enfants et des adolescents nécessitant une prise en charge spécifique (régulière et plus fréquente) sur indication du C.M.P.

Personnel intervenant

Docteur DROUOT Jeanne	Médecin Psychiatre
DE GRIMAUDET DE ROCHEBOUET Elisabeth	Cadre de Santé
GRYNSZPAN Olivier	Psychologue
ISAAC Claire	Psychologue
FAVRE Jacqueline	Psychomotricienne
MARCEL Céline	Psychomotricienne
SUEUR Valérie	Assistante sociale
VARON Sophie	Educatrice spécialisée
JANOTY Dorine	Infirmière
DE ROBERTI Mathilde	Secrétaire médicale

8.5 : Plaquette de présentation du CMP/CATTP d'Aix les Bains.

ACCES

Le CMP se situe à proximité du judo club aixois.
Accès en bus : N°1, 10, 13, 21, arrêt boulevard de Russie, le CMP se situe à 650m de l'arrêt.

Partenariats

L'équipe peut être amenée, en accord avec la famille, à rencontrer différents professionnels qui s'occupent de l'enfant en lien avec :

- les médecins généralistes, pédiatres...
- les établissements scolaires (enseignant, médecin, psychologue...)
- les services sociaux (éducateurs, travailleurs sociaux...) de la ville (CCAS) ou du département
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- les services de la Protection Maternelle et Infantile ou du Centre Hospitalier (Pédiatrie, Neurologie...)
- les professionnels libéraux
- les établissements spécialisés...

Cantons desservis par la structure

Canton d'Entrelacs

La Biolle, Entrelacs (Albens, Cessens, Epersy, Mognard, St Germain la Chambotte, St Girod), St Ours

Canton d'Aix les Bains

Aix les Bains, Brison St Innocent, Drumettaz Clarafond, Grésy sur Aix, Le Montcel, Méry, Mouxy, Pugny-Chatenod, St Offenge, Tresserve, Trévignin, Viviers du Lac

Canton du Chatelard

Aillon le Jeune, Aillon le Vieux, Arith, Bellecombe en Bauges, Le Chatelard, La Compote, Doucy en Bauges, Ecole, Jarsy, Lescheraines, La Motte en Bauges, Le Noyer, St François de Sales, Ste Reine

Canton du Ruffieux

Chanaz, Chindrieux, Conjux, Motz, Ruffieux, St Pierre de Curtille, Serrières en Chautagne, Vions

Le CMP/CATTP dépend du
CHS DE LA SAVOIE

Chef du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent :
Dr Sabine SCHIEX

Responsable de Service : Dr Frédérique LEGRAND
Cadre Supérieur de Santé : J-L. LAPERROUSAZ



CHS DE LA SAVOIE
BP 41126
73011 CHAMBERY CEDEX
04.79.60.30.30
www.chs-savoie.fr



PÔLE DE PSYCHIATRIE
DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT

Centre Médico-Psychologique
Centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel

1425, boulevard Lepic
73100 AIX LES BAINS

☎ 04.79.60.52.50
www.chs-savoie.fr

Structure ouverte du lundi au vendredi

Missions

Le service public

La mission de secteur dans le cadre du service public hospitalier est d'assurer et de proposer la prévention et les soins des troubles psychologiques, psychiatriques ou du développement de l'enfant et de l'adolescent (de 0 à 18 ans).

L'ensemble des consultations et des soins est financé dans le cadre du budget Sécurité Sociale du C.H.S. de la Savoie et ne nécessite aucun paiement direct des usagers.

Le Centre Médico Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) est un lieu de soins pour les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans.

Les parents, les familles et les jeunes peuvent venir consulter pour des motifs divers, en vue d'une évaluation clinique, notamment pour des :

- Troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'adaptation (séparation, deuil...).
- Troubles du comportement (troubles oppositionnels et des conduites avec ou sans troubles affectifs associés).
- Troubles spécifiques du langage oral et écrit.
- Dyspraxie
- Retards de développement et retards mentaux
- Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- Troubles anxieux, phobies scolaires, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur (dépression, tentative de suicide)
- Troubles sévères de l'attachement
- Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)
- Troubles délirants aigus ou chroniques.

A l'issue de cette évaluation initiale, seuls les enfants justifiant de soins en psychiatrie pourront bénéficier d'un suivi dans les structures du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de Jour).

Une première consultation réunissant l'enfant et sa famille est assurée par le médecin psychiatre ou le psychologue.

Diverses prises en charge peuvent être proposées, associées ou non à un travail avec l'école et/ou un travail social :

- consultations ou suivis médicaux et/ou psychologiques
- entretiens familiaux
- prises en charge thérapeutiques groupales ou individuelles
- bilans et/ou rééducations.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.) est un lieu de soins pour des enfants et des adolescents nécessitant une prise en charge spécifique (régulière et plus fréquente) sur indication du C.M.P.

Personnel intervenant

Docteur Frédérique LEGRAND Pédopsychiatre

Docteur Florence BONHKE Pédopsychiatre

Docteur Josselin CIERCOLES Psychiatre

Michel FAGOT Cadre de Santé

Karine BALULA-PAIS Psychologue

Agnès BONTEMPS-NEW Psychologue

Lenaïk FONTENEAU Psychologue

Séverine MUZET Psychologue

Aline BREBION Infirmière

Camille MALASSIS Infirmière

Yolande BLONDEAU Psychomotricienne

Virginie BOURGOIN Psychomotricienne

Caroline PHARABOT Psychomotricienne

Anne GALLOIS Orthophoniste

Virginie BUISSON Educatrice spécialisée

Carole COSTA Educatrice spécialisée

Alain ROYET Educateur spécialisé

Sandrine DAVIN Educatrice spécialisée

Emilie PONCHEL Assistante sociale

Nathalie CAMPI Secrétaire médicale

Sylvie DURAND Secrétaire médicale

Annie CHOROT A.S.H.

8. 6: Plaquette de présentation de l'UPPN.



Unité de psychopathologie
périnatale (UPPN)

Tél. 04 79 96 61 62

Un partenariat entre :

Centre hospitalier
Métropole Savoie
Place Lucien Biset – BP 31125
73011 Chambéry Cedex
Tél. 04 79 96 61 62



Et :

Centre hospitalier spécialisé
de la Savoie
BP 41126
73011 Chambéry Cedex



Accès

En bus du Stac :

- Lignes A et D : arrêt « Hôpital / Chambéry »,
- Lignes C et 3 : arrêt « Hôpital Biset »

En voiture :

- Sortie n° 18 Chambéry centre en provenance de la VRU sud (Grenoble). Suivre la direction centre-ville – Préfecture – centre hospitalier,
- Sortie n° 15 Chambéry centre – Valence – Cognin en provenance de la VRU nord (Lyon, Aix-les-Bains). Suivre la direction Valence – Cognin puis Centre hospitalier.

Stationnement :

Deux parkings sont à votre disposition :

- Un parking payant géré par la société Q-Park,
- A proximité, le parking du Château.



