

Yvan FOSSE

Educateur spécialisé, AFT, Centre Hospitalier d'ABBEVILLE

➤ AXE n°3 : DU COTE DES PATIENTS

Faut-il préserver le lien parent-enfant ?

Cette question se profile en filigrane au quotidien dans ma pratique d'Accueil Familial Thérapeutique en Pédopsychiatrie, car c'est souvent la complexité du lien qui interroge, son absence, l'excès, les craintes qu'il inspire pour le développement de l'enfant, pour son accès à une position de sujet.

A cette complexité, s'ajoute le fait que pour chaque « intervenant » c'est avant tout sur sa propre représentation de ce qu'est ou doit être un lien parent-enfant qu'il se base pour intervenir auprès des parents et des enfants...

L'A.F.T. est une unité de soins sous la responsabilité d'un médecin. Cependant ce n'est pas une réponse globale. Le projet d'accueil peut être associé à d'autres propositions thérapeutiques.

L'A.F.T. n'est pas un déplacement de l'enfant de son milieu de vie habituel vers un autre milieu familial. Il s'agit d'une indication thérapeutique qui prend en compte la carence à la fois sociale, affective, relationnelle, et s'appuie sur l'évaluation d'une souffrance familiale liée à la pathologie de l'enfant et au type de liens établis entre ses parents et lui.

Dans ma réflexion, je fais l'hypothèse que les liens problématiques c'est-à-dire ceux qui amènent les parents à consulter pour leur enfant, peuvent être mis au travail à travers des offres faites aux parents et aux enfants en grande difficulté relationnelle ; c'est donc à partir de mon expérience d'A.F.T. que je vais vous exposer un exemple de travailler la question du lien parent-enfant avec comme support complémentaire l'accueil de l'enfant à temps partiel chez une assistante maternelle.

L'utilisation d'un A.F.T. dans un service de pédopsychiatrie pour faire travailler la question du lien :

Le cas de J. :

J. est un petit garçon de 6 ans qui présente des signes autistiques associés à une anorexie importante depuis son plus jeune âge. L'état de santé de cet enfant a fait penser à un signalement social mais devant la détresse des parents et leur santé précaire, le médecin a indiqué l'A.F.T. Nous découvrons à travers cette étude clinique la problématique de sa famille naturelle et les interrogations de l'équipe soignante en charge du suivi thérapeutique.

Difficile d'évoquer J. sans parler de ses parents et surtout de son père.

Lorsque J. nous est adressé, son père souffre depuis plusieurs années de ce qui est qualifié à l'époque de myopathie. Il est pratiquement grabataire, est muni d'une pompe à morphine. Son état a empiré très vite, la maladie a commencé en 1997. J., 2 ans à cette époque, est l'objet du père au sens où il n'est nullement considéré comme sujet. Vautré dans le lit de son géniteur, il assiste aux soins prodigués au père sans que cela ne pose de question ni à celui-ci, ni à son épouse. Son corps a une couleur jaunâtre, les jambes repliées, son regard se porte vers le sol, il est mou, sans vie, absent. Il est nourri de yaourts et d'autres substances liquides.

Il sera très vite orienté vers une assistante d'accueil de l'Accueil Familial Thérapeutique (assistante familiale thérapeutique), son état inquiète, on ne perçoit aucun sentiment d'existence.

Une rencontre avec le père à son domicile nous fera constater, comme il est sans doute fréquent chez les gens malades, que le seul sujet qu'il puisse aborder est sa maladie, la dégradation de son corps et le signifiant « myopathie » qui vient donner un nom à son mal. Son épouse paraît à son service, effacée, appuyant ses dires.

Ils parlent de la conception de J. survenue six ans après les deux autres enfants en terme de bâton de vieillesse « Lui, c'est pour nous » diront-ils. Sa maladie est selon eux la conséquence de ses premiers mois de vie. Il souffrait d'une plicature de l'estomac, avait dû être hospitalisé pendant trois mois dès la naissance, couché sur le ventre et nourri à la sonde. Rentré au domicile familial, il est encore resté deux mois dans cette position. Selon les dires de la maman, elle s'en occupait uniquement pour le nourrir (difficilement), l'impératif médical empêchant l'exercice d'une quelconque tendresse.

Remis sur le dos, il a les yeux « retournés ». Le père dira : « dans cette position (couchée), il ne voyait pas la lumière » évoquant qu'il n'avait pas ainsi accès au spectacle du monde et ne bénéficiait d'aucune stimulation. Ce qui semble une interprétation correcte, mais la faute porte uniquement sur le corps médical et les parents s'excluent ainsi de toute responsabilité. Il sera nourri au lait accommodé d'épaississant et de fluor. Passera durant deux années ses nuits à crier. A 4 mois et demi, il bénéficiera de kiné et de psychomotricité à la suite de son orientation au CAMPS par le Docteur D.

