

Accueil Familial Thérapeutique : Famille(s) recomposée(s)
Congrès du GREPFA 2016-05-30 CH Saint-Egrève
9 et 10 juin 2016

L'AFT : entre « parentalité soignante » et « soin institutionnel »

(J. Jung, P. Blanchard, N. Pourcel)

Abstract :

L'Accueil Familial Thérapeutique est un dispositif de soin qui met au centre la question de la parentalité et plus largement celle du familial. La parentalité est abordée à partir du « prendre soin », des figures parentales mobilisées dans la relation accueillant / accueilli et des formes de liens qui se nouent en appui sur la dimension éducative inhérente à l'accueil familial. Cette perspective permet de penser l'AFT comme un dispositif attracteur et congruent propice à l'émergence et au traitement des figures de la parentalité. Enfin, les enjeux de la parentalité et du familial sont envisagés sur le plan institutionnel lors de la mise en place d'un accueil et à travers les liens entre les professionnels impliqués dans cette modalité de soin.

Mots clés :

Accueil Familial Thérapeutique – Familial – Institution – Parentalité – Prendre soin

Depuis son introduction dans le champ psychiatrique et psychanalytique dans les années 60 en France par P.-C. Racamier (1961), la notion de parentalité s'est considérablement développée, en particulier ces dernières années, en désignant le processus par lequel un sujet accède à une position parentale, devient parent. Plus précisément, la parentalité concerne l'« ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) » (Lamour, Baracco, 1998, cité par Lamboy, 2009). Comme le rappelle A. Ciccone (2015), la parentalité n'est pas une donnée mais se construit progressivement, elle dépend étroitement des liens qui se tissent dès le plus jeune âge entre un enfant et son parent et des multiples enjeux qui l'accompagnent : « En même temps que l'enfant se subjective, le parent naît à la parentalité. »

Cette question occupe aussi une place importante au sein de nos dispositifs de soin et des pratiques soignantes en général. Non pas seulement parce qu'elle met en perspective un modèle du soin qui dérive des soins parentaux mais aussi parce que la posture soignante constitue une sorte d'appel à la parentalité et à l'émergence de figures de la parentalité.

Si l'enfant malade, la personne souffrante convoque le soignant dans une position parentale, on peut dire à l'inverse que le soignant dont la fonction est de « traiter » la souffrance, de la soulager et de la transformer, mobilise chez le patient des schémas relationnels massivement organisés autour de son expérience d'être avec un parent. Le parent peut être pensé ici à partir de différentes fonctions : le parent éduque certes mais le parent soigne, le parent soutient, le parent accueille, le parent répare, console, etc.

Cette question de la parentalité est donc au cœur de nos dispositifs de soin mais convoquera chez les professionnels des registres spécifiques en fonction de leur inscription institutionnelle, du public accueilli et de la forme de soin proposée (individuelle, groupale, institutionnelle).

La parentalité en AFT (J. Jung)

Parmi les différentes modalités de soins proposées en psychiatrie, l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) se présente comme un dispositif atypique, à la fois original et complexe. À l'interface de l'intime et de l'institutionnel, de l'éducatif et du thérapeutique, l'AFT s'adresse à des adultes ou à des enfants susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial.

L'Accueil Familial Thérapeutique met donc au centre cette question de la parentalité et plus largement la question du familial. Cet axe organisateur du soin s'établira en particulier autour de la notion de « prendre soin » mais également autour des figures parentales mobilisées par les situations d'accueil autant du côté des personnes accueillies (enfant ou adulte) que du côté des familles accueillantes.

Cette modalité de soin pourra prendre différentes formes en fonction du cadre institutionnel dans lequel elle s'inscrit, du public accueilli mais aussi du projet de soin envisagé pour chaque patient. Il s'agit donc à chaque fois d'une prise en charge personnalisée, adossée à d'autres soins, et qui s'inscrit dans une logique de continuité et de complémentarité.

En quoi l'Accueil Familial peut-il être pensé comme thérapeutique ? (J. Jung)

Considérer l'Accueil Familial comme un dispositif de soin tel qu'on l'entend en psychiatrie peut paraître au premier abord comme excessif. Il y a là probablement matière à discussion surtout lorsque l'on considère que les assistants ou les accueillants familiaux ne sont eux-mêmes pas des soignants, ils n'en ont en effet ni la formation ni le statut.

Il y aurait là une sorte d'association, d'assimilation du soin à la famille, ce qui ne va pas sans une certaine ambiguïté sur ce que l'on entend par « soin ». L'hypothèse qui sous-tend ce type de dispositif est que l'accueil familial du fait de sa composante familiale, éducative, étayée sur un quotidien partagé, apparaît comme un dispositif de soin « naturel », possédant ses ressources propres.

Mais cela ne suffit pas. Il ne s'agit pas en effet de proposer un accueil dans une famille pour penser que nous faisons du soin. Sans doute faut-il également considérer, au-delà de l'accueil proprement dit, l'ensemble des paramètres du cadre institutionnel au sein duquel un AFT peut être en mesure d'exister. On connaît en effet l'importance du cadre dans toute pratique soignante à condition de penser que le cadre ne se limite pas à ce qui balise concrètement l'espace du soin mais qu'il s'étend plus largement au sens qu'on pourra lui conférer, parfois provisoirement, à partir des théories que nous nous en faisons ou encore à partir des liens qui en assurent la cohérence et l'existence.

