

Dr Marie-Dominique BAZIRE,  
*Praticien hospitalier<sup>1</sup>.*  
Stéphane LAPLACE,  
*Psychologue<sup>2</sup>.*  
Marie-Claire LEMAITRE,  
*Cadre infirmier<sup>1</sup>.*

## « Placement Familial Thérapeutique un et pluriel »

### Résumé :

*Les auteurs, dans cette communication, font part de leur pratique commune au sein du Placement Familial Thérapeutique en tant qu'indication positive de l'Accueil Familial Thérapeutique.*

*Ils évoquent l'évolution d'un P.F.T. créé il y a 30 ans. De nouvelles pratiques se sont mises en place, tentant de répondre au mieux aux problématiques de l'enfant en difficulté dans sa famille, qui plus est avec une pathologie psychiatrique reconnue.*

Cette présentation se présentera comme suit :

- I) Introduction
- II) Historique du Placement
- III) Evolution dans l'organisation des placements
  - 1) La préparation du placement
  - 2) Le relais dans le placement
  - 3) Les indications à temps partiels
  - 4) Placement à l'amiable
  - 5) L'observation
  - 6) L'accueil de jour
  - 7) La sortie
  - 8) Le travail en réseau
  - 9) La sortie
- IV) Conclusion

### **I) Introduction :**

Placement Familial Thérapeutique : pour être simple, nous dirons que le placement est le fait qu'un enfant soit élevé par une famille autre que sa famille. Cette situation est connue depuis l'antiquité. L'histoire, la légende, et le mythe font référence à ce moment où un enfant se trouve dans une famille qui n'est pas la sienne à proprement parler.

Il existe différents types de placement comme le placement ASE, le placement familial spécialisé ou le placement à visée thérapeutique dont fait partie le P.F.T. La visée thérapeutique est imaginée non seulement dans le changement qui est un changement de famille, dans la vie quotidienne, mais également dans un soutien particulier aux différents

<sup>1</sup> Secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile, CHU BREST.

<sup>2</sup> Secteur 1 de psychiatrie infanto-juvénile, CHU BREST.

acteurs ainsi mis en situation : l'enfant, sa famille, la famille d'accueil, outre les autres acteurs travaillant auprès de l'enfant du fait de sa pathologie.

## II) Historique du Placement :

Le P.F.T. est actuellement une unité fonctionnelle du secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile dont le chef de service est le Dr Maria Squillante.

Il se situe à Brest au 1, rue Etienne Hubac à Brest, dans une maison individuelle.

Dans ses différentes mutations le P.F.T. n'a pas changé de nom sans tenir compte des textes en vigueur. Cela s'est joué au niveau historique mais nous n'en avons pas la raison précise.

Cependant pour nous le terme de placement est plus clair que le terme accueil dans le sens où il est fait clairement état de la situation de l'enfant.

L'hôpital psychiatrique de Bohars a été créé en 1975. C'est à l'initiative du Professeur Didier HOUZEL que le P.F.T. a été créé et conçu comme une **alternative à l'hospitalisation** des enfants et des adolescents de 0 à 16 ans.

L'argument était le suivant : « Le besoin d'un placement familial thérapeutique s'est fait sentir pour, d'une part les très jeunes enfants qui se trouvaient en internat pour lesquels les parents ne se manifestaient plus ou pas et d'autre part, pour permettre des soins en externat pour des enfants qui étaient géographiquement éloignés de leur famille naturelle ».

Les débuts du Placement Familial Thérapeutique remontent à septembre 1979<sup>3</sup>. L'inscription du qualificatif thérapeutique ne semblait pas évident à l'époque puisque dans une thèse de doctorat en médecine, l'interne questionnait les pratiques du P.F.T. et écrivait : « le Placement Familial Spécialisé ou, dénomination adoptée par l'équipe, Placement Familial Thérapeutique »<sup>4</sup>.

Dans les premiers temps le P.F.T. dépendait d'une structure associative loi 1901, l'association An Avel Vor [*Le vent de la mer*] (Association d'Aide aux malades mentaux). L'encadrement du P.F.T. était essentiellement socio-éducatif. Il y avait des vacances de pédopsychiatre et de psychologue.

La capacité d'accueil était, et est encore de 16 places.

Chaque famille d'accueil comme aujourd'hui encore n'accueillait qu'un seul enfant du P. F. T. ; *mais à la différence que les familles d'accueil peuvent aujourd'hui accueillir d'autres enfants via d'autres placements.*

Les assistants et assistantes familiaux étaient, comme de nos jours, agréés par le Conseil Général.

***Pourquoi une association et non un service ou une unité au début du P.F.T. ?***

Cela s'explique par des dispositions légales en vigueur à ce moment là la réforme hospitalière de 1970 ne permettait pas la création d'un tel service hospitalier au sein d'un CHR.

<sup>3</sup> Les premiers enfants placés au P.F.T. le furent au mois de novembre 1975.

<sup>4</sup> BAZIN-LE ROUX Catherine, Réflexions à propos du placement familial thérapeutique à Brest, Thèse pour le Diplôme d'Etat Doctorat en médecine, année 1982, page 1.