La mère évoquait également les troubles thyroïdiens dont elle souffre depuis l'âge de six mois et un taux de toxoplasmose inquiétant durant la grossesse. Elle évoquera aussi le décès de ses frères, deux des suites d'une méningite et le troisième « mort de chagrin » à leur suite.

Le père a un passé lourd, qu'il évoque sans retenue, à ciel ouvert.

Son père était routier, sa mère travaillait dans une banque. Il naît à Paris, à huit mois et demi, précise-t-il. Il restera deux mois hospitalisé (comme J. dit-il) et à un mois, décision est prise de l'envoyer chez ses grands-parents paternels au bord de la mer à C. : il y sera élevé en compagnie du dernier fils de huit ans son aîné, oncle qu'il considère comme un frère.

Sa mère et son père ne lui rendront pas visite.

Ses parents le reprendront lorsqu'il aura atteint l'âge de onze ans. Il interprète cela sous l'aspect que pour sa mère cela « faisait bien » dans sa situation (?) d'avoir un enfant.

Quoiqu'il en soit, il parle de cette époque comme d'une période très difficile de sa vie. Alors qu'à C. il était relativement bon élève, il régresse, subit des boutades de ses condisciples à cause de son accent.

A 15 ans, il entre en apprentissage mécanique, à 16 il a un accident sur le chantier, reste 5 mois en rééducation et à 17 ans, il est mis à la porte par ses parents. Il revient alors à C. où il rentre à Auchan comme apprenti boucher. Stage, diplôme, heureux de travailler.

Trois années plus tard, après avoir « profité » de sa liberté nouvelle, il rencontre sa future épouse et se marie très vite.

En 1987, naissance d'une fille.

En 1989, naissance d'un garçon.

Au retour de vacances, en 1994, pourquoi pas un petit dernier ?

Le 10 Juillet 1995, naissance de J.

Le père situe le début de sa maladie au cours de l'année 1997. Boucher, il sent ses forces le quitter progressivement. Il garde néanmoins son travail et les médecins consultés établissent le diagnostic de « dépression ».

Après moult consultations dans différents services, précisément le 3 Janvier 1998, on lui propose le signifiant « Myopathie ». Il devient myopathe au point d'être alité et sous morphine.

(En 2002, il commence à aller mieux. Le Docteur G., Praticien Hospitalier en pédopsychiatrie à Abbeville, sera informé de la forme bénigne de sa myopathie qui n'aurait dû vraisemblablement susciter comme symptômes que quelques crampes).

J., il le rencontre vraiment au moment de sa propre maladie, avant cela son travail l'empêchait de s'occuper de lui. Deux pathologies se rencontrent et tant que durera la maladie de Monsieur dans sa phase excessive, J. sera entrepris comme un enfant fragile, et surtout aucunement dérangent. « C'est un bon petit n'enfant » dit le père, élogieux quant aux quelques manifestations de J. dans lesquelles il devine l'intelligence. Cependant, bien qu'ils aient entrepris tôt des démarches auprès des médecins et dans les premiers temps, semblait-il manifesté quelque intérêt pour les soins à lui prodiguer, ils ne paraissent absolument pas se rendre compte de l'état de cet enfant qui ne faisait que survivre.

A cette époque, en 2001, nous avons à plusieurs reprises évoqué la possibilité d'un signalement, ce sera l'état de l'enfant qui nous fera hésiter. Il nous est apparu que bien que préoccupés par la seule maladie du père, les parents, ignorant totalement l'ampleur du désastre, ne mettaient pas activement J. en danger et plus soucieux de procurer à J. un lieu d'accueil et de soins, nous avons penché pour une prise en charge par une assistante d'accueil et augmentation progressive de l'accueil.

Il va s'avérer néanmoins que dès que le père commencera à aller mieux ; ce qui ne l'interrogera par ailleurs pas, l'enfant va devenir gênant. De même qu'il dressait un tableau positif lorsque J. était au plus mal, sans vie ; dès qu'il va très légèrement commencer à manifester quelques petits investissements, donner à manger au canari, se redresser et toucher les objets (a

minima) du bout des doigts, il va le décrire, appuyé dans son discours par son épouse, comme un enfant turbulent, méchant, voire insupportable.

Le père fera ce qui a été repéré comme une décompensation durant l'année, rentré en clinique pour des problèmes d'estomac, il fera état de la vision de son corps en décomposition suite à une échographie.

Depuis sa prise en charge, J. bénéficiera de kinésithérapie pour tenter de redresser un tant soit peu ses jambes fléchies, d'une alimentation renforcée notamment en fer suite à des saignements de nez répétitifs et très importants, d'un accueil quasi complet par l'AFT et de deux matinées à l'Hôpital de Jour. Il sera hospitalisé en pédiatrie en Décembre 2001, pour un bilan de santé suite à notre inquiétude. Lors de ce séjour, on observera qu'il mangeait plus et mieux, qu'il communiquait et jouait.

Le bilan de la prise en charge de J. nous amène à relever quelques changements, ténus sans doute mais tout de même importants en considération de son état.