Ce qui signifie que l'AFT ne se réduit pas à l'accueil effectif d'un enfant ou d'un adulte, ce que l'on rappelle souvent aux assistantes familiales, mais participe d'une pluralité de liens qui encadrent et soutiennent sa mise en œuvre concrète. L'effet thérapeutique d'un tel dispositif nous semble dès lors indissociable des liens et des articulations entre différents espaces et acteurs du soin, comme l'équipe de soin qui posera l'indication d'AFT, l'Assistante Familiale, l'équipe d'encadrement qui œuvre à la mise en place de l'AFT et assure le suivi des situations d'accueil, la famille de l'enfant qui adhère et participe au projet, mais on peut aussi penser à d'autres lieux de prise en charge institutionnels.

À ceci s'ajoutent, suivant des modalités différentes en fonction des services, des temps d'accompagnement et d'échanges destinés aux assistants familiaux, essentiellement assurés par l'équipe pluridisciplinaire d'encadrement (médecin, assistant social, infirmier, psychologue, etc.) : groupe d'élaboration de la pratique, visites à domicile, temps de formation, synthèses, etc.

La fonction thérapeutique de ce dispositif s'appuie donc sur un ensemble de processus et de liens spécifiques qui se tissent autour de (et avec) la personne accueillie en permettant un certain travail psychique.

Interrogations cliniques sur la parentalité en AFT (J. Jung)

En appui sur ce maillage et sur la pluralité des liens qui organisent l'AFT, la question de la parentalité peut se problématiser à partir de plusieurs niveaux. Par exemple, on peut

s'interroger sur la façon dont l'AFT fait travailler le rapport à la parentalité chez l'accueillant. Comment l'assistant familial peut-il accueillir et mettre au travail les figures de la parentalité mobilisées par l'accueil de l'enfant ou de l'adulte tout en restant à sa place d'assistant familial ?

Nous pouvons également penser aux multiples résonances institutionnelles impliquées par cette modalité de prise en charge organisée autour de la parentalité et du « familial », à partir du regard porté par les équipes soignantes prescriptrices sur ce dispositif d'AFT, sur la fonction qu'il peut être amené à remplir dans la prise en charge globale du patient. Nous verrons aussi comment la parentalité et les enjeux du « familial » se rejouent institutionnellement dans les liens entre l'équipe d'encadrement de l'AFT et les assistants familiaux.

Un autre aspect, plus spécifique de l'AFT enfant, concerne la façon dont la parentalité peut être mise au travail chez les parents d'enfants accueillis, souvent décrits par les équipes de soin comme épuisés ou en grande difficulté dans leur rôle de parent confronté à la pathologie de leur enfant. Ce point met notamment l'accent sur la façon dont la psychopathologie met à l'épreuve la parentalité, dénonce ou remet en question parfois de façon violente et traumatique, le projet fantasmatique concernant l'enfant en devenir.

L'AFT, et en particulier lorsqu'il est envisagé de façon séquentielle peut se trouver ici investi comme un moyen de « réparer » l'enfant « abîmé » par la pathologie mais aussi de restaurer le lien parent-enfant et donc de restaurer la parentalité, le fantasme d'être un « bon parent » pour son enfant, ce que nous verrons dans l'observation de la situation de Marion. De la même manière l'AFT mobilisera particulièrement la parentalité des accueillants, parentalité qui se retrouvera au service du soin.

C'est là qu'on peut parler de « parentalité soignante » selon la formule proposée par Albert Ciccone. Cette position suppose de la part du soignant de s'appuyer sur des objets parentaux internes fiables, protecteurs, tout en gardant le contact avec ses propres expériences infantiles. C'est ce qui permettra au soignant de comprendre, d'accueillir la souffrance des parties infantiles voire bébés du patient, d'accueillir dans l'ici et maintenant, ce qui dans l'histoire du patient n'a pu suffisamment être accueilli et partagé avec ses parents.

Présentation du dispositif du RAFT (N. Pourcel)

Le Relais Accueil Familial Thérapeutique (RAFT) est une unité de soin du Service Hospitalisation et AFT mise à disposition de l'ensemble du pôle de pédopsychiatrie du

Centre hospitalier Le VINATIER, situé à Bron. Ce dispositif a été créé il y a maintenant 15 ans.

Nous fonctionnons en équipe pluridisciplinaire à temps partiel, composée d'un médecin chef, d'un cadre de santé, d'une secrétaire médicale, de deux assistantes sociales assurant à elles deux, 60% d'ETP, d'un psychologue et d'un groupe d'assistantes familiales aujourd'hui au nombre de 8 pour 25 enfants accueillis actuellement.