L'Unité de psychopathologie périnatale (UPPN)



*« Un bébé ne peut pas exister seul,
il fait essentiellement partie
d'une relation »*

DW. Winnicott, pédiatre, psychiatre
et psychanalyste britannique

Centre hospitalier Métropole Savoie – CHS de la Savoie
www.ch-metropole-savoie.fr / www.chs-savoie.fr
Pôle Mère-Enfant – V2 – Septembre 2016



L'Unité de psychopathologie périnatale (UPPN) : une équipe pluridisciplinaire à votre service

- Pédiopsychiatres
- Psychologues
- Psychomotriciens
- Infirmiers

Les missions de l'UPPN

- Travail autour du lien parents / bébé
- Consultations thérapeutiques
- Prévention des troubles de l'attachement
- Massage bébé
- Eveil psychomoteur
- Guidance parentale, psychothérapie
- Dépistage précoce et accompagnement au diagnostic de retard de développement de l'enfant



Le travail avec...

Les parents

- Difficultés psychologiques ou psychiatriques pendant la grossesse, de la période néonatale jusqu'aux deux ans de l'enfant
- Dépression, angoisse, anxiété

Le bébé

- Troubles fonctionnels : troubles du sommeil, de l'alimentation, pleurs incessants ou récurrents
- Troubles du développement
- Retentissement psychologique de problèmes somatiques

Mais aussi le travail sur les difficultés relationnelles mère / père / bébé.



Les modalités d'intervention

En intra-hospitalier avec l'équipe de psychopathologie périnatale, intervenant dans les services de la maternité, de néonatalogie, de réanimation néonatale et de pédiatrie (enfant de moins de deux ans).

En consultations externes par :

- des demandes spontanées des patient(e)s,
- des demandes de professionnels : sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, psychiatres ou pédopsychiatres, Protection maternelle infantile (PMI).

En centre de jour par :

- des groupes thérapeutiques mère-bébé.



8. 7 : Plaquette de présentation de La Buissonnière.

LA BUISSONNIERE

Centre d'accueil spécialisé parent-enfant



Prévention des troubles précoces du lien d'attachement

- Accompagner et évaluer la construction du lien précoce d'attachement
- Envisager des alternatives au placement de l'enfant ou le préparer si nécessaire

Public accueilli

Enfants de 0 à 3 ans avec leur mère (6 ans si fratrie), et femmes enceintes à partir du 7^{ème} mois de grossesse en hébergement.

Accueil de jour pour les pères et parents proches.

Nos spécificités 3 services :

- Un centre parental
- Un EAJE (Etablissement d'Accueil de Jeunes Enfants) ouvert 24h/24
- Un SEMO-h (Savoie uniquement)

Une équipe pluridisciplinaire offrant une synergie de compétences, de savoir-faire, et de savoir-être au service des familles.

Une écoute permanente des besoins de la famille, pour mettre en œuvre un projet psycho-éducatif personnalisé.

L'admission au centre parental

- Dossier de pré-admission téléchargeable en ligne : www.ugecam-ra.fr (ETABLISSEMENTS/LA BUISSONNIERE/ADMISSION)
- Pré-visite avec parent(s) et référent social de secteur à l'origine de la demande
- Accueil avec élaboration du contrat de séjour, réalisé avec le(s) parent(s),

Ouvert 365 jours/an
Séjour de 3 à 18 mois



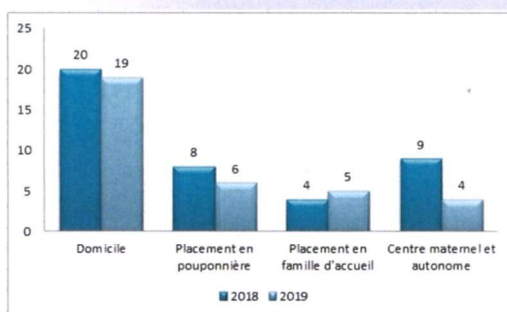
LA BUISSONNIERE

Centre d'accueil spécialisé parent-enfant



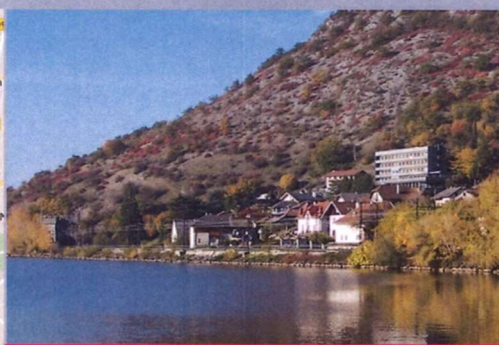
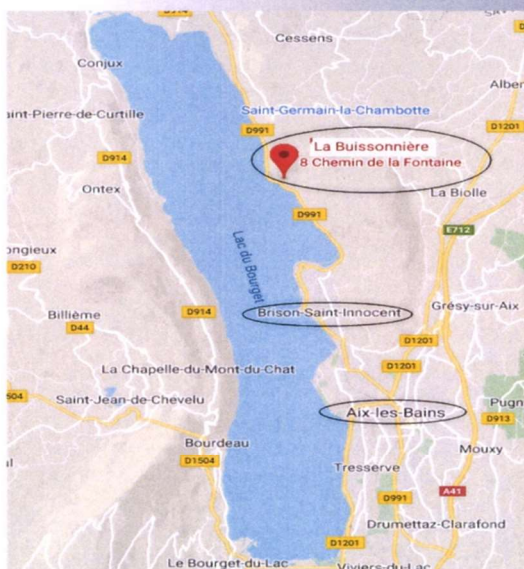
Prévention des troubles précoces du lien d'attachement

Les orientations



L'équipe médico-sociale

- 6 éducateurs spécialisés
- 2 éducatrices de jeunes enfants
- 1 TISF (Technicien d'Intervention Sociale et Familiale)
- 1 infirmière puéricultrice
- 4 infirmières (1 de jour et 3 de nuit)
- 9 auxiliaires de puériculture (7 de jour et 2 de nuit)
- 1 Pédiatre
- 1 Psychologue
- 1 Psychomotricienne
- 1 Pédopsychiatre



LA BUISSONNIERE

Groupe UGECAM Rhône-Alpes
8 CHEMIN DE LA FONTAINE
73 100 BRISON SAINT INNOCENT
Tel : 04 79 54 21 89

labuissonniere@ugecam.assurance-maladie.fr



8.8 : Plaquette de présentation de l'ADDCAES.



Créée en 1981 l'Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Étrangers de la Savoie a pour objet de soutenir, de mettre en œuvre, de développer des actions afin de contribuer à l'intégration, à l'accès aux droits et à l'égalité des chances des immigrés et de leurs familles.