En outre, la DASS s'opposait à ce que le directeur du CHR gère également le service du P.F.T., pour différentes raisons<sup>5</sup>.

C'est l'association An Avel Vor qui a permis au P.F.T. d'exister en tant qu'*unité* de soins autonome, c'est-à-dire avec un prix de journée versé par la sécurité sociale.

Le P.F.T. a fait partie du secteur sanitaire, après l'obtention d'un agrément définitif, pour 15 places, via la commission régionale de Bretagne, le 30 janvier 1980, au titre de l'annexe XXIV du code de la sécurité sociale.

Au fil des années<sup>6</sup>, la gestion d'un tel service s'est avérée trop lourde pour l'association An Avel Vor dont les moyens ne lui permettaient plus d'en assurer efficacement les responsabilités.

Depuis 1995, le P.F.T. est donc directement rattaché au CHU.

Par délibération du conseil d'administration du CHU, en date du 5 avril 1995, le Placement Familial Thérapeutique est défini comme unité fonctionnelle au sens de l'article L 714-20 du Code de la Santé Publique.

Comme dans tout service hospitalier un cadre de santé a été nommé<sup>7</sup>, puis il y a eu une création de poste d'infirmier qui est venu s'ajouter au poste d'éducateur existant.

Les quarts temps de pédopsychiatre, de psychologue et de secrétaire ont été maintenus.

Cette mutation du P.F.T. brestois a entraîné une véritable mutation des pratiques.

Tant du côté de l'organisation des placements judiciaires classiques que de la nouvelle mise en place des modalités de travail :

- le placement à l'amiable ou accueil contractuel
- les observations ou accueils séquentiels
- l'accueil de jour
- la prise de conscience de l'importance majeure du travail en réseau.

### ***Les modes et accueils***

Un seul enfant du P.F.T. est confié par famille d'accueil, sans exclure la présence d'autres enfants placés et suivis par l'ASE ou en PFS.

Différents modes d'accueil sont proposés, permanents à titre continu ou intermittent ou encore de relais.

Les placements s'inscrivent dans un cadre amiable ou judiciaire.

---

<sup>5</sup> La première d'ordre financier car la pension allouée aux assistantes maternelles auraient été insuffisantes. Deuxièmement, la nécessité d'avoir un personnel spécialisé pour s'occuper des graves handicaps présentés par les enfants alors accueillis.

<sup>6</sup> Etre assistante maternelle dans un service d'accueil familial thérapeutique : Au delà des aspects statutaires de la fonction..., page 35.

<sup>7</sup> à défaut d'avoir pu trouver un cadre socio-éducatif.

**Les missions :**

- accueillir des enfants ayant des troubles de la personnalité et/ou du comportement, bénéficiant d'un suivi spécifique chez des assistants familiaux agréés par le conseil général, recruté par l'équipe au P.F.T. et salariés par le CHU.
- organiser l'accueil et participer au traitement des enfants et ados susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif.
- soutenir les assistants familiaux dans leur quotidien auprès de l'enfant et dans leurs relations auprès des institutions.
- proposer un accueil familial spécifié et adapté à chaque enfant en fonction de sa pathologie et de son évolution.
- accompagner l'enfant dans ses différents lieux de vie et de prise en charge.
- associer la famille à la prise en charge de leur enfant.
- travailler à l'amélioration des liens parents/enfants en prenant compte les capacités de chacun.
- inscrire l'enfant dans un projet singulier dont il est acteur.
- assurer un travail en réseau avec les familles d'accueil, les institutions scolaires et de soins, les services sociaux.

**Le fonctionnement du service :**

Il consiste à faire :

- la sélection et formation des assistants familiaux
- la préparation et accompagnement des placements (visites à domicile, groupes de parole, entretiens, etc.).
- l'encadrement des visites enfants/parents, fratrie
- le soutien à l'intégration sociale de l'enfant avec mise en place de différentes activités gérées par le service
- le travail de liaison.

**III) Evolution des pratiques :**

Plus que de l'évolution des pathologies, l'évolution des pratiques au sein du P.F.T. a été le fruit de transformations et l'apparition de questionnements pour nous professionnels.

Parmi ces questionnements on peut repérer notamment :

*Comment faire dans une famille avec l'enfant malade, et l'enfant psychotique en particulier ?*

Question que l'on se pose tout d'abord du côté des parents.

Il y a lieu de penser l'enfant non pas en tant qu'individu pris isolément mais en tant que membre d'une famille, avec sa propre histoire, même si son rapport à la famille diffère de celui d'un autre enfant.

C'est en acceptant cette base de travail que l'orientation des modalités d'intervention et de pratiques s'est faite avec les uns et les autres : entre l'enfant et la famille d'accueil, entre l'enfant et sa famille.

Un travail de l'entre qui est à construire, tisser selon chaque histoire, chacun des enfants. Nous travaillons avec les familles. Cela signifie que nous prenons le temps de nous rencontrer et de discuter. Il faut beaucoup de rencontres pour que les uns et les autres fassent

connaissance, même si dans le temps de la première rencontre les bases seront posées - que l'on y soit attentif ou non. Toujours est-il qu'il faut du temps pour se parler, pour dire, enfin ses difficultés, ses propres difficultés parentales, ses points d'impasse et de butée.