Le RAFT s'adresse à des enfants et des adolescents âgés de 0 à 18 ans déjà en soin (ambulatoire et / ou institutionnel CMP, HDJ, CATTP) dans un des services du pôle. Les demandes nous sont adressées par les équipes de soins où sont suivis les enfants. L'accueil familial thérapeutique est indiqué comme un complément des soins déjà engagés sur le pôle de pédopsychiatrie, ce qui signifie que sa mise en place et sa poursuite s'adosent aux soins des services qui indiquent l'AFT.

Il s'agit donc d'une indication de soins posée le plus souvent par le médecin référent du soin au même titre que n'importe quel autre soin ambulatoire ou institutionnel.

Chaque demande adressée au RAFT est étudiée et fait l'objet d'une première rencontre avec l'équipe soignante pour présenter la situation de l'enfant. L'indication d'AFT n'étant pas une fin en soi, la demande est évaluée et reliée à un projet à plus long terme comme par exemple une orientation dans un établissement spécialisé type IME. Le temps, la fréquence d'accueil ainsi que l'intérêt d'envisager des nuits ou des repas sont abordés lors de cette première rencontre. Une attention particulière est portée sur l'adhésion de la famille au projet d'accueil, condition indispensable à sa mise en place. Ce temps est l'occasion pour l'équipe du RAFT de confirmer ou non l'indication et de commencer à penser au profil d'une assistante familiale.

Une seconde rencontre est organisée en présence de l'assistante familiale pressentie, de l'équipe soignante qui prescrit l'accueil et d'une partie de l'équipe du RAFT. Cette rencontre est destinée à présenter l'enfant dans son cadre de vie et de soin ainsi que sa famille et à répondre aux questions de l'assistante familiale.

Enfin, une dernière rencontre a lieu cette fois-ci sur le lieu de soin en présence des parents, de l'enfant, de l'équipe soignante, de l'assistante familiale et d'une assistante sociale du RAFT. Cette rencontre est l'occasion d'une première rencontre entre l'AF, l'enfant et ses parents et a pour objectif de finaliser le projet d'accueil. Cette réunion aboutit à la rédaction d'un contrat d'accueil signé par toutes les parties (c'est le moment où sont notamment abordés les aspects pratiques de la mise en place de l'accueil, les engagements respectifs de chacun, etc.).

L'accueil peut alors se mettre en place, le plus souvent d'une manière progressive. L'importance des troubles des enfants accueillis nous conduit à privilégier des séquences courtes, d'une durée variable de 3 à 6 heures, plusieurs fois par semaine (en moyenne 3) associées éventuellement à des repas et / ou des nuits.

Des réunions cliniques mensuelles et groupales sont animées par le psychologue de l'équipe. Destiné à toutes les assistantes familiales, ce temps est l'occasion d'élaborer les situations d'accueil et de leur donner collectivement un sens après-coup.

Un temps de formation mensuel est également animé par le psychologue voire des intervenants extérieurs. L'objectif est de reprendre et d'approfondir certaines problématiques rencontrées dans l'accueil, et d'élargir leur connaissance sur la psychopathologie des enfants et des adolescents.

Un accompagnement des assistantes familiales est également assuré par les assistantes sociales. Il consiste en des entretiens téléphoniques réguliers et des visites à domicile annuelles. Il s'agit donc d'un travail de liaison qui intègre tout autant les aspects organisationnels de l'accueil que l'écoute et le traitement des difficultés rencontrées par l'accueil au quotidien et les liens avec les familles des enfants.

Des temps de synthèses avec les équipes de soin ainsi qu'avec les parents accompagnent l'accueil chaque année.

Présentation de Marion (N. Pourcel)

L'équipe de l'USB ainsi que le CMP Enfants qui va prendre le relais du soin dans le même service portent ensemble une indication d'AFT pour une petite fille de 2 ans et demie. Seule enfant du couple avec un demi-frère âgé de 9 ans né d'une précédente union de la mère et confié à son premier conjoint ainsi qu'un demi-frère de 11 ans, né d'une précédente union du père, elle vit avec sa mère seule séparée alors du père de Marion.

Cette maman d'origine antillaise a été adoptée dans sa toute petite enfance (2/3 ans). Le père d'origine tunisienne souffre de troubles chroniques somatiques et ne travaille pas. Souvent absent du domicile à cause de ses nombreux séjours d'hospitalisation et de convalescence, il peut cependant s'investir auprès de sa fille lorsqu'il est présent. Les conditions de la naissance sont d'emblée très préoccupantes pour tous les professionnels sociaux et soignants. En effet, la mère a été adressée par la PMI à l'USB pendant sa grossesse. Un suivi soutenu tant à domicile que dans les services de soins a été engagé aussitôt auprès de cette future maman dans un contexte de grande précarité sociale et psychique.

Marion est donc suivie dans l'unité de soins pour bébés depuis sa naissance.

Différents soins ont très vite été mis en place ; tout d'abord à l'Unité d'Hospitalisation Mère Bébé, 1 mois après la naissance de Marion en séquentiel à raison de 2 jours/semaine avec une poursuite des soins à l'USB. Parallèlement elle bénéficiait d'un accueil en crèche.

Un suivi important sur la MDR est assuré par une assistante sociale et une puéricultrice.