Accompagnement des acteurs

- **CREFE 73** crefe@addcaes.org
Le Centre Ressource Enfance Famille Ecole vise à favoriser le rapprochement et l'intercompréhension entre les familles et les acteurs socio-éducatifs
- **Mise en réseau des associations pour faciliter le parcours d'intégration des migrants**
- **Interprétariat** 22 langues
- **Accompagnement et formation**
L'ADDCAES propose aux acteurs institutionnels et associatifs des journées d'étude, des formations des rencontres sur les problématiques spécifiques au public migrant et/ou en situation de double culture
- **Lieu ressource**

259, place René Vair – Le Biollay
73 000 Chambéry
Tel. 04 79 72 43 49 contact@addcaes.org
www.addcaes.org

Interventions auprès des publics pour l'accès aux droits

- **Actions auprès des femmes**
 - EFSI Ecoute Femmes en Situation Interculturelle : lieu d'écoute et de soutien pour des femmes en situation de double culture, en difficultés identitaires de choix de vie, ou victimes de violences au sein de leur famille.
 - Accompagnement sociojuridique des victimes
 - Accompagnement vers l'emploi
- **Actions personnes âgées**
 - Espace d'écoute et de guidance sociale à Chambéry destiné aux personnes âgées immigrées
- **Appui à la parentalité en situation interculturelle**
 - APSI est un dispositif qui prend en compte la spécificité interculturelle des situations familiales et implique parents, enfants et professionnels dans une démarche qui contribue à la réappropriation des rôles parentaux, à leur intégration sociale et scolaire
- **Accompagnement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires d'une protection internationale**
Ligne directe 04 79 25 99 06
asile@addcaes.org
- **Accueil et information juridique**
Permanence téléphonique mardi matin et jeudi après-midi
06 59 28 76 65
 - En droit des étrangers
 - Et droit international de la famille

8. 9 : Plaquette de présentation du dispositif APSI de l'ADDCAES.



APSI



Appui à la Parentalité en Situation Interculturelle

Objectifs

Mise en place depuis 2000, action départementale de médiation et d'appui à la parentalité en situation interculturelle, dans le but :

- D'apporter un nouveau dynamisme au soutien des familles en situation interculturelle.
- De contribuer à ce que les parents soient davantage acteurs de leur histoire familiale.
- De favoriser l'accès des familles aux réseaux existants

Public concerné

- Familles immigrées et familles en situation d'interculturalité, en difficulté sur le plan du fonctionnement familial, éducatif et social
- Familles immigrées ou issues de l'immigration
- Couples mixtes
- Couples adoptant un enfant étranger
- Acteurs professionnels accompagnant la démarche de ces familles

Action

A partir d'un cadre d'écoute, de diagnostic et d'appui assuré par une équipe de psychologues, il est proposé au niveau des familles et des parents, un soutien à la réappropriation des rôles et places de chacun dans le contexte de la société d'accueil, et un accompagnement dynamique au processus de changement et d'intégration.

La participation des acteurs professionnels accompagnant les familles dans cette démarche favorise la sensibilisation et l'information aux questions de l'interculturalité, et leur prise en compte dans les pratiques auprès des familles.

Les séances ont lieu sur rendez-vous, le jeudi (hors vacances scolaires). Elles sont gratuites et confidentielles.

Par téléphone : 04 79 72 43 49

Par mail : contact@addcaes.org

Durée de la séance : 1 h 30 à 2 h

Il est préférable que les personnes soient accompagnées par un professionnel, au moins pour la première séance.

Avec le soutien
financier de la CAF
de la Savoie



Association départementale pour le développement et la coordination des actions auprès des étrangers de la Savoie
259, Place René Vair - BP 3126 - 73031 Chambéry cedex Tel : 04 79 72 43 49 – contact@addcaes.org - www.addcaes.org

8.10 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS.

1. Quelle est votre profession ?
2. Dans quel service intervenez-vous ?
3. Pour quel public ?
4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?
5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?
6. Quel est leur parcours ?
7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?
8. Âges des enfants ?
9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?
10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?
11. Quel projet de soins ?
12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?
13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?
14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?
15. Qualité du lien enfants/parents observés ?
16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?
17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?
18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?
19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?
20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent

8. 11 : Questionnaire à destination des familles.

A) Concernant les parents

1. Nom des parents.
2. Age des parents.
3. Nationalité des parents.
4. Pays de naissance.
5. Situation Familiale.
6. Études/Diplôme des parents.
7. Profession.
8. Reconnaissance diplôme, permis de conduire, validation ou non dans pays d'accueil.
9. Motif du départ.
10. Âge au moment du départ.
11. Pays de transit.
12. Pays d'accueil : quelles démarches ? Les difficultés ? Qui les a aidés ? Se sont-ils sentis accueillis, compris écoutés, pris en compte ?
13. Situation administrative à l'arrivée en France.
14. Situation administrative actuelle.
15. Temporalité de la régularisation de la situation administrative.
16. Lieu de vie actuel des parents.
17. Problèmes somatiques des parents.
18. Autres membres de la famille présents dans pays d'accueil.
19. Lien de parenté avec membres de la famille restaient dans le pays d'origine.
20. Comment maintenez-vous les liens avec eux.
21. Retour au pays pour voyage, visite famille.
22. Description de votre enfance.
23. Relation avec vos parents.
24. Vécu émotionnel des parents depuis l'arrivée dans le pays d'accueil.
25. Vécu émotionnel par rapport aux changements, aux repères, à la culture.

26. Difficultés au niveau social : logement, accès aux droits (santé, caf etc....) (ex logement plus petit, tous dans la même chambre, foyer d'accueil, dans la rue, etc....)
27. Comment percevez-vous votre identité ?
28. Double identité ? Comment cela s'articule ?
29. Faites-vous cohabiter les deux cultures ou pas ?
30. Comment le faites-vous ?
31. Comment s'est présent dans votre quotidien ? (Nourriture, éducation des enfants, ce qui peut se faire en France ou pas,)
32. Avez-vous le sentiment d'être différent à l'intérieur de votre domicile et à l'extérieur ?
33. La migration a-t-elle été choisie ? Et préparée ?
34. Est-ce que le projet de migration était partagé par tous les membres de la famille ?
35. Quelles étaient les motivations ?
36. Est-ce qu'aujourd'hui cela correspond à vos attentes ?

B) Concernant les enfants

1. Prénom des enfants.
2. Est-ce que ce prénom a une signification particulière ?
3. Nombre d'enfants.
4. Age des enfants.
5. Nationalité des enfants.
6. Pays de naissance des enfants.
7. Lieu de vie actuel des enfants.
8. Scolarisation des enfants dans le pays d'origine.
9. Scolarisation des enfants en France.
10. Enfants présents dans le quotidien des parents avant départ du pays d'origine ou non.
11. Enfants gardés par qui au pays.
12. Dans le pays d'origine, présence d'un réseau familial, amical présent auprès des enfants. Relais auprès des enfants.
13. Dans le pays d'accueil, présence d'un réseau familial, amical auprès des enfants. Relais auprès des enfants.

14. Les enfants ont des contacts avec le pays d'origine ? Qui ? comment ? Quand ? Liens maintenus ?
15. Problèmes somatiques des enfants.
16. Difficultés des enfants.
17. Perçues/comprises par les parents.
18. Comment les difficultés seraient perçues dans le pays d'origine ?
19. Qui a adressé vers le CMP ? Pourquoi ?
20. Difficultés des enfants dans le milieu scolaire.
21. Avez-vous raconter votre parcours à vos enfants ? Nommé ou pas ?
22. Comment leur avez-vous raconté ?
23. Quelle a été leur réaction ?

C) Concernant parents et enfants

1. Comment se sont passés les grossesses et naissances des enfants ?
2. Ressenti de la maman sur ces périodes : heureuse, seule, triste, isolée, déprimée, entourée ?
3. Famille accompagnée par des professionnelles avant et après naissance ? Si oui par qui ?
4. Description par les parents du lien parent-enfant ? Quand bébé, puis après ?
5. Difficultés rencontrées en tant que parents ?
6. Difficultés déjà présentes dans le pays d'origine ou pas ?
7. Suite à l'arrivée en France : présence de difficultés chez les enfants ? Barrière de la langue ? Combien de temps pour s'intégrer ?
8. Soins pour les enfants : lesquels ?
9. Quelles difficultés rencontrées par rapport aux soins dans le pays d'origine ?
10. Quelles difficultés rencontrées par rapport aux soins dans le pays d'accueil ?
11. Isolement de la famille depuis l'arrivée en France par rapport aux difficultés des enfants ?
12. Décrire l'équilibre de la famille avant et après départ du pays d'origine ?