Dans cette mise en parole, en pensée, un travail s'effectue du côté du parent qui n'est plus pris dans un impératif social, dans le regard du professionnel que nous incarnons. Il y a des choses qui sont alors déposées pour pouvoir construire autrement. C'est donc d'un dénouage qu'il s'agit d'opérer plus que d'une application de modes de faire, de modes de conduites parentales à suivre.

Même si ce temps peut être abordé par la suite dans le mode d'être à son enfant : lui faire à manger, que faire avec : l'amener au parc, être avec lui, jouer...

Des modalités qui paraissent simples, certainement trop facilement naturelles mais qui ne le sont aucunement pour les parents avec qui nous avons à faire, quand ces parents sont toujours présents car il arrive que certains parents n'arrivent à tenir que d'être éloignés de leur enfants. C'est dans une mise à distance de kilomètres, que le parent devient davantage capable d'être attentif à son enfant.

C'est donc à des optiques paradoxales que nous avons à faire, où notre savoir est mis à mal. D'ailleurs, n'est-ce pas là le propre de tout parent d'être mis à mal dans son savoir, car l'enfant nécessite avant tout une approche singulière plus qu'une reproduction de savoir établi.

Dans cet accompagnement, au cas par cas, il nous faut nécessairement dirions-nous, prendre le temps de mettre en mots les choses, les situations comme nous les appelons en tant que professionnels.

La position du psychologue est alors intéressante car elle vient marquer un décalage, opérer une certaine distance entre les idées toutes faites et une tentative de compréhension si ce n'est d'interprétation dans la quête vaine de sens mais pour autant nécessaire pour le professionnel qui opère dans le quotidien de l'enfant.

Le discours vient alors comme mode littéral de pensée. Penser les choses, non pas pour l'autre, mais déjà pour soi-même histoire de mettre des questionnements sur ses propres savoirs professionnels.

Il s'agit là d'une mise au travail du faire avec. Cela ne va pas de soi, bien au contraire.

D'où la nécessité de creuser des écarts pour que les parents, l'enfant, auprès de professionnels puissent nouer, ou renouer au mieux de nouvelles expériences jusque là échouées.

### ***A) Evolution dans l'organisation des placements***

A l'origine du placement, il n'y avait pas ou peu de droits d'hébergement pour l'enfant dans sa famille. Il était habituel de dire qu'il fallait laisser les enfants s'installer dans leur placement.

Les familles d'accueil demandaient très peu de vacances et se devaient de rester disponibles pour l'enfant du fait de sa pathologie. On disait des enfants : « ils n'aiment pas le changement ».

La durée moyenne du placement était longue, d'où une difficulté importante à se projeter vers une sortie.

L'âge de départ du P.F.T. dépassait largement le cadre des 16 ans sans qu'un projet de sortie ne soit vraiment préparé.

Face à ce postulat, trois positions fondamentales ont émergées dessinant de nouvelles orientations dans nos pratiques :

- 1°) l'importance de la préparation du placement ;
- 2°) la mise en place de relais ;
- 3°) la notion de placement à temps partiel.

#### ***A.1.1) La préparation du placement***

Ce temps conditionne le déroulement et l'avenir du placement.

Après une présentation de l'enfant par toute équipe demandeuse, une indication est posée.

Nous rencontrons ensuite l'enfant et sa famille. Le choix fait par l'équipe est que l'enfant nous connaisse et inversement avant d'engager la première rencontre avec l'assistante familiale.

C'est ainsi inscrire l'espace temps d'une projection et d'un cheminement dans le placement à venir, pour l'enfant et ses parents, comme pour l'assistant(e) familial(e).

Il est essentiel d'obtenir une adhésion suffisante de l'enfant et de sa famille, même dans le cadre d'un placement judiciaire pour que le projet de placement puisse prendre forme surtout dans sa dimension de soin.

Le temps pris à la préparation du placement permet à l'enfant de mieux comprendre ce qui se joue pour lui, et avec lui, et permet également de penser un projet de soins spécifique à l'enfant.

Ce projet de soin est présenté à l'enfant et à ses parents, avec la famille d'accueil réunis pour un premier - et seul - entretien de rencontre.

#### ***A.1.2) Le relais dans le placement***

Le relais dans le placement a été pensé comme une nécessité pour chaque enfant - indépendamment du cadre de son placement - avec l'objectif de travailler la séparation, au départ, d'avec l'assistante familiale.

Cela a été l'occasion pour la plupart des enfants de reparler de la séparation d'avec leur parent ou /et d'une précédente famille d'accueil.

Le relais amène un espace tiers qui laisse de la place aux parents. Comme si cela décollait l'enfant de sa possible appartenance à la famille d'accueil.

C'est un changement qui nous a aidés à préparer la mutation dans le statut des assistants familiaux avec le droit aux congés.