Le contexte de grande détresse psycho-sociale les avait par ailleurs conduites à faire une déclaration d'information préoccupante. La préconisation d'un placement de l'enfant a été abandonnée suite à la proposition du père de les héberger à son domicile en dépit de leur séparation, ce dernier s'opposant radicalement à ce placement.

Sur le plan clinique et diagnostique, l'équipe note chez la petite fille, des troubles caractérisés par une activité marquée, avec des moments de dispersion, voire un début de désorganisation faisant état également d'une grande porosité vis-à-vis de l'environnement extérieur et dans une quête avide de relations.

Est aussi évoquée pour elle, une instabilité psychomotrice ancienne avec chutes (la marche est acquise), mise en lien avec une difficulté d'ajustement relationnel mère-enfant.

Pour la mère, le tableau clinique décrit par les soignants, évoque des troubles identitaires graves avec des aspects psychotiques et abandonniques sur une histoire d'abandon et d'adoption extrêmement douloureuse.

L'indication de l'AFT consiste alors à soutenir cette dyade mère-fille et a été travaillée dans les consultations avec elles deux à l'USB. Si les inquiétudes au sujet de Marion restent d'actualité, à ce jour, elles ne paraissent pas forcément adéquates avec une mesure de placement. Le pari pour les soignants est d'envisager un soutien conséquent de la petite fille et de sa mère malgré la grande fragilité de cette dernière.

Le projet d'AFT participerait à soutenir et restaurer cette relation en offrant également un espace étayant à Marion, où elle pourrait faire l'expérience d'une autre modalité relationnelle dans un cadre rassurant au sein d'un groupe familial.

Nous convenons alors ensemble de proposer un accueil organisé autour de trois demi-journées avec possibilité ultérieure d'une nuit.

Les consultations au CMP ont toujours été assez fluctuantes et suspendues, depuis l'évocation d'un AFT au RAFT. D'emblée, la mère a opposé une réticence, encore habitée par la prescription de la mesure de placement en famille d'accueil. Apprivoisant cependant peu à peu cette idée, elle peut aussi, malgré sa détermination à faire évoluer d'elle-même leur

situation, exprimer ses difficultés à s'ajuster sur le plan affectif et éducatif dans la relation avec sa petite fille.

Observation de Marion (P. Blanchard)

Marion a deux ans et demi lorsqu'elle est accueillie au domicile d'une de mes collègues assistantes familiales de l'unité d'AFT à raison de 3 demi-journées par semaine. Elle présente alors des troubles caractérisés par une activité marquée, avec des moments de dispersion, voire un début de désorganisation qui se traduit par une grande porosité vis-à-vis de l'environnement extérieur et par une avidité relationnelle. Une instabilité psychomotrice ancienne avec chutes est aussi mentionnée et mise en lien avec une difficulté d'ajustement relationnel mère-enfant.

Seule enfant du couple parental, les soignants évoquent un contexte de grande précarité sociale et psychique, qui se traduit entre autres par une histoire d'abandon et d'adoption extrêmement douloureuse du côté de la mère. En outre, le père est présenté comme étant souvent absent du domicile à cause de ses problèmes de santé même s'il peut s'investir auprès de sa fille lorsqu'il est présent.

L'indication d'AFT consiste alors à soutenir cette dyade mère-fille, travail déjà amorcé lors d'une prise en charge antérieure dans une unité de soins pour bébés. Si les inquiétudes concernant la situation familiale restent toujours d'actualité, elles ne paraissent pas forcément justifier une mesure de placement. Le pari pour les soignants est donc d'envisager un soutien conséquent de la petite fille et de sa mère malgré la grande fragilité de cette dernière. Dès lors, le projet d'AFT contribuerait à soutenir et à restaurer cette relation en offrant un espace étayant à Marion, un lieu où elle pourrait faire l'expérience d'une autre modalité relationnelle dans un cadre rassurant au sein d'une famille.

Au début de l'accueil, Marion arrivait le matin très souvent pas lavée, mal coiffée et mal habillée avec des vêtements souvent trop grands et pas adaptés à une petite fille. C'est alors que naturellement s'est instauré un rituel autour de la toilette. Marion prenait à chaque fois beaucoup de plaisir à se faire soigner et à s'occuper de son corps en demandant son huile de coco pour coiffer ses cheveux, sa crème qui rend « tout doux » sans oublier le parfum de la fille de Mme S.

Les moments du repas et goûters étaient également l'occasion d'apprendre à Marion à manger proprement. Elle mangeait avec les mains et avait tendance à engloutir les aliments sans les mâcher. A la fin du repas, une nouvelle toilette s'imposait, tellement elle se salissait en mangeant. Au fil des accueils, Mme S. constatait une évolution. Marion pouvait

commencer à se poser et, progressivement, utiliser ses couverts pour manger en prenant le temps de mâcher.