8.12: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview de d'une psychologue à l'UPPN (réponses apportées par mail).

1. Quelle est votre profession ?

Psychologue

2. Dans quel service intervenez-vous ?

Unité de psychopathologie périnatale.

3. Pour quel public ?

Les futures mères et mères d'enfant de moins de deux ans, ainsi que les pères ou autre parent.

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Travail de liaison dans le service de pédiatrie, où je rencontre tous les enfants de moins de deux ans hospitalisés et leur mère et/ou père ou autre parent, quelle que soit le motif de leur venue à l'hôpital.

Présentation de l'UPPN, mise à disposition.

En parallèle de cette activité, consultations mère/enfant type CMP.

Enfin, travail au CATTP (Centre de Jour) UPPN, avec un travail plus approfondi en binôme avec des dyades pour lesquelles un trouble du lien mère/enfant est à l'œuvre, ou à très fort risque.

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Oui, assez régulièrement

6. Quel est leur parcours ?

Parcours de migration, plus ou moins traumatiques ; difficulté parfois à comprendre exactement ce qui s'est passé ; séparation forcée des mères de leurs compagnons ou l'inverse.

Attente de papiers, parfois après avoir été déboutée.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Famille fréquemment dans l'attente.

8. Âges des enfants ?

Pour nous avant deux ans.

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

La maternité, la PMI, les médecins généralistes libéraux, les sage-femmes libérales, les travailleurs sociaux (Chrysalide entre autres).

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Pas l'impression qu'il souffre de maux différents des enfants que l'on accompagne, mais ils sont à risque face à une mère très anxieuse au sujet de son statut en France, avec donc une moins grande disponibilité à son bébé ; difficulté d'accordage ; difficulté dans le transculturel ; isolement des femmes.

11. Quel projet de soins ?

Parfois la sécurité interne des mères n'est largement pas au RDV, ce qui complique leur évaluation psychique, et tout le travail thérapeutique que l'on propose ensuite.

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Famille relativement conciliante, avec parfois des tableaux de grande passivité. Difficile de savoir ce que les familles comprennent de nos objectifs de soins (le maternage est parfois bien différent dans leur pays d'origine et les conditions de vie aussi).

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

Les mères présentent souvent des tableaux de dépression sévère, ou de stress post-traumatique. Les bébés réagissent diversement à ces tonalités relationnelles, soit par de l'agitation, soit par de l'abattement (par exemple) ou du collage.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

L'anamnèse des patientes est complexe à écrire : nous avons « des tronçons » de vie, à nous de les organiser entre eux, avec parfois de probables erreurs. Les traumatismes successifs entravent la capacité des femmes à raconter.

Nous intervenons en tout début de vie de l'enfant, et lorsque la naissance correspond à une arrivée récente en France, il peut y avoir des conduites de collage extrême à la mère, ou des états de sidération préoccupante quant à leur développement futur, et leurs capacités relationnelles.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

On peut avoir tout le panel de troubles du lien : agitation, abattement, désorganisation, hypervigilance. Parfois aussi cela se passe bien tout de même, et nous sommes dans un travail de prévention.

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

C'est une de nos difficultés, tenter d'expliquer les effets à plus ou moins court/long terme de leurs difficultés psychiques lorsqu'elles sont importantes. Il y a des fossés culturels. L'enfant est vivant, il a un toit, ce n'est pas la guerre, pour certaines familles, c'est l'essentiel.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Certains oui. Mais assez peu finalement. Et en tant que soignant, leur parler de cela est à double tranchant, avec risque de ré-activation des traumatismes, et culpabilité possible.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Cela dépend des femmes, et comme dit plus haut, l'interrogatoire est difficile.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Probablement pas suffisamment. C'est un domaine qui touche ethnopsychiatrie : nécessité d'avoir des formations spécifiques, pour être au plus près des particularités de ces populations. Nous travaillons parfois avec l'ADDAES, mais pas de façon systématique ; ce serait à réfléchir.

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

Oui, pour nous ces familles arrivent par la PMI de leur secteur, quelques fois aussi par le CADA. Les tableaux aigus psychiques obligent à un travail partenarial serré, il y a même quelque fois un sentiment d'urgence. Par exemple, nous avons travaillé avec la Maison des Réseaux de Santé, dispositif qui permet à tous les partenaires de travail d'un dossier complexe, de se rencontrer pour coordonner leurs actions.

8.13 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview de la psychologue de La Buissonnière (réponses apportées en entretien téléphonique).

1. Quelle est votre profession ?

Psychologue clinicienne à 100% la Buissonnière. Elle travaille pour l'UPPN et est mise à disposition pour la Buissonnière.

2. Dans quel service intervenez-vous ?

La Buissonnière : Centre parental mère enceinte, mère avec leur enfant en bas âge 0-3 ans, mesure administrative ou judiciaire.

L'équipe se compose d'une Pédopsychiatre à 10%, psychologue, psychomotricienne 60% et infirmiers 60 % mis à disposition de l'UPPN.

3. Pour quel public ?

Mères enceintes, mères avec leurs enfants en bas âge de 0 à 3 ans, les pères invités à venir de 10h à 18h. Accompagnement 7j/7, et 24h/24h. Public hébergé sur place, lieu de vie, équipe éduc+soins, fratrie enfant jusqu'à 6 ans, difficultés dans le lien, évaluer et soutenir la parentalité, biberon/change/sommeil/beaucoup de temps dans le collectif, pas d'appartement uniquement des chambres. 26 mères et 40 enfants max.

Séjour court de 3 à 6 mois renouvelable 1f.

Dans le cadre de la protection de l'enfance, séjour parfois 18 mois.

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Entretiens parents-enfants, réunion clinique, commission d'admission, temps d'observation des enfants en crèche sans leurs parents, visites médiatisées, crèche pouponnière (5 places), SEMOH (adressage direct JE 10/12 places) pour les 0-3 ans 16h/semaine de 7h à 21h, interventions dans le lieu de vie pas qu'en chambre, dans le collectif +++, pas dans le bureau, et au rythme du bébé.

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Au moins 4 ou 5 familles sur les 24 (10%)

6. Quel est leur parcours ?

Bébés qui naissent en de fin parcours migratoire (conçus sur le parcours), soit lors du passage en Italie.

Origine de ces femmes : Guinée, Nigeria, Côte d'Ivoire, Bulgarie, Roumanie, Congo.

Des femmes qui sont parties d'Afrique de l'ouest, elles ont souvent traversés pas mal de pays, puis enfin l'arrivée en Italie. Elles connaissent souvent des personnes et viennent ici parce que les autres départements sont saturés.