Autant nous étions au départ dans un postulat systématique du relais, autant nous pouvons maintenant nuancer au cas par cas les propositions en les adaptant à chaque enfant selon les moments de sa vie. En les diversifiant, dans le rythme, dans une combinaison possible, non pas relais dans une famille d'accueil nécessairement mais également dans un élargissement du droit de visite et d'hébergement chez le ou les parents, dans des séjours, accueils à la ferme (comme une palette d'expériences nouvelles proposées à l'enfant).

Ces temps de séparation nous permettent d'avoir des regards différents sur l'enfant (dans ces espaces l'enfant peut aussi se montrer différent), et parfois de croiser les regards dans les réunions d'assistants familiaux si le relais est effectué par une assistant(e) familial(e) de notre service.

Vignette clinique : la situation d'Annabelle, née le 21/10/2003.

*Annabelle, petite fille de 4 ans, placée à l'âge de 18 mois dans un foyer d'urgence où elle restera deux jours avant d'être confiée à une première famille d'accueil pour une semaine.*

*Annabelle sera ensuite placée dans une seconde famille, celle qui était pressentie au cours d'un projet travaillé précédemment dans le cadre d'une I.O.E., le placement ayant eu lieu 8 jours avant l'audience.*

*Un an après, la prise en charge de l'enfant dans cette deuxième famille s'arrête du fait des incidences des troubles d'Annabelle sur les propres enfants du couple d'accueil.*

*Les troubles du comportement se manifestaient par une instabilité majeure, des mises en danger permanentes, une agressivité, et des comportements sexualisés (elle était décrite comme une enfant sauvage, sans langage).*

*Annabelle est donc ensuite placée chez M. & Mme T, troisième famille d'accueil alors qu'elle n'est âgée que de deux ans et demi.*

*Mme T. après un début (un mois) assez facile, Annabelle s'est littéralement accrochée à Mme T. et à sa fille aînée dans une relation d'exclusivité, manifestant un très grand sentiment d'insécurité.*

*Vue en consultation en pédopsychiatrie, à la suite d'une prise de contact avec un CAMPS, elle est ensuite orientée vers un hôpital de jour où elle sera prise en charge en septembre 2006.*

*Le diagnostic posé est alors : trouble de la construction de la personnalité avec un tableau de carences affectives et éducatives, et séquelles de maltraitance.*

*Une orientation en P.F.T. a été proposée dans un contexte de possible rupture du placement tant l'assistante familiale et sa famille étaient malmenées par les troubles d'Annabelle.*

*Mme T. a accepté de travailler avec nous malgré ces réserves.*

*D'emblée la question du relais s'est posée, sous l'angle d'une nécessité pour préserver la continuité du placement même si l'assistante familiale se sentait coupable d'abandonner Annabelle.*

*Un premier contact avec une famille d'accueil relais connue du service est proposé, ce qui a mis en évidence la réactivation d'angoisses. Nous nous orientons alors vers une prise en charge en collectivité qui pourra se montrer moins menaçante pour Annabelle.*

*Elle sera ainsi accueillie dans un foyer de l'enfance, lieu connu d'Annabelle et de sa maman (premier placement) et cela nous donne la possibilité de retravailler la première séparation qui a été manifestement traumatique.*

*La séparation lors du premier relais est extrêmement difficile pour Annabelle qui tombe malade la nuit précédente. Poussée de fièvre importante, qui amènera Mme T. à dire sa difficulté à accepter cette séparation au point qu'Annabelle et Mme T. ne se sont pas réveillées pour arriver à l'heure du rendez-vous fixé pour le relais.*

*Malgré tout Annabelle s'adapte plutôt bien, elle repère les locaux et semblera rassurée par les lieux.*

*Cette préparation de relais venait aussi répondre à la demande de congés de Mme T. et au regard des observations faites sur ces deux temps d'accueil nous prenons la décision d'instaurer un relais régulier les premiers et troisièmes week-ends du mois, en partant du postulat que cette fréquence et cette régularité pouvaient sécuriser suffisamment Annabelle pour qu'elle investisse les lieux.*

*Actuellement cette rythmicité est toujours d'actualité.*

*Nous avons pu remarquer un ré-aménagement des liens entre cette enfant et son assistante familiale. Au fil des relais il est noté un apaisement d'Annabelle qui lorsqu'elle passe devant le foyer dit « c'est ma maison ».*

*C'est aussi à ce moment là où Annabelle a pu évoluer au travers de l'acquisition de la propreté, et d'une évolution de langage qui lui permet d'exprimer davantage ses émotions. Les séparations tout en restant difficiles sont moins génératrices d'angoisses majeures.*

### **A.1.3) Les indications à temps partiels**

Elles se sont précisées au cours des années 2000, après avoir fait le constat qu'une famille d'accueil auprès de certaines pathologies ne pouvait pas être en mesure de faire face à l'enfant, seule. Il est illusoire de penser que là où une institution ne pourrait pas faire avec un enfant, une famille d'accueil pourrait, elle, tenir.

Il est souvent question dans notre pratique de cette sollicitation du P.F.T., là où d'autres ont échoués, dans l'illusion qu'une famille pourrait guérir l'enfant. C'est faire l'économie du contexte et de la pathologie de l'enfant.