Marion est décrite par l'assistante familiale comme une petite fille très vive qui apprend vite et qui s'exprime très bien pour son jeune âge. Elle inverse souvent les rôles, prenant ainsi un rôle de parent. Par exemple, lors des repas, Marion demande à Mme S. « de bien mâcher » ou, pendant la toilette, « de lui mettre de la crème ». Dans ses jeux, Marion adopte souvent une attitude parentale. Sur la tablette elle prend soin d'un bébé, lui donne son bain, le nourrit, lui donne des médicaments. Elle joue aussi à la dinette avec ses poupées, s'amuse à les habiller...

Au cours de l'accueil, Marion se montre aussi très exclusive. Elle n'aime pas partager et tend à considérer tout objet – l'assistante familiale y compris - comme lui appartenant. Elle est très en demande d'attention et de câlins et se montre très sensible au climat affectif et relationnel de la famille d'accueil.

Lors d'une réunion clinique, l'assistante familiale note combien Marion la mobilise dans ses compétences parentales. Elle se sent alors très investie dans un rôle de substitut maternel mettant en avant son envie de la soigner et de réparer l'image de cette petite fille et, à travers elle, celle de sa maman. Mme S. repère également à quel point elle porte une attention particulière à sa propre image maternelle. Par exemple, elle ne peut envisager de sortir avec Marion avant de s'assurer qu'elle est bien propre, bien coiffée et bien habillée comme elle le ferait d'ailleurs pour ses propres enfants, craignant notamment le regard et le jugement des autres sur son rôle de parent.

Au fil des semaines, Mme S. est parvenue à se procurer des vêtements adaptés à Marion sans en parler à la mère, le sujet étant trop délicat à aborder à ce moment-là de l'accueil. Cependant Mme S. n'imaginait pas rhabiller Marion avec ses propres vêtements avant qu'elle ne reparte chez elle. À ce propos, elle se souvient d'avoir un jour volontairement mouillé ses habits de garçon trop grands avant de les renvoyer à la maman comme s'il y avait eu un petit incident au cours d'un repas. Les fois suivantes Marion se présentait de façon plus soignée mais cela ne dura pas.

Mme S. rapporte un autre événement. La veille de la rentrée scolaire, en plus de ses vêtements trop grands, Marion arborait déjà depuis plusieurs jours une coiffure avec des tresses africaines à moitié défaites. L'idée d'accompagner Marion le jour de sa rentrée des classes dans cet état lui était insupportable. Mme S. prit alors l'initiative de téléphoner à la maman pour lui demander l'autorisation de la changer et de la recoiffer, ce qui après un moment d'hésitation fut accepté sans difficulté.

Commentaires cliniques (J. Jung)

Cette observation permet de remarquer combien cet accueil plonge d'emblée l'assistante familiale dans le bain de la parentalité. La présentation de Marion, son problème d'hygiène mais aussi son caractère attachant, exclusif, constituent autant d'appels à la parentalité, aux soins maternels, autant d'aspects déjà induits, préfigurés par la dimension familiale de l'accueil.

Marion suscite d'emblée l'envie de la soigner, de s'occuper d'elle, de la réparer. Le rituel autour de l'hygiène constitue ici un moment fort de l'accueil où l'assistante familiale et l'enfant peuvent se rencontrer et partager une expérience relationnelle à forte charge émotionnelle.

Grace à cette expérience, Marion trouve et crée un objet maternel qui lui permet de s'occuper d'elle, de se soigner, de se sentir douce, de sentir bon comme la fille de Mme S. Elle peut faire l'expérience d'être investie, d'être aimée et de se sentir belle dans le regard maternel ainsi convoqué, là où quelque chose semble avoir manqué dans son histoire.

Se transfère alors sur l'assistante familiale ce qui n'a pu probablement au cours de l'histoire de Marion faire l'objet d'un partage suffisant. Ces mouvements semblent aussi produire des effets sur l'assistante familiale qui se sent à ce moment de l'accueil investie comme substitut parental et même identifiée à la mère de Marion dans le regard de l'autre.

Ainsi, au fil de l'accueil, la question du regard, de l'image, ne concerne plus seulement l'image de Marion mais aussi celle de l'assistante familiale alors identifiée à la mère par le regard social.

Dès lors, la question qui se pose à l'assistante familiale est comment répondre aux besoins de Marion, qui se situent bien à l'endroit du maternel, sans risquer du même coup de disqualifier ou de mettre à mal l'image parentale de la mère ? Comment s'identifier à la fois à Marion et à sa mère ?

Mouiller volontairement les habits de Marion a probablement ici constitué une sorte d'issue transitionnelle au paradoxe qui consiste à tenir une position maternelle largement convoquée par l'accueil familial, tout en protégeant l'image parentale de la mère.

On retrouve ici l'importance de la fonction tierce du dispositif d'AFT, en ce qu'il permet de soutenir l'accueil de l'enfant autour de la notion de « prendre soin » tout en introduisant un autre espace, un autre lieu pour penser les enjeux à l'œuvre dans l'expérience de l'accueil.

Cette situation semble non seulement mobiliser les figures de la parentalité tant du côté de l'assistante familiale que du côté de l'enfant, mais elle met aussi à l'épreuve la position professionnelle de l'assistante familiale partagée entre des préoccupations professionnelles (« je ne suis pas la mère ») et des préoccupations parentales, éducatives induites par ce dispositif.