Celles venues du Nigeria arrivent avec un parcours de prostitution en Italie/en France, difficile de savoir si le bébé issu de viol/de prostitution ; tout reste flou sur leur départ, notion de trauma qui revient beaucoup, barrière de la langue, SSPT, dépression du post-partum, maux somatiques +++, beaucoup de répétitions de trauma++++.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Pas du tout ; équipe très démunie car nous n'avons pas d'AS dans notre équipe.

Je rédige parfois des récits de vie.

Par rapport à la question de la prostitution : nous orientons vers l'association l'amicale du nid, l'ADDCAES.

La Buissonnière n'est pas une adresse de domiciliation, l'adresse reste celle du lieu de provenance. Les femmes accueillies ne sont pas toutes de Savoie.

Nous sollicitons les AS du département de chaque personne accueillie pour l'accompagnement dans des démarches et pour faire du lien sur les situations.

Si les liens mère-bébé sont trop favorables : ces femmes et leurs enfants ne vont plus relever de la protection de l'enfance, et seront remises à la rue ; des réseaux de bénévoles prennent le relais, et elles se déplacent d'une structure à une autre. La plupart des mères n'ont pas accès à la demande d'asile ou au titre de séjour, et la plupart ne sont pas régularisées.

Beaucoup de béquilles sont mises en place à la sortie : crèche, réseau, elles ne sont pas seules, aides +++, orientation CMP adulte/enfant.

8. Âges des enfants ?

0-3 ans, jusqu'à 6 ans quand enfant de – de 3 ans dans la fratrie

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

Département qui oriente et finance, PMI, sage-femme, maternité, néo-natalité.

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Beaucoup de prématurité liée aux déplacements, à la migration, grands prématurés peut-on l'associer à la question de la survie dans laquelle se retrouvent ces mères ? où je vais dormir, qu'est-ce que je vais manger ?

Enfants très joyeux, très moteurs, qui viennent réanimés les mères, bébés très vivants, réaniment psychologiquement, bébés assez faciles, ne mettent pas en difficultés leurs mères. Ils ont beaucoup de compétences, grande vitalité, mais les mères n'ont pas ce regard que peuvent avoir les professionnelles sur leurs enfants. Ce sont des mères qui sont épuisées, elles voient les enfants comme fatigants. Certaines des mères ont laissés des enfants au pays et ce n'est pas rien d'avoir un nouvel enfant ici. Ce ne sont pas les mêmes codes (ex : on ne laisse pas les enfants touchés les aliments au pays pour la découverte sensorielle et autre), cela tranche dans l'éducation, l'exploration est « lunaire » pour ces mères, il est important d'entendre ce qui se joue dans la culture (ex : au centre parental, nous ne sommes jamais d'accord avec la fessée).

Période en bas âge « bulle », insécurité répétée entraîne des troubles, enfant discret/agité, bilinguisme plus de temps pour entrer dans le langage

Prématurité +++ . Séjours en néo-natalité. Retrait relationnel liés aux difficultés maternelles, évitement du bébé car le regard de la mère dépressif est trop difficile à supporter ce dernier. Dépression du nourrisson.

11. Quel projet de soins ?

Mise en place d'un traitement pour les mères. Migraines, alimentation compliquée perte d'appétit de poids, difficultés d'endormissements. Crèche pour souffler : enfant en insécurité, séparation compliquée, vécu d'arrachement, psychomotricité et accompagnement avec éducatrice +++++

Placement en pouponnière à l'arrivée. Perte des leurs enfants restés au pays, collage de survie, dans la rue avec les bébés, enfant qui hurlent +++, insécurité +++, adaptation assez longue à la crèche sur mesure à chaque fois, allaitement mis en place, crèches pas connues en Afrique ; chez eux ; les enfants sont plutôt gardés la communauté. Nous remarquons un tel épuisement physique/psychique chez ces mères, avec très peu de père présent. Bien souvent, les pères n'ont pas reconnu les enfants.

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Ces mères sont très conciliantes ; par contre, l'entretien est compliqué en face à face. Dans bien des cas, elles peuvent être mutiques ; beaucoup de temps est nécessaire pour s'ouvrir, faire confiance. L'équipe est repère ; on perçoit un investissement de tous les soins autant pour elle que pour le bébé ; c'est un public très agréable, elles créent de l'empathie.

Pour les mères qui sont issues de la traite humaine, c'est très différent : elles se présentent très agressives et revendicatives. L'accompagnement n'est pas le même.

Les groupes thérapeutiques, notamment en art thérapie, sont des médiations très positives et bénéfiques avec ces femmes. C'est moi qui anime le groupe.

Elles n'abordent pas la question de l'excision, est-ce en lien avec la question de l'obtention des papiers ? très inconfortables avec ça. Si elles repartent au pays, se plaignent rarement de ces blessures

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

Clinique longue, laisser le temps au temps, jouer d'abord avec leur enfant avant de les aborder, passer par le corps (kiné/ostéo), maux physiques avant psychiques. J'ai effectué une formation sur le toucher dans la relation de soins.

Beaucoup de traitement par LAROXYL, maux de tête, port de lunettes, les amener à des soins pour elle, prendre soin d'elles, passer par le somatique pour pouvoir ensuite accéder au psychique. Massage parents-bébés, s'enrichir de leur culture, partage d'expériences, valoriser leurs compétences ; ce sont les mères qui vont m'apprendre, notamment sur la question du portage (différentes manières de porter selon les pays, les cultures, les personnes), groupe portage ou massage, qu'est-ce qu'on a à apprendre d'eux.

J'ai une sensibilité par rapport à ces questions, à ce public, j'ai fait ma formation de psychologue à Paris, avec une partie en ethnopsychiatrie.

J'ai déjà eu recours au dispositif APSI de l'ADDCAES, séjours pas forcément assez longs ; nous n'avons pas trop recours à l'interprétariat.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

Insécurité qu'on retrouve beaucoup, difficultés de séparation, collage mère-enfant, différenciation compliquée +++, pas de tableau de TSA, mère qui parlent peu à leur bébé et cela peut être lié à leurs difficultés mais aussi à la culture, posture suffit pour accompagner le bébé, Difficile de sécuriser un bébé, un enfant alors que sa mère est en mode survie,

Conduites addictives chez ces mères avec conso d'alcool aussi.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

Même s'il y a de l'insécurité, la préoccupation maternelle reste importante ; par contre, l'enfant doit suivre, suivre sa mère là où elle en est. Problématique d'attachement, mais les placements, pendant ou à l'issue de notre accompagnement, restent rares.

Ce sont des enfants un peu tyranniques, et la mère ne veut pas contrarier plus ; les limites difficiles à poser +++, « les enfants sont dans du tout, tout de suite ».

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Les Mères ne font pas de liens, question de la survie, pas de rétrospection, pas possible de penser, dans de l'agir. Ce sont les professionnels qui mettent des mots, et il est indispensable de prendre le temps de se questionner sur le risque d'effondrement.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

La migration part d'un trauma ; les personnes sont choisies parfois pour quitter leur pays, ce sont les plus vulnérables qui sont envoyées, beaucoup de ruptures, de décès, de discontinuité.

Pour les mères de Mayotte, ce n'est pas la même migration, pas les mêmes enjeux, beaucoup de mères avec des enfants illégitimes qui sont « expulsées », arrachement, enfants issus de viols.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Pas de protocole particulier. Travail transversal.

Il serait précieux d'avoir plus recours à l'interprétariat.