Un enfant, dans une instabilité majeure, nécessitant une attention constante, ces troubles là sont impossibles à vivre au quotidien d'une famille. La famille d'accueil se voit obligée de revoir en totalité son cadre de vie qui finit par ne plus en être un.

L'indication à temps partiel pose le postulat suivant : une famille d'accueil seule ne pourra pas être suffisante, à ce cadre de travail là, il faudra y adjoindre une institution, type foyer, où les conflits se jouent différemment.

Cette pratique est souvent difficile à mettre en place du fait de la réticence des partenaires qui estiment que la vie de l'enfant peut s'en trouver morceler.

Cette indication nécessite un travail de liens importants, où l'accompagnement régulier de l'enfant par les membres de l'équipe prend tout son sens, en vue de garantir la cohésion du projet.

Indication du fait des troubles de l'enfant et de leur difficulté :

#### *Vignette clinique : Martial né le 31/05/1994*

*Martial est un enfant né à l'étranger, dans un pays de l'est. Arrivé en France avec un projet d'adoption qui n'arrivera pas à son terme, puisqu'il n'y a pas eu d'adoption plénière. En effet, Martial a été retiré de sa famille adoptive pour cause de maltraitance.*

*Il est alors placé en institution (foyer d'urgence) un an après son arrivée en France. Il présente de graves troubles de l'attachement et de la personnalité, qui se manifestaient par des épisodes d'agressivité, de décharges pulsionnelles importantes, et mouvements d'attaques par rapport aux images maternelles principalement (le mari de l'assistante familiale était épargné).*

*Le P.F.T. a été sollicité par le foyer en vue d'un placement en famille d'accueil, avec l'idée de retravailler un projet d'adoption. Face à cette demande ambiguë et la difficulté exprimée par Martial de quitter le foyer avec une grande peur d'être - de nouveau - abandonné, l'orientation a été un placement à temps partiel, avec un maintien de la prise en charge au foyer à mi-temps.*



*Ce projet avait pour but de permettre à l'enfant de s'inscrire, à sa manière dans une famille d'accueil, dans une temporalité qui était la sienne, tout en préservant les liens qu'il avait pu tisser avec l'institution. Il était en effet pris dans un double mouvement d'agressivité et d'évitement auprès de son assistante familiale avec des attentes massives. Nous avons donc pensé que le maintien des liens avec son foyer était une base sécuritaire à respecter car cela lui permettait de se lier à d'autres.*

*De son côté, le foyer craignait que l'indication à temps partiel rende plus difficile l'intégration dans une famille d'accueil, ce qui n'a pas été le cas.*

*Néanmoins il a fallu un temps pour que la famille d'accueil puisse s'attacher à Martial et que Martial puisse suffisamment leur faire confiance. A de maintes reprises Martial a projeté à l'extérieur une image très négative du couple d'accueil, faisant penser que l'on ne s'occupait pas bien de lui, voire que son assistante familiale était maltraitante.*

*Aujourd'hui Martial a quitté son foyer dans le cadre d'une réorientation vers un ITEP avec internat (août 2006). Cela lui permet de se considérer comme un enfant ayant une famille. Il est assez près de sa famille d'accueil tout en étant assez loin.*

*Toutefois même s'il y a une évolution positive de cet enfant, nous envisageons de penser à un autre lieu à côté de la famille d'accueil pour accompagner Martial dans un projet d'avenir (avec une expérience de parrainage malheureuse).*

## **B) Placement à l'amiable**

Les placements à l'amiable correspondent pour l'essentiel, à notre sens, à l'alternative à l'hospitalisation. On pourrait nommer cet accueil "accueil thérapeutique contractuel".

Lorsque les troubles d'un enfant ne peuvent plus être gérés par ses parents, pris eux-mêmes dans leurs propres difficultés pour diverses raisons, une indication de placement à l'amiable peut être proposée.

A la différence du placement judiciaire les parents se retrouvent acteurs de ce placement, et se mobilisent différemment.

Les parents demandeurs du placement de leur enfant porteur d'une pathologie induisent une position différente de notre part. Nous nous inscrivons d'emblée dans un autre rapport avec ces parents basé sur la négociation. Les positions sont davantage rigides dans le placement judiciaire, cet aspect autoritaire est moins pesant dans le cadre du placement amiable où nous intervenons dans une position de soins, sans doute plus nette. Sans oublier une dimension de prévention dans la fratrie ou dans le cas de la naissance d'un autre enfant.

Un placement fait avec l'accord des parents (sans cadre judiciaire) présente l'avantage d'une plus grande implication des parents dans la prise en charge de leur enfant et permet d'avoir une réelle alliance thérapeutique basée sur la confiance mobilisatrice de changements dans les relations intra familiales. Nous soulignons que cette approche nous a amené à considérer autrement la place des parents.

Cette expérience de travail avec les parents nous a amenée à penser autrement le droit de visite dans le cadre des placements judiciaires avec un élargissement du droit de visite chez les parents parfois soutenu par l'intervention d'une Travailleuse familiale de prévention.

Nous privilégions actuellement les visites encadrées par notre équipe au domicile des parents ou sur l'extérieur plutôt qu'en lieu neutre.