L'AFT : un dispositif attracteur et congruent (J. Jung)

À partir de cet exemple, nous repérons comment la parentalité peut se décliner à différents niveaux et dans des processus différents. Une première remarque concerne la façon dont l'AFT, par la mise en œuvre d'un dispositif d'accueil familial adossé à un service de psychiatrie, constitue un attracteur des figures de la parentalité, en ce sens qu'il mobilisera et mettra en scène en appui sur les liens familiaux, des schémas relationnels d'abord rencontrés et, dans certains cas, insuffisamment constitués dans l'environnement familial de la personne accueillie et des personnes accueillantes.

Dès lors, L'AFT s'offre ici comme le suggère Evelyne Grange-Segeral (2012) comme « une surface de projection aux souffrances identitaires familiales, c'est-à-dire, une sorte de scène sur laquelle peuvent venir se théâtraliser, par projection, tous les ratés de l'identification ». Par extension, cette surface de projection concernera également l'équipe d'encadrement et les partenaires du réseau impliqués dans le projet d'AFT. En permettant que se traite ou se rejoue autrement, mais en appui sur une dynamique familiale, ce qui a pu entraver le développement et la construction identitaire du sujet, cette approche s'accorde avec les objectifs thérapeutiques de ce dispositif.

Il ne s'agit plus seulement de proposer un « ailleurs » du soin, un cadre d'accueil qui serait repéré dans une forme de suppléance à une parentalité fragilisée voire défaillante, mais de proposer un dispositif complémentaire et suffisamment congruent, « ajusté » aux besoins psychiques de l'enfant.

Car il y a bien a priori une forme de congruence entre ce que peut apporter un tel dispositif et ce qui, au cours du développement du sujet a pu manquer à la construction de son identité, celle-ci s'édifiant en grande partie en appui sur les liens familiaux. On peut penser ici par exemple à la façon dont un enfant souffrant d'une pathologie lourde attaque la parentalité au point de battre en brèche ce que D. W. Winnicott (1956) appelle la « préoccupation maternelle primaire » et qu'Albert Ciccone (2014) préfère nommer la « préoccupation parentale primaire ».

L'enfant perçu et vécu comme trop étranger manque alors à être investi comme un prolongement narcissique des parents, et l'altérité vécue comme traumatique entravera parfois considérablement la construction du lien précoce à l'objet et, par voie de conséquence, les processus de séparation et de différenciation entre l'enfant et sa famille. Cette configuration peut par exemple provoquer chez les parents des mouvements ambivalents mêlant des affects de rejet, de honte et de culpabilité.

Cette suffisante congruence qu'offre le dispositif d'AFT peut faciliter dès lors le transfert des aspects de la vie psychique restés à l'écart des processus de subjectivation et d'édification de soi, effet des aléas de l'histoire familiale ou encore des vicissitudes ou des impasses du développement de l'enfant. L'enfant rencontre du même, du pareil, il a déjà a priori l'expérience des liens familiaux mais il rencontre aussi du différent, du pas pareil : ce n'est pas la même expérience qu'il rencontre, ce n'est pas la même famille ni le même quotidien, ce n'est pas la même façon d'être en lien, ce ne sont pas non plus les mêmes réponses auxquelles il a à faire.

Cet environnement fait de « pareil » et de « pas pareil », d'étranger et de familier, offre à l'enfant la possibilité d'apprivoiser sa vie psychique autrement, de traiter et de transformer les liens qui ont présidés à sa propre construction en trouvant des formes de réponses différentes et dans un certain nombre de cas, plus ajustées du fait du dégagement de l'assistante familiale de la problématique familiale de la personne accueillie, particulièrement imprégnée de la pathologie de l'enfant.

Mais cette redistribution des liens familiaux, telle qu'elle se déploie sur la scène de l'accueil familial, peut aussi convoquer l'assistante familiale dans des contre-attitudes parentales parfois à même de répéter les impasses rencontrées par l'enfant au cours de son histoire, d'où l'intérêt et l'importance d'un accompagnement par une équipe référente. Cette problématique peut par exemple être favorisée lorsque l'assistante familiale se trouve convoquée à occuper une position de suppléance parentale ou éducative comme on l'a vu dans l'exemple de Marion.

Clinique institutionnelle de l'AFT et parentalité (J. Jung)

La mobilisation des imagos parentales, des figures de la parentalité peut également se repérer en amont de la mise en place de l'accueil. Par exemple, lorsque l'assistante familiale et la famille de l'enfant attendent qu'un accueil se mette en place, on se retrouve dans un processus analogiquement proche de celui de la grossesse et de la naissance, les parents se

mettant à rêver à l'enfant, dans une relation virtuelle fortement idéalisée qui sous-tendra l'investissement de l'enfant à venir¹. Comme en AFT, l'enfant à naître / à accueillir est d'abord connu par l'intermédiaire d'un autre, par exemple au moment de l'échographie. Celle-ci permettra aux parents de s'assurer du bon déroulement de la grossesse et d'actualiser leur propre représentation de l'enfant à venir. Mais cette expérience constitue aussi potentiellement « un support projectif très riche pour appréhender (...) la complexe alchimie de leur parentalité en devenir » (Missonnier, 2011). On connaît l'importance de cette étape préalable pour le devenir de la relation parents / enfant. Dans le cadre de l'AFT, tel qu'il est mis en œuvre dans notre service, ce processus s'étayera sur plusieurs réunions qui ponctuent le processus d'admission en accueil familial.