Il est plus ouvert au monde, il n'avait aucune adresse, restait accroché à l'adulte, il va vers l'intervenant et peut à l'occasion prononcer quelques mots évoquant un petit point d'accrochage en rapport avec des activités antérieures (chanson, danse).

Il n'avait d'intérêt pour rien, craignait les objets, il recherche certains objets, s'en approche, les manipule, les emplit et les aligne.

Il redresse le visage pour se permettre de regarder.

Lors des ateliers, il restait à l'écart, ne manifestant aucun intérêt, il vient maintenant auprès de la table et s'assied, ce qui lui était impossible.

Il peut jouer avec certains jeux.

Il monte et descend seul les escaliers.

Au niveau des repas, alors que non seulement il ne s'alimentait pas, qu'il fallait pratiquement le gaver, qu'il ne supportait que les aliments liquides, il accepte aujourd'hui une alimentation plus variée. Il reste que si on ne le nourrit pas, il ne va rien manifester, bien qu'il puisse signifier s'il veut ou pas ce qui lui est proposé.

Il manifeste à l'occasion également de l'exclusivité lorsqu'il est en compagnie d'un autre enfant chez l'assistante d'accueil.

Il dit « non » et, énigme, son premier mot a été « au secours ».

En Juillet 2002, les parents refuseront, pour son bien, de l'emmener avec eux en vacances à la montagne. Trop turbulent, il les solliciterait trop. L'AFT, il a également été remarqué que les parents ne devaient pas lui administrer correctement la médication, le fer notamment, ne trouvant après le week end en famille aucune trace dans les selles de la dite substance.

Nous considérerons alors que le temps était venu de soustraire cet enfant aux caprices des parents, désormais dans un rejet quasi total de leur fils.

J. est un enfant, comme je l'ai déjà indiqué, sans aucun sentiment d'existence. Il vit suite à la sollicitude de l'autre, ne réclame pas quand il a faim (d'ailleurs ressent-il la faim ?). Il présentifie en tous points l'enfant déchet, non investi ni maternellement, ni narcissiquement par ses parents.

Nous émettons l'hypothèse, très mesurée, qu'un lieu stable, un investissement de cet enfant, pourraient avoir des suites positives. C'est sur base des quelques changements que nous avons pu observer lorsque les conditions étaient favorables que nous tentons cette hypothèse. Les diverses perturbations, difficiles à cerner, auxquelles J. est confronté produisent inévitablement un lâcher au niveau du corps, notamment les saignements de nez suffisamment importants pour le mettre en péril.

En Mars 2003, l'orientation se réalise avec l'accord des parents ; il s'agit d'un I.M.E. où J. sera pris en charge pendant la journée et chez une assistante maternelle la nuit, du lundi au vendredi. Le retour au domicile s'effectue chaque week end. Ce sont les parents qui le conduisent le lundi matin et viennent le rechercher le vendredi soir.

Une fois cette orientation mise en place, les parents ont eu une réaction (doutes sur la qualité de cet établissement), comme s'ils découvraient qu'ils avaient un enfant et d'un seul coup, la préoccupation de son « bien être » apparaît dans leur inquiétude d'un établissement nouveau et plus distant avec les parents que l'AFT.

Par rapport à ma question de départ : « Faut-il préserver le lien parent-enfant », dans cette situation, nous avons plus l'impression que l'AFT a permis que des liens d'une autre nature se créent entre J. et ses parents, tout en préservant leur position parentale qu'un placement aurait « mis à mal », a permis l'adhésion des parents au projet d'orientation, l'AFT ne pouvant accueillir à long terme. En même temps, nous avons été confrontés à l'inquiétude face à cet enfant fragile, sans désir de vie.

Petit à petit, au fil des accueils, une rencontre a pu se réaliser entre J. et l'assistante d'accueil, rencontre basée sur l'affectif et la disponibilité. Cette découverte a permis à J. d'entrer dans le monde « des vivants » et de ce fait cette modification a aussi interpellé ses parents (il est différent), tout d'abord déroutant pour en arriver à cette réaction lors de sa nouvelle orientation, réaction où pointe un désir de « bien être » pour leur enfant...

Nous questionnons également la place que l'AFT a pu prendre pour ces parents :

Si le souci a été au quotidien l'adhésion des parents au projet de soin de J., quelque chose de l'insupportable de l'absence du désir de vie chez cet enfant a mobilisé les intervenants de l'AFT

J. a dû devenir quelque part un peu « notre enfant » et s'y retrouver, pour pouvoir devenir au moment de son orientation l'enfant de ses parents qui alors ont réagi humainement en tant que tels pour la première fois, trop préoccupés jusqu'alors par leurs problèmes de santé.

Dans ce sens, nous constatons avec du recul, que notre démarche clinique a été dynamique dans cette situation, le cadre AFT ayant permis que des liens se nouent en s'humanisant entre J. et ses parents et qu'un projet d'avenir se réalise.

Il a aussi fallu que les parents fassent un travail de séparation au service AFT, prise en charge conjointe parents-enfant.