### **C) L'observation**

Il s'agit de temps courts d'hospitalisation chez des assistants familiaux de notre service.

Nous privilégions des temps d'observation de trois semaines de façon à mieux identifier ce qui est induit par les troubles de l'enfant de ce qui est de la pathologie familiale.

Ces observations peuvent s'arrêter au bout de trois semaines mais encore s'orienter vers des propositions d'accueil relais couplées à un suivi en visite à domicile engageant un travail avec les parents.

Elles peuvent prendre la fonction d'un nouvel éclairage par rapport aux projets de soins initiaux.

#### *Vignette clinique : Simon né le 18/12/1997*

*Simon, d'origine asiatique, a été adopté à l'âge de 1 an. Il est pris en charge, dans un CATTP, depuis ses trois ans. A l'époque, ce qui est repéré est un gros retard de langage avec une grande inhibition. Simon apparaît comme un enfant replié, accroché à sa mère. Il souffrait par ailleurs d'un problème de surdité.*

*Manifestant des troubles du comportement faisant évoquer un trouble envahissant du développement, le médecin du CATTP interpelle le P.F.T. pour une demande d'observation en famille d'accueil en raison de la discordance entre l'évolution observée, depuis un an au CATTP et à l'école, et de la persistance, voire l'aggravation des troubles dans le milieu familial.*

*A la maison Simon n'a pas d'initiative, ne peut jouer seul, est en collage avec ses frères et sœurs au point de les envahir. Crises à la moindre remarque, à la moindre frustration, au moindre changement. Simon peut crier durant une heure, une heure et demie, envahissant l'espace familial et mettant ses parents dans une incapacité à agir.*

*Cette observation sous forme d'un accueil de trois semaines a permis de mettre à jour les difficultés de séparation de Simon et de sa mère qui jusque là n'avaient pas pu être verbalisées.*

*L'enfant affichait une sorte d'indifférence froide à l'égard de son parent, alors que sa mère présentait une grande tristesse, dans un état de sidération.*

*La mère de Simon a alors pu évoquer la culpabilité qu'elle portait, qu'elle avait eu, lors de son toute première rencontre avec cet enfant. Durant ce moment, elle nous dit avoir été dans la situation d'arracher Simon aux bras de sa grand-mère pour se rendre à une visite médicale avant adoption. Quelque chose qui jusque là n'avait pas pu être élaboré a permis à cette femme de pouvoir s'inscrire en tant que mère.*

*Suite à cette première période d'observation nous avons proposé des accueils relais, chez la même assistante familiale sur des temps de vacances scolaires. Cela a permis de travailler la relation mère-enfant, ainsi que les relations parentales.*

*Simon a pu apprendre à verbaliser ses difficultés de séparation au cours des moments de départ et de retour dans sa famille.*

*Alors que la demande initiale était de travailler autour de la séparation et de la distanciation de Simon, nous avons permis une nouvelle rencontre entre Simon et ses parents.*

*En conclusion ce travail d'observation a permis à Simon de faire l'expérience que l'on peut se quitter sans s'arracher, ou être arraché.*

#### **D) L'accueil de jour**

L'accueil de jour fait partie de nos nouvelles pratiques.

La meilleure connaissance de la psychopathologie infantile, l'action de sensibilisation conduite depuis plusieurs années auprès de nos partenaires (PMI, pédiatrie, Education Nationale, CMPP) détermine une augmentation de la demande de soins.

Nous avons été amenés à diversifier nos outils thérapeutiques et à prendre en compte de plus en plus le nécessaire travail avec les familles.

En effet, nous constatons de fréquents dysfonctionnements des interactions parents/enfants dès le plus jeune âge ou des parents eux-mêmes souffrants psychiquement ou de configurations familiales précaires ou in sécurisantes.

Il a donc été envisagé de pouvoir proposer pour les enfants jeunes et leurs parents un accueil familial de jour pouvant avoir un rôle d'étayage, de mobilisation d'un fonctionnement interactif pathologique.

*Vignette clinique : Mélissa, petite fille de 4 ans, née en mai 2001.*

*Mélissa présente des troubles autistiques avec absence de langage (mots en écholalie), hospitalisée en CATTP depuis septembre 2003.*

*Les deux parents présentent une pathologie psychiatrique. La maman souffre de troubles graves de la personnalité avec une symptomatologie dépressive (sa scolarité s'est faite en IME). Le père est porteur d'une pathologie obsessionnelle. Il est bien inséré professionnellement.*

*Mélissa est la seule enfant du couple. Le diagnostic de trouble autistique a été posé lorsque Mélissa avait deux ans et demi, date de son entrée au CATTP.*

*Une orientation vers un accueil de jour a été posée du fait de la difficulté parentale à assumer la prise en charge de Melissa telle qu'elle était proposée par le service.*

*Cela se traduisait par une irrégularité des temps passés par Melissa au CATTP ainsi qu'à l'école. C'était en fonction des disponibilités psychiques de la maman. Mélissa, parallèlement évoluait peu (troubles du langage, non acquisition de la propreté, troubles du sommeil et de l'alimentation).*

*Les parents de Mélissa ne parvenaient pas à s'occuper d'elle et la maintenaient dans un statut de tout petit.*