Et cela me semble indispensable, d'avoir des connaissances plus spécifiques.

Créer des groupes de parole.

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

Oui c'est même obligatoire, travail avec plus de partenaires (OFPRA, CADA, ect...)

8.14: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'un médecin pédopsychiatre du 2^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS (réponses apportées par mail).

1. Quelle est votre profession ?

Praticien hospitalier médecin pédopsychiatre.

2. Dans quel service intervenez-vous ?

2ème inter-secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour le CHS

3. Pour quel public ?

Enfants de 0 à 18 ans présentant des troubles psychopathologiques (surtout auprès des 6 à 12 ans).

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Consultations, démarches diagnostiques, coordinations de soins.

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Relativement oui mais plus particulièrement sur mon ancien secteur d'intervention à la ZUP de Chambéry le Haut.

6. Quel est leur parcours ?

Variable en fonction de l'origine et de l'histoire migratoire.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

La plupart du temps la situation est régularisée, quelques fois non.

8. Âges des enfants ?

Variable.

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

Majoritairement par l'école, parfois la PMI ou le médecin traitant.

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Variables. Question de communication, comportement souvent au premier plan. Troubles anxio-dépressifs.

11. Quel projet de soins ?

Variables mais avec dimension relationnelle et dimension anxieuse.

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Variable en fonction des histoires de chacun.

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

Besoin de tenir compte de la culture d'origine et du parcours migratoire.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

Cela dépend des situations et de la manière dont les parents ont eux-mêmes vécu le parcours.

En gros : quand migration « traumatique » impacte toute la famille.

La migration impacte + l'enfant quand « passif » ou non informé de la démarche.

Âge et difficultés d'accès à la langue pour les parents et l'enfant complexifie la compréhension et la mise en place de soins.

Quand situation irrégulière, augmente le niveau d'anxiété.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

Variable. Plus compliqué quand dimension traumatique ou anxio-dépressive chez les parents.

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

Variable, fonction de leur propre état et de leur culture.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Variable, idem.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Variable parcours migratoire mais aussi parcours de vie et « état » du pars d'origine.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Travail autour du traumatisme et des consultations transculturelles.

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

De fait quand nécessité d'interprétariat plus nécessité d'aide à la compréhension de la situation notamment au niveau des écoles.

8.15: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'un médecin pédopsychiatre du 3^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS (réponses apportées en entretien).

1. Quelle est votre profession ?

Pédopsychiatre.

2. Dans quel service intervenez-vous ?

100% : CMP Enfants et adolescents de Challes les Eaux, Albertville et Bourg Saint Maurice, à temps complet.

3. Pour quel public ?

Auprès d'enfants et adolescents de 0 18 ans avec leurs parents, tout venant, difficultés psychiques, troubles des apprentissages, diverses demandes liées à la MDPH, orientations scolaires, mise en place et suivi de traitement, organisation des soins.

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Consultation d'évaluation, diagnostique, et suivi auprès des patients, orientation vers l'équipe, mise en place et suivi traitement, dossier MDPH, élaboration de certificats médicaux, orientation vers les libéraux, accompagnement des familles travail partenarial, suivi des parents (individuel, en groupe)

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

De plus en plus, avec des parcours plus chaotiques, situations plus précaires

Plus dans la recherche d'aides, pas forcément les familles en dés errance

6. Quel est leur parcours ?

Diverses et variés.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Régularisée la plupart du temps.

Famille de sans-papiers : signe plus important d'instabilité et de grande précarité.

8. Âges des enfants ?

Variables.

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

Écoles, services sociaux, PMI, CHMS.

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Troubles des apprentissages, troubles autistiques, viennent avec des troubles suffisamment graves

Cela va dépendre aussi des origines des familles

Troubles génétiques.

11. Quel projet de soins ?

Les projets de soins sont établis en fonction des troubles présents chez les enfants en question.

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Cela dépend des parents, comment nous les portons au niveau de l'équipe.

Nous pouvons percevoir une hyper vigilance des parents, ils ne « doivent pas » se faire remarquer, ils ont une volonté d'avoir un enfant comme les autres ; un de leurs objectifs est de se faire accepter dans le pays d'accueil

Ils souhaitent ne pas demander trop, être plutôt discrets.

Ces familles vivent des choses compliquées, donc elles restent en hyper vigilance par rapport à cela.

Lorsque les parents arrivent à parler de leur culture, de leur vécu, il semble indispensable de ne pas porter de jugement et de faire alliance avec eux autant que possible.

Laisser la place à leur culture, et être dans du partage de culture.

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

Oui je pense essayer de mieux cerner le parcours (départ/voyage/arrivée/grossesse/naissance) ; il y a souvent de multiples traumatismes qu'il faut pouvoir mieux cerner, pour qu'un lien de confiance puisse s'établir afin que la prise en charge de l'enfant puisse être optimum. L'alliance, la différence de culture, d'idées, de ne pas juger, accepter la différence de culture, d'approche même si parfois cela peut être complexe (le cadre de la loi n'est pas le même ici et dans un autre pays et les conduites parentales non plus...).

De plus je trouve enrichissant les différents aspects de la culture, les différentes approches (mythes et contes par ex) ...je pense que les familles peuvent le ressentir aussi, du moins je l'espère.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

La famille est traumatisée, par conséquent la relation mère-enfant en est teintée ; entre en jeu également la question épigénétique (après accouchement).

15. Qualité du lien enfants/parents observé.

Cela dépend des situations.

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

Lorsque cette question est travaillée, oui. Au début des soins, ce n'est pas possible pour eux. Ils ont déjà vécu tellement de choses compliquées, qu'ils n'en sont pas là.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Je ne pense pas, et il est peut-être préférable de ne pas leur dire. Cela risquerait d'amener une culpabilité chez eux.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Les parents, surtout les mamans, évoquent peu, tout du moins avec moi, leur vécu dans leur enfance comme si leur histoire commençait au moment de leur départ ou de l'arrivée de leur enfant.

Peut-être gardent-elles cela pour elle ; cela leur appartient, peut-être elles ne souhaitent pas le partager à ce moment-là. Je suis là pour l'enfant et pas pour elle, mais à la fois peut-être que je n'aborde pas ce sujet-là non plus.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

A l'heure d'aujourd'hui non. Mais il y aurait un intérêt à mettre en place un suivi plus conséquent auprès de ces familles, et surtout auprès des parents.

L'idée serait de réfléchir à un autre mode d'accompagnement : notamment des consultations en binôme de professionnels : par exemple pédopsychiatre et AS.

Oui je pense que c'est à construire.

C'est un axe peut être nouveau dans le CMP et dans la pratique, moins de situations de ce type auparavant ou pas repérées comme telles. C'est une autre clinique, très riche mais très différente.

Peut-être faudrait-il réfléchir/penser à une formation différente, ou à des groupes de travail.

Peut-être une réflexion avec l'EMPP ou sur le côté multiculturel ou sur les traumas...difficile actuellement de répondre à cette question, c'est comme une porte qui s'ouvre mais on ne sait pas trop ce que l'on va trouver et/ou ce que l'on va pouvoir/devoir mettre en place.

En bref de nouveaux projets mais toujours à moyen constant...

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

A notre niveau, oui bien sûr.

8.16: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une psychomotricienne du 3^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS (réponses apportées en entretien).

