

Dr Martin PAVELKA

Pédopsychiatre, Médecin responsable U.A.F.T.-Enfants, Secteur 91-I-05, Sainte-Geneviève-des-Bois

Mme Mireille GUIADER

Infirmière psychiatrique, Cadre de soin, U.A.F.T.-Enfants, Secteur 91-I-05, Sainte-Geneviève-des-Bois

« De l'indication de soin en AFT-Enfants »

Résumé :

La question d'indication ou non de soin en accueil familial se pose dans tous les cas où la séparation protectrice s'impose et/ou où la séparation thérapeutique apparaît salutaire, qu'il s'agisse des accueils permanents continus ou des accueils séquentiels, qui suscitent le débat.

L'examen en 2006 de 44 situations d'enfants accueillis dans les UAFT de l'Essonne, de leurs troubles au moment de l'admission, est mis en rapport avec plusieurs approches théorico-cliniques qui peuvent s'avérer utiles au moment de peser l'indication et la contre-indication. Les facteurs étiologiques de l'environnement, les troubles psychopathologies de l'enfant, l'âge d'admission, type d'accueil, sex ratio seront examinés.

Présentation de l'Unité et du dispositif d'A.F.T. dans Essonne

Notre unité est située à Sainte-Geneviève-des-Bois. Nos locaux se trouvent dans un pavillon avec jardin, spécialement aménagé pour notre pratique.¹

L'unité prend en charge une vingtaine d'enfants et leurs parents. Nous travaillons avec une dizaine de familles d'accueil, chacune accueillant au maximum 2 enfants. Aujourd'hui l'unité dispose de 5,7 ETP de soignants (médecins, infirmiers référents, psychologue).

L'unité fait partie d'un dispositif sectoriel de soin développé depuis 1972, avec les premiers accueils familiaux thérapeutiques depuis cette année là.

Notre service dépend de l'EPS B. Durand à Etampes.

Notre département dispose de 5 secteurs de pédopsychiatrie dont 4 sont dotés d'un A.F.T.-Enfants. 3 de ces secteurs dépendent de notre hôpital. Je le précise parce que c'est dans ces 3 unités qu'a eu lieu l'enquête sur les indications, dont on va vous parler pour introduire la discussion.

¹ Détails dans l'article : Martin PAVELKA, Sylvie DENIZET, Dominique ROITEL, Véronique ARIGNO, "Accueil familial à but thérapeutique - Soins par médiation", Perspectives Psy, Vol 46, No1, janv-mars 2007, p.30-38.

Sur la totalité des enfants accueillis en FA dans notre département 5% bénéficient de nos dispositifs sanitaires.

(640 ASE + 400 Associations + 55 AFT = Total 1100)

Présentation de l'enquête

Nous avons donc réalisé une enquête sur les indications de soins en UAFT auprès des 3 équipes de 3 secteurs pédopsychiatriques. L'enquête incluait le 44 enfants admis à cette période.

Le groupe de W d'auto-évaluation, dont nous avons fait partie, a procédé ainsi : Il a rassemblé les concepts théorico-cliniques sur lesquels se base le projet de soin des unités, puis il a fait le postulat des indications de soins en AFT par le prisme des diagnostics des patients concernés.

Ensuite, par l'intermédiaire d'une enquête rétrospective et anonyme, il a établi une image réelle des psychopathologies au moment de l'entrée dans le dispositif de soin pour les patients actuellement pris en charge.

Des fiches individuelles anonymes ont été distribuées en juin 2006, le recueil des données a eu lieu courant juillet-août.

La fiche relève les informations suivantes

Le sexe, L'âge actuel, l'âge à l'admission, type de soin (permanent continu/permanent partiel/séquentiel), Nombre de FA successives, type de Mesure de protection, origine de la demande de soin, et ce qui nous intéresse surtout - le diagnostic pédopsychiatrique à l'admission, tel qu'il a été déterminé par l'équipe de l'UAFT, sur la base des dossiers de présentation et les observations de l'équipe lors des entretiens d'admission. Le groupe a travaillé avec la Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent - sa Révision 2000-

Cela a permis de tester la *pertinence des indications* de soin en AFT, en coupant les postulats préalables avec les résultats de l'enquête.