*La vie à la maison était rythmée par les troubles de l'enfant sans ajustement parental possible. Ainsi, pour palier aux troubles du sommeil de Mélissa les parents déplaçaient le lit au gré supposé des besoins de leur enfant.*

*La chambre était envahie de jouets telle une salle d'exposition. Et Mélissa ressemblait à une jolie poupée que l'on déplaçait, ou photographiait.*

*La mise en place d'un accueil de jour sur 3 demi-journées par semaines chez une assistante maternelle PMI, en complément de l'école, a permis à la maman de rompre avec son isolement et de sortir de son état dépressif.*

*S'appuyant sur le temps d'accompagnement et d'échanges avec l'assistante maternelle et l'équipe, elle a pu s'aménager des temps de séparation d'avec sa fille, des espaces qui l'ont aidée à prendre confiance en elle. Elle a alors été en plus grande capacité de prendre en compte les besoins de Mélissa, d'évoluer dans des interactions moins pathologiques, et vers un processus d'individuation.*

*Le papa a pu prendre une autre place. Mélissa quant à elle a pu rencontrer une personne qui a su s'ajuster à ses troubles et aider ses parents à faire de même.*

*La prise de conscience et l'acceptation du handicap ont fait partie de l'évolution de la situation avec une orientation vers un IME, projet qui était impossible à envisager pour les parents.*

*Au total cette observation pour laquelle à un moment donné il a été question d'un signalement a évolué vers la demande exprimée des parents d'un accueil relais en famille d'accueil ponctuel comme une aide à leur parentalité.*

#### **E) Le travail en réseau**

Le travail en réseau constitue une part très importante du travail du placement familial puisque le service se situe au carrefour et l'interface des prises en charges nombreuses dont bénéficient les enfants qui nous sont confiés.

Nous sommes amenés à travailler avec les services sociaux (ASE, TFP essentiellement). Le tissage et le maintien de relations solidaires permettent un meilleur maillage autour de l'enfant, de ses parents.

Le travail se fait autour de rencontres régulières avec les référentes ASE, au service ou lors de synthèses externes.

Les liens avec les IME, les CLISS, l'école, leurs services de soins sont indispensables à maintenir et entretenir. Les oublis et les mal entendus étant extrêmement fréquents, tant parfois il est difficile de voir un enfant malade dans sa globalité et dans le quotidien d'une vie ordinaire (chez l'assistant familial ou dans sa famille).

Beaucoup d'écueils sont à travailler et à repérer comme les phénomènes de clivages, de rivalités, les répercussions des difficultés institutionnelles.

Les accompagnements de l'enfant dans l'écoute et les observations partagées participent à ce travail.

Ce travail en réseau constitue les conditions sine qua non à l'élaboration d'un projet de sortie cohérent et dans la continuité de ce qui a été travaillé.

#### **F) La sortie**

Envisager une sortie n'est pas toujours une mince affaire.

Elle dépend de l'évolution de l'enfant, de sa famille, de l'orientation : des décisions judiciaires quand elles existent. Tout ceci ne s'harmonisant pas forcément.

Nous sommes parfois, du fait de l'orientation en ITEP ou en IME, la seule référence psychiatrique institutionnelle (prise en charge préexistante).

De plus, la sortie se fait souvent au moment où le jeune doit quitter la pédopsychiatrie pour le secteur adulte (16 ans).

Dans ces cas, le travail en réseau doit être opérant afin qu'il n'y ait pas un sentiment de lâchage ou d'abandon (que ce soit du côté du jeune, de la famille, des institutions etc.) car autant un début placement est compliqué, autant l'arrêt se montre acrobatique.

Nous avons recours au réseau pour que cela se fasse le mieux possible. De nombreux montages sont utilisés.

Pour un placement judiciaire, le relais du suivi dans le cadre de l'ASE reste simple parce qu'il y a maintien de la collaboration avec le référent ASE sur le temps de suivi par notre service et qu'il s'inscrit dans la continuité. Nous avons accompagné l'enfant et sa famille ensemble, dans un même mouvement qui se continuera par la suite.

Pour les placements à l'amiable, cela est plus délicat.

Nous avons souvent assisté à une amélioration notable de l'état de l'enfant (régression ou stabilisation des troubles, capacités à s'intégrer dans un milieu scolaire ordinaire, bonne intégration en milieu spécialisé) sans qu'il y ait possibilité d'un retour dans la famille car les parents restent très démunis ou porteurs de pathologies importantes ; parents auprès desquels pourtant le placement à l'amiable a permis un énorme travail.

Dans de telles situations, nous les avons accompagnés à faire une demande auprès du juge pour permettre la poursuite du placement sans rupture.