1. Quelle est votre profession ?

Psychomotricienne à 70%.

2. Dans quel service intervenez-vous ?

Au CMP et CATTP Enfants et Adolescents de Challes les Eaux.

3. Pour quel public ?

Principalement auprès d'enfants âgés de 3 ans à 10 ans présentant des troubles envahissants du développement, des retards de développement moteur, porteurs d'autisme.

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Mise en place de suivi individuel suite à bilan ou observations psychomotrices, mise en place de suivis en petit groupe, co-animation de groupe. En tant que psychomotriciennes, notre travail consiste à soutenir le sentiment d'unité et d'existence du sujet (lien avec les différents stades du sens de soi, selon Daniel STERN) à travers un travail psycho-corporel. Le projet est que l'enfant devienne acteur de son développement soutenu par la relation à l'autre.

Travail très archaïque, construction du sujet, l'idée est que l'enfant se sente sujet existant.

Pas dans du verbal pour les enfants avec bilinguisme ou trilingue. 1^{er} stade du développement : un sujet qui rencontre un autre sujet, vitalité, construire ensemble, objet qui peut faire le lien

L'objectif est que l'enfant devienne d'abord sujet.

Aspect psycho-corporel a une dimension spécifique. Parfois cela peut être compliqué par rapport à la culture, par rapport au parcours traumatique et à la question des vécus corporels.

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Environ 1/4 de mes suivis.

6. Quel est leur parcours ?

Il y a les enfants qui viennent d'arriver avec leurs parents étrangers,

A la fois des parcours « choisis », mais aussi des réfugiés politiques et économiques, avec des parcours de grande précarité.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Situations régularisées majoritairement.

8. Âges des enfants ?

4-10 ans.

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

Écoles, PMI, AS de secteur.

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Troubles du spectre autistique majoritairement.

11. Quel projet de soins ?

Petit groupe et type dispositif (plusieurs professionnelles et plusieurs enfants avec un suivi psychomoteur au sein du dispositif), suivi individuel.

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Le sens du soin est mis à mal ; il y a quelque chose de spécifique : par rapport à l'aspect culturel, mais aussi par rapport à l'aspect chaotique du parcours migratoire. Les soins psychiatriques ne sont pas la priorité pour ces familles. L'investissement des parents aux soins va également dépendre de leur niveau de préoccupation par rapport aux difficultés de leurs enfants. Question de la préoccupation première des parents.

En tant que psychomotricienne, on bute encore plus que pour d'autres suivis (psy ou autre) ; l'alliance thérapeutique est plus fragile à mettre en place car on va rechercher à construire le lien enfant avec un soignant comme prémices au lien intersubjectif global.

Le travail en psychomotricité n'est pas dans les apprentissages, pas dans l'éducation, on ne répare pas physiquement.

On fait face à une indisponibilité des familles pour ça ; elles peuvent identifier les ressentis par rapport à leur enfant, mais ne sont pas pour autant disponibles pour accompagner ensemble les besoins spécifiques de l'enfant (entre professionnel et famille) ; en effet, cela nécessite une vraie disponibilité psycho-affective.

Par exemple lors de la passation des profils sensoriels, nous n'obtiendrons pas du tout le même retour aux questions si une interprète n'est pas présent au rdv, et nous n'aurons pas les mêmes recommandations que pour d'autres enfants, d'autres parcours familiaux.

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

L'accueil se fait souvent avec d'autres collègues (groupe d'observation) pour prioriser les besoins

Importance majeure à être deux professionnelles à la fois pour reformuler dans les entretiens.

Intérêt de l'interprétariat

Suivi sans la présence des parents en séance.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

Ce sont des enfants qui arrivent avec une histoire qui les dépassent, et en plus de cela avec leur propre problématique, bien souvent en lien avec des origines intergénérationnelles.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

Les parents font déjà la démarche de venir au CMP : ils sont dans une demande d'aides.avec chacun leur représentation des soins.

L'enfant aura tendance à préserver le parent ; on observe une mise à distance de l'enfant vis-à-vis de son parent, pour protéger son parent ou par expérience par de file back de besoin de réassurance, l'enfant ne pas va pas tenter.

On rencontre un problème de vocabulaire en utilisant la langue française, sur-adaptation du soignant par rapport à l'enfant et au parent en utilisant la langue française, qui peut être inquiétante pour l'enfant

Mise à distance corporel du parent quand on va dans des éprouvés archaïques (portage)

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

C'est très aléatoire ; l'aspect culturel entre en jeu, l'aspect disponibilité psychique des parents qui peut être relativement précaire, ainsi que la présence de mouvements défensifs face aux troubles des enfants.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Pas en psychomotricité ; et c'est un lieu pour l'enfant, un lieu pour ce qu'il a reconstruire. Ce n'est pas un espace pour aborder ces questions-là.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Ce n'est pas non plus le lieu où c'est abordé.

L'espace en psychomotricité est un lieu où l'on part de l'enfant.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Travail en réseau : AS/psycho/médecin/interprète.

Il paraît indispensable de fortifier le travail avec les partenaires extérieurs, et en équipe avec des consultations spécifiques autour des parcours de migration

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

En équipe oui, mais ce n'est pas spécifique pour les psychomotriciennes qui sont plus tournées sur et vers l'enfant.

8.17: Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une éducatrice spécialisée du 1^{er} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS. (Réponses apportées par mail).

1. Quelle est votre profession ?

Éducatrice spécialisée

2. Dans quel service intervenez-vous ?

CMP/CATTP pédopsychiatrie

3. Pour quel public ?

Pour des enfants, des adolescents et leur famille et/ou personne de confiance

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

- *Animation de groupes thérapeutique et prise en charge individuelle*
- *Entretiens familiaux*
- *Lien avec les différents partenaires*

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Oui

6. Quel est leur parcours ?

Les enfants sont pour la plupart nés en France, ce sont leurs parents qui ont immigrés en France pour différentes raisons : la recherche de travail, les soins pour leur enfant aîné...

Certains enfants naissent lors du parcours migratoire des parents :

- *départ des Comores pour Mayotte : naissance des enfants puis arrivée en Métropole*
- *départ de Côte d'Ivoire pour retrouver le père qui était dans un parcours de migration (Italie puis France afin de trouver du travail)*
- *Départ du Sénégal des parents, naissance et scolarité maternelle des enfants en Italie puis arrivée en France)*

Certains enfants sont envoyés par leurs parents en France et confiés à des personnes de la communauté en espérant pouvoir les rejoindre plus tard.

Certains parents émigrent avec leurs enfants pour trouver de meilleur soin somatique et psychiatrique pour leur enfant.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Moitié, moitié

8. Âges des enfants ?

Entre 3 et 14ans

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

Par la PMI et l'école

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Trouble de l'attachement, Traits autistiques, Trouble oppositionnel avec provocation, Trouble anxieux, Trouble envahissant du développement, Trouble du langage et de la parole, Perte des contenants

Souffrance réactionnelle lié aux conditions de vie (foyer d'accueil, hébergé par des tiers...) : ne pas avoir de « chez soi », d'intimité et de confort de vie et à l'étirement identitaire (vivre dans un lieu sans en avoir la légitimité, le droit) : problématique massive autour du sentiment d'avoir une place voir même d'être digne d'en avoir une.