En premier lieu, un dossier de candidature est rempli par l'équipe de soin, ce qui suppose déjà à ce moment-là un certain cheminement, un premier travail de pensée autour de l'enfant à adresser. Probablement que l'on ne pense pas de la même manière à adresser un enfant en AFT que dans un autre type de dispositif de soin type CATTP ou centre de jour. L'AFT n'est pas une indication comme une autre, non seulement du fait du statut des assistantes familiales (il ne s'agit pas de professionnels du soin) mais aussi du fait de la représentation des équipes soignantes et des parents autour de la dimension familiale du dispositif, représentation qui sera largement infiltrée par les enjeux fantasmatiques et affectifs qui traversent cette modalité de prise en charge.

En témoigne le fait que la majeure partie des indications adressées contient l'idée, en plus de venir compléter le soin existant, de venir en aide aux familles souvent épuisées par la pathologie de leur enfant. Car si l'AFT s'adresse bien au patient, un des objectifs souvent mis en avant par les équipes de soin est aussi de soulager les familles, mais aussi dans certains cas et de façon souvent implicite, de relayer les soignants face aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ces familles. On se retrouve alors dans la situation suivant laquelle l'aspect familial du dispositif serait attendu pour traiter la problématique familiale de l'enfant mais aussi en partie ce qu'on peut appeler le « familial institutionnel ». Le « familial institutionnel » renverrait à une configuration d'équipe organisée sur un mode familial. Il procéderait de la reconstruction familiale de l'institution par les soignants et se déploierait au contact des familles rencontrées dans le cadre du soin sous la forme de fantasmes,

¹ Selon Sylvain Missonnier, la relation d'objet virtuelle « se réfère à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal » (Missonnier, 2006, p. 40).

d'identifications, de projections, de contre-attitudes et de mouvements transféro / contre-transférentiels.

Le « familial institutionnel » serait particulièrement mobilisé dans les situations où les familles en difficulté adressent leur souffrance aux soignants en exprimant des messages conscients ou inconscients du type : « Faites quelque chose pour nous ! » ou bien « faites quelque chose pour notre enfant ! ». Ce type de demande, par son caractère massif et parfois désespéré ne manque pas en effet de susciter chez les soignants un certain vécu d'impuissance mais aussi de culpabilité, en particulier lorsque les soins engagés pour l'enfant apparaissent insuffisants.

Dans ce contexte, l'indication d'AFT occupera une fonction de soutien de la famille de l'enfant mais aussi de l'équipe engagée dans le soin. L'équipe ou le consultant se met alors à penser à cet autre espace, à imaginer une scène familiale au sein de laquelle l'enfant pourra trouver ce que la famille d'origine ou le service de soin n'est pas (suffisamment) ou plus en mesure de lui apporter.

Après avoir reçu la demande d'AFT et à l'occasion de la première rencontre avec l'équipe de soin, l'équipe d'AFT se met à son tour à imaginer, à penser et à rêver cet enfant à venir, à se fabriquer des scènes de vie chez une des assistantes familiales du service.

La seconde rencontre rejoue autrement ce qui s'est tramé dans la première. En présence de l'équipe d'AFT, la situation de l'enfant est présentée à l'assistante familiale par l'équipe de soin qui en dresse un portrait permettant l'émergence d'une représentation, d'une « préconception » de l'accueil. Cette présentation de l'enfant est souvent propice au développement de toute une fantasmagorie concernant les modalités à venir de l'accueil de l'enfant.

Ce temps préparatoire soutient l'établissement d'un « lien d'accueil » déjà en construction qui précèdera le temps de la contractualisation de l'accueil en présence de toutes les parties et le moment de l'accueil effectif de l'enfant.

Au terme de ces rencontres, la contractualisation de l'accueil constitue un temps hautement symbolique, soulignant l'engagement de l'équipe d'AFT. Ce temps peut alors s'apparenter fantasmagiquement à une forme d'adoption.

La clinique institutionnelle de l'AFT et l'expérience accumulée au fil des années permettent de repérer un autre aspect de la dynamique institutionnelle en lien avec la parentalité. Il peut être en effet intéressant de s'arrêter sur les rapports régis par le fonctionnement de notre institution, notre service et notre équipe et par les fonctions respectives de chacun dans

l'interdisciplinarité et la complémentarité. L'équipe d'AFT est donc constituée d'un groupe d'assistantes familiales et de professionnels désignés plus haut comme équipe d'encadrement, garants depuis sa création, d'un cadre, de règles et d'une pensée pour que se construise d'abord, tienne et évolue ensuite ce dispositif. Le médecin assure la responsabilité de l'ensemble du groupe de professionnels et son autorité médicale l'assigne à une place décisionnaire qu'il délègue par ailleurs à chacun des autres professionnels de l'équipe tant dans la collaboration avec les assistantes familiales qu'avec les équipes de soins.