*Vignette clinique : Etienne né le 17/01/1994*

*Enfant suivi depuis ses 2 ans et demi, en CATTP (séances mère/enfant).*

*Etienne a des antécédents lourds de pathologie organique.*

*→ Maladie de Hirschprung, opéré à la naissance avec une hospitalisation sur 10 mois environ lors de la 1<sup>ère</sup> année.*

*Il a eu un anus artificiel pendant quelques mois.*

*Les parents sont très démunis :*

*→ la mère est psychotique (avec ATCD de syndrome dépressif et passage à l'acte).*

*→ le père est dans le registre psychopathique.*

*Etienne est l'aîné de 4 enfants.*

*La demande de placement intervient dans un contexte de difficultés majeures du couple à s'occuper de leur enfant.*

*Madame étant persécutée par son fils. Elle rapporte la difficulté de la mise en place des liens avec celui-ci du fait des hospitalisations précoces et de la lourdeur de la pathologie.*

*Etienne est un enfant également très persécuté par son entourage.*

*Il a des idées délirantes, parfois critiquées, mais envahissantes. Ses capacités d'apprentissage restent bonnes.*

*Il a été admis au P.F.T. en 99 dans un contexte contractuel avec les parents, avec un maintien de droits de visites et d'hébergement sur les week-ends et les vacances scolaires mais avec des variations en fonction de l'état de la maman (dans la qualité des accueils).*

*La famille, pour laquelle, auparavant des interventions de secteur avaient échouées (car vécues comme persécutrice) s'est saisie de nos propositions de soins.*

*Le papa a pu s'étayer sur nos interventions pour pallier aux difficultés de son épouse. Un suivi psychiatrique de Madame a pu se mettre en place ainsi qu'une mesure de protection pour les autres enfants.*

*L'amiable a permis sans doute un travail que le judiciaire aurait contrarié et même empêché.*

*Aujourd'hui, Etienne va sortir du P.F.T. Il est en ITEP.*

*Pour permettre la faisabilité de ce projet, nous avons travaillé auprès des parents qui ont initié eux-mêmes une démarche auprès du juge pour enfant, afin de pérenniser le placement sur un mode judiciaire, dans l'idée d'un maintien en famille d'accueil sur un mode relais. Les parents étaient conscients de leur limite et de leur besoin d'être accompagnés.*

Dans une autre situation, nous avons eu recours à l'hospitalisation à domicile (service de pédopsychiatrie). Cas de Laurent né le 15/01/1996.

Quelques fois, des solutions d'internat en ITEP ou IME solutionnent la sortie mais très souvent des placements relais restent nécessaires.

Les durées moyennes de placement sont longues : 7 à 8 ans, mais avec des évolutions possibles dans les modalités de placement (évolutions vers des placements séquentiels) au sein de cette durée.

#### IV) Conclusion :

Que dire au moment de conclure, après cette présentation ?

Nous nous devons de dire quelques mots sur ce qui est le fruit de ce travail.

Tout d'abord cette présentation est un parcours, donc un regard pris à un moment donné, dans une temporalité particulière, qui a été écrite à plusieurs. Il s'agit donc d'un travail d'équipe, un travail mettant en jeu trois professionnels de formation différente.

Dire quelques mots de cette épreuve (celle de l'écriture, puis celle de la présentation de notre travail) montre à quel point la pratique du P.F.T. nécessite la prise en compte de ce qui s'appelle l'altérité<sup>8</sup> : la différence à l'autre.

Différence entre chaque professionnel en premier lieu, venant d'horizons divers, puis différence de tout un chacun, dans sa place d'enfant, de parents, de professionnels.

Cette réunion ne va pas de soi, et peut, dans certains cas, s'avérer explosive. Pour autant, c'est dans une tentative de nouage, à notre manière que nous envisageons notre travail. C'est ce dont nous avons voulu témoigner auprès de vous ce jour.

Un témoignage qui ne se veut en aucun cas une méthode, La méthode à suivre, comme de nombreuses sirènes le chantent à notre époque sous la version de protocoles ou de procédures.

Lorsque les sirènes chantent, il faut tenir la barre<sup>9</sup>. C'est ce que nous tentons de faire, tenir la barre, afin de maintenir un cap que nous pensons cohérent, pour l'enfant. Lourde projet donc, lourde responsabilité.

C'est la raison pour laquelle, la pratique qui est la nôtre se situe davantage dans un montage singulier, au sens d'un tissage, au cas par cas.

Le P.F.T., quand il est proposé dans une souplesse dans les modalités d'accueil et de durée prend sa valeur thérapeutique en tant qu'alternative et parfois équivalence de l'hospitalisation.

La famille d'accueil n'est pas un hôpital en vrai, n'est pas un lieu institutionnel en tant que tel mais c'est un lieu qui en prenant appui sur les dispositifs proposés devient un lieu de soins.

Notre travail s'inscrit de fait dans un questionnement constant permettant que le chemin se dessine en même temps qu'il se pratique. L'accueil, le placement n'ont rien de naturel. Il nous appartient (en tant que nous en avons la responsabilité) de faire en sorte qu'il reste humain, un rapport entre humains.

Dépasser la pathologie ne signifie pas l'effacer, bien au contraire, il s'agit d'un faire avec en tant que faire avec autrement, où le dispositif d'accueil familial reste un outil thérapeutique d'actualité.

<sup>8</sup> Altérité : en philosophie, qualité de ce qui est autre *in* Encyclopædia Universalis 2004.

<sup>9</sup> Cf. le périple d'Ulysse dans l'Illiade et l'Odyssée d'Homère.