Souffrance liée au déracinement, la perte d'ancrage, de repère (culture, codes sociaux...) et à la nécessité de construire une identité qui conjoint celle du pays de ses origines et celle du ou des pays d'accueil.

Perte d'élan vital, de projection et d'espoir en l'avenir...

Souffrance liée aux traumatismes transgénérationnelles et des parents dans leur pays d'origine et lors de leur parcours migratoire.

11. Quel projet de soins ?

Il se définit en fonction de l'âge de l'enfant, et de sa problématique (trouble intrinsèque et problématique psychoaffective).

Pour la plupart :

- *Groupe thérapeutique (d'expression, Marionnettes, à orientation psychocorporelle)*
- *Psychothérapie individuelle*
- *PEC en psychomotricité (travail psychocorporelle)*

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

L'investissement des parents est souvent difficile car ils sont souvent pris par des préoccupations de l'ordre de la survie :

Au niveau administratif (statut irrégulier...)

- *Au niveau financier (difficulté à trouver du travail du fait de leur statut, de la non reconnaissance de leur qualification en France...)*
- *Au niveau psycho-émotionnelle (isolement, solitude, fatigue...)*

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

J'essaye d'être attentive afin d'entendre comment résonne, quelles traces, quel plein, quel vide, quelle confusion ou conjointure l'expérience migratoire de leur parent ou d'eux même ont sur leur être.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

Dans toute les situations quelque chose s'est déliée et cette déliaison s'exprime à un endroit ou à un autre de l'être, ce qui a un impact sur le sentiment d'unification de soi, donc sur la capacité à pouvoir être Sujet.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

Le lien est souvent complexifié la plupart du temps par l'accès à la compréhension et l'expression de la langue qui est plus facile pour les enfants du fait de leur scolarisation ;

Il y a souvent une conflictualité entre les enfants et les parents dans la façon dont chacun investit leur pays d'origine (rejet, surinvestissement...) car cela implique un deuil.

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

L'impact de l'expérience migratoire est souvent dénié par les parents soit du fait de leur propre difficulté à voir l'impact sur eux, soit pour éviter une forme de culpabilité, de désillusion/désidérialisation.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Souvent

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Pas spécifiquement mais il y aurait des choses à mettre en place notamment en invitant un interprète systématiquement autant pour la communication que pour aider ce processus de re-liaison, inviter les parents à narrer leur parcours en présence des enfants afin qu'ils puissent mieux l'intégrer dans leur histoire,

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

Oui avec les services de soutien aux migrants et avec l'ADDCAES.

8.18 : Questionnaire à destination des professionnels du CHS : interview d'une psychomotricienne du 1^{er} inter secteur de pédopsychiatrie du CHS (réponses apportées par mail).

1. Quelle est votre profession ?

Psychomotricienne.

2. Dans quel service intervenez-vous ?

En CMP/CATTP enfants et adolescents, à 50%

3. Pour quel public ?

Auprès d'enfants essentiellement de 2 à 9 ans en moyenne. Et auprès de leur famille.

4. Pourriez-vous décrire votre pratique/vos interventions, auprès de ce public, en quelques lignes ?

Les enfants sont adressés en psychomotricité sur indication du médecin du C.M.P. La psychomotricité, en s'appuyant sur les sciences biomédicales et humaines, s'intéresse aux liens qui s'établissent dès la naissance (et pour la vie), entre le tonus musculaire, les perceptions, les émotions, les affects et les représentations. Après un bilan en psychomotricité qui permet d'avoir une idée du développement psychomoteur de l'enfant à un instant T, je peux proposer à l'enfant et à ses Parents un projet thérapeutique. Si l'enfant et ses parents sont ok pour valider ce projet, les soins en psychomotricité peuvent commencer. Généralement, l'enfant est reçu seul 45 min de façon hebdomadaire, sauf dans les cas de suivi parents-enfant. Certains enfants sont reçus en binôme ou groupe thérapeutique co-animé avec un autre soignant (éducateur spécialisé, psychologue, infirmier). Un point est régulièrement fait avec les parents. Les situations de chaque enfant peut être suivie conjointement avec d'autres professionnels de l'équipe et/ou des partenaires extérieurs ce qui implique de prendre le temps pour faire du lien avec toutes les personnes amenées à intervenir auprès de chaque enfant.

5. Avez-vous souvent à faire à des familles issues de l'immigration ?

Quelque fois.

6. Quel est leur parcours ?

Parcours généralement semés de traumatismes intra familiaux et liés à l'exil et aussi à l'après exil.

7. Situation administrative régularisée ou pas ? Quelle est la situation la plus fréquente ?

Parfois oui parfois non.

8. Âges des enfants ?

Variable.

9. Par qui sont-ils adressés la plupart du temps ?

P.M.I., école, assistante sociale de secteur.

10. Difficultés et/ou troubles des enfants ?

Certaines familles viennent en France en espérant avoir de meilleurs soins pour leur enfant malade.

Pour d'autres les enfants peuvent présenter des troubles du comportement importants ou un retard de langage (et souvent du développement psychomoteur associé), des troubles de la personnalité. La relation parent-enfant est très souvent perturbée.

11. Quel projet de soins ?

Psychomotricité et/ou groupe thérapeutique, accompagnement par l'assistante sociale et le pédopsychiatre. Si besoin suivi psychologique. Liens avec les parents et tous les partenaires autour de l'enfant et sa famille (avec l'accord de la famille).

12. Investissement des parents aux soins ? Quel sens cela a pour eux ?

Ça va de très investis, à peu investis par peur ou difficulté à faire confiance et de plus en plus investi plus la confiance s'instaure.

13. Avez-vous une clinique particulière liée à ces familles ?

Non par manque de formation probablement. Je reçois chaque enfant et sa famille de la même façon. Si besoin nous pouvons orienter la famille à l'A.D.D.C.A.E.S.

14. Que diriez-vous de l'impact de leur parcours migratoire, de leur histoire migratoire sur le développement psychique de leurs enfants ?

Enfants qui ont tous leurs repères à recréer (langue, système scolaire, culture, etc) cela souvent quand leur situation administrative et sociale est instable ce qui est hautement insécurisant pour eux. Ces enfants ont aussi à vivre avec leurs parents qui sont souvent très préoccupés et peu disponible pour leur enfant du fait de leur situation surtout si elle est irrégulière. Psychiquement ces enfants doivent gérer des ruptures, des traumatismes, etc, ce qui laisse forcément des traces et peu impacter leur bon développement. L'impact de leur parcours migratoire sur leur développement psychique sera plus ou moins marqué selon si l'enfant et sa famille ont pu être portés, entourés, pris en soins pour atténuer les conséquences des traumatismes vécus.

15. Qualité du lien enfants/parents observé ?

Fusionnel. Ambivalent.

16. Conscience des parents des troubles de leurs enfants ?

Cela dépend.

17. Les parents font-ils des liens entre les difficultés de leurs enfants et leur parcours ?

Oui parfois.

18. Présence de Trauma des parents dans leur propre enfance ?

Oui parfois.

19. Mettez-vous en place des projets spécifiques de soins et d'accompagnement pour ce type de population ? Est-ce qu'il y aurait des choses à mettre en place ?

Il nous faudrait être formés spécifiquement.

20. Est-ce que ces situations amènent à un travail partenarial plus conséquent ?

Pas forcément.