Indication de soins vs. Objectif du soin

Il y a bien un rapport direct entre les *INDICATIONS* (en bleu) est les OBJECTIFS du soin (en bleu claire) mais il est utile de les différencier.

Disons que les objectifs d'action de nos dispositifs sont les suivants:

- 1) soigner les phénomènes pathologiques chez l'enfant (précoces, instables ou déjà fixés et structurés),
- 2) atténuer ou neutraliser les facteurs étiologiques et associés de l'environnement entravant le développement de l'enfant (son individuation, son affectivité, sa pensée, sa parole, ses comportements sociaux, etc.
- 3) accompagner et soigner le lien parent-enfant entravé par la psychopathologie parentale entraînant les troubles de la parentalité (dysparentalité).

L'indication comporte 2 dimensions qu'on peut différencier, même si elles sont naturellement imbriquées dans nombreux textes sur notre pratique :

1ère dimension - Indication au vu de la **pathologie présentée par l'enfant** (le diagnostic du trouble) ;

2ème dimension - Indication au vu de l'**environnement de l'enfant** (la dysparentalité et ses dangers)

Cette imbrication reflète l'imbrication de chaque individu avec l'environnement qui l'entoure :

Je citerai l'extrait d'un des premiers textes sur indication en AFT sanitaire :

Dès 1973 l'équipe du CFAT de Soisy sur Seine précise² :

Le dispositif est conçu pour recevoir des enfants présentant des troubles psychiatriques, impossibles à traiter dans le cadre familial, tant en raison des carences globales dont les enfants souffrent au sein de leur famille, que de l'intolérance par les parents de la pathologie de l'enfant ... Toute la gamme de pathologie mentale de l'enfant est représentée ; et c'est la nocivité d'interaction entre la pathologie de l'enfant et celle de la famille qui détermine cette mesure thérapeutique. Une forte proportion de ces enfants est « en danger » au sein de leur famille.

² Myriam DAVID & coll « Le Centre familial d'action thérapeutique », L'Information psychiatrique, Vol 49, No 7, Septembre 1973.

Nous voyons bien cette imbrication.

Il se trouve que la Classification diagnostique CFTMEA est conçue pour bien rendre compte de ces **2 dimensions** :

- sur **L'axe I** elle qualifie la psychopathologie de l'enfant
- sur **L'axe II** elle qualifie l'environnement de vie de l'enfant

L'Axe I est lui même partagé selon l'âge en l'Axe BEBE - pathologies précoces (0 - 3 ans) - et des pathologies constituées, plus tardives.

Résultats de l'enquête

1 - **Axe I** : 33 % c'est un nombre important de très jeunes patients de 0 à 3 ans, avec des pathologies précoces. Cinq autres patients ont été séparés avant l'âge de 3 ans mais ont été admis en AFT plus tard et sont donc répartis dans les autres groupes diagnostiques.

Même si les bébés ne peuvent pas encore être étiquetés comme porteurs d'une pathologie constituée (celle-ci n'existe tout simplement pas à cet âge, il en sont pas moins porteurs de troubles graves du développement qui s'expriment dans leurs désorganisation tonique, du contact, psychomotrice, psychophysique, etc. L'axe bébé permet de repérer cette psychopathologie précoce.

B1 - Bébé à risque des troubles sévères du développement (zones de vulnérabilité susceptibles de l'engager dans un processus autistique ou psychotique, sans qu'on puisse encore affirmer un tel diagnostic)

B2 - Les dépressions du bébé

B3 - Les bébés à risque de l'évolution dysharmonique (risque d'évolution vers les pathologies limites)

B4 - Les états de stress du bébé

B5 - Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques

B6 - Les distorsions du lien (une modalité particulière du lien devient prévalente et imprègne la relation adulte-enfant sous une forme qui tend à se figer sous des aspects inquiétants)

Si j'insiste, c'est parce que souvent nous sommes confrontés à l'opinion que les bébés séparés ne seraient pas, ou seraient peu malades et donc n'auraient pas besoin de dispositif d'accueil familial avec une dimension thérapeutique.