Avant que l'expérience des assistantes familiales leur permette de développer une professionnalité, c'est-à-dire de mettre à l'épreuve leurs savoirs profanes, leur bon sens au service de l'accueil d'enfants en situation d'étrangeté, nous pourrions presque dire que l'attitude adoptée par l'équipe pouvait être apparentée à « une posture parentale ». Cette posture cherchait alors sans doute à protéger ce qui était en train de se construire, en assurant un filet tiers pour ne pas les exposer seules à ces expériences d'accueil parfois bien éprouvantes et en balisant le parcours de ces accueils dans le souci d'en garantir le cadre. Cette « posture parentale » pouvait aussi paraître très attendue par les assistantes familiales.

Avant d'apprivoiser la culture du soin en psychiatrie, s'en approprier quelque chose, avancer et tenter de repérer les espaces de soins, se représenter ce que « thérapeutique » veut dire dans l'accueil des enfants, l'équipe est d'abord investie comme un guide, un passeur, un interprète ou un traducteur pour se frayer un chemin dans cette grande institution qu'est l'hôpital et y construire une identité. Elle est aussi le trait d'union entre les équipes de soins qui ont prescrit l'accueil, les familles des enfants et aussi la direction de l'hôpital. Peut être discuté, retenu, partagé ou non, mais le propos du professionnel soignant reste parole référence du service.

Chaque assistante familiale singularise les accueils qu'elle assure avec ses atouts, ses outils, son cadre de vie et son histoire. L'enfant accueilli plonge dans l'espace intime de celle-ci et de sa famille, espace de rencontre dans lequel nous n'avons pas et ne prenons pas place.

Leurs expériences d'accueil capitalisées au fil des années, nourrissent aussi l'équipe et sont venues étoffer le dispositif d'AFT en développant une pensée dynamique permettant de repérer des effets soignants non présagés. Cohabitent alors, parfois de façon conflictualisée, savoirs formels et informels, sens commun et sens clinique.

Toutes ces remarques nous conduisent à penser que l'AFT, en tant qu'il articule dans un maillage cohérent les dimensions institutionnelles, familiales, éducatives, sociales, témoigne d'une approche globale du soin qui s'étend du *cure*, de l'aspect proprement curatif et thérapeutique, au *care*, autrement dit du « prendre soin ».

Ainsi on peut dire que l'AFT combine une approche soignante de type *care* avec une approche qui consiste à porter les objectifs thérapeutiques au niveau des attentes de l'institution psychiatrique, dans une sorte d' « ambigüité créatrice » (Grange-Segeral, 2012). On voit alors émerger le paradoxe d'un soin psychique ou psychiatrique qui s'étaye sur une approche « spontanée » du soin et qui renvoie à la « parentalité soignante » (Ciccone, 2015), ce que l'on rencontre particulièrement dans les dispositifs d'accueil et d'accompagnement comme en AFT.

Ce paradoxe se redouble comme nous l'avons souligné par le fait que ce soin est exercé par des non-soignants. Il n'est en effet pas attendu que les accueillants ou assistants familiaux se comportent comme des soignants professionnels, par exemple en s'appropriant leurs compétences et en utilisant leurs techniques et leurs outils, mais il s'agira avant toute chose d'accueillir l'enfant ou l'adulte à leur domicile puis de tenter de repérer dans l'après-coup de l'expérience de l'accueil les processus et les effets soignants de ce type de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE :

Ciccone (Albert).- *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Paris, Dunod, 2014.

Ciccone (Albert).- La parentalité soignante, Journée régionale sur les dispositifs d'Accueil Familial Thérapeutique « Figures de la parentalité en Accueil Familial Thérapeutique », CH Le Vinatier, Bron, le 9 octobre 2015.

Grange-Segeral (Evelyne).- L'Accueil Familial Thérapeutique : Un soin « Maison » à l'ambigüité créatrice, Congrès du GREPFA, « L'Accueil Familial Thérapeutique à l'interface de l'intime et de l'institutionnel », Centre culturel et de la vie associative, Villeurbanne, le 7 et 8 juin 2012.

Lambooy (Béatrice).- Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?, *Devenir*, vol. 21, 2009, p. 31-60.

Lamour (Martine), Barraco (Marthe).- *Souffrance autour du berceau*, Montréal, Gaëtan Morin, 1998.

Missonnier (Sylvain).- L'aube prénatale de la subjectivation, *Le Carnet PSY*, n°109, 2006, p. 37-41.

Missonnier (Sylvain).- L'échographie obstétricale : un rituel séculier d'initiation à la parentalité ?, dans Soulé (M.), *L'échographie de la grossesse*, Paris, Erès, 2011, p. 159-188.

Racamier (Paul-Claude).- La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum, *L'évolution psychiatrique*, 26, 4, 1961, p. 525-570.

Winnicott (Donald Wood).- La préoccupation maternelle primaire, trad. fr., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1956, p. 168-174.