2 - Axe II: *Les facteurs associés, antérieurs ou étiologiques* pour les deux sous-groupes (0-35 mois et 3-17 ans) sont quasi-similaires (un peu plus de carences pour les bébés). Est-ce du fait que les parents sont devenu dysparentaux plus tard, ou s'agit-il plus probablement du problème d'évaluation tardive des dysfonctionnements de l'environnement parental. Ce retard d'évaluation de la dysparentalité semble fréquemment transparaitre dans les dossiers de candidature qui indiquent les troubles de parentalité souvent précoces, alors que les mesures de soutien, de soin ou de protection ont été tardives. La conséquence de ce retard est l'existence, chez l'enfant, des organisations psychopathologiques déjà installées, moins mobilisables, avec le risque de séquelles après le soin ou de chronicité des troubles.

Autrement dit : Quand l'enfant soigné a été séparé précocement, quand il était bébé, ce n'est probablement pas parce que son environnement serait plus nocif que chez les enfants séparés plus tardivement. C'est le repérage et/ou l'évaluation de sa situation qui ont été tardifs.

3 - L'âge de l'admission

Ce tableau a une présentation particulière articulée autour de l'âge de 18 mois. C'est l'âge déterminé dans l'étude de Francis Mouhot (2003), l'âge avant lequel la séparation protectrice est statistiquement la plus favorable pour le développement ultérieur de l'enfant. Dans la prochaine enquête il conviendra de recueillir également l'âge de la séparation protectrice, qui précède l'âge d'admission à l'UAFT/Enfants. Le sous-groupe 19-35 mois englobera forcément la majorité des patients qui ont été distancés de leurs parents en difficulté avant l'âge de 18 mois. C'est pourquoi il pourrait être rapproché des 3 sous-groupes 0-18 mois. Les bébés protégés avant l'âge de 18 mois, même s'ils ont été psychiquement affectés par leurs expériences pathogènes précoces, ont des troubles moins fixés et grâce à une séparation rendue thérapeutique (accueil familial avec soin) ils évolueront ensuite statistiquement plus rarement vers une psychopathologie pédopsychiatrique avérée. Pour les patients protégés plus tardivement (3-8 ans) et qui souffrent déjà de troubles pédopsychiatriques installés, l'admission et le soin en accueil familial thérapeutique permettent d'infléchir très favorablement leur développement psychique péjoratif, tendent à réduire leurs troubles et favorisent une meilleure insertion dans une vie sociale autonome, mais statistiquement ils garderont les séquelles manifestes dans leur psychisme.

4 - **Mesure de protection** concomitante avec la séparation thérapeutique

5 - **Autres paramètres**

Conclusion

1/ La lecture de ces résultats incite les équipes de notre établissement à œuvrer, dans le réseau de leurs partenaires (PMI, Maternité, Pédiatrie, Pédopsychiatrie, Protection de l'enfance, Tribunal pour enfants), pour permettre, quand c'est possible, une **admission plus précoce** en soin, afin de limiter l'installation d'une psychopathologie grave chez l'enfant dans les cas où, malgré l'aide adaptée, persiste une dysparentalité sévère et durable de l'environnement familial.

2/ En cas d'admission à l'âge très précoce (avant 18 mois), si on est attentif et formé, on s'aperçoit relativement facilement de l'importance des troubles psychiques précoces. L'Axe I - bébé est d'une grande utilité pour objectiver l'état du bébé.

Rien ne permet d'affirmer que ces bébés présentent pas ou peu de troubles. Les troubles psychiques constitués sont impossibles à cet âge.

3/ Pour y voir plus clair on pourrait faire la différence entre :

INDICATION de soin - selon la nature du dispositif (organisation, projet médical de l'unité - autisme, adolescents, classiques)

BESOIN de soin - situation du point de vue de l'enfant

OBJECTIF de soin - nature d'action soignante (préventive curative, étayage...)

4/ Un enfant séparé - même un bébé - présente toujours des troubles psychiques, quel que soit le type de dispositif d'accueil familial qui le prend en charge.

Tout type de dispositif d'accueil familial doit comporter une dimension intrinsèque de soin psychique.